GAZETTE MÉDICALE

DE PARIS,

DIRIGÉE

Par Jules GUÉRIN, D.-M.-P.

Deuxième Série.

TOME DIXIÈME. — ANNÉE 1842.





PARIS,

AU BUREAU DE LA GAZETTE MÉDICALE,

RUE RACINE, 16.





Imprimerie et Lithographie de FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 18,
près le passage du Grand-Cerf.

N° 1. (TOME X. — 1842.) SAMEDI 1er JANVIER 1842.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des Hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis ; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois ; pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

DIFFORMITÉS DU SYSTÈME OSSEUX.

REMARQUES PRÉLIMINAIRES SUR LE TRAITEMENT DES DÉVIATIONS DE L'ÉPINE PAR LA SECTION DES MUSCLES DU DOS; lues à l'Académie des sciences le 16 août 1841 ; par M. le docteur Jules Guérin (1).

Il y a juste deux cents ans qu'un chirurgien hollandais, Isaacius Minius, dont le nom était tombé dans l'oubli, pratiqua pour la première fois la section du tendon du sterno-mastoïdien pour un cas de torticolis. Cent quarante ans plus tard, un autre chirurgien étranger, Lorenz, appliqua au tendon d'Achille, pour un cas de pied-bot, l'opération pratiquée exclusivement jusque-là, par plusieurs chirurgiens, sur le tendon du sterno-mastoïdien. Ces deux opérations, pendant près de deux siècles, furent reprises et abandonnées, et reprises encore jusqu'à ces derniers temps, où elles acquirent, entre les mains de quelques contemporains, la plupart des perfectionnemens manuels dont elles étaient susceptibles. De 1834 à 1837, une foule de chirurgiens français et étrangers pratiquèrent la section du tendon d'Achille pour le pied-bot, un plus petit nombre y ajoutant la section du tendon du sterno-mastoïdien pour le torticolis. Le caractère essentiel de cette première époque de la ténotomie est purement mécanique et empirique. On divisait ces deux tendons, parce qu'ils faisaient obstacle direct au redressement du col et du pied, et parce qu'ils se montraient extérieurement comme tels, sous l'apparence de cordes saillantes et tendues entre les parties qu'on s'efforçait d'écarter. On ne voyait dans leur résistance que l'empêchement mécanique, et dans leur division qu'un moyen plus expéditif de faire disparaître cet empêchement. Le caractère empirique n'était pas moins évident. Depuis deux cents ans on n'avait fait que répéter la section des deux mêmes tendons, et le nombre et la fréquence de ces répétitions de la même opération avait crû en proportion du nombre et de la fréquence de celles qui les avaient précédées. C'est ainsi que pendant les années 1836, 1837 et 1838, on fit des centaines de fois, dans toute l'Europe, la section du tendon d'Achille, mais du seul tendon d'Achille, sans songer à aller au-delà. On l'appliquait indistinctement et exclusivement aux diverses variétés du pied-bot, ainsi que l'atteste le titre seul des ouvrages publiés à cette époque. C'était l'opération à la mode ; on l'appelait l'opération de M. Stromeyer, parce que, en effet, ce chirurgien l'avait remise une dernière fois en crédit, avec des perfectionnemens d'exécution très utiles. Mais, je le répète, on ne songeait pas à aller au-delà du tendon d'Achille, et si l'on y avait joint, dans des cas très rares et très exceptionnels, la section d'un ou de deux des petits tendons des extenseurs et des fléchisseurs des orteils, c'est qu'ils s'étaient montrés, comme le tendon d'Achille, avec le caractère extérieur d'obstacles mécaniques directs au redressement de quelque orteil

(1) Ce mémoire a été fait en réponse à une attaque directe portée devant l'Académie des sciences. Il ne devait être publié qu'après le rapport de la commission chargée de juger l'attaque et la réplique. Mais l'adversaire de la myotomie rachidienne, pour des motifs que le public appréciera, n'a pas cru devoir attendre le jugement de la commission. Il vient de publier son travail dans le numéro de décembre des Annales de chirurgie.

Feuilleton.

DU MÉDECIN JEAN HUARTE ET DE JOURDAIN GUIBELET.

S'il est difficile de se faire un nom en médecine, il l'est bien davantage encore de rendre ce nom durable, de faire qu'il survive aux mouvemens, aux diverses phases de la science. A l'exception de quelques auteurs classiques, plus cités que lus, que de gloires éteintes, que de célébrités inconnues, que de grands hommes à jamais oubliés ! Le panthéon médical est un temple toujours à refaire. Cependant, il faut le dire, cet oubli est quelquefois injuste et ingrat ; il s'en faut bien, comme on le dit, que la postérité remette chacun à sa place, surtout à notre époque de spéculations manufacturières et industrielles, d'agiotage et de banqueroute. Parmi les anciens auteurs qui auraient à se plaindre de l'oubli dont je parle, est certainement Jean Huarte. Qui est-ce qui le connaît aujourd'hui ? Qui jamais a entendu prononcer son nom ? Qui a lu son ouvrage, si célèbre jadis ? Bien peu de médecins assurément. Dans la plupart des biographies et dictionnaires de médecine modernes, son nom même est complètement omis. On sait seulement qu'il naquit à St-Jean-Pied-de-Port, qu'il exerça avec distinction la médecine en Espagne, où il termina ses jours.

Cependant ce médecin fut, à juste titre, une des célébrités du seizième siècle. C'était un de ces hommes hardis, curieux et enquérans, un de ces libre-penseurs qui, par la force d'un esprit supérieur, découvrent ou pressentent de hautes vérités. Son ouvrage, écrit en espagnol et intitulé, Examen de ingenios para las sciencias, c'est-à-dire Examen des esprits propres aux sciences, est en effet très remarquable, surtout à l'époque où il parut. S'il est vrai que, pour les sciences, tout système nouveau doit avoir au moins trois cents ans de date, on peut assurer que, dans cet ouvrage, on y trouve clairement le germe, les prémisses génératrices de ces doctrines de philosophie organique dont on a tant abusé depuis. Les idées, ces filles du temps et de la vérité, peuvent s'oublier, se modifier, se transformer, mais elles ne meurent jamais quand leur base est appuyée sur les lois de la nature ; c'est-à-dire quand elles sont justes. C'est précisément ce qui arriva aux conceptions du médecin Huarte ; très souvent, en lisant son livre, on est frappé de la justesse, de la profondeur de vues de l'auteur et des inductions qu'il tire de ses principes. On sent partout l'observation attentive, la réflexion pénétrante et cette sorte de virilité scientifique qui, n'accordant rien à la *folle du logis*, à ses velléités de vagabondage et d'orgueil, marche droit à son but, ne juge que par les faits, ne s'appuie que sur l'expérience. C'est la philosophie du bon sens élevé à la plus haute puissance. En vérité, avec tant de qualités, on ne conçoit pas qu'un pareil livre reste perdu, enfoui dans la poussière de nos bibliothèques. Ah ! que mon vieil ami, le docteur Mathanasius, dont j'ai rapporté naguère les singulières opinions, avait raison de dire que les travaux de nos devanciers nous sont ou inconnus ou mal connus.

Une chose digne de remarque, c'est que Jean Huarte ne fut nullement inquiété

étendu ou fléchi. Dans cette préoccupation exclusive pour l'opération, et pour l'opération ainsi bornée, il n'était venu à l'idée de personne de rechercher quelle pouvait être la nature du raccourcissement des tendons trop courts, de remonter à la cause de ce raccourcissement. On regardait cette question comme oiseuse, ou plutôt on n'y pensait pas. Les uns, comme M. Stromeyer, n'en avaient dit mot; les autres avaient parlé incidemment d'atrophie du muscle, d'arrêt de développement, de retrait consécutif à une position vicieuse du fœtus, mais personne n'avait donné sciemment la signification du fait; et l'insouciance et l'ignorance où l'on était à l'égard du point de science s'accordait parfaitement avec la routine de la pratique; car, dépourvue qu'était cette dernière de toute indication étiologique, rationnelle, elle ne faisait que ce qu'on avait fait, et restait ainsi parquée dans le même cercle depuis deux cents ans.

Sur ces entrefaites, l'Académie des sciences avait mis et maintenu au concours pour sujet du grand prix de chirurgie, durant six années, de 1830 à 1836, la question générale des difformités du système osseux. Pendant qu'on s'occupait, dans le public médical, du fait pratique de la section du tendon d'Achille, le vaste sujet proposé par l'Académie éveillait dans l'esprit des concurrens le besoin scientifique de remonter à l'origine de la difformité. Parmi ceux-ci, il en est un qui s'est vivement préoccupé de la nature, de la signification et de l'importance de la brièveté des muscles dont on avait divisé jusque-là les tendons; et là où on n'avait vu qu'un accident particulier; qu'un symptôme de la difformité, qu'une indication intercurrente de pratique empirique, il crut apercevoir une cause, un principe, un fait général, en un mot le point de départ d'une théorie nouvelle des difformités congénitales de tout le système osseux, et de la constitution rationnelle et scientifique de la myotomie généralisée. Pour lui, la tension du sterno-mastoïdien ou du tendon d'Achille fut l'expression d'un spasme musculaire ancien, d'une rétraction antérieure à la naissance, émanant d'une affection des centres nerveux ou des nerfs eux-mêmes. Cette doctrine, établie et démontrée par des faits, des observations et des expériences de toute nature, renfermait trois grandes conséquences.

La première : *Que tous les muscles du corps faisant partie d'un même système, et étant placés, comme le sterno-mastoïdien et les muscles du mollet, sous la dépendance d'un même système nerveux, peuvent, au même titre que ces derniers, être atteints successivement ou simultanément, à différens degrés, de rétraction, et produire, comme eux, des difformités des diverses parties du squelette.*

La seconde : *Que la rétraction, pouvant occuper successivement ou simultanément, à différens degrés, tous les muscles d'une même partie du squelette, doit engendrer autant d'élémens de forme et de direction différentes dans chaque variété du même siége qu'il y a de muscles rétractés.* La première conséquence constituait donc la variété dans l'espèce; la seconde, les élémens de diversité dans la variété.

La troisième conséquence, *déduite des deux précédentes, était qu'il faut appliquer à tous les muscles rétractés, c'est-à-dire à toutes les variétés de l'espèce et à tous les élémens de diversité de chaque variété, élémens de siége, de forme et de direction, l'opération qu'on n'avait appliquée qu'empiriquement jusque-là à deux seuls tendons, c'est-à-dire à deux élémens empiriques et indéterminés de deux variétés de difformités.*

Cette théorie présentée, au commencement de 1836, au concours de l'Académie, dans les faits qui lui servent de base, eut l'honneur d'obtenir son approbation. Le rapport sur le concours la signala *comme d'une très grande importance :* ce sont les termes du rapport (1).

Dès lors une révolution s'opéra dans la ténotomie. L'auteur de la théorie, après avoir formulé explicitement les principes étiologiques et la méthode thérapeutique qui en découlent, en fit lui-même un grand nombre d'applications. Soit par sa propre initiative, soit avec le concours d'autres chirurgiens de différens pays, agissant implicitement ou explicitement sous l'inspiration de la théorie de la rétraction musculaire, on connut une foule de difformités mal déterminées ou même tout à fait inaperçues jusque là, et on vit la ténotomie s'étendre à tous les tendons, la myotomie, l'aponévrotomie et la syndesmotomie à tous les muscles, aponévroses et ligamens du corps, le tout réalisé par la méthode sous-cutanée, dont les principes, la signification essentielle et la parfaite innocuité venaient d'être établis sur l'expérience directe. Dans l'espace de deux années au plus, j'exécutai, et je réduisis en principe la section sous-cutanée des tendons, des muscles de la jambe et du pied pour les diverses variétés du pied-bot; celle des muscles de la cuisse et du genou pour toutes les difformités du genou; celle des muscles du bassin et de la cuisse pour les difformités de la hanche; celle des muscles de l'épaule, du bras, de l'avant-bras, de la main et des doigts, pour les difformités de ces différentes parties du squelette; finalement, la myotomie fut appliquée aux muscles de l'œil et de la langue pour le strabisme, la myopie et le bégaiement. Tels ont été l'origine, la marche et les résultats de la théorie nouvelle des difformités, et la constitution scientifique et rationnelle de la méthode chirurgicale qui en a pris naissance.

Or, qu'est-ce que cette théorie et cette méthode chirurgicale, sinon un double fait matériel, général, le fait de la rétraction musculaire, déformant successivement ou simultanément toutes les parties du squelette, et la myotomie déliant toutes les parties bridées, déformées par la rétraction musculaire; en d'autres termes, un remède général à une cause générale, et un même remède particulier pour chacune des dépendances particulières de cette cause? Car si la théorie est vraie, c'est-à-dire si le fait de la rétraction musculaire a bien le caractère essentiel et de généralité que nous lui avons reconnu, il doit offrir ce caractère dans ses diverses manifestations de siége et de degré, et entraîner, comme conséquence légitime et rigoureuse, la nécessité d'appliquer à ces diverses manifestations le remède reconnu précédemment rationnel et efficace pour l'un ou quelques-uns de ses effets immédiats; sauf à prendre en considération les conditions secondaires qui différencient chaque cas particulier. Eh bien! ce que la raison m'a permis de poser d'une manière si formelle en principe, l'assentiment des hommes et l'expérience l'ont réalisé et confirmé en application. On a compris partout que les muscles du pied peuvent se rétracter comme ceux de la jambe; ceux de la jambe comme ceux du genou, ceux du genou comme ceux de la hanche, ceux de la hanche comme ceux du col, c'est-à-dire de la portion supérieure de la colonne vertébrale; ceux du col comme ceux de l'épaule, ceux de

(1) RAPPORT SUR LE CONCOURS POUR LE GRAND PRIX DE CHIRURGIE, 1837, page 20.

---

après la publication de son livre, très hardi pour l'époque. Il ne se lance pas, il est vrai, dans les témérités de Giordano Bruno, ni de Campanella, et qui leur coûtèrent la vie, mais il accorde beaucoup, en certains endroits de son livre, à l'influence organique, au tempérament, sur la nature et la forme des esprits. Or, si l'on pense que l'EXAMEN DES ESPRITS parut en 1580, qu'il fut publié en Espagne, que l'inquisition était alors toute puissante, que la plus petite interprétation malévole du dogme, était punie par le feu; si on réfléchit que le prince qui régnait dans la Péninsule, était l'implacable Philippe II, ce roi-moine, ce triste pénitent de l'Escurial, cet assassin de son fils, ce roi connu en Europe sous le nom du *démon du midi*, on ne conçoit pas comment Huarte ne fut nullement accusé de matérialisme, comment il obtint sans difficulté l'*admitti*, l'*imprimatur*, qu'on refusait à tant de bons ouvrages. Il faut se rappeler que Lucilio Vanini fut exécuté à Toulouse en 1619, c'est-à-dire près de quarante ans après la publication du livre de Jean Huarte.

Toutefois, en lisant avec attention l'ouvrage dont il s'agit, on ne tarde pas à découvrir avec quelle sagesse, avec quelle prudence il est écrit. Huarte était un médecin pénétrant et hardi, mais en même temps prudent et avisé; très souvent il ne donne que le trop plein de sa pensée. Il a cette rectitude instinctive d'un bon jugement, qui lui donne le sens profond des hommes et des choses de son temps. Nul ne sait mieux côtoyer et éviter le danger, faire sous-entendre ce qu'il ne veut pas dire, mais le boisseau a toujours des fentes par où s'échappe la lumière. Dans le dix-huitième siècle, un homme bien autrement dangereux que Jean Huarte, Voltaire, suit absolument la même marche. Tout en sapant les principes religieux, il flatte avec adresse les rois, les grands, et même le pape. « J'aime la vérité, disait-il, mais je n'aime pas le martyre. » Huarte semble adopter le même principe sans l'énoncer. Il ne faut pas croire néanmoins que le médecin espagnol fût un insensé matérialiste; il avait trop de jugement pour tomber dans un pareil non sens. Mais ce qui aujourd'hui nous semble clair, positif, très admissible pour tout le monde, passait alors pour de monstrueuses erreurs, qu'on ne pouvait expier que par le fagot. Aussi Huarte enveloppa souvent sa pensée avec beaucoup d'art. Il fit plus, c'est à Philippe II lui-même, à ce terrible monarque qu'il dédie son livre. Il lui dit nettement que, d'après les connaissances médicales qu'il a de son tempérament, il est fait par la nature pour être *roi;* c'est là sa *spécialité*, comme on dit aujourd'hui. La flatterie est violente, l'encens épais et grossier, mais c'est précisément celui-là qui enivre le mieux, et Huarte le savait bien.

Quand son livre parut, il produisit une grande sensation dans les universités, parmi les médecins et les philosophes. Il n'y avait pas d'exemple d'une telle audace paradoxale. On en fit plusieurs traductions françaises : l'une, par Gabriel Chapuis, est la plus mauvaise; elle parut en 1580; l'autre, par Vion-Dalibray, date de 1661; enfin, une troisième, par Savinien d'Alquié (Amsterdam, 1672). Cette dernière, beaucoup mieux faite que la précédente, est pourtant bien inférieure à l'original, écrit dans cette langue espagnole, si riche, si abondante, si harmonieuse. Et remarquez que l'original est d'autant plus précieux que le style n'a presque pas vieilli. A peu de chose près, la langue espagnole de Cervantès et celle de Jean Huarte est encore celle que l'on parle aujourd'hui. Comparez maintenant le style de Rabelais et même celui de Montaigne au nôtre; on dirait presque deux langues différentes.

l'épaule comme ceux du bras, ceux du bras comme ceux de l'avant-bras, ceux de l'avant-bras comme ceux de la main ou des doigts; finalement ceux de la langue comme ceux de l'œil; et on a reconnu aux difformités émanant de ces diverses manifestations d'une même cause le même caractère essentiel, et on a expérimenté, admis et consacré pour chacune d'elles en particulier l'efficacité de la ténotomie, c'est-à-dire de la méthode générale que l'induction m'avait permis de conclure rationnellement de leur communauté d'origine. Qu'on le remarque bien, toutes les applications que je viens d'énumérer sont admises dans toute l'Europe, je ne dis pas comme des dépendances d'une seule et même idée, de mon idée à moi; car une fois le principe de la théorie et de la méthode connu, ce principe est si simple que chacun a fini par le regarder comme sa légitime propriété, sauf à régler plus tard avec toutes ces réinventions de détail; qu'on le remarque bien, dis-je, toutes ces dépendances de la rétraction musculaire sont admises presque vulgairement par tous ceux qui se sont occupés du traitement des difformités; et si quelques chirurgiens continuent à appliquer la ténotomie et la myotomie, plutôt sous les inspirations d'un étroit empirisme qui se débarrasse, chemin faisant, des obstacles qu'il rencontre, que guidés par des principes et une méthode qui les leur feraient prévoir, les résultats de leur expérience n'en sont pas moins confirmatifs de ces principes et de cette méthode.

Cependant, parmi les applications réalisées de la théorie et de la méthode, il en est une qui n'a pas reçu le même accueil que les autres. Non seulement on conteste la possibilité et la réalité de ses résultats, mais on dresse des accusations contre elle; on veut la proscrire comme une conception absurde, inutile, dangereuse, et surtout comme n'ayant aucun lien légitime de parenté avec les autres dépendances de la théorie. Pourquoi cette exception et cette proscription? Cela paraît difficile à dire; car il semble incroyable, au premier abord, qu'en admettant que la plupart des muscles du corps puissent se rétracter, et, en se rétractant, produire des difformités, et que les muscles rétractés puissent et doivent être divisés, on fasse exception à ces deux règles pour les muscles de l'épine, sans autre motif de cette exception que parce que ce sont les muscles de l'épine. Cela est bien plus incroyable encore, quand on considère que les mêmes personnes, qui ne veulent à aucun prix ni des déviations de l'épine par rétraction musculaire, ni de la myotomie rachidienne, regardent comme chose simple, comme chose naturelle, comme chose vulgaire, l'application de la même doctrine et de la même pratique à l'étiologie et au traitement du torticolis. Or, qu'est-ce que le torticolis? C'est la déviation du cou, c'est-à-dire de l'extrémité supérieure de la colonne vertébrale; et les muscles et les os qui entrent dans la composition du torticolis ne diffèrent, essentiellement parlant, des muscles et des os qui entrent dans la composition des déviations de l'épine que parce qu'ils sont placés un peu plus haut que ces derniers, que parce qu'ils appartiennent à la région cervicale, tandis que les autres appartiennent à la région dorsale. En ramenant la discussion à des termes aussi simples, la distinction qu'on voulait faire entre les déviations musculaires de l'épine et les autres difformités du squelette de même origine est inconcevable, et elle serait, qu'on me passe le terme, véritablement inouïe, si la question eût été posée comme je viens de le faire. Mais pour l'honneur de nos adversaires, et par amour de la vérité, je dois le reconnaître, ils ne se placent pas à ce point de vue simple, général, d'où l'on découvre les rapports essentiels des parties d'un même tout, à travers les différences secondaires qui obscurcissent et masquent ces rapports. Ils s'isolent, au contraire, en présence des accidens différentiels du cas particulier, et ils établissent sur ces accidens toutes les ressources de leur opposition. Or, la déviation de l'épine et la myotomie rachidienne, considérées comme cas particuliers de la théorie et de la méthode générale dans lesquelles elles rentrent, offrent à la polémique du détail une foule de différences bien capables d'expliquer ses méprises et de la maintenir dans son aveuglement. Car, matériellement parlant, une déviation de l'épine est bien autre chose qu'un pied-bot, quoique l'un et l'autre soient primitivement les produits de la même cause. La position verticale de la colonne, le nombre considérable de ses pièces, leur mobilité, le nombre et les rapports si compliqués de ses muscles, les conditions d'équilibre auxquelles os et muscles doivent satisfaire, l'altération de toutes ces conditions par la difformité, les altérations consécutives de toutes ces pièces osseuses, de tous ces faisceaux musculaires, variant pour la direction, la forme, la dimension et la texture, avec le siége, l'étendue, la direction, le degré et l'ancienneté de la difformité, constituent une série de problèmes scientifiques de la plus inextricable difficulté, qui sont fort loin de se retrouver dans le pied-bot, ou qui, du moins, sont loin d'offrir, dans cette difformité, la même importance et les mêmes conséquences que dans la déviation de l'épine. En pratique, les mêmes complications, les mêmes difficultés se retrouvent. Il ne s'agit pas d'un pied étendu à fléchir sur la jambe, et du tendon d'Achille à diviser pour obtenir, tant bien que mal, ce grossier résultat; mais il s'agit de rémédier à de nombreuses courbures et à toutes les altérations secondaires qu'elles impliquent; de combattre des modifications de direction, de forme, de dimension, de texture de toutes les parties déplacées et des parties environnantes sur lesquelles elles agissent; de rétablir des conditions d'équilibre troublées; finalement, de choisir, de reconnaître, dans deux ou trois cents faisceaux musculaires, ceux qui sont rétractés et qu'il faut diviser. Ajoutons que la position verticale de la colonne, la rendant tributaire d'une foule de causes de déviations autres que la rétraction musculaire, et que ces causes, pouvant intervenir pour diminuer, accroître ou neutraliser les effets primitifs de la rétraction, avec laquelle elles combinent leur influence, réalisent autant de complications bien capables de dérouter des esprits peu attentifs, de décourager des hommes peu persévérans, en masquant à leurs yeux les analogies qui existent réellement entre les déviations de l'épine et les autres difformités articulaires de la même origine.

En mettant, comme je viens de le faire, en évidence les faits et les principes qui servent de base à cette analogie, et les causes qui expliquent, jusqu'à un certain point, la méprise et l'opposition de mes adversaires, je n'ai pas renoncé à examiner directement leurs objections, quelque faibles qu'elles me paraissent; le lieu où elles sont apportées, et le soin de ma propre considération, me font un devoir de les aborder de front et de les réduire à l'impuissance.

Or, qu'objecte-t-on sérieusement à la théorie des déviations de l'épine par rétraction musculaire, et à la myotomie rachidienne qui en est la conséquence? On oppose 1° des altérations matérielles, des déformations, des affaissemens latéraux des vertèbres, qui seraient les points de départ de la difformité; 2° des observations sur le vivant et des expériences sur le cadavre, propres à montrer que les muscles ne sont pas tendus dans la concavité des courbures, et que les courbures ne se redressent pas après la section de ces muscles. Quelques mots d'explica-

---

Du reste, en lisant l'EXAMEN DES ESPRITS, il ne faut pas s'attendre à trouver en tout nos doctrines et nos formes modernes. On sent que l'humorisme dominait alors en plein dans les écoles, que les natures chaudes, froides, sèches ou humides sont des dogmes radicaux de la médecine du temps. On s'aperçoit encore que le médecin espagnol s'est inspiré d'Aristote et surtout des idées du profond et subtil Galien, notamment de son traité QUOD MORES TEMPERAMENTA SEQUUNTUR. Toutefois, Huarte féconde ces idées, pose de nouveaux principes et en tire des conséquences, sinon toujours justes, au moins sages et bien déduites.

Quoiqu'il ne soit pas dans mon intention d'analyser son ouvrage, je tâcherai néanmoins d'en donner une idée sommaire. Je me sers de la traduction de Dalibray. L'auteur examine d'abord ce qu'il faut entendre par *esprits*, et combien il en existe de différens parmi les hommes. Le mot *ingenio* dont il se sert, qui vient d'*ingenium*, dérive lui-même de *gigno*, est clair et positif; il signifie qui engendre. Celui d'*esprit*, dont nous nous servons, n'a pas, à beaucoup près, la même clarté ni la même précision. Aussi, dit l'auteur, «l'homme a deux puissances *génératives*; l'une commune avec les bestes et les plantes, et l'autre, qui participe avec les substances spirituelles, Dieu et les anges. Nous n'avons que faire de parler de la première, qui est assez connue.» Huarte s'occupe donc exclusivement de la seconde. Il part de ce principe, que l'intelligence soumise à la conformation corporelle varie beaucoup selon les individus, et que chaque forme qu'elle affecte répond à l'aptitude qu'on a pour telle ou telle science. La *nature fait habile*, voilà l'axiôme qu'il pose, qu'il développe, qu'il applique dans son ouvrage. Vous niez, dit-il, les influences du tempérament, mais voyez ce qui se passe parmi les écoliers des universités. « On en trouve qui sont plus sçavans la première année que la seconde, etc., dont on a accoutumez de dire que la première année ce sont des docteurs, la seconde des licenciez, la troisième des bacheliers, et la quatrième des *ignorans*. » On voit que Huarte est bien loin du système d'Helvétius.

« Le cerveau, dit-il ensuite, doit avoir *quatre conditions* pour faire que l'ame raisonnable puisse commodément exercer les actions d'entendement et de prudence. La première, c'est la bonne conformation. La seconde, que ses parties soient bien liées; la troisième, que la chaleur n'excède et ne surpasse point la froideur, ni l'humidité, la sécheresse; la quatrième, que la substance soit composée de parties subtiles et fort délicates. » On voit que sa doctrine diffère peu des plus modernes systèmes. Viennent ensuite des détails intéressans sur ces qualités; plus loin, il arrive à cette grande, à cette immense et insoluble question, celle des animaux, la pierre d'achoppement de tous les philosophes. « Mais il naist icy, dit-il, une grande difficulté qui est, que si nous ouvrons la teste de quelque beste brute que ce soit, nous trouverons que son cerveau est composé de la même sorte que celuy de l'homme sans qu'il y manque aucune des conditions que nous avons posées. » Huarte cite alors Galien, Aristote et autres auteurs. Il tourne autour de la question, mais il ne la résout pas. Il admet chez les animaux de la même espèce une sorte de différence dans les esprits. « Aussy, dit-il, voyons-nous des asnes qui sont proprement asnes pour leur lourdise, et d'autres si malicieux et si substils, qu'ils vont au-delà de leur espèce. » On peut ajouter qu'on voit absolument la même chose parmi les hommes, même à notre époque; décidément il y a des ânes de toute façon. Il soutient d'ailleurs que le corps où se trouve un esprit fin est convenable aux sciences, ne doit être ni plat, ni gros,

tion suffiront pour montrer que les altérations osseuses qu'on invoque contre la doctrine de la rétraction musculaire viennent, au contraire, à l'appui du système qu'elles sont destinées à combattre; et que les observations et les expériences à l'aide desquelles on veut invalider la myotomie rachidienne ne prouvent en aucune façon ce qu'on veut leur faire prouver, et sont directement combattues, au contraire, par d'autres observations et d'autres expériences, faites avec plus de soin et une connaissance plus réfléchie des conditions où elles doivent réussir et des conditions où elles ne le peuvent pas.

En ce qui concerne les altérations osseuses de la colonne, *l'affaissement vertical des demi-vertèbres comprises dans la concavité des courbures, et la torsion qui accompagne toute portion de colonne courbée*, on les regarde comme constituant un fait unique, qui consiste dans *l'inégalité de développement en tous sens des deux côtés des vertèbres affectées.*

En regard de cette proposition, qui est la reproduction textuelle d'une erreur que j'ai eu à combattre à une autre époque, je vais reproduire la proposition que je lui ai opposée : « Toutes les parties des vertèbres comprises dans la concavité des courbures sont rapprochées, réduites, écrasées, soudées parfois ou atrophiées jusqu'à la disparition complète; celles qui correspondent à la convexité des courbures sont tiraillées, écartées, développées, hypertrophiées; et de même que les caractères éloignés de la déviation et des courbures se tirent de la double influence du déplacement vertical, dû à la *flexion latérale*, et du déplacement horizontal dû à la *torsion*, de même toutes les altérations secondaires qui se passent dans un cercle d'action plus limité et d'une moindre importance sont également sous la dépendance de ce double fait, *courbure* et *torsion*, et se formulent très bien par leur simple énoncé. » Ainsi, pour moi, les déformations, les réductions des demi-vertèbres, comprises dans la concavité des courbures, et correspondant à la torsion des vertèbres sont des effets secondaires de la courbure et de la torsion; et pour la doctrine adverse ce sont des lésions primitives d'où dépend la difformité. Si le simple énoncé de ces deux propositions contradictoires ne portait pas avec lui de quoi faire juger le débat, nous ajouterions les courtes remarques suivantes :

1° Les affaissemens verticaux des demi-vertèbres, que l'on regarde comme dus à une inégalité primitive de développement des deux côtés des vertèbres, se retrouvent dans toutes les courbures alternes de la même déviation, c'est-à-dire tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, sur la même colonne déviée; ces affaissemens occupent en outre toutes les vertèbres de la concavité d'un même arc, et à un degré proportionné au degré et à l'ancienneté de la courbure, c'est-à-dire qu'avec une courbure récente et d'un grand rayon, ces affaissemens sont imperceptibles, et qu'ils croissent avec les causes mécaniques et avec l'intensité d'action des causes mécaniques que nous leur assignons; cela étant, il faudrait qu'on expliquât pourquoi cette atrophie alterne ainsi dans la même difformité, et varie dans toutes les vertèbres de chaque courbure, ce qu'on ne peut pas. Notre explication, au contraire, rend parfaitement compte de tous ces faits, et les formule aussi bien dans leur généralité que dans chacune de leurs dispositions particulières.

2° Les déformations des vertèbres, attribuées à une inégalité de développement primitif de leurs deux moitiés, ne consistent pas seulement, comme on l'a cru, dans une atrophie uniforme, et en quelque façon passive, de toutes leurs moitiés comprises dans la concavité; mais ces déformations portent en outre avec elles des traces évidentes des différens ordres de causes auxquels elles sont dues. En faisant l'histoire de ces altérations, j'ai montré que les appendices vertébraux, et la vertèbre elle-même, sont tirés, pliés, tordus, dans la direction d'action des muscles rétractés et contractés, et que ces altérations secondaires portent avec elles, comme toute la difformité, le cachet spécifique de leur origine. Il n'est d'ailleurs pas exact de dire, comme on l'a fait pour donner une fausse explication de la torsion, que du côté de la concavité des courbures les masses apophysaires et les apophyses épineuses se rapprochent par le seul effet de l'inégalité de nutrition des deux côtés de chaque vertèbre. Une observation plus attentive eût fait voir que c'est le contraire qui a lieu; c'est-à-dire qu'en vertu d'une pliure de toute la vertèbre, suivant son diamètre antéro-postérieur, qui porte son apophyse épineuse du côté de la convexité de la courbure, cette apophyse est plus rapprochée de la masse apophysaire correspondant à la convexité de la courbure, que de celle du côté opposé. Il suffit de voir les vertèbres séparées d'une colonne déviée pour être convaincu de l'erreur que je viens de signaler.

3° On peut, à l'aide d'un fauteuil mécanique incliné, provoquer instantanément, chez de jeunes sujets, la contraction physiologique des muscles dont la rétraction produit la courbure et la torsion pathologiques, et déterminer par cet artifice un commencement de courbure et de torsion, avec quelques-uns des caractères extérieurs dépendans de ces deux élémens primitifs de la déviation. Cette simple expérience prouve que la torsion de la colonne résulte bien d'une véritable rotation mécanique des vertèbres, indépendante de leur atrophie latérale, et que les caractères consécutifs qu'elle engendre avec le fait de la courbure peuvent, ainsi que je l'ai établi, exister sans le fait préalable de l'affaissement auquel on les attribue.

Terminons en faisant remarquer que, dans toutes les autres difformités du squelette dont on admet l'origine musculaire, telles que le pied-bot, les déviations des genoux, le torticolis, etc., il y a aussi des altérations osseuses, analogues à celles qu'on trouve dans les déviations de l'épine, altérations qui ne diffèrent de celles-ci qu'en raison de la différence des articulations et des mouvemens des parties que les difformités occupent, et des influences secondaires auxquelles elles sont soumises. Or, pourquoi ne considère-t-on pas ces altérations comme la cause de la difformité dans le pied-bot, le torticolis, etc., ainsi qu'on le fait pour la déviation de l'épine?

Je me bornerai à ces simples considérations; si elles ne suffisaient pas pour produire immédiatement dans tous les esprits la conviction qu'elles sont destinées à y porter, je rappellerais qu'à une autre époque, dans le concours de 1836, la doctrine qu'on m'oppose aujourd'hui s'est fait juger avec toutes les ressources qu'elle possède, et que le jury chargé de prononcer contradictoirement entre les assertions dont on cherche encore à l'étayer aujourd'hui, et les preuves de fait et d'expérience sur lesquelles j'ai établi la mienne, s'est déclaré explicitement en faveur de cette dernière. Parmi les juges chargés de prononcer sur ce point de mécanique animale se trouvaient deux des grandes illustrations que l'Académie regrette, MM. Dulong et Savart (les seuls qu'il me soit permis de citer) dont les lumières spéciales étaient bien capables d'éclairer tous les doutes et de lever tous les scrupules de leurs savans collègues. En invoquant cette autorité, je n'ai pas l'intention de me retrancher derrière le bénéfice de

---

ni lourd. « Hipppocrate est de cet avis, ajoute-t-il. » Pour preuve de quoi il rapporte l'exemple du pourceau, disant que c'est le plus stupide de toutes les bestes brutes à cause de la quantité de chair qu'il a. Son ame (au dire de Chrysippe) ne luy sert que de *sel* pour empêcher le corps de se corrompre. » Cette ame du cochon, qui lui sert de sel pendant sa vie, est une idée vraiment originale; mais qu'on ne s'y trompe pas, il y a ici un point de doctrine philosophique très obscur, et que nos modernes Platon, ces tourmenteurs d'abstractions stériles, ne résoudront pas (1).

Cependant l'auteur, en chrétien orthodoxe, consacre un chapitre au sujet suivant : « Que bien que l'ame raisonnable ait besoin du tempérament et des quatre qualités principales, il ne s'en suit pas pour cela qu'elle soit corruptible et mortelle. » Tout en admettant comme de raison ce principe, on voit que l'auteur est souvent arrêté par l'influence organique, frappante, évidente, incontestable. L'auteur se pose ensuite cette question : *Como todas las animas racionales sean de igual perfeccion?* c'est-à-dire comment toutes les ames raisonnables sont-elles d'une perfection égale? Hors des croyances religieuses cela est bien difficile à admettre avec les différences multiples de l'organisation. « Jamais, dit avec raison, le médecin espagnol, Galien ne l'a pu comprendre. Au contraire, il l'a toujours tenue pour suspecte, voyant l'homme resver et sortir de son bon sens quand il avait le cerveau trop échauffé, et le voyant recouvrer son jugement par l'application des médicamens froids. Aussi, disait-il (Galien), qu'il auroit esté bien aise que Platon eust esté en vie, pour luy demander comment il estoit possible que l'ame raisonnable fust immortelle, attendu qu'elle souffroit si aisément du changement et de l'altération par la chaleur, la froidure, etc., veu mesme qu'elle sortoit du corps par une trop grande ardeur de fièvre, par une trop grande saignée, ou pour ce qu'on auroit pris de la ciguë, ou pour d'autres alterations corporelles qui ont accoutumé d'oster la vie. « Au reste, ajoute pieusement Huarte, ces raisons ont embrouillé Galien, et luy ont faist désirer que quelque platonicien luy en donnast la solution. Je croy qu'il n'en trouva point durant sa vie; mais il est à craindre qu'après sa mort, l'expérience ne luy ait fait sentir ce que son entendement n'avoit pu comprendre. »

Un chapitre assez curieux de l'EXAMEN DES ESPRITS, est celui où l'auteur veut prouver que la théorie de la médecine appartient à la mémoire, et la pratique à l'imagination. Il est evident que par imagination, Huarte entend la sagacité, la

(1) Cette question des animaux est, en effet, un abîme de métaphysique dont nul n'a mesuré la profondeur. Les uns disent : les animaux ont de la sensibilité, ils sentent, ils réfléchissent, ils jugent, toujours selon la mesure de leur organisation, donc, etc. Mais, de proche en proche, où arrivera-t-on? Locke le dit, à donner une ame à une puce, à une chenille. D'autres nient tout sentiment dans l'animal, tout degré de compréhension réfléchie; écoutons à cet égard M. de Bonald : « Toutes ces facultés intellectuelles qui remplissent mes étables, peuplent mes basses-cours, rôdent dans mes greniers; toutes ces intelligences que j'attache à un char, que j'attèle à une charrue, à qui je mets un bât sur le dos et un frein à la bouche, ne me paraissent qu'une insolente et ridicule parodie de l'homme, une coupable dérision de ses plus nobles prérogatives. » Tout cela ne résout pas la question.

la chose jugée, mais de conserver aux faits que j'allègue toute la force et la rigueur que leur ont reconnues, à l'issue d'une lutte qui a duré dix-huit mois, et exigé soixante-trois séances d'examen, des hommes peu habitués à se contenter d'allégations sans preuves et de déductions sans logique.

En ce qui concerne les observations faites sur le vivant et les expériences sur le cadavre, j'ai dit qu'elles n'ont aucune portée, parce qu'elles sont directement contredites par d'autres observations et d'autres expériences faites avec plus de soin et une connaissance plus réfléchie des conditions où elles doivent réussir, et des conditions où elles ne le peuvent pas. Voyons ces observations et ces expériences.

On a présenté une observation avec une certaine confiance, sans doute à cause et en proportion de l'importance qu'on lui suppose. On a fait remarquer que la tension et la dureté des faisceaux musculaires, invoquée par nous comme des caractères de la rétraction de certains muscles de l'épine, n'existent que lorsque le sujet est debout et disparaissent, au contraire, par le décubitus horizontal. Preuve, a-t-on dit, que si on avait mieux observé, on n'eût pas attribué à la rétraction ce qui n'est dû qu'à la contraction physiologique. L'objection n'est embarrassante que pour quiconque ne voit dans la déviation que la moitié ou le tiers de ce qui s'y passe. Et d'abord opposons formellement à cette observation de quelques cas les plus ordinaires, une observation péremptoirement contraire, portant sur des faits plus accentués et plus caractérisés. J'affirme donc, et j'affirmerai hautement parce que je les ai vus maintes fois, parce que je les ai fait voir à toutes les personnes qui suivent mes conférences cliniques, qu'il existe un assez grand nombre de cas, dans lesquels la rétraction a été si forte, si complète, que les muscles rétractés, la masse commune des sacro-lombaire et long dorsal, par exemple, ont acquis la dureté du cartilage et offrent une tension qui reste la même dans le décubitus comme dans la station verticale. Ces faits ne sont pas communs, je le reconnais, et s'ils avaient été remarqués par la doctrine adverse, nul doute qu'elle eût été moins confiante dans son allégation. Les cas où les caractères de la rétraction sont moins prononcés ; ceux où le décubitus les fait en partie disparaître sont les plus nombreux ; mais ils ne sont pas pour cela plus favorables à l'opinion qui les invoque. Qu'arrive-t-il, en effet, dans toute déviation de l'épine produite par une rétraction musculaire peu intense ? C'est que la difformité commencée par la rétraction est complétée par la contraction physiologique des muscles environnans, et par l'action verticale de la pesanteur. J'ai montré, en effet, que le fait de la courbure de la colonne réalise une condition, dans laquelle les muscles correspondans aux concavités des arcs agissent sous des angles plus ouverts que ceux qui correspondent à leurs convexités; en même temps que l'action verticale de la pesanteur, agissant également sous des angles plus ouverts aux côtés concaves, produit un résultat analogue; or cette double action incessante de la contraction physiologique et de l'action verticale de la pesanteur, consécutive à un commencement de déviation, ajoute incessamment un nouveau degré au degré primitif de la difformité, et fait disparaître à la longue la tension plus prononcée des cordes sous-tendant les courbures, comme on ferait relâcher la corde d'un arc flexible en plaçant à son extrémité un poids suffisant pour le courber davantage. Mais cette explication, qui repose sur des faits si vrais, si incontestables, n'est même pas absolument nécessaire. On peut presque toujours retrouver les caractères de la rétraction, alors même que la tension musculaire disparaît par le décubitus. Ainsi l'on peut, lorsque le sujet est debout, s'assurer par la tension plus grande des faisceaux musculaires rétractés, par leur isolement et leur saillie plus prononcée, par leur consistance plus fibreuse, qu'ils sont, en effet, soumis à des tractions plus considérables que leurs congénères, et par conséquent qu'ils portent en eux une cause de plus grande brièveté relative, bien que cette brièveté cesse d'être apparente dans le décubitus horizontal. Il en est de même pendant l'opération. Les faisceaux musculaires activement rétractés sont, à cause de leur consistance fibreuse, plus facilement divisés, et ils le sont avec un bruit et une netteté qui est bien en rapport avec le caractère de leur texture.

Mais la déviation de l'épine n'est pas la seule difformité où la rétraction soit quelquefois masquée par les effets d'autres causes. Le pied-bot varus équin offre dans certains cas la répétition de ce qui se passe dans la déviation de l'épine. Le renversement du pied sur son bord externe, produit en premier lieu par la rétraction du jambier antérieur, se complétant par l'action verticale de la pesanteur et la contraction physiologique des autres muscles de la jambe, finit par produire le relâchement même de ce muscle, raccourci et tendu pendant les premiers degrés de la difformité.

Les expériences sur le cadavre ne nous paraissent pas plus heureuses que les observations sur le vivant : ces expériences sont au nombre de sept. Trois d'entre elles ont été faites sur des sujets atteints de déviation rachitique; deux autres sur des sujets âgés de 35 et de 63 ans, ce dernier offrant une déviation de 5 centimètres de flèche. Or, avant d'aller plus loin, ces cinq expériences peuvent être mises immédiatement hors de cause ; les trois relatives à des sujets rachitiques sont absolument étrangères à la question, car j'ai toujours eu soin de différencier les déviations rachitiques, que je range parmi les osseuses primitives, des déviations par rétraction musculaire. Les deux relatives à des sujets âgés de 35 et 63 ans, dont l'un avait une déviation de 5 centimètres de flèche, sont également étrangères à la question sous un autre point de vue. Il y a longtemps que j'ai établi, et le rapport de l'Académie sur mes travaux en fait foi, que l'âge, l'ancienneté et le degré extrême des déviations de l'épine réalisent trois ordres de conditions, dans lesquelles les altérations secondaires rendent ces déviations tout-à-fait incurables. La proposition de guérir une gibbosité datant de 63 ans et de 5 centimètres de flèche eût été une dérision. Comment qualifier la prétention de juger une doctrine et une méthode d'après son impuissance et son inefficacité dans de semblables conditions ? Restent les deux dernières expériences, relatives à deux sujets, dont les muscles correspondans aux concavités des courbures n'étaient pas même tendus après la mort. Le peu de rigueur des cinq premières expériences pourrait me dispenser d'examiner les deux dernières, car il est à craindre qu'on n'ait pas été plus difficile pour les unes que pour les autres. Quelle était la nature de ces difformités ? A quelle cause étaient-elles dues ? Combien de temps après la mort a-t-on expérimenté? Car, faisons le remarquer, sur le cadavre, quelques jours après la mort, les muscles deviennent flasques, sans résistance aucune, tandis que les ligamens ont de la tendance à se raccourcir. Ne sait-on pas, en effet, que la colonne vertébrale qui, sur le vivant, jouit d'une certaine souplesse et mobilité, devient, après la mort, d'une rigidité notable? Voilà ce qui explique comment la section des ligamens, dans les cas qu'on a rapportés, a été en apparence

---

pénétration, et l'on ne peut nier qu'il ait raison. Il rapporte à ce sujet l'opinion de Galien, qui soutient que le vrai nom du médecin était l'*inventeur de l'occasion*, et il entre dans des détails très dignes d'intérêt, bien qu'on ne puisse adopter tous ses principes.

C'est presque à la fin de son ouvrage qu'on lit le chapitre intitulé : *Quelles diligences on doit apporter pour faire que les enfans naissent ingenieux et sages?* Ici nous retrouvons l'origine de ce qui a été dit et publié sur l'art de procréer les enfans d'esprit, la célèbre science appelée *mégalanthropogénésie*. Huarte examinant « quels sont les élémens, et de quelle façon ils entrent dans les flancs de la femme pour former la créature » expose les préceptes indispensables à connaître, non seulement pour le choix des individus, mais encore l'hygiène qu'ils doivent observer. Après l'usage de la viande et surtout du gibier, l'auteur veut qu'on se nourrisse de pain de froment fait de fleur de farine et *pestry avec du sel;* il insiste beaucoup sur cette dernière condition. Puis viennent d'intéressans détails sur cet art de procréer les enfans d'esprit, art qui ne sera jamais qu'un objet de curiosité philosophique. Les convenances sociales et l'intérêt particulier l'emporteront inévitablement ; on cherchera toujours à améliorer l'espèce bovine, chevaline, ovine, et jamais l'espèce humaine. Dans cette dernière, le choix des *étalons*, selon l'expression du docteur ...., est subordonné à des circonstances tout à fait indépendantes de l'organisation. Même dans le mariage on ne pense que vaguement à l'amélioration de sa race. Par la loi de Lycurgue, les maris ne s'approchaient de leurs femmes qu'à la dérobée et pour ainsi dire en bonne fortune; cette loi était infiniment sage. A notre époque rien de semblable n'est admissible, et les races s'abatardissent. Un homme disait : Tous mes enfans ont de l'imagination, du feu, des sentimens, parce que je ne les fais que dans ces momens rapides où je suis tout esprit, tout cœur, et où ma femme est à l'*unisson*. C'est bientôt dit, mais entre la théorie et la pratique se trouvent d'immenses difficultés.

Quoi qu'il en soit de ces idées et d'autres dont j'ai parlé, l'ouvrage de Jean Huarte mérite d'être relevé de l'injuste oubli où il est tombé. Il craint, dit-il, de n'avoir fait autre chose que *quebrarse la cabeza sin provecho ninguno*, que se rompre la tête sans profit. Non, cette tête était bonne et forte, pleine de science et d'idées utiles. Il y avait là un talent vigoureux et animé, une originalité d'idées et d'expression qui plaît et séduit le lecteur. Or ces dernières ont porté leurs fruits ; on a été plus loin depuis, trop loin peut-être, mais, à mon sens, on n'a pas fait mieux.

Il ne faut pas croire néanmoins que l'Examen des esprits, de Jean Huarte, ait été reçu avec un applaudissement universel. La vérité ne s'établit pas aussi vite. On fit donc plusieurs réfutations de l'ouvrage dont il s'agit, parce que beaucoup n'y voyaient qu'une audace paradoxale inouïe. Toutes ces réfutations sont oubliées, moins une seule, et qui certainement méritait cette exception. Elle a pour titre : Examen de l'Examen des esprits, par Jourdain Guibelet, médecin à Evreux. Qu'est-ce que ce Jourdain Guibelet? Qui le connaît? Quels documens a-t-on sur ce médecin et ses ouvrages? pas un seul. Je ne crois pas même que son nom ait paru dans aucune biographie. Eh bien! son livre qui parut en 1631, c'est-à-dire plus de cinquante ans après celui du médecin espagnol, est un des plus curieux, des plus instructifs qu'il y ait. Ce n'est pas le vain travail, le stérile effort, d'un esprit qui s'exerce dans le vide, encore moins un ouvrage composé dans un

plus efficace que la section des muscles.

Mais qu'est-il besoin d'une discussion théorique de cette nature sur des expériences faites sans rigueur ni précision, quand d'autres expériences, faites et répétées des centaines de fois, dans les conditions où elles doivent l'être, ont établi clairement, rigoureusement, que la section de certains muscles de l'épine, sur le cadavre comme sur le vivant, facilite le redressement plus ou moins immédiat de certaines déviations. Or, ces faits, ces expériences, je les ai produits et répétés un grand nombre de fois publiquement; j'ai pratiqué à l'heure qu'il est plus de 400 fois l'opération que l'on veut proscrire, et il ne serait pas difficile de trouver parmi les personnes qui m'entendent, et même parmi les honorables membres de cette académie, des témoins des remarquables résultats qu'elle a produits. Tous ces résultats ne sont pas également heureux, parce que tous les cas n'étaient pas également favorables, et c'est sans doute parmi ces derniers qu'on est allé chercher les preuves menaçantes de l'inefficacité de la méthode. Mais avant de procéder à cette espèce d'inquisition, ou moins prématurée, n'eût-il pas été convenable d'attendre que l'auteur eût lui-même fait connaître les résultats que l'on veut infirmer; qu'il les eût classés dans la catégorie des succès ou des insuccès; on aurait su, en effet, qu'il o constaté un grand nombre des uns et des autres. Les résultats qu'il a obtenus forment une série méthodique, dont les extrêmes sont représentés par des succès complets, presque immédiats, et des revers non moins complets. Or, entre ces deux termes extrêmes, il existe un nombre considérable de cas intermédiaires, représentatifs de conditions différentielles, qui décident du degré de curabilité et d'incurabilité de chaque terme de la série. Depuis trois années que je me livre patiemment à des recherches et à des expériences multipliées pour constituer cette série et pour résoudre les nombreux et inextricables problèmes qui se rattachent à la myotomie rachidienne, je n'ai rien voulu publier précipitamment; j'ai attendu que l'observation et l'expérience me permissent d'asseoir des principes certains sur des résultats certains; j'ai préparé, coordonné, mûri cette œuvre dans le silence; et aujourd'hui, qu'elle est arrivée à son achèvement, je suis heureux qu'une opposition violente lui procure une occasion si favorable et si légitime de se défendre et de se produire.

Mais avant de terminer ces remarques préliminaires, qu'il me soit permis de rassurer les personnes qui ne seraient pas suffisamment convaincues par ce qui précède. Qu'elles sachent que presque toutes les applications de la théorie de la rétraction musculaire et de la ténotomie qui ont aujourd'hui l'avantage d'être patronisées par les adversaires de la myotomie rachidienne, n'ont pas été, à leur début, beaucoup plus heureuses que cette dernière. Le pied-bot, le torticolis, les difformités de la hanche, la rétraction des doigts, le strabisme lui-même, ont eu leur temps d'épreuve, et tous n'ont pas reçu ni en même temps, ni d'un seul coup, leur droit de cité. Mais un seul exemple du degré de résistance des oppositions passées suffira pour rassurer sur le degré et le caractère de gravité des oppositions présentes. En 1835, on écrivait, à propos du pied-bot, les lignes qui suivent : « Rien ne prouve qu'à part cette circonstance *évidemment exceptionnelle* (d'une maladie de l'axe cérébro-spinal) le pied-bot soit la conséquence de la brièveté des muscles rétractés. Cette brièveté ne *préexiste point à la déviation*, elle est *toujours consécutive*, et ce serait, suivant la juste expression de Scarpa, confondre l'effet avec la cause, que de regarder cet état des muscles comme le point de départ ordinaire de la déformation (1). » En 1839, le même auteur écrivait à l'Académie des sciences ce qui suit : « Le plus grand nombre des déviations latérales de l'épine ne sont point le produit d'une rétraction ou contracture musculaire analogue à celle qui caractérise le torticolis musculaire ancien, le *pied-bot*, les flexions permanentes du genou, de la cuisse, du coude, des poignets (2). » Qu'a-t-il fallu pour amener une révolution aussi complète dans les convictions de l'auteur de l'article de 1835? Une grande bonne foi et un supplément de lumières : la même bonne foi, nous l'espérons, ne lui manquera pas plus pour les déviations de l'épine que pour le pied-bot, et nous ne cesserons de faire des efforts pour ajouter, dans son esprit, aux lumières que sa propre expérience ne manquera pas de lui fournir.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR L'EMPLOI RÉPÉTÉ DU VOMISSEMENT, CONSIDÉRÉ COMME AGENT PRINCIPAL DANS LE TRAITEMENT DU CROUP CONFIRMÉ; par le docteur MARROTTE, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Dans le court espace de deux mois, j'ai traité trois enfans du croup, et tous les trois ont guéri. Un résultat si favorable doit être attribué, selon moi, à la méthode qui a été suivie; je veux parler *du vomissement répété, considéré comme agent principal dans le traitement du croup confirmé*. Cette méthode a été exposée par M. le docteur de Larroque, médecin de l'hôpital Necker, dans une note insérée au BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE, septembre 1840. C'est dans la note et dans les entretiens de cet excellent confrère que j'ai puisé la hardiesse et la fermeté qui m'ont si bien réussi; aussi je pense ne pouvoir mieux reconnaître le service qui m'a été rendu, qu'en apportant mon tribut d'efforts pour propager une méthode dont l'importance semble méconnue par la plupart des médecins.

Je commencerai d'abord par exposer d'une manière succincte les observations qui font la base de ce travail, afin qu'elles lui servent aussi de contrôle.

OBS. I.—Le 8 février, Mme R... accourut chez moi, vers dix heures et demie du soir, pour me prier de visiter au plus vite l'aînée de ses filles, âgée de 5 ans et demie, qui venait de s'éveiller en sursaut, en proie à une vive agitation. Ce qui l'avait surtout effrayée, c'est que l'enfant paraissait éprouver une gêne extrême à respirer, et avait de petites quintes d'une toux sèche et rauque. Elle m'apprit en même temps que sa fille ressentait depuis trois jours un peu de malaise et d'abattement, avec une diminution de l'appétit, qu'elle avait attribués jusqu'alors à un léger mal de gorge, et qui, pour cette raison, ne lui avaient inspiré aucune inquiétude.

Lorsque j'arrivai, tous les accidens avaient cessé; l'enfant s'était rendormie et commençait à ronfler (un peu fort il est vrai, mais on m'assura que c'était son habitude; c'est pourquoi j'y attachai alors peu d'importance).

(1) DICTIONNAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES, article *Pied-bot*, par M. Bouvier, t. XIII, p. 85.

(2) COMPTES-RENDUS DE L'ACADÉMIE, 1839, t. IX, p. 87.

esprit de critique hostile et jaloux; c'est un livre où l'on traite une infinité de questions médico-philosophiques. Il y a la critique vivifiante et la critique d'autopsie; Jourdain Guibelet ne choisit et ne cultive que la première. Son érudition est élégante, choisie et de bon aloi; ce n'est pas là un pédant, un *cracheur de grec*, mais un médecin philosophe instruit, judicieux, de bon sens et de bonne foi. Son livre respire partout l'impartiale sagacité du vrai savant, qui examine, qui loue et blâme sans abdiquer son sens critique, ni les droits de ce qui lui semble la vérité. Ecrit d'ailleurs avec verve, avec esprit, ce livre plait de toutes manières; tantôt c'est un raisonnement profond, tantôt une citation pleine de justesse; souvent un exemple bien choisi, un fait curieux; d'autres fois c'est une raillerie de bon goût, une saillie de *goguenarde et mordante humeur* qui captive sans cesse le lecteur; il y a du Montaigne dans le style de cet ouvrage.

Jourdain Guibelet ne s'est donc pas attaché à faire une analyse sèche et critique de l'ouvrage du médecin Huarte, et comme il le dit, « non à dessein de le piquoter par vanité. » En effet, son livre est plutôt fait à l'occasion de celui du médecin espagnol que dirigé contre ce docteur. Toutefois il ne laisse pas de l'attaquer sur certains principes, et il l'appelle un *alembiqueur de tempérament*. Huarte, malgré sa reserve, donne beaucoup d'influence à l'organisation; Jourdain Guibelet ne manque pas d'en faire la remarque. « Il déprime tant, dit-il, l'auctorité de l'âme qu'il vaut autant la déclarer disciple et comme servante du tempérament. » Et plus loin; l'âme ne lui paraît bonne « que pour représenter de poinct en poinct sur le théâtre de l'homme le billet qu'elle a reçu du tempérament. » Puis il ajoute : « Je suis marry que tant d'impertinences sortent de la boutique d'un si bel esprit. » (Chap. VIII, p. 171.)

Toutefois Jourdain Guibelet est forcé de faire des concessions aux principes de Jean Huarte. Son EXAMEN DE L'EXAMEN DES ESPRITS, fourmille de passages qui en sont les preuves. Il se demande « pourquoy les hommes sanguins de complexion sont stupides, plus habiles à chercher la vertu dans les plats que dans les livres, » (chap. X), et il en trouve la raison dans le tempérament. Il dit que « le cerveau est la boutique des conceptions; » il soutient, en outre, « que le plus grand avantage que puisse avoir l'homme de la part du corps, pour ce qui est de l'esprit, est la structure louable et la belle composition du cerveau, la *ténuité* de sa substance, la pureté et subtilité des esprits, et d'avoir les conduicts bien percez, par où l'âme se pourmeine, c'est-à-dire qui servent de passage aux facultez. » (Chap. X, p. 203.) Il accorde « que la maigreur donne au corps de la débilité, mais que la graisse le rend stupide, *gracile corpus infirmum, obesum hebes est.* » (Celse). Bien plus, notre auteur établit un principe, déjà admis dans l'antiquité, et que les phrénologistes s'attribuent. « L'on condamne, dit-il, les testes dures, les testes aiguës, les testes serrées à l'endroict des tempes. Le vulgaire n'approuve point aussi les petites testes éventées, ny les grosses testes sans cervelle. » (Chap. XI, pag. 219.) Plus loin il parle « de ces misérables *testes de criquet*, c'est-à-dire qui ont peu d'esprit mouvant dans peu de cervelle. » Certes, Jourdain Guibelet n'avait pas une tête de criquet ou de *crétin*, comme on dit aujourd'hui. Ailleurs, il dit nettement : « Un grand front, quarrément formé, monstre la force de la faculté, est marque d'une grande cervelle, un signe de bon sens et de bon esprit. » (Chap. IV, p. 809.) On n'est pas plus positif. Plus loin, sa colère est plaisante contre « ces gens qui, pleins de bonne chère, de graisse, de crapule, sont plus stupides, et ont plus de corps que d'esprit, parce qu'ils ont

Avant d'éveiller la petite malade pour explorer la gorge, j'interrogeai le pouls; il était sans fréquence, peut-être un peu vif; la chaleur de la peau paraissait naturelle. J'examinai alors la gorge, et je trouvai les amygdales fort grosses; elles se touchaient presque; celle du côté gauche avait surtout un volume considérable; le voile du palais et la luette étaient beaucoup moins tuméfiés; toutes ces parties présentaient une teinte rouge peu prononcée et accompagnée d'une sorte de transparence. La langue était légèrement blanche sur toute sa surface. On sentait, de chaque côté du cou, une tumeur douloureuse qui correspondait à la région des amygdales. Je n'observai alors aucune modification appréciable dans l'état des ganglions lymphatiques sous-maxillaires ou cervicaux. La voix et la toux étaient enrouées, mais il n'y avait pas de sifflement laryngé; les mouvemens respiratoires n'étaient altérés ni dans leur rythme ni dans leur fréquence.

Je crus avoir affaire à une angine catarrhale, qui s'était propagée jusqu'au larynx, et qui s'était compliquée d'un accès de laryngite striduleuse.

Tout en cherchant à rassurer la mère, je fis mes réserves et je prescrivis : 1° le sirop d'ipecacuanha, à prendre par cuillerées à café, toutes les dix minutes, jusqu'à ce qu'il eût produit trois ou quatre vomissemens; 2° des cataplasmes sinapisés; 3° une tisane d'orge prise tiède.

Le lendemain, j'appris que l'enfant avait eu pendant la nuit cinq ou six vomissemens, et qu'elle avait ensuite un peu reposé vers le matin. Cependant elle paraissait fatiguée; mais, en somme, son état s'était amélioré; ainsi la voix était à peine enrouée, la toux sèche, mais sans raucité; le pouls et la chaleur de la peau semblaient naturels; il n'y avait pas de soif, et la malade demandait à déjeuner. Quant aux amygdales et à l'isthme du gosier, ils présentaient le même aspect que la veille, et la pression des parties latérales du cou déterminait toujours de la douleur.

Même tisane, coupée avec le lait; deux pédiluves; boire une décoction de 4 grammes de séné, bouillis avec une dizaine de pruneaux; deux potages.

10 février. Il y a eu quatre ou cinq garderobes dans la journée d'hier. La nuit a été fort agitée. Jenny R... s'est plusieurs fois réveillée pleine d'anxiété, mais sans avoir d'accès de suffocation aussi manifestes que le 8. Le pouls est plus vif, la voix plus enrouée, plus profonde que je ne l'ai observée jusqu'ici; la toux est plus rauque. (Cependant, je n'entendis pas le sifflement laryngé tout le temps que je restai auprès de la malade.) L'ingestion des boissons n'est accompagnée ni de régurgitation, ni de toux. L'arrière-gorge a pris un aspect tout nouveau; les amygdales semblent déchiquetées; on dirait qu'un abcès s'est ouvert à leur surface et que les parois de cet abcès se sont retournées. Un ou deux ganglions cervicaux du côté gauche sont tuméfiés et douloureux.

Prescription : pédiluve, 4 insufflations d'alun en poudre dans la journée; 2 bouillons; continuer la tisane; un quart de lavement avec une cuillerée à bouche de miel commun; cataplasmes autour du cou; préserver avec soin l'enfant du froid et de l'humidité.

Peu rassuré par ce que j'avais observé le matin, je visitai l'enfant dans la soirée; l'ensemble des symptômes n'était pas plus alarmant, mais l'aspect des amygdales avait changé; leur surface paraissait plus lisse et comme recouverte d'un réseau blanchâtre à larges mailles.

Je fis une nouvelle insufflation d'alun, qui devait être suivie de deux autres, chacune à quatre heures de distance, et je recommandai expressément qu'on vînt me chercher la nuit, au moindre accès de suffocation.

Le lendemain matin, 11 février, je vis l'enfant de bonne heure. Elle avait eu, le soir et dans la nuit, une grande agitation et quelques accès de suffocation, qui avaient peu duré. La voix et la toux présentaient à un haut degré les caractères distinctifs du croup; elles étaient sourdes et métalliques; l'inspiration était sifflante; enfin, il existait déjà des phénomènes d'asphyxie lente, caractérisée par l'injection bleuâtre des conjonctives et des lèvres. La peau était un peu chaude; le pouls vif et fréquent.

A l'examen de la gorge, je constatai l'existence d'une fausse membrane sur chacune des amygdales; celle du côté droit occupait les deux tiers supérieur et antérieur de la glande; celle du côté gauche, plus large, plus épaisse, lui formait une enveloppe complète. L'indocilité de la petite malade et l'étroitesse de la gorge, obstruée par les amygdales, ne me permirent pas d'apercevoir l'épiglotte et l'orifice supérieur du larynx; je ne pus même voir la paroi postérieure du pharynx; mais il n'en restait pas moins démontré pour moi que la maladie s'était propagée jusqu'à la glotte.

Je fis préparer de suite une solution de nitrate d'argent (nitrate, 2 grammes; eau, 16 grammes), et je portai à deux reprises un petit pinceau d'éponge imbibée de cette solution sur les amygdales, sur la paroi postérieure du pharynx et sur l'orifice supérieur du larynx; cette manœuvre détermina des efforts convulsifs du gosier. Puis je recommandai de faire vomir l'enfant à deux reprises, à cinq heures d'intervalle, en lui administrant par cuillerées à café, toutes les dix minutes et jusqu'à effet vomitif, la solution suivante :

Prenez :	Tartre stibié	10 centigrammes.
	Sirop d'ipécacuanha.	32 grammes.
	Eau	64 grammes.

Infusion de violettes édulcorée avec le sirop de gomme; boire chaud et souvent.

Ma prescription fut fidèlement exécutée; l'enfant eut chaque fois quatre à cinq vomissemens assez abondans, contenant des paquets de mucosités filant comme du blanc d'œuf et des débris membraneux. L'un de ces débris représentait une cavité capable de contenir une noisette, et à parois épaisses d'un millimètre environ. C'était évidemment celui qui, le matin, recouvrait l'amygdale gauche. Celle-ci présentait encore quelques stries d'un blanc de lait; mais la droite était entièrement nette. Un amendement notable s'était manifesté en même temps dans les autres symptômes. La teinte foncée des lèvres avait diminué; la respiration était moins haute et moins fréquente; la voix moins profonde, quoiqu'encore sourde et grave; la toux avait moins de sécheresse et plus d'éclat, et le sifflement laryngé, devenu plus faible, manquait par momens.

Insufflations d'alun à répéter trois fois dans la nuit; faire vomir une fois dans la soirée et une fois dans la nuit à six heures d'intervalle; cataplasmes chauds aux mollets; le reste comme le matin.

Le matin du 12, l'amélioration est plus complète que la veille au soir; la respiration est libre; le sifflement laryngé n'existe plus; les lèvres ont repris leur couleur rosée. La voix et la toux ont peu changé; les amygdales sont toujours gonflées, mais ne présentent plus de traces de fausses membranes; elles ont une teinte cramoisie. Le léger mouvement fébrile qui existait la veille a disparu; l'enfant semble seulement fatiguée et s'endort dès qu'on cesse de s'occuper d'elle. Les vomissemens contiennent comme la veille au soir des flocons filans plus ou moins volumineux et quelques grumeaux pseudo-membraneux.

Eau d'orge, pédiluve, deux insufflations d'alun en poudre, deux tasses à café de bouillon coupé.

Le 13 au matin, la malade paraissait maussade; elle avait eu de l'agitation le soir et n'avait pas sommeillé la nuit; mais, en revanche, elle avait dormi une bonne partie de la journée. Aucune trace nouvelle de fausses membranes sur les amygdales qui semblent moins tuméfiées. La toux et la voix n'ont pas changé. Même prescription.

14 février. Je n'avais pas vu l'enfant depuis vingt-quatre heures, et je la trouvai dans un état beaucoup moins rassurant. La journée s'était assez bien passée, quoique l'enfant eût continué à être maussade. Elle avait eu quelques instans d'un sommeil facilement interrompu; mais le soir étaient survenus de la fièvre, de l'agitation et quelques nouveaux accès de dyspnée. La nuit n'avait pas été meilleure que la soirée.

Ce rapport était confirmé par ce que j'observais. Pour la première fois, il existait un mouvement fébrile assez intense : la peau était brûlante; le pouls à 102 ou 104, vif et serré. La voix et la toux avaient entièrement repris le caractère croupal. L'inspiration était redevenue sifflante. Enfin, l'amygdale gauche présentait de nouveau ce réseau blanchâtre à larges mailles que j'avais observé quelques jours auparavant. Il n'existait que quelques points blanchâtres sur l'amygdale droite. Il n'y avait pas eu de garderobe depuis deux jours; il n'était survenu aucun vomissement spontané.

Cautérisation avec une solution de nitrate d'argent plus concentrée que la

---

l'ame dans le ventre, et comme perdue dans les ordures de la chair. » Chap XIX, pag. 340.) Dans un autre endroit, parlant de violens accès d'hystérie et de catalepsie, il dit : « C'est que le corps estant comme mort, lors de ceste violence du mal, l'ame se retirait chez elle, et quasi commençait à jouyr de ses privilèges. » (Chap. XX, pag 359.) Cette dernière réflexion est pleine de finesse et d'élévation d'esprit.

Je ne pousserai pas plus loin les citations tirées du livre de Jourdain Guibelet; elles seraient sans nombre pour démontrer combien ce livre renferme de science, d'observations intéressantes, de faits instructifs, de recherches et de vues ingénieuses, malgré les théories médicales de l'époque. Tout en blâmant Huarte, son antagoniste, Jourdain Guibelet ne peut s'empêcher d'admettre une partie de ses principes; il n'en critique que ce qu'il croit exagéré, évitant surtout ce matérialisme organique et atomistique, si en faveur parmi quelques savans de notre temps. Ces deux ouvrages nous montrent, du reste, qu'à toutes les époques, les médecins, comme les philosophes, se sont occupés de ces grands problèmes, qui tiennent radicalement à la science de l'homme, et auxquels on reviendra toujours. Tantôt on sépare l'étude du physique et du moral, tantôt on les examine sous le même point de vue philosophique; chacune de ces méthodes a ses avantages et ses inconvéniens. Peut-être vaut-il mieux les séparer, car, outre que le champ est trop vaste pour le cultiver en entier, les faits y sont d'un ordre presqu'entièrement spécial. C'était du moins l'opinion d'un homme, que, certes, on ne saurait accuser de croyances superstitieuses, le célèbre Spinosa. « Ni la théologie, dit-il, ne doit être la servante de la raison, ni la raison servante de la théologie. » *Nec theologiam rationi, nec rationem theologiæ ancillari.* (TRACTATUS THEOLOGICO-POLITICUS, cap. XV). En effet, bien qu'il y ait un point d'unité, la nature de notre être, le but final de notre existence, ces grands mystères de l'humanité, dont les esprits supérieurs furent tourmentés dans tous les temps, exigent tant de travaux qu'il faut nécessairement suivre plusieurs chemins, défricher, cultiver le champ sous toutes les formes. Eh! plût à Dieu que le succès ait couronné tant d'efforts. Mais jusqu'à présent que savons-nous? Personne n'a pu atteindre encore ces cimes voilées qui nous dérobent la vérité. Un ancien nous l'a dit :

NOSCE TE IPSUM, dictio quidem est brevis,
Sed tanta res, quam Jupiter solus sciebat.

(Reflexion de Porphyre, conservée par Stobée.)

R. P.

— TRAITÉ PRATIQUE DE L'AMAUROSE, ou goutte sereine, avec des recherches nouvelles sur les méthodes spéciales de traitement qui conviennent à ses différentes espèces; par J.-E. PÉTREQUIN, D. M. P., chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon, etc. Un vol. in-8 de 120 pages. 1841.

A Paris, chez J.-B. Baillière.

A Lyon, chez Savy, quai des Célestins, 49.

première (3 gram. de nitrate pour 16 gr. d'eau). Vomitif, lavement avec le miel, cataplasme aux cuisses.

Le soir, je trouve la malade dans une situation aussi mauvaise; elleest dans un état habituel de somnolence, pendant lequel la respiration est fortement ronflante; la teinte des lèvres est plus violacée que le matin. Il y a eu quelques tremblemens spasmodiques des mâchoires et quelques soubresauts des tendons.

La fausse membrane des amygdales est complétement formée; mais moins épaisse et moins étendue que la première fois; elle a aussi une coloration moins jaunâtre.

Nouvelle cautérisation avec la solution du nitrate d'argent. Répéter le vomissement deux fois dans la nuit.

Malgré le traitement local, malgré l'emploi des vomitifs, qui avaient déjà enrayé deux fois la marche de la maladie, les symptômes s'étaient aggravés pendant la nuit. Non seulement il y avait eu de l'agitation, de l'anxiété, un sommeil interrompu; mais la voix était presque complétement éteinte, métallique et profonde; la toux rauque et sèche. Et lorsque la petite malade s'assoupissait, elle faisait entendre un ronflement très fort, évidemment formé à la fois dans les fosses nasales et dans le larynx. Enfin les phénomènes d'asphyxie étaient plus prononcés que le 11; cependant la suffocation n'était pas imminente.

Les amygdales étaient débarrassées en partie des fausses membranes; elles avaient peut-être un peu moins de volume; mais elles conservaient leur couleur framboisée. L'extérieur du cou n'était pas plus douloureux que les jours précédens; les ganglions lymphatiques paraissaient même moins tuméfiés.

La solution émétique n'avait déterminé que deux vomissemens dans le milieu de la nuit; encore ne s'étaient-ils manifestés qu'une heure et demie environ après l'administration de 20 centigrammes de tartre stibié; 10 centigr. seulement avaient été prescrits; mais comme ils étaient restés sans résultat et que j'avais expressément recommandé d'obtenir l'effet vomitif, les parens avaient jugé convenable d'en administrer 10 autres. Enfin, 10 autres centigr. administrés depuis trois heures, c'est-à-dire à cinq heures du matin, n'avaient rien produit, et le vomissement ne fut déterminé que par l'exploration de la gorge. Il contenait toujours des matières visqueuses et des détritus pseudo-membraneux de quelques lignes de dimension.

Le ventre restait ferme, souple, indolent, même dans sa région épigastrique. Il n'y avait pas de soif vive, et la langue était large et humide.

Je prescrivis de nouveau 20 centigr. de tartre stibié dissous dans 125 grammes d'eau; la moitié de cette solution devait être donnée le matin même, de dix en dix minutes, et le reste vers midi. On appliquerait de plus un large vésicatoire à la nuque.

Quoique j'eusse l'intention de revoir l'enfant au milieu de la journée, et d'agir avec plus d'énergie encore s'il était nécessaire; comme le pronostic était grave, je crus devoir prier mon honorable confrère M. Delarroque de vouloir bien m'aider des sages conseils de son expérience. Il ne put voir la petite malade qu'à quatre heures de l'après-dîner. L'enfant dormait alors d'un sommeil peu profond et accompagné de ce ronflement grave que j'ai déjà décrit. Les membres supérieurs étaient le siége de soubresauts partiels et généraux. On remarquait aussi quelques mouvemens spasmodiques des lèvres et des joues. Le pouls était devenu très vif et très fréquent; la peau avait une chaleur brûlante; la face était injectée; les lèvres surtout étaient d'un violet foncé.

Dès que l'enfant fut éveillée, elle devint en proie à une agitation inexprimable; la dyspnée devint plus forte; les inspirations étaient hautes, répétées et sifflantes; la voix complétement éteinte; la toux sourde et métallique. Des accès de mouvemens convulsifs se manifestèrent dans les mâchoires.

Nous voulûmes examiner la gorge; mais la petite malade, naturellement indocile, s'y opposa si énergiquement que nous ne jugeâmes pas convenable d'insister dans l'état grave où elle se trouvait. Quelques instans plus tard et pendant les efforts que l'enfant faisait pour crier, M. Delarroque put entrevoir l'amygdale gauche encore revêtue d'une plaque blanchâtre.

Il y avait eu deux vomissemens depuis le matin obtenus avec peine comme les précédens, et contenant comme eux des détritus membraneux, qui furent rendus plus évidens par l'ébullition.

M. Delarroque jugea cette dernière circonstance propre à rendre le pronostic moins grave, puisqu'elle indiquait que la fausse membrane était rompue et en partie détachée. Néanmoins, comme l'enfant paraissait avoir tout au plus cinq ou six heures à vivre, si on abandonnait la maladie à elle-même, loin de désapprouver l'insistance que j'avais mise à combattre le croup par l'émétique, et qui avait alarmé les parens, cet honorable confrère me proposa une série de moyens actifs qui devaient être mis en usage dans l'espace d'une heure et demie au plus.

Ces moyens consistaient 1° à appliquer, au devant du larynx, dix sangsues qu'on laisserait saigner jusqu'à ce que l'enfant pâlît et menaçât de tomber en syncope;

2° A administrer, par cuillerée à café, de dix en dix minutes, la potion suivante:

Prenez	Sirop d'ipécacuanha..........	64 grammes.
	Émétine impure..............	20 centigr.
	Eau..........................	32 grammes.

On devait profiter de l'état de demi-syncope où se trouverait l'enfant pour administrer cette mixture.

3° Un large vésicatoire serait en même temps appliqué sur le sternum.

4° Enfin, des cataplasmes vinaigrés devaient être appliqués aux pieds.

Pour être plus sûr de l'exécution ponctuelle de ce traitement, dont j'approuvais l'énergie, je restai auprès de l'enfant et j'administrai tout moi-même. Les sangsues prirent en quelques minutes. A mesure qu'elles se gorgeaient de sang, la respiration devenait à vue d'œil moins précipitée, moins bruyante; le sifflement s'affaiblissait; l'état asphyxique diminuait; l'amélioration était évidente. Au bout d'une heure, toutes les sangsues étaient tombées, et l'enfant ne tarda pas à pâlir. C'est alors que je commençai à administrer la potion émétique. Elle fut donnée tout entière, par cuillerées, sans produire d'effet; c'est pourquoi, au bout de trois quarts d'heure, je donnai une cuillerée à bouche de la solution stibiée, antérieurement prescrite; et, deux minutes après, il survint un vomissement abondant, semblable aux précédens, et contenant encore des grumeaux pseudo-membraneux.

Le vomissement fut provoqué de nouveau le soir, vers onze heures, à l'aide de la solution émétique; il était de même nature que le dernier.

Vers minuit, je laissai l'enfant dans un état tellement satisfaisant, qu'il eût été difficile de croire à un si grand changement sans en avoir été le témoin. J'avais eu quelque peine à arrêter les sangsues; mais cela avait eu l'avantage de maintenir l'enfant dans un état de demi-syncope. La figure et les lèvres étaient pâles, la peau fraîche, le pouls encore fréquent mais peu développé. La voix était beaucoup moins voilée que quelques heures auparavant; la toux, plus humide et plus sonore. Les inspirations libres, régulières, sans fréquence anormale, sifflaient à peine. Il y eut quelques instans d'un sommeil tranquille, sans ronflement, pendant lequel la malade respirait la bouche fermée.

On fera néanmoins vomir l'enfant vers les cinq heures du matin.

16 février. Quoique la nuit se soit passée sans sommeil, l'amélioration s'est soutenue. Le pouls s'est relevé, mais il n'a plus de vivacité; la chaleur de la peau est plus prononcée, sans être vive et mordicante comme la veille au soir.

Le vomissement a été difficilement obtenu; 20 centigrammes d'émétique administrés dans l'espace de deux heures ont à peine fait vomir. Les matières vomies contiennent encore des détritus de fausses membranes, dont quelques-uns assez volumineux. La nature albumineuse des matières expulsées des voies aériennes se manifeste encore par la facilité avec laquelle elles forment des bulles fort grosses, lorsqu'elles sont amenées dans la bouche par les efforts de nausées ou de toux.

Les amygdales présentent encore quelques plaques membraneuses; c'est pourquoi je preseris la solution émétique pour le milieu de la journée.

Les vésicatoires étaient recouverts d'une fausse membrane très adhérente.

Le soir, la malade est toujours dans un état satisfaisant; on n'a obtenu qu'un seul vomissement après l'administration de 20 centigrammes d'émétique; on y rencontre toujours des débris pseudo-membraneux. Il existe encore quelques parcelles membraneuses sur l'amygdale gauche.

Cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent; exciter le vomissement dans la soirée; je substitue à l'émétique 35 centigrammes de sulfate de zinc, à prendre en trois doses, de dix en dix minutes; la troisième dose ne devait être prise que si la première ou la seconde ne faisait pas vomir.

Quoique le vomissement eût suivi immédiatement la première dose, les deux autres furent données; les matières vomies présentaient encore des matières filantes parsemées de quelques points opaques et même de quelques débris membraneux assez considérables.

L'amélioration est bien plus évidente que la veille; il y a eu quelques heures d'un sommeil paisible; la respiration est régulière et douce, sans sifflement, sans bruit d'aucune espèce; la toux est rare, humide, mais encore rauque; l'aphonie est la même; toute espèce de fièvre a cessé; l'enfant demande à manger.

Un point blanchâtre s'aperçoit encore sur l'amygdale, je le touche avec le crayon de nitrate d'argent.

Le ventre restant fermé, je prescris 60 centigr. de calomel à prendre en six doses égales, de deux en deux heures; bouillon de poulet; un bouillon coupé.

La journée fut bonne; la malade dormit à plusieurs reprises d'un sommeil tranquille; il n'y eut qu'une selle abondante et verte.

Je porte un pinceau chargé de calomel dans l'arrière-gorge, de manière à provoquer des contractions spasmodiques du pharynx. Après quelques efforts, qui produisent encore de grosses bulles, survient un vomissement peu abondant, qui, *soumis à l'ébullition*, ne donne aucun indice de matière plastique.

Nouvelle prescription de 60 centigrammes de calomel. Une friction ce soir, une autre cette nuit, avec 2 grammes d'onguent napolitain, sur les parties latérales du cou. J'avais pour but d'augmenter les sécrétions muqueuses de la bouche, de la gorge et du larynx, qui s'humectaient trop lentement.

18 février. L'enfant, qui a reposé une partie de la journée, passe une nuit agitée; néanmoins la respiration continue à être libre, quoique l'aphonie et l'enrouement persistent. La sensibilité du cou est moins vive dans les points correspondant aux amygdales, aux ganglions lymphatiques et au larynx. La bouche est plus humide, la toux plus grave, la langue moins rouge; mais les amygdales et la gorge sont toujours d'un rouge vif. Il y a eu deux selles vertes. Les vésicatoires sont secs.

Je porte encore dans la gorge un pinceau chargé de calomel. Nouvelle friction avec 4 grammes d'onguent mercuriel; tisane adoucissante; bouillon de poulet pour tisane; deux bouillons de bœuf coupés.

Le 19, l'état de l'enfant est encore plus satisfaisant que la veille; elle a dormi une grande partie de la nuit; elle n'a plus aucune trace de fièvre; pas de garde-robe la veille. Je touche la gorge avec le pinceau chargé de calomel. Même prescription, du reste.

20 février. La voix a eu le matin quelques éclats fort graves (voix de basse); elle est généralement moins sourde et mieux accentuée. La toux devient catarrhale; elle est provoquée par l'ingestion des boissons. Les amygdales commencent à diminuer de volume.

Je cesse toute espèce de préparation mercurielle, à cause du petit liseré rouge que présente le bord libre des gencives. Deux bouillons de bœuf; un peu de gelée de groseilles; looch blanc.

A partir de ce jour, l'enfant a marché rapidement vers une convalescence définitive. Le 22, les amygdales conservaient encore un peu de rougeur; mais elles sont diminuées des deux tiers. L'enfant est pleine de gaîté, tant elle est heureuse d'être débarrassée de nos médications fatigantes. Les éclats graves de la voix deviennent plus fréquens. Deux potages; deux biscuits à la cuillère avec de la gelée de groseilles.

Le 24, le gosier a repris à peu près son apparence normale. Plus de toux; le voix est constamment grave et sonore. Le sommeil est tranquille el réparateur; l'appétit est vif et les fonctions digestives s'exécutent avec la plus grande régularité.

Le 18 mars, le timbre de la voix est plus naturel; état général excellent lait d'ânesse pendant une quinzaine de jours.

Chez cette malade, la voix n'a repris son timbre habituel qu'avec une extrême lenteur; elle conservait encore un peu de gravité à la fin d'avril.

Obs. II. — Le second malade que j'ai traité est également une petite fille âgée de 5 ans environ, d'une constitution scrofuleuse.

C'est dans la nuit du 4 au 5 mars, vers minuit, et demi que je la vis d'une manière tout à fait accidentelle. J'avais été appelé pour une jeune fille en proie à une violente attaque d'hystérie depuis quatre heures; les parens de l'enfant profitèrent de ma présence pour me prier d'examiner leur fille. Depuis deux jours, celle-ci semblait indisposée, mais pas assez cependant pour suspendre ses repas et ses jeux; car, dans la journée, qui avait été fort douce et fort belle, elle avait passé plusieurs heures dans le jardin du Palais-Royal. Elle avait seulement éprouvé, au milieu de sa promenade, une ou deux quintes de toux sèche et enrouée, et la voix avait paru un peu voilée depuis celle époque.

Le soir, on avait couché l'enfant de bonne heure, parce qu'on lui avait trouvé un peu de fièvre, et elle s'était endormie promptement, mais d'un sommeil agité. Enfin, vers minuit, elle avait été prise de nouveau de quintes de toux rauque, avec difficulté de respirer, ce qui avait excité la sollicitude des parens.

Lorsque je vis l'enfant, elle dormait; je lui trouvai la peau brûlante, le pouls vif et fréquent el la respiration bruyante; elle ronflait, contre son habitude. Pendant cet examen, elle avait ouvert les yeux et s'était mise sur son séant; en même temps, elle avait eu une quinte de toux rauque et profonde; la voix était voilée, et la respiration évidemment gênée. L'inspiration était sifflante, surtout dans certains momens, ou elle devenait plus large, plus profonde; l'expiration elle-même présentait une sorte de rudesse. Le cou était douloureux à la pression dans la région des amygdales el du larynx.

La petite fille s'étant prêtée de bonne grâce à l'examen de la gorge, j'explorai celle-ci avec facilité et je la trouvai rouge et gonflée; les amygdales, celle du côté droit surtout, étaient fort volumineuses; mais je ne découvris aucune trace de pseudo-membrane; malgré ce signe négatif, je diagnostiquai une affection croupale, tant il y avait d'analogie entre les symptômes éprouvés par la petite malade et ceux que j'avais observés un mois auparavant.

J'avertis les parens de la gravité du cas, et je les engageai à mettre en usage, le plus promptement possible, les moyens suivans :

1° Envelopper les pieds de cataplasmes sinapisés;

2° Appliquer au-devant du larynx six sangsues que l'on laissera couler jusqu'à ce que l'enfant pâlisse, et jusqu'à ce que la peau perde de sa chaleur brûlante;

3° Après la chute des sangsues, administrer le sirop d'ipécacuanha par cuillerées à café, de dix en dix minutes, jusqu'à ce qu'il ait déterminé trois ou quatre vomissemens.

Les parens alarmés, ayant manifesté le désir de prendre l'avis de M. Bodson, leur médecin ordinaire, dans une circonstance aussi grave, je proposai d'attendre l'arrivée de cet estimable confrère avant de rien exécuter. Mais dans la crainte de perdre un temps précieux, ils appliquèrent des cataplasmes sinapisés aux pieds, et je posai moi-même les sangsues.

Lorsque M. Bodson arriva, il confirma mon diagnostic et approuva les moyens que j'avais conseillés.

L'écoulement de sang fut entretenu à l'aide d'une éponge imbibée d'eau tiède. Comme chez Jenny R., les symptômes laryngés s'amendaient d'une manière notable, à mesure que le sang coulait. Une heure environ après la chute des sangsues, la malade éprouva spontanément quelques nausées, bientôt suivies d'efforts de vomissemens, qui amenèrent deux gorgées d'une matière visqueuse et transparente comme du blanc d'œuf, parsemée de bulles d'air, et contenant quelques concrétions opaques d'un blanc de lait, dont l'une avait 2 ou 3 millimètres d'étendue.

Nous jugeâmes le moment favorable pour administrer deux cuillerées à café de sirop d'ipécacuanha; mais elles ne produisirent aucun effet. Il en fut de même d'une troisième, puis d'une quatrième, et, comme je l'appris le lendemain matin, ce fut seulement vers les cinq heures et après avoir pris 24 grammes de sirop, que l'enfant rejeta plusieurs paquets de matières filantes, contenant trois concrétions opaques et blanches aussi volumineuses que les premières.

L'écoulement du sang et le vomissement spontané ayant notablement amendé l'état de la respiration, de la toux et de la voix, nous quittâmes l'enfant vers deux heures et demie du matin, en recommandant de laisser couler le sang encore quelque temps, parce que le pouls conservait de la résistance et la peau une chaleur vive.

Je revis l'enfant le matin vers huit heures et demie; elle paraissait un peu fatiguée par l'insomnie; cependant elle était plus gaie. La peau était fraîche; le pouls sans fréquence et sans vivacité. La toux commençait à s'humecter; mais elle conservait ainsi que la voix le caractère croupal d'une manière trop marquée pour que je ne me tinsse pas sur mes gardes. En conséquence, je recommandai expressément de provoquer encore trois ou quatre vomissemens.

Looch blanc à prendre par cuillerées; un bouillon.

J'eus à me féliciter d'avoir insisté sur l'emploi des vomitifs; car, dans la matinée, l'enfant vomit encore des matières visqueuses, et un lambeau pseudo-membraneux long de 3 centimètres environ.

Depuis lors tous les symptômes n'ont pas cessé de s'amender, sans autre secours que quelques adoucissans, et quatre à cinq jours plus tard la santé était complètement rétablie.

Le 11 avril, les parens de cette petite malade m'ont prié de passer chez eux à cinq heures du matin, parce qu'ils craignaient que leur enfant n'éprouvât une récidive du croup. Pendant la nuit, elle avait eu plusieurs quintes d'une toux grave, qu'ils avaient pu confondre avec la toux croupale, mais qui en différait par son éclat et par une sécheresse moins grande. Il n'existait de plus aucun enrouement dans la voix, aucun sifflement dans l'inspiration, et d'ailleurs cette toux ne tarda pas à devenir complètement catarrhale, après l'usage de quelques boissons adoucissantes et d'une dose de manne. Néanmoins j'ai cru devoir rappeler cette circonstance, parce qu'Albert dit avoir observé des enfans qui, après avoir eu le croup, n'eurent pas le moindre rhume sans présenter le timbre de la toux que nous venons de décrire, l'adolescence ayant seule mis fin à la réapparition de ce phénomène.

Obs. III. — Lucy W., âgée de trois ans et demi, est ce qu'on appelle une belle enfant, c'est-à-dire qu'elle est grande et surtout *grosse* pour son âge; mais les chairs manquent de fermeté; elles sont transparentes et gorgées de sucs; et tout dans sa santé et dans celle de ses parens annonce une prédisposition scrofuleuse.

Au commencement de l'hiver, cette enfant a eu une coqueluche, qui a été remarquable par sa durée plutôt que par son intensité. Il y avait à peine une quinzaine de jours qu'elle avait perdu ses caractères distinctifs, lorsque le croup s'est déclaré, et il était resté une toux catarrhale.

Le lundi, 5 avril, le père me pria de voir son enfant, qui paraissait triste et abattue depuis deux ou trois jours, contre son ordinaire. Elle avait conservé un peu d'appétit; mais la toux avait augmenté surtout la nuit. Cet état de malaise n'était accompagné d'aucun mouvement fébrile, et je ne remarquai ni dans la toux, ni dans la respiration, rien qui pût me faire soupçonner l'invasion du croup. Je traitai donc ce malaise comme un état catarrhal, et je prescrivis 1° une tisane adoucissante; 2° 60 centigr. d'ipécacuanha en deux prises, et 3° pour le lendemain, 4 grammes de séné bouilli dans un verre de jus de pruneaux.

Le vomitif fut seul administré le mardi matin; mais l'enfant ne s'en trouva pas soulagée. La nuit du mardi au mercredi fut mauvaise; il y eut de l'agitation et des quintes de toux assez fréquentes. Le jeudi matin (8 avril) je trouvai de l'abattement, de la chaleur de la peau, de la fréquence et de la vitesse du pouls. Le visage était bouffi; les lèvres d'un rouge foncé; la voix enrouée et sourde; la toux un peu rauque. La respiration s'exécutait avec difficulté; l'inspiration surtout paraissait pénible; mais ne devenait très sifflante que par momens, surtout après les quintes de toux.

Les amygdales sont très volumineuses; elles sont recouvertes de fausses membranes, blanches et épaisses, ainsi que la luette, dans toute l'étendue que l'œil peut apercevoir; on en découvre même sur leur face postérieure et sur le pharynx, dans certains mouvemens favorables de l'arrière-gorge. Le cou n'est pas sensible à la pression; on y rencontre quelques ganglions cervicaux engorgés.

Je passe un pinceau d'éponge, chargé d'acide hydrochlorique pur, sur les parties malades, aussi loin qu'il peut atteindre, et quelques secondes après je porte un second pinceau chargé de calomel.

J'applique ensuite quatre sangsues au devant du larynx, et lorsqu'elles sont tombées, je favorise l'écoulement à l'aide d'une éponge imbibée d'eau tiède.

Cataplasmes vinaigrés aux pieds.

Lorsque la perte de sang commence à faire pâlir les lèvres, j'administre, par cuillerées à café, 32 grammes environ de sirop d'ipécacuanha, qui déterminent, après une demi-heure de malaise, plusieurs vomissemens chargés de matières filantes et visqueuses, tenant en suspension une assez grande quantité de débris pseudo-membraneux, plus ou moins gros. L'ébullition développe à leur surface une écume abondante, analogue à celle d'un pot-au-feu, et dans un grand nombre de points les matières filantes se concrètent à la manière du blanc d'œuf.

Après l'effet des sangsues et du vomitif, l'enfant fut évidemment soulagée; mais non pas d'une manière aussi notable que Jenny R.; c'est pourquoi je fis appliquer un large vésicatoire au devant du sternum.

Je revis la malade au milieu de la journée; elle était endormie et ronflait. Ce ronflement présentait les mêmes caractères que dans les deux cas précédens, c'est-à-dire qu'il partait de l'arrière-gorge et du larynx, et non pas du nez, comme m'en a convaincu un examen attentif. Les lèvres, loin d'avoir une pâleur en rapport avec la perte de sang, étaient au contraire d'un rouge assez prononcé. La respiration paraissait moins gênée; mais pas aussi libre, pas aussi régulière que dans l'état de santé. Il y avait encore du sifflement dans l'inspiration et de la raucité dans la voix.

Je fais préparer la potion suivante :

Prenez	Sirop d'ipécacuanha........	de chaque 32 gr.
	Eau....................	
	Tartre stibié..............	10 centigr.

que j'administrai jusqu'à effet vomitif. Des matières abondantes chargées, comme les précédentes, de flocons albumineux et de détritus membraneux, furent rejetées à plusieurs reprises. Il y eut comme le matin une rémission marquée dans les symptômes; mais elle n'était pas complète; il restait un malaise général, une gêne dans les fonctions respiratoires difficile à décrire; mais qui deviennent évidens lorsqu'on les compare au calme complet qui annonce la terminaison définitive des accidens.

Aussi le vomissement fut-il provoqué une troisième fois, toujours avec le même résultat sous le rapport des matières vomies et de la diminution des symptômes alarmans.

Le soir, les amygdales étaient en grande partie débarrassées des fausses membranes; mais il en restait sur la luette et au fond du pharynx : aussi recommandai-je expressément de faire vomir deux fois du soir au lendemain, mais on n'en fit rien. L'on m'allégua pour raison que le vomitif administré à dix heures du soir avait prolongé son action fort tard; que l'enfant paraissait fort abattue; qu'elle avait du reste assez bien dormi, s'étant réveillée plusieurs fois sans accès de suffocation. Les parens étaient effrayés, comme on le voit, par l'énergie de cette médication, et ils n'avaient tenu aucun compte des caractères de la voix et de la toux, qui étaient toujours les mêmes, et surtout du ronflement pendant le sommeil.

Le 9, au matin, je trouvai les symptômes peu différens de ce qu'ils étaient la veille. Toute l'arrière-gorge présentait de nouveau une plaque blanchâtre.

Pendant quelques instans, j'eus la pensée d'appliquer de nouvelles sangsues; mais la constitution lymphatique de la malade, l'absence de fièvre me décidèrent à revenir d'emblée au vomitif. Je pratiquai une nouvelle cautérisation avec l'acide hydrochlorique. Je me crus en outre autorisé à prescrire deux frictions avec 4 grammes d'onguent mercuriel chacune, par cette disposition tenace de l'économie à produire des concrétions plastiques.

Au milieu de la journée et le soir, j'administrai encore le vomitif, qui eut les mêmes résultats. Amélioration momentanée, puis reproduction des symptômes. Toujours les vomissemens firent rejeter une grande quantité de détritus membraneux, dont quelques-uns étaient très volumineux.

Vomitif à réitérer 2 fois dans la nuit ; une troisième friction.

Le 10 au matin, je trouvai la malade dans un état beaucoup plus satisfaisant qu'il ne l'avait été jusqu'alors; cependant l'amélioration n'était pas encore assez franche pour cesser la médication active qui nous avait si bien réussi. Ainsi, par momens, la malade ronflait encore en dormant; la toux était plus rare, plus humide, mais conservait de la raucité; la voix restait grave et voilée; enfin, il y avait encore des plaques blanches assez étendues sur les amygdales et sur la luette.

Un seul vomitif avait été administré dans la nuit (tartre stibié, 5 centigrammes, sirop d'ipecacuanha, 16 grammes), et il n'avait déterminé que des malaises, des nausées. Un seul effort de regurgitation avait expulsé une gorgée de matières filantes, avec quelques débris pseudo-membraneux.

L'émétique commençant à être toléré, j'en doublai la dose, et les vomissemens furent aussi abondans, aussi prolongés qu'auparavant. Je portai aussi pour la troisième fois un pinceau chargé d'acide hydrochlorique dans la gorge, puis ensuite un pinceau chargé de calomel.

Le vomissement fut de nouveau provoqué dans la journée. Le soir, il y avait une amélioration sensible ; la toux avait presque cessé et était devenue plus humide. La voix conservait son timbre de *basse*, mais elle était moins sourde ; enfin le ronflement était rare et beaucoup moins prononcé pendant le sommeil, et l'inspiration se faisait plus libre et à peine sifflante.

Il y avait bien encore des plaques blanches sur les amygdales ; néanmoins je m'abstins d'administrer le vomitif. Je portai seulement du calomel sur l'arrière-gorge. Friction mercurielle sur le cou ; 15 centigrammes de calomel d'heure en heure. De plus, vomitif conditionnel pour la nuit : il sera administré pour peu que l'enfant ronfle ou qu'elle ait la respiration moins libre. Le père jugea convenable de le donner vers trois heures, et le matin je trouvai l'enfant dans un état excellent. Les amygdales étaient encore recouvertes de plaques blanches, surtout à leur face interne, ainsi que la luette et la partie postérieure du pharynx.

2 frictions mercurielles de 2 grammes chacune ; 10 centigrammes de calomel en quatre paquets ; calomel porté sur la gorge à l'aide d'un pinceau.

Je m'étais demandé si l'acide hydrochlorique, employé pur, n'avait pas déterminé les plaques blanches qui restaient adhérentes aux amygdales ; mais la manière dont elles se sont comportées dans la suite, et les débris qu'a plusieurs fois rapportés le pinceau, me les ont fait regarder comme de véritables fausses membranes. En effet, à dater de ce jour, ces plaques se sont successivement cicatrisées et amincies, et le mercredi, 14, il n'en restait plus aucune trace.

En même temps que ces fausses membranes se résorbaient, la voix perdait de plus en plus son timbre grave, qui était interrompu par des éclats de voix naturelle. La plupart du temps la toux n'était provoquée que par l'ingestion des boissons. La figure et les lèvres étaient pâles, la respiration facile, le sommeil sans ronflement ; et le mercredi l'enfant était en pleine convalescence.

Parmi les réflexions auxquelles peuvent donner lieu ces trois observations, il en est deux qui méritent de trouver place dans ce travail, quoiqu'étrangères au traitement du croup. Elles se rapportent, la première, au ronflement particulier qui accompagnait le sommeil, dans les trois cas ; et, la seconde, à l'aspect particulier des amygdales, observé au début chez la première malade.

Le ronflement présente, suivant moi, un grand intérêt, en ce qu'il n'est pas ordinaire aux enfans en santé et dans l'état d'intégrité du larynx. Les parens de Jenny R. se trompaient évidemment lorsqu'ils prétendaient que ce phénomène était habituel à leur fille, puisqu'il a diminué en même temps que les autres symptômes, pour disparaître ensuite entièrement, quoique le timbre de la voix soit resté très altéré pendant deux mois. Chez la troisième malade, ce signe s'est également montré en harmonie avec ceux fournis par la toux et par la respiration.

Il m'a semblé que ce ronflement n'était que l'exagération des différens bruits déterminés par les mouvemens d'inspiration ou d'expiration pendant l'état de veille, lesquels étaient rendus plus évidens par la difficulté de respirer, qui est ordinairement plus grande pendant le sommeil, ainsi que l'a remarqué Albert. On reconnaissait, en effet, que ce ronflement partait du larynx et de l'arrière-gorge, plus que des fosses nasales, et qu'il était soumis aux deux mouvemens de la respiration, quant au rhythme et quant à l'intensité, c'est-à-dire qu'il se composait le plus ordinairement de deux bruits alternatifs, dont l'un, plus fort que l'autre, correspondait à l'inspiration ou à l'expiration, suivant que l'une d'elles était plus bruyante et plus difficile.

Il se présentait aussi avec deux caractères distincts : il était sec ou humide. J'ai surtout observé la sécheresse au début et lorsque l'état inflammatoire paraissait encore très aigu. L'humidité plus ou moins grande de ce bruit s'observait dans des circonstances différentes; elle paraissait due au passage de l'air, qui brassait les matières filantes et les fausses membranes détachées, qui obstruaient le larynx. Ce bruit n'était sans doute que l'exagération du *sonitus crepitans* qu'Albert a observé vingt-deux fois et qu'il attribue à la même cause : « *quum editur per respirationem sonitus crepitans mihi persuaderet sat grande lymphæ plasticæ frustum in asperâ arteriâ solutum fluctuare* (p. 175, obs. 5, et obs. 8, p. 186). *Rarissimè modo aliquantum crepitans iste audiebatur, ex quo concluderem plus minusve lymphæ plasticæ in asperâ arteriâ jam exsudatum esse.* »

Il m'a semblé, en effet, que la quantité des matières plastiques et du détritus membraneux expulsés par le vomissement était en rapport avec l'humidité et la *crépitation* du ronflement.

D'après ces considérations, il est facile de comprendre comment ce symptôme fournira d'utiles renseignemens pour le diagnostic, le pronostic et le traitement du croup. Tel que nous l'avons décrit, il ne peut appartenir qu'à une maladie du larynx, et doit par conséquent concourir à caractériser le croup. S'il est sec et métallique, on doit penser que l'état inflammatoire persiste et qu'il y a toujours une tendance prononcée à la sécrétion de matières très plastiques et très adhérentes ; d'où découle l'indicatinn des évacuations sanguines. Si, au contraire, il est devenu humide et crépitant, c'est que les fluides sécrétés sont plus abondans et moins plastiques, c'est que les fausses membranes commencent à se détacher et à flotter librement dans le larynx, circonstances qui indiquent l'emploi plus ou moins répété des vomitifs. Dans le premier cas, le pronostic est évidemment plus grave que dans le second ; et il devient des plus favorables si le ronflement cesse entièrement.

L'aspect particulier des amygdales observé au début chez la première malade présente aussi un certain intérêt. Chez Jenny R..., avant le développement bien évident des fausses membranes (c'était le 10 février), les amygdales ont pris un aspect déchiqueté, que j'ai comparé à celui d'un abcès qui se serait ouvert à leur surface, et dont les parois se seraient retournées et feraient saillie à l'extérieur. Or, dans une observation recueillie il y a huit ans, j'ai retrouvé le même symptôme, décrit dans les mêmes termes par le chef de service, dont j'étois alors l'externe. Le même aspect a été signalé par Albers dans une de ses observations. J'ai donc pensé qu'il y avait quelque intérêt à signaler ici un fait qui, s'il était observé un certain nombre de fois, ajouterait un symptôme d'autant plus précieux, qu'il se manifeste au début et en l'absence du signe pathognomonique, savoir, l'existence des fausses membranes.

Nous présenterons maintenant quelques réflexions relatives aux effets des émétiques dans les première et troisième observations, les seules où ils aient été employés largement, et nous ferons remarquer qu'ils n'ont pas produit des vomissemens d'autant plus nombreux qu'on répétait davantage leur administration ; mais que leur action s'est en quelque sorte épuisée de plus en plus, et qu'il s'est établi une sorte de tolérance qui a nécessité des doses plus fortes et plus rapprochées, pour obtenir des résultats quelquefois moins prononcés qu'au début. La même chose a été observée par Jurine, Vieusseux, Albers, Serlo de Crossen, etc.

Quoique les doses de l'émétique aient été portées jusqu'à 30 et 40 centigrammes dans les vingt-quatre heures, je n'ai observé à aucune époque la moindre trace d'irritation gastrique ; jamais de soif, jamais de rougeur de la langue, ni de douleur, même à la pression, dans la région épigastrique ; jamais de vomissemens spontanés lorsque le vomitif a cessé d'être employé. Le ventre est toujours resté fermé ; enfin, l'appétit s'est fait sentir avec énergie trente-six ou quarante-huit heures après l'administration du dernier émétique, et les fonctions digestives se sont exécutées avec régularité.

L'effet sédatif, au contraire, a été très prononcé ; presque constamment les vomissemens étaient suivis de calme et de sommeil ; cela a surtout été remarquable chez Lucy V..., dont l'estomac a toujours été fortement ébranlé par l'émétique, l'effet vomitif se manifestant quelquefois encore une heure et demie après l'administration du médicament. Après avoir vomi, cette pauvre enfant se jetait sur son lit, accablée de fatigue ; mais elle ne tardait pas à être prise d'un sommeil profond et tranquille, dans les premiers momens duquel on n'entendait aucune espèce de ronflement, et qui durait souvent une heure et demie, deux heures.

Il me reste maintenant à examiner si j'ai fait un usage également judicieux des émétiques chez ces trois malades. Or, je dois avouer que dans le premier cas, n'ayant pas encore expérimenté ou vu expérimenter la méthode que je préconise aujourd'hui, j'ai porté, dans son emploi, un peu trop d'hésitation.

J'aurais pu perdre ma première malade, si une main ferme ne m'avait soutenu dans la bonne route, et j'en aurais sans doute accusé l'insuffisance de la méthode vomitive, qui, mieux comprise, m'a fourni un résultat si brillant chez Lucy W., malgré l'étendue et l'abondance des

fausses membranes, malgré la reprodoction opiniâtre de la matière plastique. Peut-être aussi, dans cette première observation, n'ai-je pas assez tenu compte de l'élément inflammatoire : l'action si prompte des sangsues, appliquées au huitième jour de la maladie, et l'heureux effet des vomitifs, après cette perte de sang abondante, me portent à penser que le mal n'eût pas été aussi opiniâtre, si j'avais débuté par une évacuation sanguine comme dans les deux observations suivantes; car les fausses membranes se reproduisaient avec lenteur, et les vomissemens n'étaient pas aussi chargés de lymphe plastique, coagulable par la chaleur, que dans le troisième cas. Je crois donc, contradictoirement à l'opinion d'Albers, qu'il y a de l'avantage à commencer le traitement par les évacuations sanguines, lors même que la maladie n'est pas violente, à moins que la faiblesse de l'enfant ne s'y oppose. Je signalerai enfin la facilité avec laquelle je me suis confié aux rémissions, qui ont eu lieu, parce que cette facilité m'a conduit plusieurs fois à mettre de longs intervalles dans l'administration de l'émétique pendant lesquels la maladie regagnait le terrain qu'elle avait perdu. C'est une faute, dans laquelle sont tombés même des partisans de la méthode vomitive et qui explique quelques uns de leurs insuccès. Profitant de l'expérience que j'avais acquise, je n'ai suspendu les vomitifs, dans les deux autres cas, que lorsque les signes fournis par la voix, par la toux, et surtout par la liberté de la respiration, ont annoncé définitivement la convalescence; et il est permis de croire que le croup de la deuxième observation ne se serait pas terminé d'une manière aussi franche, malgré sa bénignité apparente, si un second vomitif n'eût pas été administré peu d'heures après le premier : la maladie ne s'était pas montrée sous un aspect plus grave au début chez Jenny R. Quant à la troisième malade, les heureux effets du traitement me paraissent hors de doute, si l'on compare la courte durée des accidens sérieux à la gravité et à l'opiniâtreté du mal.

Je me crois donc autorisé à établir que, dans le traitement du croup, les succès ne dépendent pas tant de la découverte de quelque médication extraordinaire que de l'usage bien entendu des moyens, qui sont employés par tout le monde. « *Sin autem medici, qui utilitatem emissi sanguinis, vel emeticorum, vel vesicatorii dubiam fecerunt, ægrotorum historias nobis retulissent, intelligeretur per hæc exempla causam cur illa remedia auxilium ferre negarint, non esse quærendam in remediis ipsis, sed in perversâ ratione illis utendi.* (Albers, p. 129).

Cette manière de voir nous semble du reste prouvée par les faits :

Si deux médecins distingués, exerçant l'un et l'autre, à la même époque, dans la ville de Genève, Jurine et Vieusseux, n'ont pas eu une pratique également heureuse dans le traitement du croup, faut-il, avec M. Guersant, en chercher la raison dans la nature dissemblable des maladies qu'ils ont eu à traiter? Non-seulement, on ferait une supposition gratuite en admettant que Vieusseux n'a traité que des croups véritables, tandis que Jurine n'a eu affaire qu'à des angines stridulenses; car les observations rapportées par Vieusseux semblent prouver le contraire, mais encore il n'y a qu'à comparer les conseils qu'il donne pour chacun d'eux; il n'y a encore qu'à interroger avec soin, dans les observations particulières, les détails du traitement pour y découvrir des différences qui expliquent beaucoup mieux la différence des résultats.

Si Albers de Brême, qui a partagé avec Jurine le prix proposé par le gouvernement en 1807, a obtenu, comme lui, de brillans succès, les doit-il à l'excellence de sa méthode, laquelle a la plus grande ressemblance, quant au fond, avec celle du praticien de Genève? Oui, sans doute, ce serait commettre une injustice que les attribuer à la gravité moins grande ou à la nature bénigne des maladies qu'il a traitées; car les observations, rassemblées à la fin de son mémoire, appartiennent évidemment au croup véritable et souvent porté à un haut degré. La lecture de ce travail remarquable prouve combien la guérison du croup est redevable à l'art, combien elle exige de savoir, de sagacité et d'énergie de la part du médecin.

Comment expliquer autrement, que par la diversité du traitement, les résultats si opposés, annoncés par deux praticiens également recommandables, dont l'un, M. Guersant, regarde « le croup, proprement dit, comme une maladie des plus graves et le plus souvent mortelle, et prétend que sur dix enfans, atteints réellement de cette affection, à peine peut-on en sauver deux, tandis que l'autre, M. de Larroque, affirme qu'à l'exception d'un enfant dont le croup coïncidait avec ce qu'on est dans l'usage d'appeler fièvre cérébrale, et qui, évidemment, succomba aux suites de cette dernière affection, il n'a pas souvenir d'un seul individu qu'il ait perdu, après l'avoir soumis à l'action des moyens dont il a fait l'énumération. »

Quant au choix de la méthode, il est à remarquer que tous les médecins qui ont écrit sur le croup, ceux qui ont fait un usage hardi des vomitifs, s'accordent tous à annoncer des succès nombreux, tandis que ceux qui se sont montrés plus timides, ou qui ont employé d'autres agens thérapeutiques, se disent moins heureux et moins confians dans les moyens qu'ils recommandent. Jurine ne perd qu'un malade sur neuf; Albers, et son compatriote Olbers affirment que le croup n'est jamais mortel si le médecin est appelé au début de la maladie, et qu'il présente de grandes ressources tant que l'agonie n'a pas commencé. Le docteur Serlo de Crossen a eu tellement à se louer de la méthode de traitement par le sulfate de cuivre, conseillée par le docteur Hoffmann (JOURNAL D'HUFELAND), que sur quarante ou cinquante malades, atteints de croup, chez lesquels il l'appliqua, quatre seulement ont succombé; et encore, ajoute-t-il, chez trois de ces derniers, le sulfate de cuivre avait été administré trop tard, et, chez le quatrième, les parens n'avaient point suivi avec exactitude l'ordonnance du médecin. Le docteur Serlo, son fils, a obtenu des succès analogues.

Sur douze malades, traités par le sulfate de cuivre, le docteur Dür n'en a perdu qu'un seul à la suite de phénomènes hydrencéphaliques: chez ce malade le croup avait cessé trente-six heures auparavant.

Parmi tous les médicamens que le docteur Malin de Cottbus a employés contre le croup, c'est encore aux vomitifs qu'appartient, selon lui, le premier rang, et, parmi eux, au sulfate de cuivre.

Citerai-je encore la pratique si heureuse du docteur de Laroque, qui est peut-être, de tous les praticiens, celui qui attaque le croup avec le plus de vigueur, et qui paraît aussi avoir obtenu les succès les plus décisifs?

Des résultats semblables ne sont-ils pas annoncés par le docteur Jourdain, de Bioche? Depuis que ce médecin a employé la formule des vomitifs coup sur coup, il affirme n'avoir pas perdu un seul malade, et, dans tous les cas, il a vu le croup céder plus facilement qu'une simple bronchite.

Dans l'appréciation de la méthode vomitive, il ne faut s'en laisser imposer, ni par la variété des émétiques auxquels chaque auteur donne la préférence, ni même par l'association de médicamens plus ou moins nombreux qui, pour la plupart, concourent peu à la guérison: une lecture attentive de quelques ouvrages, et surtout l'analyse des faits particuliers qui y sont consignés, m'a démontré que la guérison repose presqu'entièrement sur l'effet thérapeutique du vomissement, de quelque manière qu'il ait été provoqué.

Les motifs, qui ont fait préférer tel ou tel remède, reposent tantôt sur son administration plus ou moins facile, tantôt sur une simple idée théorique. Serlo de Crossen préfère le sulfate de cuivre, parce que, selon lui, le tartre stibié n'a un effet ni assez prompt ni assez sûr, et qu'il perd de sa force vomitive, lorsqu'il a été donné plusieurs fois de suite; d'un autre côté, dit-il, l'ipécacuanha est difficile à faire avaler aux enfans, à cause de son trop grand volume, et, de plus, il augmente l'erethysme des parties enflammées par son action irritante.

Le docteur Malin de Cottbus donne la préférence au sulfate de cuivre, parce que ce remède affecte et irrite l'estomac plus vivement que tout autre.

Le docteur Dür pense que les attaques de suffocation cèdent plus vite à l'action de ce sel, probablement à cause de sa propriété antispasmodique et spécifique.

Dans un cas où l'émétique était toléré, Albers eut recours au sulfate de zinc, comme je l'ai fait moi-même dans ma première observation.

Je crois qu'il y a un grand avantage à ramener ainsi à une formule simple *l'effet curatif du vomissement*, le mode d'action de tous ces médicamens qui semblent différer les uns des autres, et qui, en réalité, se suppléent volontiers. Ce qu'il importe en effet de connaître, ce sont d'abord les indications et la méthode thérapeutique : le choix des médicamens est d'un ordre secondaire.

Il est bien entendu que je n'accorde pas aux vomitifs le privilège de toujours guérir le croup à eux seuls, sans qu'il soit utile et même nécessaire de leur associer d'autres moyens. Les évacuations sanguines générales et locales ont une action des plus favorables, surtout lorsqu'elles sont poussées rapidement jusqu'à la syncope, soit en soustrayant les matériaux de la pseudo-membrane, soit en détruisant l'hyperémie locale, cause de spasme laryngé, soit enfin en produisant une sédation générale par l'état de syncope qu'elles amènent. Albers a vu deux fois survenir des vomissemens spontanés pendant l'application des sangsues. « *Duos scio infantes, qui vomebant simul ac hirudines collo applicatæ erant, sublato, opinor, spasmo tracheæ per sanguinis jacturam.* » C'est ce que nous avons observé nous-même chez notre jeune malade.

Mais les enfans supportant mal les évacuations sanguines, il est la plupart du temps impossible d'y revenir aussi souvent qu'il serait nécessaire pour s'opposer aux récidives opiniâtres du croup. Elles deviennent même sans objet lorsque l'état d'inflammation aiguë a été emporté.

Le mercure est certainement un altérant antiphlogistique utile, et surtout un puissant antiphlogistique; mais, comme l'a fort judicieusement

remarqué Albers, il n'agit qu'avec une certaine lenteur, souvent incompatible avec la marche rapide et quelquefois foudroyante du croup.

Præcipuè autem de duplici causâ indignamur si quis in solo hydrargyri usu acquiescit: primum nos ipsi infantem cui a principio morbi magnam copiam illius remedii pre-scripseramus, intra qua draginta octo horas perdidimus; deindè si morbus magno cum impetu orditur presenti auxilio opus est quale ab hydrargyro non potest expectari. Nam priusquam mercurius vim aliquam exerit in morbum, morte ægrotus eripitur (Albers, p. 129).

Vieusseux me paraît avoir judicieusement tracé le rôle des mercuriaux en disant qu'il ne faut pas trop négliger ces moyens lorsque le croup se prolonge; mais qu'on ne doit pas trop compter sur leur effet.

C'est encore leur action trop lente qui place les vésicatoires au second rang dans la thérapeutique du croup. Comme la saignée, ils ne peuvent pas être répétés outre mesure, parce qu'à l'effet révulsif se joint un effet excitant qui tournerait au profit de la maladie ou des complications; mais, employés dans une juste mesure, ils deviennent de puissans auxiliaires des évacuations sanguines et des émétiques.

Le musc conseillé par Albers lorsqu'il y a dépression des forces, lorsque les centres nerveux sont devenus insensibles à l'action des émétiques ou ne peuvent en supporter sans danger l'effet sédatif, le musc, dis-je, peut être utile dans ces cas, car alors il réveille, il ranime la puissance nerveuse; mais tout en remplissant une indication pressante, il ne constitue par le fondement de la méthode thérapeutique. Des réflexions analogues s'appliquent à l'emploi du camphre, de l'éther, de l'assa fœtida, etc., et de tous les anti-spasmodiques ou nerviens recommandés par quelques auteurs, les évacuations sanguines et les vomitifs suffisent ordinairement pour combattre l'élément antispasmodique du croup.

Les émétiques, au contraire, réunissent tous les avantages des médicamens que nous avons passés en revue, sans en présenter les inconvéniens. Leur action est prompte, énergique, comme la maladie qu'ils sont destinés à combattre; ils produisent une révulsion puissante, en congestionnant le système abdominal; ils déterminent une perturbation nerveuse des plus favorables par l'état de syncope et de malaise qui en est la conséquence et qui est tout à fait analogue à celui que détermine la saignée. Mais ils l'emportent sur cette dernière, en ce qu'ils ne sont pas seulement comme elle un des sédatifs immédiats les plus énergiques, mais encore parce qu'on peut y recourir souvent et longtemps, parce qu'ils n'exercent pas une véritable spoliation, ou du moins une spoliation de toute la substance du sang; mais qu'ils enrayent et troublent seulement les actions nerveuses et laissent l'économie avec toute sa capacité réactionnelle. Les émétiques enfin ont seuls l'immense privilége de remplir l'indication capitale du croup, savoir : la rupture et l'expulsion mécanique des fausses membranes qui opposent un obstacle matériel à la respiration et dont la présence fait le danger de cette affection. M. le docteur Delaroque pense même que c'est seulement de cette manière qu'ils sont si efficaces.

Du reste, je ne saurais mieux faire que de renvoyer au TRAITÉ DE THÉRAPEUTIQUE de MM. Trousseau et Pidoux, auquel j'ai emprunté une partie de ces détails, afin de faire comprendre à la fois la puissance et l'innocuité des vomitifs chez les enfans. Je suis étonné qu'après avoir si savamment exposé les avantages de la méthode évacuante, M. Trousseau n'en ait pas fait une application énergique au traitement du croup. Peut-être alors eût-il dit de la trachéotomie ce qu'il a dit des autres médications. « Lors même que le cas nous semble désespéré, nous n'en faisons pas moins une médecine active, qui n'a d'autre avantage que de tourmenter l'agonie des enfans, en augmentant à peine les chances de guérison. » C'est qu'en effet, dans mes convictions, la trachéotomie ne doit être qu'un remède extrême contre le croup; elle n'est pas aussi exempte de dangers que ses prôneurs s'efforcent de le démontrer. La section de la trachée, l'introduction et le contact prolongé d'une canule, les écouvillonnemens, en un mot toutes les manœuvres usitées en pareil cas, exposent certainement à des complications inflammatoires fort graves; et si la trachéotomie a sauvé quelques malades, peut-être a-t-elle été funeste à d'autres, lorsqu'elle a été employée prématurément, en faisant négliger des médications plus puissantes et plus certaines.

Mais avant d'en finir avec les émétiques qu'on me permette d'invoquer à la fois le raisonnement et les faits pour rassurer contre leurs suites certaines personnes qui redoutent encore la gastrite. Il suffit d'avoir lu avec quelque attention les auteurs qui ont le plus largement usé des vomitifs, il suffit de les avoir employés soi-même pour reconnaître combien est chimérique la crainte de déterminer une gastrite chez les enfans où des sécrétions abondantes constituent si facilement la crise de la congestion sanguine. De tous les auteurs que j'ai cités qu'ils aient employé l'émétique, l'ipécacuanha, le sulfate de cuivre, le scille, etc., aucun n'a observé d'accidens gastriques qui puissent se rapporter à phlegmasie de cet organe; ils se plaignent plutôt de la tolérance de l'estomac. Et cependant il en est qui ont répété le vomitif jusqu'à neuf fois en vingt-quatre heures. Je l'ai moi-même administré dix-sept fois en huit jours, et jusqu'à cinq fois par jour (première observation). Chez la troisième malade, le vomissement a été provoqué dix fois au moins en trois jours, et, dans ces deux cas, jamais de vomissemens spontanés, jamais de douleur dans la région épigastrique, jamais de soif, ni de rougeur de la langue. Je n'ai observé de remarquable que la facilité et l'énergie avec lesquelles l'appétit renaît, et ce n'est pas là, que je sache, un symptôme de gastrite aiguë. Mais admettons un moment que les évacuans ne guérissent le croup qu'en enflammant l'estomac, devons-nous oublier que les inflammations déterminées par des agens physiques ou chimiques ont en général peu de gravité. Chez un jeune enfant, que mon ami le docteur Lhéritier voyait avec M. Baron, l'émétique avait été donné plusieurs fois, à des intervalles de dix-huit à vingt-quatre heures; mais le mal ayant continué à faire des progrès et l'état de l'enfant paraissant désespéré, on l'administra une dernière fois, à la dose de 60 centigr., dans l'espace d'une heure. Après des efforts inouïs de vomissemens, l'enfant rejeta un long tuyau membraneux et fut sauvé. Il en fut quitte pour rejeter pendant quelques jours, d'abord toute espèce d'alimens, puis seulement les alimens solides. Au bout de ce temps, et sans autre secours que des boissons adoucissantes et des bains, il fut débarrassé de cette terrible gastrite, si toutefois gastrite il y avait; car les accidens pouvaient fort bien dépendre d'une simple irritabilité nerveuse de l'estomac. Je demanderai enfin s'il ne serait pas préférable de donner à un enfant une gastrite, même intense, avec la certitude de le guérir du croup, plutôt que de recourir à des médications incertaines et de le laisser mourir dans la crainte de lui enflammer l'estomac. Il me semble difficile de ne pas se rendre à la puissance d'un raisonnement aussi simple.

Je crois avoir établi jusqu'ici plusieurs points importans, savoir :

1° Que la différence des résultats heureux ou malheureux obtenus par les divers auteurs, dans le traitement du croup, doit être attribuée à la différence des méthodes qu'ils ont suivies plutôt qu'à la nature dissemblable des maladies qu'ils ont traitées.

2° Que de tous les médecins, ceux qui ont eu la pratique la plus heureuse ont fait un usage répété des vomissemens, sinon comme agent exclusif, du moins comme agent principal dans le traitement du croup confirmé.

3° Que de tous les remèdes conseillés pour guérir cette maladie, les vomitifs, aidés des évacuations sanguines, sont les plus puissans et remplissent le mieux les indications pendant le cours entier de la maladie.

4° Que les vésicatoires, les sinapismes, les mercuriaux, etc., sont des adjuvans utiles de l'action des émétiques, mais ne peuvent leur être substitués.

Il me reste maintenant à rechercher si les auteurs ont toujours fait un emploi judicieux des moyens qu'ils ont recommandés; s'ils ont compris et formulé leur méthode d'une manière assez précise pour guider sûrement ceux qui ne l'ont pas encore expérimentée. C'est ce que nous apprendra une analyse précise des préceptes donnés par quelques-uns d'entre eux.

Le premier, ou plutôt le principal remède que Jurine emploie dans la première période du croup, est la saignée générale ou locale, abondante ou faible, réitérée ou unique, suivant les divers degrés du mal. Il a pour but de détruire ou d'affaiblir l'irritation; et il pense prévenir souvent le développement de la fausse membrane; mais il recommande d'avoir recours à ce moyen dans les premiers temps et au moment même de l'invasion. Plus tard, dit-il, il perd de son efficacité.

Immédiatement après la première évacuation de sang, l'auteur donne de légers vomitifs et les continue ensuite pendant la deuxième période, mais à petites doses et à des intervalles réguliers. Lorsque ces deux moyens ne suffisent pas pour arrêter la marche de la maladie, Jurine a recours aux vésicatoires volans et aux sinapismes; il ne les conseille, comme les vomitifs, qu'après une évacuation préalable de sang.

A l'usage de ces remèdes de premier ordre, il ajoute celui des anti-spasmodiques, qu'il regarde comme fort utiles dans la plupart des cas; il les place même en première ligne lorsque le croup attaque des tempéramens faibles, délicats, disposés au spasme, ou lorsque, dès le début, la fièvre est légère et l'affection nerveuse dominante. Il les recommande encore d'une manière particulière dans les croups dont les rémittences sont longues et les intermittences prononcées.

Dans la deuxième période, c'est-à-dire lorsque la concrétion plastique est formée, c'est encore aux émétiques continués, à doses légères, puis aux purgatifs, aux expectorans (senega, préparations scillitiques, kermès), aux sternutatoires, aux fumigations éthérées que l'auteur a recours.

A cet exposé, il semblerait que le croup est une maladie dont la marche est lente et mesurée, et qu'il est toujours facile d'enrayer. En effet, si Jurine administre les vomitifs immédiatement après la première éva-

cuation de sang, c'est à petites doses et à des intervalles réguliers; il recherche plutôt l'effet dérivatif que l'effet vomitif; cela est si vrai qu'à la seconde période il donne simultanément les vomitifs, les purgatifs et les expectorans. Lorsqu'il a recours aux vésicatoires et aux sinapismes, ce n'est qu'après avoir attendu et avoir constaté l'insuffisance des deux premiers moyens; en un mot, l'auteur semble suivre un plan tracé à l'avance plutôt qu'obéir à l'exigence des symptômes.

Il ne faudrait pas conclure de cette critique que le traitement adopté par Jurine soit sans mérite; non seulement nous serions en contradiction avec nous-mêmes; mais nous serions démentis par les faits. Nous avons seulement cherché à démontrer que cet auteur n'a pas été assez pénétré de la nécessité d'agir avec promptitude et vigueur, ou du moins qu'il ne l'a pas assez formellement exprimée.

Ce défaut est bien plus sensible encore dans le travail de Vieusseux; car, après avoir tracé quelques règles sages pour l'emploi des évacuations sanguines, auxquelles il attache une plus grande importance que Jurine, il attend douze heures pour réitérer la saignée ou l'application des sangsues, s'il n'y a pas de diminution des symptômes.

Le second remède, qu'il emploie en même temps que la saignée, est le vésicatoire. L'émétique lui paraît d'un ordre secondaire, et voici comment il s'exprime à son égard : « Quoique ces deux moyens (saignée et vésicatoires) m'aient le plus souvent réussi, je sais bien que souvent on donne de suite le tartre stibié, dont plusieurs médecins ne se passent jamais. Je suis bien loin d'en désapprouver l'usage, car il agit d'une manière plus ou moins favorable, et je n'en sers fréquemment. Je veux seulement dire que souvent on peut s'en passer, mais je crois que jamais il ne nuit. » On croirait, d'après ce passage, que Vieusseux a méconnu les avantages des vomitifs; point du tout : « Ce remède remplit, dit-il, toutes les indications, soit de résoudre l'inflammation et ainsi d'en prévenir les conséquences, et surtout la formation de la fausse membrane, soit de faciliter l'expectoration en général, et même l'expulsion des lambeaux membraneux, quand la membrane a commencé à se former. Pourquoi donc n'en fait-il pas un plus fréquent usage? C'est qu'il attribue les avantages de l'émétique à « la secousse qu'il produit et à son action sourde plus qu'à son effet mécanique; » c'est que, par une aberration d'esprit inconcevable, il regarde l'expulsion des fausses membranes d'une grande dimension comme un signe funeste, ne comprenant pas que cette expulsion d'un tuyau membraneux indique la gravité et l'étendue de la maladie, mais n'en constitue pas le danger.

Avec de pareilles idées, Vieusseux ne s'empresse pas d'administrer le vomitif. Il attend douze heures, après que la saignée a été faite ou que les sangsues sont tombées et que le vésicatoire a été appliqué; encore faut-il qu'il n'y ait pas de soulagement marqué. Il n'était même pas si hardi dans les premiers temps de sa pratique; il craignait alors de le donner dès le commencement de la maladie; plus tard l'expérience lui a appris qu'on peut le donner dès le premier ou le second jour avec le plus grand succès, et enfin qu'on se trouve bien de le répéter tous les matins pendant plusieurs jours, si la maladie se prolonge. Il met donc un intervalle de vingt-quatre heures entre chaque administration de l'émétique, même dans ses momens de prodigalité. Cette lenteur explique fort bien qu'après avoir observé le soulagement produit par l'émétique « si grand en apparence, qu'on peut croire le malade guéri, » il ait vu les enfans périr entre ses mains. Il ne savait pas prévenir les récidives et se fiait aux rémissions.

Albers, auquel nous avons accordé un si juste tribut d'éloges, a mieux compris, sous un certain rapport, sur quelle base repose la guérison du croup, en conseillant l'emploi hardi et simultané des moyens administrés isolément par un grand nombre de médecins : « *Qui igitur a solis emeticis, vel sanguinis detractione, vel hydrargyro salutem expectant, hi vercor ne deciipiuntur.*»

Le premier remède qu'il emploie est un vomitif et un vomitif énergique. « *Sed hoc in primis curandum est, ut fortiori emetico crebrior producatur vomitus.* » — « *Cæterum nisi vehemens est morbus vomitorio sapè et organa adfecta et totum corpus haud iniquè immutantur, quod suprà jam dixi, ità ut ferè nullis aliis remediis opus sit ad salutem restituendam.* »

Malgré cette grande confiance dans l'émétique, Albert a cependant coutume de donner ensuite le campbre et le sulfure rouge d'antimoine.

Si la maladie débute avec une grande impétuosité, si la fièvre est forte, avec congestion sanguine vers la tête, si le vomitif ne produit pas une rémission marquée, il faut, dit-il, tirer du sang, lors même qu'il y a un peu d'amélioration, et plus tôt l'évacuation sanguine sera pratiquée, plus elle sera avantageuse. Il recommande en outre qu'elle soit abondante: « *Sed in sanguine de trahendo ne simus timidi, nam interdum, post hirudines appositas, insigne profluvium sanguinis oritur, ità ut infantis animi deliquio, imò convulsionibus corripiantur; nunquam tamen damnum indè vidi redundasse in ulteriorem progressum morbi, sed citissime aliquoties eum evanuisse.* »

Si la maladie est grave, ou si elle n'est pas arrêtée par cette médication, il applique un large vésicatoire sur le cou, dès que les piqûres de sangsues cessent de saigner. Si, au contraire, elle est légère, ou si elle n'est pas amoindrie par les émétiques, il n'applique pas de suite le vésicatoire. « *Novum expectans morbi insultum.* »

Pourquoi donc attendre cette nouvelle exacerbation? Pourquoi ne pas poser en précepte l'administration répétée des émétiques, dont il a reconnu l'efficacité? Pourquoi se contenter de l'action plus lente, mais incertaine, des mercuriaux et des expectorans? Albers a méconnu ici une condition capitale pour la guérison du croup, la nécessité de poursuivre à outrance une maladie aussi insidieuse. Il aurait eu, sans aucun doute, beaucoup d'insuccès à déplorer, s'il n'avait pas été sauvé par son bon sens pratique; mais en prescrivant le kermès comme expectorant, il recommande d'en doubler quelquefois la dose sans crainte des nausées ou des vomissemens qu'il pourra provoquer. Et deux pages plus loin, il remplit avec bonheur une indication importante, celle d'évacuer les matières plastiques lorsqu'elles sont accumulées dans la trachée; aussi conseille-t-il à cet effet, non seulement de faire vomir, mais de répéter suivant le besoin les émétiques. « *Quæ aut salutem aut certè levamen ægrotis adferunt.* »

Ce praticien distingué mettait donc réellement en pratique la méthode du vomissement répété; mais il n'a pas su la formuler.

Nous n'allongerons pas inutilement ce travail par de nouvelles analyses et nous résumerons en peu de mots trois propositions capitales dans le traitement du croup, qui nous paraissent avoir été suffisamment établies par les développemens dans lesquels nous sommes entrés.

A. Et d'abord il est indispensable de ne pas disséminer les forces thérapeutiques qui sont à notre disposition, comme le font la plupart des médecins; il faut, au contraire, les concentrer toutes, afin d'en tripler l'action; c'est le meilleur moyen de juguler la maladie, comme nous sommes autorisés à le faire par les dangers auxquels elle expose. Aussi le docteur Delarroque a-t-il rendu un service réel, en recommandant de poser les sangsues, de donner l'émétique et d'appliquer les sinapismes et le vésicatoire dans le court espace d'une heure, une heure et demie.

B. Il faut, en outre, tirer de ces moyens tout le parti possible :

L'écoulement de sang sera porté un peu plus loin, et l'on aura recours aux sangsues seules, ou en même temps à la saignée générale, suivant l'âge et les forces du malade, suivant l'intensité et l'état inflammatoire général ou local, suivant les complications, quelle que soit la période de la maladie, pourvu que ces moyens soient indiqués. Dans la première observation, les sangsues ont heureusement remédié aux accidens de l'inflammation locale et de l'asphyxie, quoique la maladie fût arrivée au huitième jour.

On profitera de la disposition syncopale qui suit un écoulement de sang abondant et rapide, ce qui est favorable à la résolution des phlegmasies, pour administrer l'émétique, qui ajoute son effet sédatif à celui des évacuations sanguines et débarrasse les voies aériennes des matières qui les obstruent. On aura soin de l'administrer à doses assez élevées et assez rapprochées, pour produire des vomissemens abondans et réitérés. *Sed hoc in primis curandum est fortiori emetico crebrior producatur vomitus.*

Enfin des sinapismes, puis un large vésicatoire appliqué au-devant du *sternum* ne tarderont pas à ajouter leur effet révulsif à l'action antiphlogistique et antispasmodique des moyens précédens.

C. Si les accidens ne cèdent pas, il ne faut pas attendre une nouvelle exacerbation (*novum morbi impetum*), ce serait perdre un temps précieux. On les combattra, au contraire, sans relâche, non pas d'une manière empirique, mais en consultant les symptômes; c'est-à-dire qu'on réitérera les vomitifs dès que l'amélioration, qui succède toujours à leur administration, ne se soutiendra pas ou même ne deviendra pas de plus en plus marquée. Ils seront donnés à toutes les 3, 4 ou 5 heures, suivant le besoin, à doses suffisantes pour obtenir comme au début des vomissemens abondans et répétés. On ne se relâchera de cette sévérité dans leur administration, qu'autant que le mal sera vaincu, se guidant à cet égard sur la liberté plus ou moins grande de la respiration plutôt que sur l'état de la toux et de la voix. C'est en donnant les évacuans jusqu'à 9 fois en vingt-quatre heures, que M. de Larroque « est parvenu à faire rendre des masses énormes de fausses membranes, et qu'il a triomphé du croup alors même qu'il avait fait des progrès effrayans. »

D. Je n'ai pas fait mention du traitement local, non qu'il soit inutile, mais parce que je le crois suffisamment connu et que je le regarde comme d'un intérêt secondaire.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SEANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU 27 DÉCEMBRE.

PRIX DÉCERNÉS POUR L'ANNÉE 1840.

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE. — Le prix de physiologie expérimentale a été donné au mémoire intitulé : RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR L'INANITION, par M. Ch. Chossat.

Une mention honorable est accordée au mémoire ayant pour titre: NOUVELLES RECHERCHES SUR L'URINE HUMAINE, par M. Lecanu.

Le mémoire de M. Matteucci, sur les phénomènes électriques des animaux, est renvoyé pour le concours de 1842, ce travail annonçant plusieurs faits importans que la commission n'a pas été à même de vérifier.

PRIX DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE. — L'Académie a accordé, à titre de prix, la somme de 6,000 fr., à M. Tanquerel-des-Planches, pour son livre intitulé : TRAITÉ DES MALADIES DE PLOMB OU SATURNINES, et une somme de 4,000 fr. à titre d'indemnité et d'encouragement, à M. Amussat, pour ses RECHERCHES SUR L'INTRODUCTION DE L'AIR DANS LES VEINES.

PRIX PROPOSÉS PAR L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

Grand prix proposé en 1837 pour 1839, et remis au concours pour 1843 : « Déterminer, par des expériences précises, quelle est la succession des changemens physiques, chimiques et organiques qui ont lieu dans l'œuf, pendant le développement du fœtus, chez les oiseaux et les batraciens.

» Les concurrens devront tenir compte des rapports de l'œuf avec le milieu ambiant naturel; ils examineront par des expériences directes l'influence des variations artificielles de la température et de la compoition chimique de ce milieu. »

Grand prix des sciences physiques proposé pour 1837, puis pour 1839, et remis au concours pour 1843.

L'Académie avait proposé pour 1837 la question suivante : « Déterminer, par des recherches anatomiques et physiques, quel est le mécanisme de la production du son chez l'homme et chez les animaux vertébrés qui jouissent de cette faculté. »

Cette question n'ayant pas été résolue, l'Académie l'a remise au concours pour 1839 en la modifiant.

Six mémoires ont été envoyés au concours; mais la commission n'a pas jugé ces travaux dignes du prix ; en conséquence l'Académie a remis la question au concours pour 1843; mais en la divisant en deux parties, l'une destinée aux recherches anatomiques, l'autre aux recherches d'acoustique et de physiologie. Cette question sera donc le sujet de deux prix de 3,000 fr. chacun.

PRIX RELATIF A LA VACCINE.

L'Académie renouvelle qu'elle a proposé pour sujet d'un prix de 10,000 fr., qui sera donné, s'il y a lieu, dans sa séance publique de 1842, la question suivante :

« La vertu préservatrice de la vaccine est-elle absolue, ou bien ne serait-elle que temporaire?

» Dans ce dernier cas, déterminer, par des expériences et des faits authentiques, le temps pendant lequel la vaccine préserve de la variole.

» Le cow-pox a-t-il une vertu préservatrice plus certaine ou plus persistante que le vaccin déjà employé à un nombre plus ou moins considérable de vaccinations successives?

» En supposant que la qualité préservatrice du vaccin s'affaiblisse avec le temps, faudra-t-il le renouveler, et par quel moyen?

» L'intensité plus ou moins grande des phénomènes locaux du vaccin a-t-elle quelque relation avec la qualité préservatrice de la variole?

» Est-il nécessaire de vacciner plusieurs fois une même personne, et, dans le cas de l'affirmative, après combien d'années faudra-t-il procéder à de nouvelles vaccinations? »

Le concours sera fermé le 1er avril 1842.

PRIX FONDÉ PAR M. MANNI (1,500 fr.), PROFESSEUR A ROME,

Concours de 1837 remis à 1839, puis à 1842.

« Quels sont les caractères distinctifs des morts apparentes?

« Quels sont les moyens de prévenir les enterremens prématurés? »

— Après la proclamation des prix, M. Arago, secrétaire perpétuel, a lu la BIOGRAPHIE DE CONDORCET, ancien secrétaire de l'Académie des sciences. Cette lecture, qui a duré plus de deux heures, a fixé jusqu'au dernier moment l'attention des auditeurs et a excité des marques répétées de la plus vive sympathie. Nous regrettons que nos attributions toutes spéciales ne nous permettent pas de consacrer nos colonnes à des extraits qui, mieux que nos paroles, pourraient faire apprécier ce magnifique éloge.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 28 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BARTHÉLEMY.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

CONSULTATIONS GRATUITES EN ÉGYPTE.

M. JOMARD écrit à l'Académie pour lui annoncer qu'un médecin du Caire, après en avoir reçu l'autorisation du vice-roi, a ouvert une consultation gratuite pour les indigens de cette ville. Il se propose de faire connaître plus tard les résultats de cette institution, la première de ce genre qui ait été fondée en Egypte.

CORRESPONDANCE.

Une lettre du ministre de l'intérieur annonce que la députation de l'Académie sera reçue par le roi le 1er janvier à midi.

OUVERTURE DES CADAVRES DANS LES HÔPITAUX.

M. LONDE : Vous connaissez, Messieurs, l'arrêté récent par lequel le conseil d'administration des hôpitaux a interdit aux médecins le droit de faire l'autopsie des sujets réclamés, à moins d'une permission délivrée par les parens. Vous savez aussi que des démarches ont été faites par la Faculté de médecine pour obtenir du conseil la révocation de cette décision. Ces réclamations n'ont pas eu de succès; mais M. le préfet de la Seine, appréciant toute la gravité de cette mesure, a ordonné de surseoir à son exécution jusqu'à ce que M. le ministre de l'intérieur ait statué. Je crois qu'il y aurait opportunité à ce que l'Académie profitât de l'époque du premier de l'an pour adresser aussi ses réclamations au ministre.

M. RENOULT : Je ne pense pas que l'Académie ait le droit de prendre l'initiative dans cette circonstance.

M. CHERVIN : L'Académie est instituée pour s'occuper de tout ce qui peut intéresser la science et la santé publique. La question actuelle est on ne peut plus grave et rentre tout à fait dans nos attributions.

M. VILLENEUVE : L'Académie est d'autant plus intéressée à ce que les ouvertures de corps ne soient pas rendues difficiles, que la présentation des pièces recueillies dans les hôpitaux constitue une des parties les plus importantes de ses séances.

M. DUPUY demande le renvoi de la proposition de M. Londe au conseil d'administration.

M. LONDE : Il serait trop long d'attendre que le conseil d'administration eût examiné ma proposition. Profitons de l'occasion que nous offre le premier de l'an. Je m'étonne de rencontrer de l'opposition à une démarche aussi simple, aussi utile, et qui devrait, ce me semble, obtenir l'assentiment de tous, sans acception de parti.

M. EMERY : J'appuie la proposition de M. Londe; mais il serait, je crois, plus convenable de faire auprès du ministre une démarche directe : en attendant, et dès aujourd'hui, l'Académie pourrait protester contre la décision prise par le conseil des hôpitaux.

M. MÉRAT : Ce n'est pas en effet au milieu d'une réception de jour de l'an qu'il peut être question d'un sujet aussi grave. La dignité de l'Académie et l'importance de la proposition exigent qu'on fasse de cette demande l'objet d'une démarche particulière.

M. ADELON : C'est un grand malheur que de s'occuper en public d'une semblable mesure. La seule chose qui me semble à faire actuellement, c'est de voter dès à présent, immédiatement et sans discussion, contre l'arrêté du conseil des hôpitaux. (Adhésion générale.)

M. LE PRÉSIDENT : La proposition qui réunit le plus de suffrages est celle par laquelle on demande que le conseil d'administration de l'Académie s'adresse au ministre de l'intérieur pour obtenir la révocation de l'arrêté pris par le conseil-général des hôpitaux.

Cette proposition est votée à l'unanimité.

M. ROUX, retenu chez lui par une indisposition, adresse à l'Académie ses remercîmens pour la sympathie et l'appui qu'il a trouvés parmi ses collègues dans ses fonctions de président durant l'année 1841.

Les noms des membres désignés par le sort pour composer la députation chargée d'aller complimenter le roi à l'occasion du premier de l'an sont les suivans :

MM. Lecanu.	MM. Robinet.
Andral père.	Guiard.
Mitouart.	Baudelocque.
Londe.	Bégin.
Huzard.	Guibourt.
Velpeau.	Burdin jeune.

FORMATION DES COMMISSIONS POUR 1842.

L'ordre du jour est le remplacement des membres sortans dans les différentes commissions permanentes de l'Académie.

Sont nommés, pour le comité de publication, MM. Bousquet, Jubert, Delens, Caventou et Baudelocque.

Pour la commission des épidémies : MM. Martin-Solon et Louis.
Pour la commission des eaux minérales : MM. Rayer et Ferrus.
Pour la commission de vaccine : MM. Cornac et Bousquet.
Pour la commission des remèdes secrets : MM. Villeneuve et Pelletier.
Pour la commission de statistique et de topographie : MM. Nacquart et Burdin.

FISTULE LACRYMALE.

M. Hузard lit, au nom de M. Velpeau et au sien, un rapport sur une communication de M. Lemaitre. Ce médecin a envoyé à l'Académie deux observations, dont la première, donnée par lui comme un exemple de morve chez l'homme, ne contient pas assez de détails pour qu'on puisse se prononcer sur la nature de l'affection. La seconde observation est relative à une petite fille de 5 ans qui, depuis sa naissance, porte sur chaque joue, sur le trajet du sac lacrymal, à 3 ou 4 millimètres au-dessous de la commissure des paupières, une ouverture fistuleuse par laquelle sort de temps en temps une gouttelette de liquide transparent. Les narines sont habituellement sèches. M. Lemaitre demande s'il convient d'opérer cette fistule. M. le rapporteur propose de le remercier pour sa communication, et de lui dire que l'Académie n'a pas mission de répondre aux questions qu'on lui soumet sur des cas particuliers de pratique.

M. Blandin : Je crois que l'observation de M. Lemaitre mérite plus d'attention. Peut-être est-ce là un exemple de fistule du conduit lacrymal inférieur. S'il en était ainsi, ce serait un cas très rare, quoique Morgagni en ait cité quelques-uns de semblables. On pourrait donc, ce me semble, montrer un peu moins de sévérité dans les conclusions, et renvoyer l'observation au comité de publication, pour voir quel parti il en pourrait tirer.

M. Huzard : Je ne puis, dans cette question, que m'appuyer sur l'autorité de M. Velpeau, qui, ayant examiné l'observation avec moi, ne l'a pas jugée assez complète pour être insérée au Bulletin.

M. Lagneau appuie la proposition de M. Blandin.

M. Bégin : Avant de chercher ce qu'il y a à faire de cette observation, il faudrait d'abord savoir ce qu'elle contient. Il me semblerait donc plus sage d'écrire avant tout à l'auteur pour lui demander des détails plus circonstanciés sur le fait dont il a été témoin.

La proposition de M. Bégin, appuyée par M. Gimelle, est adoptée.

MORVE CHEZ L'HOMME.

M. Baradue lit une observation de farcin chronique terminé par la morve aiguë chez l'homme.

A cinq heures moins un quart, la séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE D'ÉDIMBOURG.

MÉMOIRE SUR LA FRÉQUENCE DE LA LÈPRE EN ANGLETERRE, AU MOYEN-AGE.

L'auteur de ce travail, après avoir rappelé combien cette maladie (éléphantiasis tuberculeuse ou grecque) fut répandu sur le continent du 10e au 15e siècle, prouve que dans le même temps elle pénétra aussi en Angleterre et y frappa de nombreuses victimes, ainsi que le démontrent les anciennes lois dont elle fut l'objet et les hôpitaux (au nombre de plus de cent) qui furent fondés alors en Angleterre et en Ecosse pour la réception des lépreux. Il fait remonter l'origine de quelques-unes des lépreries anglaises à une période antérieure à la première croisade. La première maison de ce genre dont il est question dans l'histoire de l'Écosse fut fondée par un ancêtre de la famille royale des Stuarts qui mourut en 1177. La maladie s'est conservée dans le Shetland jusqu'à une époque encore peu éloignée, ainsi qu'on le voit par l'histoire de la session de Kirk et par le rapport de divers voyageurs. Le professeur Thomson a trouvé sur un des derniers lépreux du Shetland un cas très tranché de l'éléphantiasis grecque, opinion qu'a partagée Willan. La maladie avait été transmise depuis très longtemps, et de père en fils, dans la famille de ce lépreux et dans plusieurs autres familles de ces îles. Le docteur Simpson s'attache surtout à démontrer que la lèpre anglaise du moyen-âge est l'éléphantiasis tuberculeuse ; il en trouve les preuves dans le texte de quelques-unes des chartes des plus anciennes maisons de lépreux, et dans les écrits de plusieurs auteurs anglais et écossais de ces temps qui en ont laissé la description. Il résulte de ses recherches que la maladie attaquait les deux sexes, que quelquefois elle se développait dans un âge très peu avancé, et que dans quelques cas elle a frappé des individus appartenant aux premiers rangs de la société. Les lois auxquelles étaient assujetis les lépreux et les réglemens de leurs hospices étaient extrêmement sévères. Si on en juge d'après différentes annales des anciens bourgs de l'Ecosse, cette sévérité était le résultat de l'opinion généralement admise à cette époque de la nature contagieuse de la maladie.

EMPLOI DE LA TEINTURE DE CANTHARIDES DANS LA BRONCHITE DES ENFANS.

Le docteur Ransford, après avoir présenté quelques observations sur les difficultés qu'offre le diagnostic des affections du thorax chez les enfans, rapporte avec détail plusieurs cas où la teinture de cantharides avait été employée. Dans un de ces cas, le moyen fut discontinué, parce qu'il était survenu une irritation gastrique. Dans quelques-uns l'administration de la teinture fut suivie de résultats avantageux. L'auteur paraît admettre que dans la plupart des cas ou cette médication a eu des effets avantageux, ces derniers ne se sont manifestés qu'après que déjà un certain degré d'irritation s'était montré dans les voies urinaires; il a observé aussi qu'elle ne réussissait pas quand l'expectoration était purulente.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ DE THÉRAPEUTIQUE ET DE MATIÈRE MÉDICALE; par le professeur Trousseau et le docteur Pidoux. — 2 gros vol. in-8. Deuxième édition, revue et entièrement refondue. Paris, 1841, chez Béchet jeune et Labé, libraires, place de l'Ecole-de-Médecine.

Lorsque nous avons annoncé la première édition de ce Traité de thérapeutique en 1836 et 1839, nous sommes entré dans d'assez grands développemens sur la direction que les auteurs avaient donnée à leurs études, sur la manière dont ils avaient accompli la tâche qu'ils s'étaient imposée, et enfin sur la place que leur travail nous semblait appelé à occuper parmi les autres ouvrages sur le même sujet. Nous ne reviendrons pas aujourd'hui sur ces points, qu'il était alors utile de signaler ; ce serait une répétition sans intérêt de ce qui est généralement su ; car le Traité de thérapeutique est maintenant connu de tous ; sa direction, essentiellement pratique (au moins dans sa plus grande partie), a été généralement et justement appréciée, et le succès de la première édition, malgré des imperfections assez graves et assez nombreuses, a prouvé que le travail de MM. Trousseau et Pidoux répondait réellement à un besoin de l'époque. Dans la courte notice que nous allons consacrer à cette seconde édition, nous nous bornerons donc à signaler les changemens les plus importans que les auteurs ont apportés à leur travail, et à examiner si réellement ils ont tenu compte exact des progrès, ou, disons mieux, des changemens opérés dans la science depuis la première publication.

Parmi les améliorations que les auteurs se vantent eux-mêmes d'avoir apportées à leur travail, il en est une que nous y avons cherchée inutilement. Cette amélioration, qui serait relative à la classification des agens de la matière médicale, se réduit, à notre avis, à une divergence d'opinion, très tranchée sur ce point, entre la préface de la première édition et celle de la seconde. Dans la première, en effet, les auteurs avaient affecté un dédain prononcé, et qui nous avait semblé assez rationnel, pour les classifications générales, tandis que, dans la seconde, on s'élève contre ce dédain, qu'on attribue à des habitudes de scepticisme et de paresse. Cette divergence d'opinion sur un tel sujet s'expliquera facilement par l'hypothèse, qui au reste nous semble très probable, que la rédaction des deux préfaces n'appartient pas au même auteur, et nous ne la signalons que parce que l'auteur de la dernière semble annoncer avoir un principe de classification assez élevé et assez large pour embrasser, dans une même idée, l'action physiologique et l'action thérapeutique des médicamens. Mais ce principe, on ne le fait pas connaître, parce que, nous dit-on, les méthodes régnantes le repousseraient. Le silence sur un principe de cette nature, et qui aurait une si grande influence sur l'avenir de la science, serait une faute grave si nous prenions à la lettre l'assertion que nous venons de faire connaître. Nous ne trouvons d'autre trace d'une classification des médicamens que dans quelques considérations sur la manière dont ils agissent sur la plasticité, suivant qu'ils la fortifient, comme les toniques et les astringens, ou qu'ils l'affaiblissent, comme les altérans; mais ces données, quoique déjà très générales, ne nous paraissent pas même parfaitement exactes.

La matière médicale n'avait pas reçu, dans la première édition, tous les développemens que comportait l'étendue donnée aux autres parties de l'ouvrage. L'équilibre, entre toutes les parties, a été à peu près rétabli dans la seconde édition, grâce surtout à d'amples détails de chimie pharmaceutique, d'histoire naturelle médicale, et à un grand nombre de formules que les auteurs ont citées à la suite de l'histoire de chaque agent médicamenteux.

Une autre amélioration que les auteurs ont apportée à cette seconde édition, et dont nous les félicitons bien sincèrement, dans leur intérêt et surtout dans celui de leurs lecteurs, c'est le sacrifice qu'ils ont fait des considérations générales sur la médecine, qu'ils avaient intercalées dans le second volume, dont elles occupaient même la plus grande partie. Ce hors-d'œuvre, dont le moindre défaut était de n'être lié par rien au reste de l'ouvrage, avait attiré de vives et nombreuses critiques à l'auteur, qui convient franchement, qu'en se livrant à cette recherche, il s'était engagé dans des sentiers qu'il parcourait pour la première fois, et sans apercevoir aussi distinctement qu'il le fait aujourd'hui le but auquel elle devait le conduire. Bien qu'une erreur aussi capitale fût d'un fâcheux augure pour l'avenir, cependant nous devons savoir gré à l'auteur de l'avoir reconnue et en partie réparée. Nous disons réparée, parce qu'il a remplacé

ce hors d'œuvre par une série de propositions générales dont quelques-unes sont d'une grande importance et établissent d'une manière assez juste les limites dans lesquelles la médication antiphlogistique doit être renfermée; mais parmi ces nombreuses propositions, qui occupent plus de cent pages, il en est encore quelques-unes qui rappellent trop le travail de la première édition, et qu'il eût été mieux, nous le pensons, de retrancher aussi.

Nous ne savons pas jusqu'à quel point nos auteurs ont eu raison de scinder en deux parties distinctes la classe des toniques, qui, dans la première édition, formaient la classe la plus naturelle, la mieux caractérisée. S'appuyant sur la distinction établie par Dumas entre la force de résistance vitale et la force d'assimilation, MM. Trousseau et Pidoux ont séparé la médication tonique analeptique de la médication tonique névrosthénique. La première de ces deux divisions qui se trouve en tête du premier volume ne comprend que le fer et quelques substances alimentaires, tandis que la seconde qui est portée au milieu du second volume, après les antispasmodiques, comprend le quinquina et toutes les substances désignés sous le nom d'*amers*. Dans l'état actuel de nos connaissances il est impossible de ne pas admettre la distinction établie par le savant professeur de Montpellier entre la force d'assimilation qui est la faculté primitive et générale dont jouissent tous les êtres organisés de convertir en leur propre substance des matières étrangères dont la composition est déterminée, pour chacun de ces êtres, par des lois constantes et primordiales et la force de résistance vitale qui est cette autre faculté dont jouissent les mêmes êtres, d'opposer une réaction énergique et de consommer leur existence jusqu'à son terme naturel, à travers toutes les causes d'altération et de destruction auxquelles ils sont exposés; il est encore incontestable que ces deux forces ne sont pas essentiellement liées et ne se suivent pas toujours dans leurs divers degrés de développement; que souvent même chez les mêmes êtres, l'une est à son maximum d'activité quand l'autre est à son minimum de puissance; mais il n'est pas également démontré que cette dernière force qui après tout n'est jusqu'ici qu'une abstraction, relève d'un principe unique, et surtout qu'elle ait son siége dans le système nerveux ganglionnaire; et cependant c'est sur cette hypothèse que repose toute la théorie de la médication névrosthénique destinée à combattre l'action des causes morbides qui frappent les foyers principaux de ce système.

Le caractère principal des affections qui résultent de ces causes morbides est la malignité, expression que l'on a eu le tort de vouloir remplacer par le mot *ataxie* qui désigne seulement une idée de désordre et non celle d'un danger imminent et caché, qui est le caractère de toutes les maladies où la première impression paraît avoir été de diminuer ou d'exagérer la résistance vitale. Quelques passages empruntés à Barthez et à M. Récamier, qui ont sondé avec une si merveilleuse sagacité et une si grande puissance d'induction les régions profondes où se passent les phénomènes les plus intimes de la vie, jettent plus de lumière sur les caractères génériques de ces affections, sur leur marche, leur terminaison que ne pourront jamais en fournir les recherches bornées exclusivement aux altérations grossières des organes qui ne sont que des phénomènes consécutifs éloignés sur lesquels l'homme de l'art n'a que peu de puissance, tandis qu'il obtient des succès si énergiques, si rapides, quand il dirige la médication sur les causes qui ont troublé primitivement les forces radicales de l'économie, le quinquina, les amers, les excitans, les diffusibles, etc. Nous mêmes nous oublions oublier le reproche que nous adressions il y a quelques instans aux auteurs du TRAITÉ DE THÉRAPEUTIQUE ET DE MATIÈRE MÉDICALE de s'occuper trop fréquemment de pathologie à l'occasion de thérapeutique, reproche sur lequel nous ne voudrions pas insister beaucoup parce que les développemens dans lesquels ils entrent sur diverses questions de pathologie ont pour but de fournir la base de la thérapeutique qu'ils conseillent, et qui, avec les principes de la médecine organique, serait absurde et sans motifs.

Plusieurs points ont reçu de notables développemens dans cette seconde édition et qui en augmentent encore la valeur. Ainsi à l'article *fer*, nous trouvons de nombreuses et d'importantes additions, non seulement à l'occasion de la matière médicale, dont il avait à peine été question dans la première édition, mais aussi à l'occasion de l'étude de l'action physiologique du fer sur l'homme; puis de son action thérapeutique, puis de ses différentes formes d'administration. Tous les articles de quelque importance nous présentent des différences semblables et que nous ne pouvons songer à indiquer simplement ici; un ou deux exemples suffiront pour démontrer avec quel soin les auteurs se sont tenus au courant de tous les travaux récens qui pouvaient ajouter quelque chose aux connaissances déjà acquises. Ainsi dans la classe des stupéfians deux passages nous ont surtout frappés; l'un a rapport à la meilleure manière d'employer la belladone, et d'après les expériences toutes récentes de M. Tonnelé, il paraîtrait que la dissolution de l'extrait aqueux dans l'eau distillée de belladone serait la meilleure préparation. Il paraît même que le praticien de Tours a retiré des effets énergiques de cette préparation, d'utiles secours pour le traitement de l'iritis membraneux. L'autre concerne la ciguë, sur l'action de laquelle déjà les opinions les plus diamétralement opposées ont été émises tant de fois, nous citerons les paroles de M. Trousseau lui-même. « Lorsqu'en 1836 nous imprimions la première édition de cet ouvrage, nous étions plus incrédules que nous ne le sommes aujourd'hui sur le compte de la ciguë; mais dans le courant de l'année 1840, nous avons, à l'hôpital Necker et dans notre pratique particulière, expérimenté ce médicament, et nous devons déclarer qu'il nous a paru l'agent le plus puissant dans le traitement des engorgemens chroniques. Nous avons vu, par l'emploi longtemps continué des cataplasmes de ciguë sur le ventre, se guérir deux hydropisies ascites, dues, l'une à une péritonite chronique, l'autre à la présence de nombreuses tumeurs dans la cavité abdominale. La guérison fut complète après trois mois de traitement. L'épanchement disparut dans le premier cas; dans l'autre il ne se reproduisit plus après une dixième ponction, huit ayant déjà été faites dans l'espace d'un an, avant le commencement du traitement. Mais, ce qu'il y eut de plus extraordinaire, c'est que les tumeurs elles-mêmes finirent par se résoudre entièrement. Dans d'autres cas analogues, nous avons obtenu, sinon une guérison complète, du moins un amendement très notable. »

Les variétés que présente l'action des médicamens entre les mains de praticiens différens, ou à des époques peu éloignées les unes des autres, ou dans des localités souvent assez rapprochées, forment l'un des problèmes les plus compliqués que présente l'étude de l'art, car on doit tenir compte dans la discussion des faits qui sont rapportés, non seulement des erreurs involontaires (nous ne supposons pas qu'elles soient jamais volontaires) dans lesquelles les praticiens sont quelquefois presque nécessairement entraînés par la faute des malades et de ceux qui les entourent, mais aussi des altérations qu'éprouvent les médicamens, et surtout de l'influence des constitutions épidémiques. Cette dernière circonstance, pourtant, ne peut être d'une grande importance pour la discussion des propriétés thérapeutiques de la ciguë; mais il est des cas où elle tient la première place et où l'efficacité ou l'inefficacité des médicamens doit lui être attribuée. Ainsi la discussion si vive qui eut lieu il y a quelques années sur les propriétés spéciales de l'antimoine, déjà tant de fois agitée, et qui, cette dernière fois, fut renouvelée par la publication de l'article *Antimoine*, de M. Trousseau, dans le DICTIONNAIRE en 25 volumes, paraît avoir trouvé une solution rationnelle dans l'influence des constitutions médicales à deux époques différentes. Tandis qu'en 1831 le kermès ne pouvait être administré à la dose de plus de 30 à 40 centigrammes, et encore le plus souvent mêlé à une plus ou moins grande quantité d'opium, pour qu'il fût toléré, au bout de quelques années, on pouvait donner à un adulte, et dès le début, de 2 à 3 grammes de kermès, et même sans lui associer le sirop diacode.

Ces citations suffisent pour donner une mesure du soin que les auteurs ont pris de tenir leurs lecteurs au courant des travaux qui se font chaque jour en thérapeutique et des modifications qu'éprouve continuellement cette partie importante des sciences médicales. Si nous tenons compte en outre du rapprochement qui s'est opéré entre la manière des deux auteurs, dont l'un accepte aujourd'hui l'utilité de certaines théories, tandis que l'autre est descendu de ces hauteurs philosophiques, où peu de lecteurs pouvaient le suivre, et où il reconnaît lui-même qu'il avait perdu la trace de ses premiers pas, nous reconnaîtrons que cette seconde édition est de beaucoup supérieure à la première. et que le TRAITÉ DE THÉRAPEUTIQUE ET DE MATIÈRE MÉDICALE n'a rien perdu de la supériorité qu'il prit dès son apparition sur les autres ouvrages du même genre, et qui auraient pu entrer en rivalité avec lui.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (*Gazette de santé* et *Clinique des Hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PHILOSOPHIE MÉDICALE.

RÉPONSE À LA LETTRE DE M. DOUBLE SUR ARISTOTE, GALIEN ET HIPPOCRATE; lue à l'Académie royale de médecine, le 4 janvier 1842, par M. E. FRÉD. DUBOIS (d'Amiens).

Monsieur,

C'était une coutume chez les anciens médecins de donner à quelques-unes de leurs dissertations la forme épistolaire; ainsi le célèbre Malpighi adresse à Borelli deux lettres sur l'organisation des poumons; c'est en réponse à une lettre de Nathanaël Higmore que Thomas Willis compose sa dissertation sur l'hystérie et sur l'hypochondrie; Sydenham écrit à Brady une lettre sur les épidémies de 1675 à 1680; il en écrit une seconde à Paman sur l'affection syphilitique, et enfin une autre à Guillaume Cole sur les varioles confluentes et sur l'hystérie. Je rappelle ici cet usage, non pour comparer ce qui n'est qu'un essai de ma part aux travaux de ces hommes illustres; mais pour montrer que ce mode de rédaction ou plutôt d'exposition, justifié qu'il est par ces antécédens, peut être repris aujourd'hui avec quelque avantage; c'est vous d'ailleurs, Monsieur, qui venez de m'ouvrir cette voie, et guidé ainsi sous vos auspices je ne saurais m'égarer.

J'ajouterai, pour terminer sur ce point, que cette controverse méritera peut être quelque bienveillance de la part de l'Académie, à raison du sujet sur lequel elle roule; trop souvent de nos jours, les lettres médicales n'ont agité que de vaines questions de priorité personnelle, écrites presque toutes pour revendiquer de prétendues découvertes, des inventions, des modifications réelles ou supposées; ici il s'agit de Galien, d'Aristote et d'Hippocrate; il s'agit d'archéologie médicale, et partant d'un sujet bien en dehors de toute contestation personnelle.

Ceci une fois dit, entrons en matière:

Sous les formes les plus courtoises et avec une réserve, une modération remarquables, vous m'avez présenté, Monsieur, de sérieuses objections; j'ai déjà fait publiquement et dans cette enceinte la part des éloges; j'ai dit que je ne pouvais les accepter qu'à titre d'encouragemens pour des travaux plus importans et poursuivis dans le même sens; quant aux objections je me suis réservé de les examiner dans le silence du cabinet et avec toute la maturité convenable.

Le premier et principal point contesté est celui-ci; tout en me conformant à l'opinion de Cuvier, j'aurais eu tort de reconnaître à Galien une sorte de prééminence sur Hippocrate et surtout de placer Aristote avant ces deux grandes illustrations de la science antique; un second point est que j'aurais à tort regardé Galien comme essentiellement localisateur dans celui de ses traités qui a pour titre DE LOCIS AFFECTIS; un troisième enfin, que j'aurais fait peser sur la personne de Galien des reproches qu'il n'a réellement pas mérités.

Les choses en étaient là, quand M. Rochoux, le premier inscrit dans

Feuilleton.

HIPPOCRATE, GALIEN ET CONSORS PARDEVANT L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Nous ne croyions pas avoir sitôt l'occasion de raconter au public les *belles choses* qui devaient se dire à l'Académie dans la cause d'Hippocrate contre Galien, et que nous avons promises à notre correspondant dans notre dernière lettre. Les débats, en effet, viennent de recommencer; l'affaire a été discutée *in extenso*, et les parties ont été enfin renvoyées dos à dos et sans frais par la clôture de la discussion.

Nous avons entendu quelques personnes regretter que l'Académie *perdît son temps* à de telles controverses. Ces personnes ont grandement tort. Le temps passé à un divertissement honnête n'est jamais perdu. La science et l'humanité n'ont nullement été en péril dans cet intervalle, et il n'y a aucune raison de croire que les communications suspendues par cet épisode littéraire auraient offert plus d'importance. Quant à l'agrément, il est évident de soi que le plus lumineux rapport sur un remède secret, ou la plus belle observation rédigée *in forma*, avec dates, chiffres et autopsie, ne sauraient entrer en balance avec la philosophie de M. Rochoux, la faconde de M. Gerdy et la parole solennelle de M. Castel. D'ailleurs, l'Académie étant immortelle, comme toutes ses sœurs, n'a pas besoin d'être si ménagère du temps, et peut en conséquence, sans inconvénient appréciable pour la science et pour le public, interrompre lorsqu'il lui plaît ce qu'on appelle ses travaux pour se livrer à ses plaisirs. Enfin, et pour parler aussi sérieusement que possible, quoi de plus naturel, de plus légitime et de plus digne, qu'une société composée des membres les plus distingués du corps médical, sorte de temps en temps du cercle de ses travaux habituels de pure pratique pour visiter les régions élevées de la philosophie de l'art, de sa littérature et de son histoire? Ces sortes de discussions rehaussent, à notre sens, non seulement l'Académie, mais encore la science médicale dont l'Académie est l'organe, le foyer et l'interprète. Remarquons, en effet, car c'est ici le lieu, que la médecine, considéré dans toute sa généralité, est la plus élevée et la plus complexe des sciences par son objet qui est l'homme, et par suite le plus libéral, et en même temps le plus utile de tous les arts; d'où il résulte qu'elle exige, à ce double titre, du savant et de l'artiste, le développement le plus étendu et le plus varié des plus hautes facultés de l'intelligence, en le mettant en rapport avec tous les faits matériels, psychiques et moraux, qui, de près ou de loin, intéressent la condition humaine. C'est par là que la médecine se distingue éminemment de toutes les sciences purement physiques et mécaniques, et se rattache par des liens étroits aux sciences métaphysiques, morales et sociales, à la philosophie générale de l'homme, à l'histoire de l'espèce, et, par une conséquence nécessaire, à la littérature et à l'érudition, puisque les livres sont les instrumens indispensables de toutes ces connaissances. Si donc la médecine moderne veut ne pas rester au dessous de ses hautes fonctions et garder sa suprématie intellectuelle, elle doit

la discussion, est venu parler plutôt contre les péripatéticiens que contre l'antiquité médicale ; chacun sait que depuis longtemps notre spirituel collègue s'est déclaré sectateur fervent d'Epicure, de sorte que pour lui c'était un débat de secte à secte, aussi a-t-il enveloppé dans une commune réprobation Aristote et Galien, non pas à cause de leurs idées en médecine, mais bien parce qu'ils ne sont pas ses co-religionnaires; pour nous qui ne nous sommes point hasardés sur ce terrain, nous ne nous occuperons pas de la valeur du système des atômes comparé aux théories du portique ou de l'Académie; nous laisserons M. Rochoux aux prises avec les philosophes de ces écoles, s'il en est encore aujourd'hui.

Après M. Rochoux est venu M. Bouillaud ; mais tout d'abord cet honorable collègue nous a paru déplacer la question générale ; il a pensé, sans doute parce qu'il n'avait pas assisté à la lecture du fragment sur Galien, il a pensé qu'une espèce de *tournoi* allait se passer dans le sein de l'Académie, que la question si longtemps débattue de la supériorité des anciens sur les modernes, ou des modernes sur les anciens, allait de nouveau être soulevée dans cette enceinte; il a cru enfin, qu'à l'exemple des Perrault et des Dacier, nous allions mettre l'antiquité aux prises avec les temps modernes.

Telle n'était pas notre intention, assurément, en supposant qu'un semblable débat puisse encore être soutenu en littérature, c'est-à-dire, à l'égard des œuvres de pure imagination. En matière scientifique, ceci ne saurait être mis en question; les temps modernes, comme l'a fort bien remarqué M. Gerdy, ont acquis, ont produit des richesses nécessairement supérieures à celles que possédait l'antiquité; et d'ailleurs j'avais pris soin moi-même, avant d'examiner les doctrines de Galien, de citer cet admirable morceau de Pascal, ces sublimes idées, ces vues si judicieuses du plus grand penseur des temps modernes, sur la part qu'on doit faire aux travaux des anciens. Le débat se portait donc et uniquement sur le mérite des trois princes de la science antique, ou plutôt sur Galien et Hippocrate seulement ; car, et comme d'un commun accord, il n'avait plus guère été question du philosophe de Stagyre.

Mais il y a quelque chose de bien plus grave dans l'allocution de M. Bouillaud ; en effet, notre collègue, répudiant toute l'antiquité médicale, a été jusqu'à dire, ce sont ses propres expressions, qu'aujourd'hui il n'y a aucune utilité à retirer de la méditation des œuvres légués par les anciens médecins. Nous sommes loin, comme on le pense bien, d'accepter cette sentence formulée contre tant d'illustrations; M. Bouillaud a pu penser, comme tous ceux qui sont forts par eux-mêmes, comme tous ceux qui ont beaucoup puisé dans leur propre fonds, a pu penser qu'il n'y a rien à demander à la science des anciens; et cependant, quand nous aurons mis sous ses yeux, et comme autant de spécimen, quelques-uns des travaux de Galien en physiologie pathologique, il reviendra peut-être à une opinion moins défavorable; il verra qu'il y a là véritablement de l'or, enfoui, s'il le veut, au milieu de théories informes et de descriptions incomplètes.

Au reste, M. Castel qui cherche à vivre presqu'autant dans le passé que M. Bouillaud dans l'avenir, M. Castel est venu reporter, pour ainsi dire, les esprits dans un sens tout contraire, disant que pour lui, quand les auteurs modernes sont insuffisans, c'est dans les anciens qu'il va chercher le complément ou plutôt les *desiderata* de leurs productions ; quand nos descriptions pathologiques lui laissent quelque chose à désirer, c'est dans Arétée, dit-il, qu'il va chercher à compléter ses idées ; nous aimons à croire que M. Castel, par un peu d'exagération involontaire, a voulu stimuler les esprits, les ramener à la méditation des anciens, but louable assurément et digne de l'esprit philosophique de notre collègue ; mais nous le demandons, où en serait aujourd'hui, dans nos écoles, le récipiendaire qui, pour répondre aux exigences scientifiques, n'aurait par devers lui que ce qu'il aurait puisé dans les écrits du médecin de Cappadoce?

Disons enfin que M. Gerdy, dans son improvisation si brillante et en même temps si nourrie de faits, nous paraît avoir traité la question dans toute son étendue ; aussi nous aurait-il laissé bien peu de choses à ajouter si nous ne tenions à justifier complétement les propositions énoncées dans notre mémoire.

Ceci nous ramène aux points contestés, et ici, monsieur, je reprends la discussion spéciale un moment interrompue.

La première question me paraît facile à résoudre, celle qui a trait au mérite respectif d'Hippocrate et de Galien; il ne vous aura sans doute pas échappé, Monsieur, que j'ai cru devoir établir à ce sujet des distinctions importantes, que je ne me suis pas permis de juger et surtout de juger d'une manière absolue des hommes révérés à juste titre et depuis tant de siècles. Tantôt la supériorité m'a paru appartenir à Hippocrate, tantôt à Galien. Ainsi, ai-je dit, le premier semble l'emporter sur le second par la profondeur et par l'étendue de son génie, si l'on tient compte surtout de la différence des temps; Galien, de son côté, l'emporte pour l'ordre qu'il a apporté dans ses écrits, pour la clarté et par l'unité qu'il a su y faire régner : il est didactique et critique ; il discute et il enseigne. Hippocrate est sentencieux, plus imposant dans les formes, plus grave, mais au fond beaucoup moins instructif que le médecin de Pergame. Vous avez fait remarquer avec raison que Galien, venu plusieurs siècles après Hippocrate, avait dû nécessairement profiter de toutes les connaissances, de tous les faits acquis à la science; j'ai eu soin également de noter cette circonstance importante, et M. Gerdy a insisté de son côté sur l'espèce de révolution qui s'était opérée dans la marche de la science par suite des travaux positifs de l'école d'Alexandrie ; j'ai dit combien il avait fallu de génie à Hippocrate pour jeter, de son temps, les premiers fondemens de l'art de guérir; mais aussi j'ai montré au milieu de quelles erreurs Galien avait été obligé de se faire jour ; et je n'ai pu donner qu'une bien faible idée de la masse de notions, de faits qu'on retrouve dans ses écrits; que de travaux en effet accomplis par un seul homme! il faut le répéter : *par un seul homme* ; car partout on reconnaît un même esprit, un même style, une seule main ; cherchez au contraire dans ce qu'on appelle la COLLECTION HIPPOCRATIQUE à faire la vraie part de ce qui revient au vieillard de Cos, et vous serez étonné du petit nombre d'écrits qui vous resteront entre les mains.

Voyez ce qui lui a été laissé par le savant et modeste M. Littré. Les aphorismes eux-mêmes, si chers aux partisans d'Hippocrate, ne sont que des propositions isolées, incohérentes et sans suite, extraites sans choix et servilement de ses autres traités par une main étrangère ; de sorte qu'il a fallu les retrancher du nombre des écrits spéciaux. Mais n'insistons pas davantage sur ce parallèle.

Une objection importante, et qui exigera plus de développement, m'a encore été faite par vous, Monsieur ; vous avez dit que ce n'est pas comme *localisateur*, mais bien comme généralisateur que Galien a marqué dans la science, en ne considérant même que le traité DE LOCIS AFFECTIS.

---

résister de tout son pouvoir contre la tendance fâcheuse qui pousse aujourd'hui les sciences vers un positivisme matériel dont la valeur pratique immédiate, quelque grande qu'on la suppose, ne saurait compenser le défaut plus certain et bien autrement grave de rabaisser et de rétrécir les intelligences. Et elle le doit d'autant plus qu'en cultivant ces nobles études, elle ne sort pas proprement de chez elle. Que la science médicale moderne ait cru pouvoir interrompre ses communications avec la science antique, ce n'est qu'une étourderie de jeunesse, à son premier moment d'émancipation. On conçoit à la rigueur qu'elle ait trouvé plus facile de faire sa fortune elle-même que de compter sur un héritage litigieux, incertain et insuffisant. Mais si on peut abandonner sans trop de regret l'ancienne médecine, il faut se garder de rompre pour cela avec les anciens médecins; le commerce des grands esprits qui ont successivement enrichi le champ de la science de leurs pensées est toujours profitable. On a toujours à gagner et jamais à perdre à s'entretenir avec un Hippocrate, un Galien, un Boerrhaave, un Fernel, un Stahl. Ne parlez point de leurs erreurs, car les erreurs des grands hommes et surtout leurs erreurs théoriques ne ressemblent pas à celles du vulgaire; elles contiennent toujours un sens profond; le plus souvent ce ne sont pas même de véritables erreurs, mais des vues plus ou moins admissibles quand on sait dégager leur signification des illusions du langage, et qu'on se place où il faut pour en démêler l'origine et le fondement. Il n'y a jamais rien en effet de tout à fait nouveau et de complétement abrupte dans la déduction dogmatique d'une science. Les idées ne s'ajoutent pas isolément les unes aux autres par voie de pure juxta-position ; elles augmentent, croissent et se développent plutôt qu'elles ne se multiplient, et dans leur expression la plus avancée elles conservent encore les linéamens fondamentaux de leur germe. Dans les hautes théories de nos sciences actuelles, et en particulier dans la médecine, nous agitons encore, sans le savoir, les mêmes questions qui préoccupèrent les plus anciens penseurs, et nos solutions ne diffèrent pas des leurs en nature et en essence. L'étude de leurs méditations ne peut donc qu'être très profitable en livrant à notre propre pensée un horizon plus étendu. Cette étude, en outre, supposant la connaissance des langues, l'intelligence des textes, un commerce assidu avec les modèles littéraires, aiguise et développe le sens critique, et chemin faisant dépose dans l'esprit un vernis de goût, de culture, d'art, et de distinction, aimable parure que les *belles*-lettres seules peuvent donner.

Ceci admis, il sera permis de dire que si la médecine de notre siècle a notablement laissé en arrière, sous beaucoup de rapports, celle de nos pères, il n'est pas aussi sûr que les médecins d'aujourd'hui puissent, comme individus, être comparés à leurs confrères des temps passés. A aucune époque, en effet, les études littéraires n'ont été plus négligées; à aucune époque on ne leur a fait une si étroite part dans l'éducation médicale. Et s'il était besoin de preuves pour un fait si notoire, on en trouverait une éclatante confirmation dans la discussion académique sur Aristote, Hippocrate et Galien. Sauf un très petit nombre d'exceptions, qui se signalent d'elles-mêmes sans qu'on les désigne ici, le combat surpassait évidemment les forces des combattans. C'est même un trait caractéristique de notre temps, que dans une discussion philosophico-littéraire soulevée au sein de l'élite des médecins de la capitale, sur l'histoire même de leur science, il se soit rencontré si peu d'hommes disposés à y prendre part, et que sur ce petit nombre même la plupart aient fait preuve d'une insuffisance si man-

Je chercherai ici à répondre uniquement par des faits; mais d'abord qu'il me soit permis de faire une remarque préliminaire, elle servira peut-être à faire comprendre pourquoi les apparences sont en faveur de votre opinion.

Votre proposition, en effet, devient incontestable, si vous voulez lui donner une acception purement historique, si vous voulez dire que c'est comme *généralisateur* qu'on a toujours cherché à faire valoir Galien, à le faire marquer dans la science; mais je dirai en même temps qu'on l'a ainsi déprécié, amoindri surtout; puis enfin j'ajouterai qu'aujourd'hui, que désormais, c'est comme *localisateur* qu'il importerait de le faire valoir et de le faire marquer dans la science; car c'est à ce titre seulement qu'on lui rendra toute sa valeur et tout son mérite; pour prouver cette proposition, je n'éprouve en vérité que l'embarras du choix quand j'ouvre les précieux recueils que vous avez mentionnés dans votre lettre et surtout le traité DE LOCIS AFFECTIS, tant il y a de faits, tant il y a de notions dans ces livres. Je ne prendrai pas au hasard cependant, je citerai de préférence, car il faut se borner, ce qu'il y a encore aujourd'hui de plus obscur, de plus délicat, de plus difficile à constater, c'est-à-dire les faits de localisation dans le système nerveux. On verra, à l'égard des points les plus importans, où en était la science du temps de Galien, et en même temps ce qui depuis a été ajouté à ses connaissances. Et d'abord, ouvrez les traités les plus récens de physiologie, voyez ce qui a été dit pour prouver que le cerveau est l'organe des manifestations intellectuelles; consultez en même temps Galien, et dites si sur ce point les physiologistes ne semblent pas s'être éternellement condamnés au travail de Pénélope! Parcourez l'énorme volume que Gall, dans son ouvrage, a consacré à cette question, et vous serez peut-être tenté de demander si quelque nouvel Archigènes n'est pas venu remettre tous ces faits en doute; et notez que dans un article de dictionnaire qui vient de paraître on vous assure que ce sont là des faits démontrés *depuis quelques années!*

C'est donc en vain, nous direz-vous, que Galien s'est débattu pendant toute sa vie pour faire prévaloir les idées d'Hippocrate et de Platon sur le siége de l'intelligence? C'est donc en vain qu'il était parvenu à convaincre presque tous ses contemporains, à l'exception de quelques chefs de sectes, qui, dit-il, auraient cru trahir leur cause s'ils s'étaient écartés tant soit peu de leurs systèmes? (DE LOCIS AFFECTIS, lib. III, c. V.)

Archigènes lui-même, bien que professant une opinion contraire, laissait voir par sa pratique qu'intérieurement il partageait la croyance commune. Dans toutes les affections mentales, il dirigeait ses moyens de traitement du côté du cerveau, contradiction que Galien n'a pas manqué de faire remarquer, et qui a été pour lui un sujet de raillerie; « Mais, oh! illustre Archigènes! s'écrie-t-il, il n'y a pas de raison pour que tu t'adresses à la tête, si, dans ces cas, c'est le cœur qui est malade! » (Loc. cit.)

Si donc les auteurs modernes avaient d'abord pris connaissance de ce qu'avait dit Galien à ce sujet, Galien qui, lui aussi, citait ses observations anatomiques et ses vivisections, pour prouver que les facultés intellectuelles ont leur siége dans le cerveau; qu'en lui réside la pensée, la mémoire ou le souvenir des sensations et des perceptions; s'ils avaient pris connaissance de ces faits, ils ne seraient pas venus nous dire que ce sont là des vérités démontrées de nos jours; et partant de cette base, ils auraient peut-être imprimé des progrès plus réels à la physiologie du cerveau.

Ce n'est pas tout; n'en n'avons-nous pas vu d'autres venir nous dire sérieusement que l'encéphale tout entier n'est qu'un épanouissement de la moelle épinière et que la tête n'est qu'une grosse vertèbre? Mais Praxagoras et Philotime étaient venus dire précisément la même chose. Lisez Galien et vous verrez leurs argumens et la réponse écrasante du médecin de Pergame: « Praxagoras et Philotime m'étonnent, dit-il, autant par l'absurdité de leur croyance que par leur ignorance en anatomie. » (DE USU PART., lib. VIII, c. XII.)

N'est-on pas venu nous annoncer, il y a peu de temps, et comme un fait tout nouvellement découvert, que la multiplicité et la grandeur des circonvolutions cérébrales dans l'homme sont en rapport avec la perfection et l'étendue de son intelligence? Mais ceux-là ne savaient pas que cette opinion avait été soutenue par Erasistrate, et que Galien, qui n'était pas de cet avis, objectait qu'à ce compte l'âne devrait avoir un cerveau tout uni, sans circonvolution aucune; mauvaise objection assurément, car, après tout, l'âne n'est pas un animal si stupide, la preuve en est qu'Homère n'a pas hésité à comparer, quoique peu noblement peut-être, Ajax à un âne, à cause de son invincible ténacité et l'indépendance de son caractère. (Op. cit., cap. XIII.)

Mais reprenons: ignorans qu'ils encore étaient des travaux de Galien, d'autres sont venus professer tout récemment, et comme chose due à leurs recherches, que dans l'organisation du cerveau c'est bien moins le volume, *la quantité* de substance que *la qualité*, qu'il y a à considérer, si l'on veut se rendre compte des différences intellectuelles et morales; or, ils ne savaient pas que c'est là précisément la difficulté que Galien avait posée à Erasistrate, quand il lui a dit que le degré d'intelligence tient bien moins à la variété de structure qu'à la composition même de la substance cérébrale, de cette substance qui réalise la pensée, l'intelligence. (Loc. cit.)

Hâtons-nous, toutefois, d'ajouter que Galien, plus réservé que les écrivains modernes, se reprend ici lui-même, disant qu'il va trop loin, que sa digression l'entraîne vers des sujets trop élevés; mais c'est qu'aussi, dit-il, il est bien difficile de ne point parler de l'âme quand on vient à s'occuper des organes qui en sont le siége! (Loc. cit.)

Comment se fait-il cependant que toute lésion qui intéresse ces organes se traduise aussitôt par des désordres de l'intelligence? Question grave, qui occupe les modernes comme elle avait occupé Galien, et sans faire un pas de plus: les mêmes argumens, les mêmes exemples sont reproduits; Muller rappelle qu'une simple pression exercée sur le cerveau amène le délire ou la stupeur, que cette pression soit d'ailleurs déterminée par une pièce d'os enfoncée ou par un corps étranger; Galien dit que si, ayant mis le cerveau à nu au moyen du trépan, pour remédier à une fracture du crâne, on vient seulement à le comprimer, tout aussitôt le malade perd connaissance. (DE LOCIS. AFFECT., lib. II, c. V.)

Muller ajoute que l'inflammation de cet organe n'a pas lieu sans délire, et plus tard sans stupeur; Galien dit que si une inflammation vient à s'y déclarer, l'intelligence est bientôt lésée.

Puis, chacun de ces auteurs veut interpréter ces faits: il est certain, dit Muller, qu'un changement dans la texture du cerveau ne saurait modifier l'essence de l'âme; il ne peut que contraindre son activité à des actions maladives; l'activité seule de l'âme dépend de l'intégrité de la struc-

feste. Sous le rapport purement historique, on a parlé en général de Galien et d'Hippocrate comme on aurait pu, à très peu de choses près, le faire dans une société de simples lettrés, étrangers à la médecine. On y a répété quelques *ana* biographiques et littéraires en circulation depuis trois ou quatre siècles; mais, un ou deux des orateurs exceptés, tous les autres ont paru n'avoir aucune connaissance directe des auteurs et des monumens écrits dont ils parlaient, et n'en savoir que ce qu'ils ont pu en apprendre à la volée et par de lointains échos. S'ils eussent seulement parcouru, ne fût-ce que pour l'occasion, la belle INTRODUCTION de l'Hippocrate de M. Littré, le travail le plus récent et le plus remarquable qui existe sur Hippocrate et sur ses livres, ils nous auraient fait grâce d'une foule de lieux communs, la plupart erronés, sur l'originalité des travaux d'Hippocrate, sur sa place et sur son rôle dans le développement de la médecine grecque, et sur l'histoire et l'authenticité de ses écrits. Sur Galien, les ténèbres ont été plus épaisses encore, si c'est possible, et sur Aristote également. Voilà pour l'histoire. Quant aux jugemens critiques et philosophiques, ils n'ont pas été moins affligeans, et on ne sait vraiment de quoi il faut le plus s'étonner, ou de l'incroyable pénurie des connaissances de fait, ou de la faiblesse des vues et des raisonnemens, ou de la confiance naïve avec laquelle tout cela a été débité.

Et pourtant ces choses ont été dites par des hommes d'un véritable talent, pour la plupart, très versés dans certaines branches de la médecine, par des hommes laborieux et entièrement dévoués à la culture de leur science. Ce n'est pas à eux qu'est toute la faute, mais au vice de notre éducation médicale moderne qui, exclusivement préoccupée des services immédiats de l'art, n'excite et ne développe que les facultés nécessaires à ce but, et écarte comme inutiles toutes les connaissances qui n'y tendent pas directement. Cette éducation a ainsi pour effet de sacrifier à l'intérêt de l'art l'intérêt de l'artiste, car elle empêche celui-ci d'acquérir comme homme le degré de perfection et de développement auquel ses facultés natives lui donnaient droit de prétendre. Ce système exclusif d'instruction laisse donc une lacune dans l'intelligence, et lorsque plus tard cette lacune est aperçue, c'est en vain qu'on essaie de la combler à la hâte et après coup; il n'est plus temps.

D'après ce qui précède, il résulte, ce semble, que, loin de blâmer l'Académie de ces velléités littéraires, il faut l'en féliciter. Si elle y montre plus de goût que d'aptitude, c'est le tort de l'époque, et non le sien précisément. La faiblesse même de ses essais en ce genre doit faire souhaiter qu'ils se répètent, afin que l'exemple de l'intérêt qu'ils excitent entretienne et propage parmi nous le goût des hautes études littéraires et philosophiques. Mais il ne faut pas se dissimuler que ce grave *desideratum* ne pourra être rempli que par des institutions dirigées vers ce but, et notamment par une réforme considérable dans l'enseignement classique et littéraire de nos écoles et facultés. On se tromperait d'ailleurs beaucoup si on ne voyait dans ces vœux que l'expression de besoins imaginaires, sans rapport aucun avec les intérêts *positifs* de la profession; car il est sûr, au contraire, que la situation, même matérielle, des médecins s'améliorera d'autant plus qu'ils se distingueront eux-mêmes par leur supériorité intellectuelle et morale parmi les autres classes de la société; et leur art sera d'autant plus honoré et récompensé que leur personne sera plus propre à se faire valoir par elle-même.

Ce long préambule nous dispensera d'éplucher minutieusement la discussion

ture anatomique et de la composition chimique du cerveau. » (SYST. NERV., t. I, 392.)

Il est curieux de voir Galien traiter la même question : « Si le principe de l'intelligence, dit-il, résultait tout simplement de la structure du cerveau, il pourrait être essentiellement lésé par un changement de texture; que s'il y était colloqué, comme nous dans nos demeures, il pourrait se faire qu'alors il ne reçût aucun dommage des altérations locales, mais, poursuit Galien, comme les philosophes n'ont pas encore pu s'entendre à ce sujet, et nous dire si l'âme est un accident de la matière, ou si elle lui est associée, nous devons nous borner à constater ce fait, que toute lésion de l'encéphale entraîne des troubles dans l'intelligence. » (Loc. cit.)

Mais revenons de nouveau aux faits de localisation; aux faits signalés par les médecins grecs, oubliés ensuite complétement, puis enfin remis en lumière de nos jours : Hippocrate lui-même avait dit que quand une des deux moitiés du cerveau est lésée, l'affection porte sur le côté opposé du corps; Arétée, bien plus explicite, avait indiqué le genre d'affection, c'est-à-dire la paralysie, et donné une explication anatomique ; eh bien ! cette notion précieuse, cette notion qui aurait dû rester acquise à la science, négligée par tous ceux qui dédaignaient les anciens, finit par être totalement oubliée, à ce point que Pinel lui-même n'en dit pas un mot dans sa description générale de l'apoplexie ! Et cependant il venait de relater avec détail la maladie qui avait terminé les jours de Daubenton; il avait noté que la paralysie occupait le côté gauche du corps, et que près de deux onces de sang s'étaient épanchées dans le ventricule droit du cerveau ! Et ceci ne lui rappelle en aucune manière la proposition générale du médecin de Cappadoce ! (NOSOGR. PHIL., 4e édit., tom. III, p. 62.)

Qu'avons-nous ajouté depuis à cette proposition? Rien qui ait un pareil degré de certitude; pouvons-nous du moins différencier avec quelque précision le siége des lesions, en tant qu'elles portent sur la substance même du cerveau ou sur ses enveloppes? Nous ne faisons que des suppositions à ce sujet; et Galien en avait démontré d'avance l'inanité; il ne faut pas trop s'inquiéter, disait-il, si c'est le cerveau qui est alors affecté, ou si ce sont les méninges; puisque, dans un cas comme dans l'autre, on sait de quel côté on doit diriger les moyens de traitement; il faut plutôt s'attacher à diagnostiquer la nature du mal. (DE LOC. AFFECT., lib. II, c. V.)

Passons aux lésions de la moelle épinière : on signale de nos jours qu'ici les effets ne sont plus croisés, mais directs; que dit Galien? « Vous avez vu, reprend-il, que quand nos incisions, faites transversalement sur la moelle, n'en intéressaient qu'une moitié, les parties situées au-dessous étaient tout aussitôt paralysées, mais seulement du côté de la section : à droite, si c'était la moitié droite qui avait été coupée; à gauche, si c'était la moitié gauche. » (Op. cit., lib. III, c. XIV.)

On signale en outre, de notre temps, que les différentes lésions de la moelle se révèlent pendant la vie par des effets différens, en raison de la *hauteur* à laquelle ces lésions sont produites; que dit Galien à ce sujet? Il cite des observations, et il ajoute que si la mort suit rapidement certaines lésions de la moelle, c'est, comme il l'a démontré dans ses dissections, parce que les nerfs qui servent à la respiration prennent leur origine dans cette partie de la moelle qui correspond à la région cervicale; or, celle-ci venant à être totalement interrompue, les parties du corps situées au-dessous sont immédiatement privées de sentiment et de mouvement; et cela, ajoute Galien, parce que la moelle puise dans l'encéphale le principe de la sensibilité et des mouvemens volontaires. (Loc. cit.)

On cherche encore aujourd'hui à établir le diagnostic différentiel des paralysies cérébrales d'avec celles qui tiennent aux lésions de la moelle; on pose en principe que les paralysies sont évidemment cérébrales quand elles intéressent en même temps quelques-unes des parties qui dépendent des nerfs encéphaliques, comme les muscles oculaires, la faculté visuelle, l'ouïe, la parole (Mull. op. cit. 430). Galien n'est pas en arrière ici; il rappelle que, dans tous les cas de simples lésions de la moelle épinière, même quand elles portent sur ses parties supérieures, il n'y a point de paralysie pour les organes de la face, par la raison, dit-il, que leurs nerfs viennent de l'encéphale; donc, poursuit Galien, quand ceux-ci viennent à être paralysés en même temps que le reste du corps, il doit être évident pour nous que la cause de la paralysie est dans l'encéphale (loc. cit.).

Il y a cependant un progrès tout récent à signaler; un progrès qui appartient réellement à notre époque, et que je ne dois pas passer sous silence; il a trait à la localisation dans le sens antéro-postérieur de la moelle et aux cordons qui en émergent; naguère encore ce fait ne pouvait être émis que sous la forme du doute; des expériences toutes récentes dues aux physiologistes contemporains et principalement à M. Longet; une belle et intéressante observation lue dans cette enceinte par notre collègue M. Bégin, paraissent avoir dissipé toutes les incertitudes; mais pour être juste encore ici envers Galien, il faut dire qu'il avait positivement prévu cette découverte, qu'il l'avait formulée à l'état de problème; il savait, et il l'a déclaré de la manière la plus formelle, aussi bien dans le traité *de usu partium*, que dans celui *de anatomicis administrationibus*, qu'il y a des nerfs *moteurs* et des nerfs *sensitifs;* il croyait avoir constaté que les uns se distribuent plus particulièrement dans les parties musculaires, les autres dans le sein des organes; mais il en était à se demander comment il se fait que tantôt c'est le sentiment qui seul est aboli, tantôt le mouvement, et que parfois enfin c'est en même temps le mouvement et le sentiment. Grand problème ! s'écrie-t-il, question pleine d'incertitudes et de doutes ! qu'Hérophile et Eudème ont léguée à la postérité médicale ! (de loc. aff. lib. III, c. XIV.) Et combien de siècles ne s'est-il pas écoulé avant que cette postérité ait songé sérieusement à résoudre ce problème! C'est que peu soucieuse de faire réellement l'inventaire de la science, elle a longtemps ignoré sans doute que ce beau problème physiologique avait été formulé d'une manière si nette et si précise par Galien.

Ainsi, et par tout ce qui a trait à la mécanique de l'axe cérébro-spinal, Galien, nous venons de le voir, nous avait transmis les notions les plus précieuses et les plus avancées; ces questions étaient complexes cependant et très délicates; mais il les avait abordées avec réserve, et toujours à l'aide d'expérimentations; il en est de même pour le cerveau considéré comme agent intellectuel; la localisation qu'il a proposée n'est autre que la délimitation générale reprise de nos jours et donnée encore, bien entendu, comme nouvelle. (De usu part. lib. VIII, c. V.)

C'est, en effet, dans les parties antérieures de l'encéphale ou dans le cerveau proprement dit que Galien a placé le siége des facultés intellectuelles, de la pensée, de l'âme, du ψυχὴ enfin ; tandis qu'il a fait des

de la dernière séance académique. La réponse de M. Dubois (d'Amiens) à M. Double, que nous avons l'avantage de donner à nos lecteurs *in integro*, a eu pour but d'établir ces deux points contestés par son adversaire : 1° que Galien avait cherché à resoudre le problème de la localisation des fonctions et des maladies d'une manière analogue aux modernes, et qu'il avait fait, dans cette voie, bon nombre de découvertes importantes, principalement dans la pathologie et la physiologie du système nerveux; 2° que Galien meritait le reproche d'avoir fui de Rome pour s'éloigner de la peste. Quant à la localisation, quoi qu'en ait dit M. Dubois (qui du reste n'a pas probablement voulu faire une assimilation absolue entre le point de vue ancien et le point de vue moderne), l'étude de l'ensemble de la doctrine galénique montre que l'ancienne pathologie ne l'entendait pas comme l'école organique de nos jours. La pathologie humorale est, par sa nature, opposée à l'idée de localisation, au sens moderne, et il n'a fallu rien moins que le long règne du solidisme et du mécanicisme, dans le dix-huitième siècle, et les découvertes de l'anatomie pathologique, pour donner une forme systématique au principe de la localisation, tel qu'il a été développé par l'école organique. Ce système est le produit de l'anatomie plutôt que de la clinique. L'expérience clinique seule n'y pouvait pas conduire. C'est Morgagni qui en est le véritable père.

Quant à la fuite du médecin de Pergame, elle nous paraît, sinon mieux prouvée, du moins beaucoup plus probable. Mais nous croyons, comme M. Dubois, que les obligations morales de la profession, et ce qu'on pourrait appeler son *point d'honneur*, n'étaient pas à beaucoup près si rigides, ni si rigoureusement definis que de nos jours. On a dit qu'Hippocrate avait refusé de donner ses soins aux Perses par esprit de patriotisme; on a vanté et on vante encore ce refus (vrai ou faux) comme une des plus belles actions de sa vie. Cependant, la morale médicale, perfectionnée par la morale chrétienne, condamnerait aujourd'hui cette résolution; car, pour le medecin, il n'y a pas de Grecs, ni de barbares, mais seulement des hommes; et on a vu, dans nos longues guerres, les médecins des deux partis soigner indifféremment les blessés qui imploraient leur secours, quel que fût leur uniforme et leur langage. Ainsi donc, si Hippocrate, dont le sens moral etait si élevé, croyait non seulement pouvoir en conscience, mais même devoir refuser le bienfait de son art aux ennemis de sa patrie, il est permis de croire que Galien, Grec de l'Asie mineure, a bien pu se croire dispensé, sans manquer à l'honneur, d'exposer sa vie pour des étrangers. Cette explication nous paraît suffire pour atténuer considérablement, sinon pour justifier tout à fait cette escapade.

M. Dubois a fait, qu'on nous passe le mot, de vrais *cancans* sur Galien; il en a médit avec autant de plaisir que s'il s'était agi d'un contemporain. Mais nous ne pouvons que lui savoir gré de cet accès d'humeur, puisqu'il nous a valu la charmante historiette dont Galien est à la fois le héros et le narrateur. Les Grecs ont été les premiers conteurs du monde, témoins leurs historiens. On y verra comment on entendait la *réclame* dans ce temps-là; et si Galien vous fait l'effet d'être passablement gascon, vous conviendrez qu'on ne pouvait l'être avec plus de grâce et d'esprit.

L'opinion de M. Dubois différait au fond si peu de celle de M. Double, que celui-ci n'a eu que quelques mots d'explication à donner et les deux adversaires ont paru s'entendre.

parties postérieures, cervelet et moelle allongée, un appareil moteur, plaçant dans cette région l'influx nerveux ou le πνεῦμα. (De loc. af. lib. III, c. IX.)

Galien n'avait pas cru pouvoir aller au-delà ; il n'avait pas cherché à localiser chaque faculté, chaque penchant ou aptitude morale en particulier, comme on a tenté de le faire de nos jours. Ce n'est pas cependant que ce grand observateur n'ait eu à constater des altérations spéciales; il a signalé et à plusieurs reprises la perte isolée de la mémoire, celle de la volonté; mais il trouvait ici des difficultés insurmontables pour remonter à un diagnostic local; il dit qu'il n'en est plus, dans ces cas, comme à l'égard de la pneumonie ou de la pleurésie; des coliques hépatiques ou néphrétiques; des affections de la vessie ou de l'utérus; maladies dans lesquelles la douleur locale ou une altération quelconque de sécrétion permet de constater, sinon positivement, du moins approximativement le siége du mal; tandis que quand la mémoire est abolie, dit-il, il n'y a ni tumeur anormale, ni douleur circonscrite, ni altération aucune de sécrétion; aussi se borne-t-il à poser en principe que la mémoire étant une des facultés intellectuelles, il faut se reporter à l'examen général de ces mêmes facultés; considérer comment dans ces cas s'accomplissent les opérations de l'intelligence; ces facultés sont en effet tellement liées entre elles, tellement connexes; elles agissent avec une telle simultanéité, un tel ensemble, que la lésion de l'une d'elles indique nécessairement une atteinte portée à l'ensemble des opérations mentales (op. cit. lib. III, c. V.)

Bref, la doctrine de Galien est celle-ci ; dans toute lésion des facultés intellectuelles, le siége du mal, protopathiquement ou deutéropathiquement produit, doit être rapporté à l'encéphale, et plus spécialement à ses parties antérieures; il n'y a pas à chercher de lésions plus circonscrites; le mieux est alors de déterminer quelle est la nature du mal afin d'y porter remède (loc. cit.).

Ici, se terminent les exemples que je me proposais de citer pour justifier la prétention que j'avais eue de faire valoir Galien, surtout comme localisateur; j'aurais pu, à l'égard des autres appareils, trouver des faits aussi nombreux ; mais ceci suffira sans doute pour moutrer quel génie il a fallu à ce grand homme pour localiser ainsi dans le système nerveux, à une époque où les erreurs les plus grossières devaient l'arrêter à chaque pas; Hippocrate n'avait eu qu'à proclamer ses oracles au milieu de la Grèce attentive ; mais Galien trouve de toutes parts des opposans, il faut qu'il discute et qu'il enseigne, qu'il tienne tête à de nombreux adversaires; d'une main il détruit et déblaie le terrain, de l'autre il fonde et il construit. N'aurait-il fait, dans ces circonstances, que des essais incertains de localisation, qu'il n'en faudrait pas moins lui reconnaître un immense mérite; mais on voici assez sur ce point. Il me reste, Monsieur, à me justifier à vos yeux d'avoir dit en quoi Galien, non plus comme savant, mais comme homme privé, me paraît avoir mérité toute la sévérité de l'histoire ; en cela je crois n'avoir été que l'interprète des faits.

J'ai dit, d'une part, que si Galien n'avait pas manqué de savoir, il n'avait pas non plus manqué de ce que nous appelons aujourd'hui du savoir-faire; d'autre part, j'ai dit qu'il n'avait pas su montrer de courage dans des occasions où il devait nécessairement payer de sa personne. Ces reproches m'ont paru d'autant plus fondés et ils seront d'autant plus faciles à justifier que lui-même a consigné dans ses écrits, et sans déguisement aucun, les faits sur lesquels ils portent; aussi les naïfs commentateurs du seizième siècle ont ils écrit plus d'une fois en marge de son texte : *arrogantia Galeni..., jactantia Galeni*, etc.! Il y a plus: il a vanté son savoir-faire presqu'autant que son savoir; il me suffira pour le prouver de traduire ici littéralement une observation très curieuse par les détails et surtout par les réflexions que Galien y a ajoutées ; on verra quels petits moyens il employait, non seulement pour imposer au vulgaire mais aussi à des hommes éminens dans d'autres sciences; car après tout, ceux-ci, en fait de médecine et de médecins, sont aussi peuple que les autres.

Mais laissons Galien parler lui-même :

« Dès les premiers temps de mon arrivée à Rome, dit-il, le philosophe Glaucon conçut pour moi la plus vive admiration et cela à cause de ma grande habileté dans le diagnostic des maladies.

» M'ayant un jour rencontré sur son passage, il m'aborde et me serrant la main : je vous trouve fort à propos, me dit-il, je quitte à l'instant un de mes amis malade, c'est un médecin sicilien que vous avez pu voir, il y a peu de jours encore se promener avec moi ; voulez-vous qu'ensemble nous allions le visiter? Eh! quoi repris-je, qu'a-t-il donc? de quoi s'agit-il? Glaucon ne fit aucune difficulté de me dire où il voulait en venir; car il est naturellement franc et ouvert.

» Hier, reprit-il, Gorgias et Appelle m'ont assuré que parfois vous avez porté des diagnostics et des pronostics qui véritablement paraissaient plutôt dus à quelqu'inspiration divine qu'à une science humaine; eh bien! je voudrais ici mettre à l'épreuve, non pas votre personne, mais cet art lui-même, afin de voir si en effet il peut vous donner cette merveilleuse faculté de découvrir et de présager les choses les plus cachées.

» Comme il me disait cela, nous arrivions à la porte de son malade, de sorte que je n'eus pas même le temps de lui faire observer ce que souvent je vous ai dit : que si parfois en effet nous avons par devers nous un de ces signes qui ne nous laissent aucun doute sur la nature et l'issue des maladies, parfois aussi nous n'en trouvons que d'équivoques; à ce point qu'il nous faut alors un second et même un troisième examen avant de pouvoir nous prononcer.

» Nous entrons cependant; dans le premier vestibule je remarque qu'on emportait de chez le malade un bassin contenant un liquide séreux, légèrement sanguinolent, et semblable à de la lavure de viande fraîche. »

(Ici, et pour l'intelligence de ce qui va suivre, nous devons dire que les médecins du temps de Galien étaient persuadés que les évacuations séreuses qui se font souvent par le bas, au début des dyssenteries, du choléra, et d'autres affections intestinales, provenaient du foie; de là le nom d'*hépatorrhée* qu'ils donnaient à ce symptôme : Galien, qui avait eu le temps de jeter les yeux à la dérobée sur le bassin en question, croit pouvoir en tirer une induction précieuse; car il poursuit en ces termes :)

« C'était pour moi le signe certain d'une affection du foie, mais je fis comme si je n'avais rien vu, et j'entrai avec Glaucon dans la chambre du malade.

» La première chose que je fis fut de lui tâter le pouls, afin de m'assurer si l'affection du foie était aiguë, inflammatoire ou non.

» Comme le malade, ainsi que je l'ai dit, était médecin, il me fit observer que son pouls avait pu prendre plus de fréquence par suite des mouvemens auxquels il venait de se livrer pour son évacuation; mais déjà j'a-

---

M. Bouillaud qui a des raisons, et des raisons très légitimes, de plaider la cause de la médecine qui se fait aujourd'hui, est revenu sur ses précédentes accusations contre la science ancienne. Nous ne croyons pas cependant que la médecine soit arrivée au degré d'exactitude et de rigueur scientifique qu'il lui attribue.

Le tour de M. Rochoux était venu comme on s'y attendait. Il a été très satisfaisant et presque aussi amusant qu'à la précédente séance. Il s'est défendu vivement contre le reproche d'épicuromanie; mais que voulez-vous? Epicure ayant trouvé la vérité, faudra-t-il qu'il renonce à cette vérité parce qu'elle vient d'Epicure? L'atomisme est pour lui l'*alpha* et l'*oméga* de toute science; or, d'après lui, toutes les découvertes physiques et chimiques modernes reposent sur la théorie atomistique et la démontrent. Toutefois il ne prétend pas qu'Epicure puisse suffire à tout; il admet aussi Hippocrate dans sa petite chapelle, et lui accorde, en sous ordre il est vrai, une place honorable dans son estime. C'est très flatteur pour Hippocrate.

M. Bouvier n'est pas de cet avis. Il assure qu'on ne peut admirer Hippocrate qu'à condition de ne pas le lire; car l'ayant lu, lui, un jour, par hasard, il n'y a vu que des banalités, du galimathias ou des puérilités absurdes. Malgré l'autorité d'un critique aussi transcendant, nous nous en référons et sur Hippocrate et sur son critique à l'opinion de M. Double.

M. Castel a essayé de faire entendre une dernière protestation en faveur de ses chers anciens; mais l'attention déjà distraite des honorables académiciens lui a été définitivement arrachée par la vue d'une vessie de cheval posée sur le bureau du président.

On aura remarqué que M. Gerdy n'a pas pris la parole.

— GUIDE DU MÉDECIN PRATICIEN, ou résumé général de pathologie interne et de thérapeutique appliquées; par F. L. J. VALLEIX, médecin du bureau central des hôpitaux de Paris, etc. — Tome Ier, 2e livraison, janvier 1842.

Conditions de la souscription : L'ouvrage entier se composera d'environ 6 v. in-8, qui paraîtront tous les deux mois, par livraisons de six feuilles chacune, formant chaque année un volume de près de 600 pages.

On souscrit pour un an ou pour six mois.

Le prix de la souscription (franc de port) est de :

Pour six mois ou trois livraisons. . . . . . . 6 fr.
Pour un an ou six livraisons. . . . . 12 fr.

Les abonnemens ont commencé au 1er novembre 1841.

A Paris, à la librairie de veuve Lenormant, rue de Seine, 8.

vais acquis la certitude que son affection était bien de nature inflammatoire.

» Je remarquai en même temps sur sa fenêtre un petit pot qui me parut contenir de l'hysope préparée avec de l'eau miellée : il ne m'en fallut pas davantage pour comprendre que notre homme se croyait atteint d'une pleurésie.

» Cette idée lui était venue probablement par suite des douleurs qu'il ressentait sous les fausses côtes, et qui sont si fréquentes dans les inflammations du foie.

» Il est de fait qu'il éprouvait ces douleurs ; et comme, en outre, il avait la respiration courte et fréquente, avec de la toux, il était tout simple qu'il crût avoir une pleurésie, et c'est pour cela qu'il s'était fait préparer de l'hysope avec de l'eau miellée.

» Ayant bien compris tout cela, et profitant de l'occasion que m'offrait la fortune de donner à Glaucon une haute idée de ma capacité, je portai la main sur le côté droit du malade, vers les fausses côtes, et désignant en même temps cette partie, j'annonçai que c'était là qu'il souffrait : il en convint ; et Glaucon, qui croyait que c'était uniquement par l'exploration du pouls que j'étais parvenu à découvrir ainsi le siége du mal, commença à prendre une très haute idée de mon savoir.

» Pour augmenter son étonnement, je dis au malade : Vous venez de reconnaître que vous souffrez en effet de ce côté ; mais vous allez encore avouer que vous êtes tourmenté de temps en temps par le besoin de tousser, que cette toux est sèche, qu'elle n'amène rien.

» Comme je disais cela, le bonheur voulut qu'il fût justement pris de cette espèce de toux dont je parlais ; alors Glaucon, véritablement émerveillé, et n'y pouvant plus tenir, se mit à entonner mes louanges.

» Attendez, lui dis-je, n'allez pas croire que ce soit là seulement ce que mon art me permet de faire ; je vais vous dire des choses dont le malade sera encore forcé de reconnaître la réalité.

» Alors, interpellant de nouveau celui-ci : Quand vous faites une grande inspiration, la douleur augmente dans le point que j'ai indiqué, et vous sentez comme un poids dans l'hypochondre droit. Le malade m'entendant parler ainsi était frappé d'admiration, et pouvait à peine s'empêcher de se récrier avec Glaucon.

» Moi, voyant que la fortune continuait ainsi à me sourire, j'avais bien envie de dire quelque chose de l'épaule ; car je n'ignorais pas que, dans les grandes inflammations du foie, et même dans les cas d'affections squirrheuses, elle semble comme tirée en bas ; mais je n'osais trop m'avancer, craignant de compromettre le succès que je venais d'obtenir ; toutefois, et prenant bien mes précautions, je dis au malade : Vous devez en outre éprouver, si déjà cela ne vous est arrivé, comme une sensation de tiraillement vers l'épaule. Plus que jamais émerveillé, il s'empressa d'avouer que cela était encore vrai.

» Je n'ajouterai plus qu'un mot, repris-je, je dirai maintenant la maladie que vous vous croyez avoir. Glaucon s'écria que, pour lui, il ne désespérait pas de me voir encore deviner cela. Le malade, surpris de cette incroyable assurance, me regardait fixement et attendait avec anxiété ce que j'allais dire.

» Je lui déclarai que c'était une pleurésie qu'il croyait avoir ; et il en convint tout aussitôt, me témoignant en même temps sa profonde vénération ; il en fut de même de celui qui le soignait, car on venait précisément de lui appliquer sur le côté une fomentation huileuse, comme ceci se pratique en pareil cas. » (De loc. affect., lib. v, c. viii.)

Et Galien s'applaudit d'avoir pu ainsi fasciner un philosophe étranger à toute notion médicale ! et un malade qui, bien que médecin, n'en était pas moins crédule et moins faible dans cette situation !

Maintenant on va voir la morale qu'il en tire et les éloges qu'il se donne :

» Depuis cette époque, dit-il, Glaucon conçut l'opinion la plus haute et de ma personne et de l'art de guérir, lui qui auparavant faisait fort peu de cas de la médecine et des médecins ; mais c'est qu'aussi, il faut le dire, il ne s'était jamais trouvé en rapport avec des praticiens consommés.

» J'ai dû entrer dans ces détails, poursuit Galien, afin que si le hasard vous offrait une occasion aussi favorable, vous puissiez comme moi en profiter ; car souvent il arrive que la fortune nous place dans des circonstances telles que nous pourrions facilement arriver à la célébrité ; la plupart, faute d'instruction, ne savent pas en profiter, mais l'homme habile n'est pas pris au dépourvu, etc. » (Loc. cit.)

Autant Galien a dû nous paraître grand quand il nous exposait des faits scientifiques, autant il doit paraître petit, alors qu'il entre dans tous ces détails d'exploitation ; mais il reste une accusation plus grave encore contre sa mémoire ; accusation dont vous avez cherché généreusement à le laver ; celle d'avoir manqué de courage, de s'être sauvé du champ de bataille où sa profession lui faisait un devoir de rester.

Pour expliquer sa fuite, vous avez adopté la bienveillante interprétation de Lacuna de Ségovie, sans doute parce qu'elle sympathisait davantage avec vos propres sentimens de devoir et d'honneur médical ; mais il est permis, en historien sévère, de chercher quels sont après tout les fondemens de cette interprétation ; on serait d'abord tenté de croire, surtout en se rappelant les détails de l'observation précédente, on serait tenté de croire, dis-je, que c'est peut-être Galien lui-même qui plus tard aurait accrédité et propagé cette version, savoir : Qu'il n'aurait pas fui devant la peste, mais devant la cohorte de ses ennemis ; en se donnant ainsi comme victime de ses envieux, il pouvait jeter de l'intérêt sur sa personne et se grandir ; car, après tout, n'a pas des ennemis qui veut ; certaines inimitiés nous élèvent parfois dans l'estime publique et beaucoup plus que ne pourraient le faire des amitiés puissantes ; mais non, ce n'était pas cela, Galien nous fournira tout à l'heure des documens qui ne permettent pas d'accepter cette version.

D'autres, et toujours pour justifier Galien, ont dit qu'à cette époque de dissolution politique et morale, à cette époque où les doctrines d'Epicure avaient fait tant de prosélytes, Galien, homme de science, homme d'avenir surtout, car il n'avait alors que 37 ans, devait se réserver pour des temps meilleurs ; que sa vie ne lui appartenait pas ; qu'elle était à la science et à l'humanité ; vaines raisons ! mauvaises excuses ! D'où vient que cet ami de l'humanité prend la fuite au moment même où celle-ci implorait ses secours ?

Le vrai motif est plutôt qu'alors dans la société romaine le *sens moral* était à peu près perdu, surtout chez les riches et les savans ; car la régénération que préparait le christianisme ne se montrait encore que dans les derniers rangs de la société.

En d'autres temps et aux applaudissemens de la Grèce entière, Hippocrate aurait pu se jeter au milieu des épidémies les plus meurtrières ; il aurait pu, dans son ardent patriotisme, refuser les secours de son art aux étrangers et se dévouer tout entier à son pays ; à son pays qui allait lui dresser des statues ; mais sous les empereurs romains ! mais sous Lucius Verus ! comment des médecins grecs, venus à Rome uniquement pour faire fortune, auraient-ils pu songer à se sacrifier pour un peuple dégénéré ? Consultons d'ailleurs Galien lui-même, et nous verrons, par ses propres paroles, qu'il était bien loin de soupçonner qu'on pût le blâmer d'avoir agi ainsi.

Car, enfin, on n'a parlé de ces faits que d'après Galien lui-même. Si Galien n'avait rien dit, dans ses ouvrages, de sa propre personne, nous en saurions peut-être aussi peu sur les événemens de sa vie que sur ceux de la vie d'Arrêtée, par exemple, ou de Cœlius Aurélianus ; mais Galien s'est chargé de raconter lui-même les faits qui le concernent, et il n'était pas homme à les présenter sous un jour défavorable ; s'il avait pu penser que le jour sous lequel il les présente était tel, il n'aurait certainement pas eu plus de scrupules avec la postérité qu'il n'en avait eu avec le philosophe Glaucon ; il dit donc tout simplement comment les choses se sont passées.

Et notez qu'il ne s'est nullement occupé de cette interprétation, à laquelle d'autres ont cru devoir recourir pour lui ; ce qui a pu induire en erreur c'est qu'ici, comme en d'autres endroits, il s'est plaint de ses ennemis, ou plutôt, ainsi qu'il le dit, de ses émules. Tous, à l'en croire, étaient jaloux de la clientelle et de la gloire qu'il venait d'acquérir si rapidement, et de là l'envie qu'ils lui portaient ; mais on va voir que leurs persécutions se réduisaient à bien peu de choses ; les faits que je vais citer seront empruntés à Galien lui-même ; et pour prouver que je ne m'en écarte pas, je reproduirai le texte latin du père Labbe dans son Autobiographie de Galien.

Galien n'avait que 34 ans ; à peine arrivé à Rome, il fait un tel bruit, il jette un tel éclat, que sa clientelle s'accroît dans des proportions beaucoup plus considérables, dit-il, qu'il ne l'aurait désiré : *Cùm ægrorum curatio felicius quàm optassem succederet* ; sa renommée s'étend, on le vante, on le loue et, comme il arrive en pareil cas, ses confrères lui portent envie ; c'était là ce qu'il voyait : *cùm enim tot æmulos viderem, qui, si quis, medicus alius laudaretur, inviderent* ; mais que vont faire ces envieux ? vont-ils le persécuter, menacer sa personne, sa vie ? En aucune manière ; ils diront de lui tout simplement que c'est un marchand de paroles, un médecin à grandes phrases, en un mot, ils l'appelleront un *Logiâtre ! moxque Logiatron exclamarent !* (Lib. de lib. prop., c. v. vi.)

Voilà tout. Aussi que fait Galien ? va-t-il pour cela leur abandonner le terrain et quitter Rome ? non, bien certainement ; Galien nous apprend qu'en homme d'esprit, à dater de ce moment, il prit le parti, pour éviter les mauvaises langues de ces gens, quand il était près d'un malade, de n'ouvrir la bouche tout juste que pour dire ce qui était rigoureusement nécessaire. *Ut invidam istorum linguam declinarem, non,*

apud illos quos curabam, plus quam necesse erat, profabar. (Loc. cit.)

Enfin il garda pour lui ses pronostics, il n'alla plus les débiter à la ronde, afin, dit-il, que philosophes et médecins ne se réunissent plus pour l'appeler imposteur et fabricant d'oracles : *ne me plus philosophi ac medici... delusorem et vatem appellent.* (LIB. DE PROGNOST. AD EPIG, C. IX.)

Ainsi ses ennemis l'avaient forcé, non à fuir, mais à se *taire!* ce qui est bien différent.

Quant à sa retraite, lors de la peste de Rome, il la raconte tout simplement, tout naturellement; et sans faire intervenir ses ennemis ou ses envieux; il était depuis trois ans à Rome : *tribus verò pæterea annis Romæ versabam;* appelé, comme il l'a dit ailleurs, par les premiers citoyens et par les empereurs. La peste, sous une forme très-meurtrière, commence à s'y déclarer; commence : *ingruente magnâ peste;* et tout aussitôt, sans plus attendre, Galien quitte la ville et gagne en toute hâte son pays : *confestim urbe excedens in patriam properavi.* (Loc. cit.) Vous voyez que Galien n'y met aucune façon, c'est que nul alors n'aurait songé à le blâmer.

Ce n'est pas tout : les deux empereurs lui ayant intimé l'ordre de venir les trouver à Aquilée, il s'y rendit, bien contre son gré; dit-il, et espérant qu'il trouverait un prétexte pour ne pas les accompagner en Germanie : *sperans interea excusationem nancisci;* mais malheureusement pour lui, à peine arrivé à Aquilée, voilà que la peste s'y déclare; les empereurs se sauvent d'un côté avec quelques soldats, Galien d'un autre, avec ses amis; nous nous sommes sauvés, dit-il, *Evasimus!* mais avec beaucoup de peine!

Ainsi ce n'est pas une seule fois, c'est au moins deux fois que Galien a reculé devant un fléau qu'en d'autres temps peut-être il aurait affronté résolument. Et il ne s'en excuse pas, pas plus que de ses inventions, de ses subterfuges pour ne pas accompagner les empereurs aux armées.

Je l'ai dit et crois l'avoir suffisamment prouvé, il n'y a pas à le défendre dans ces circonstances, ou plutôt si on veut lui trouver une justification un peu plausible, il faut la chercher dans l'esprit du temps, dans la manière de voir, dans la conscience de ses contemporains; et dire que Galien, agissant ainsi, ne croyoit nullement violer les obligations, les lois morales de sa profession.

Du reste, Monsieur, et pour terminer je dirai avec vous : oublions ces quelques taches de la vie d'un grand homme, et rappelons-nous de préférence les immenses services qu'il a rendus à la science.

PATHOLOGIE INTERNE.

MÉMOIRE SUR UNE ALTÉRATION PARTICULIÈRE DE LA SUBSTANCE CÉRÉBRALE; par M. MAX. DURAND-FARDEL, D. M. P., ex-interne des hôpitaux, vice-président de la société anatomique de Paris.

On sait que l'on trouve à la partie interne de la scissure de Sylvius, en dehors du chiasma des nerfs optiques, à la réunion des lobes antérieur et moyen du cerveau, une lame de substance grise très pâle, plane, d'une étendue de quelques millimètres carrés, et sur laquelle on remarque un grand nombre de petits trous, orifices de canaux qui pénètrent dans l'intérieur du cerveau. On sait encore que dans ces trous se logent des vaisseaux assez volumineux de la pie-mère, qui s'engagent dans les canaux qui leur succèdent, avant de se ramifier en filets infiniment petits dans la substance médullaire.

Lorsqu'une injection, même grossière, du système artériel a bien réussi, on voit, en soulevant avec précaution la pie-mère, un grand nombre de petits vaisseaux s'en détacher à la manière d'un chevelu serré, et s'enfoncer perpendiculairement dans la substance cérébrale. Les points où les vaisseaux se laissent le mieux pénétrer par l'injection sont généralement la face supérieure du corps calleux, le lobule du corps strié, et enfin la lame de substance grise dont je viens de parler, et que pour l'aspect qu'elle présente on a appelée *lame criblée*. On voit alors très évidemment sur cette dernière un vaisseau plus volumineux que les autres pénétrer dans chacun des trous qui la criblent, le remplir s'il est distendu par l'injection, n'en occuper qu'une faible partie s'il est vide. Je n'ai rien rencontré de semblable dans le corps calleux; mais cette disposition est ordinairement très prononcée dans l'épaisseur des petites circonvolutions qui forment le lobule du corps strié, et moins dans leur couche corticale que dans la couche de substance blanche qui sépare cette dernière du corps strié lui-même, et se trouve souvent percée comme une écumoir, d'une infinité de petits trous très rapprochés. Cette disposition se rencontre habituellement encore tout le long de la scissure de Sylvius, où ces trous acquièrent quelquefois un diamètre assez considérable pour pouvoir donner passage à une petite tête d'épingle.

Tout ceci est parfaitement connu de toutes les personnes qui se sont un peu occupées de l'anatomie descriptive du cerveau, ou qui seulement ont fait quelquefois avec attention l'autopsie de cet organe. Mais ce qui n'a pas encore été signalé, que je sache, c'est la présence, dans l'intérieur du cerveau, dans l'épaisseur de la substance blanche des hémisphères, de ces canaux vasculaires, qui forment, à la surface des coupes pratiquées dans le cerveau, des criblures semblables à celles que présentent certains points de la superficie de cet organe. Les observations qui suivent démontreront pourtant que cela constitue un état pathologique particulier du cerveau, digne de toute l'attention des anatomo-pathologistes, et dont je vais essayer dans ce travail d'esquisser les principaux traits.

Voici sous quel aspect se présente cette altération que je désignerai, à cause de l'aspect sous lequel elle se présente, du nom d'*état criblé du cerveau*.

Lorsque l'on fait une coupe transversale d'un hémisphère, on voit la substance blanche criblée d'un grand nombre de petits trous arrondis, à bords bien nettement dessinés, autour desquels la substance cérébrale est ordinairement bien saine, et ne présente aucune modification de couleur ni de consistance.

Ils sont disposés très irrégulièrement : tantôt jetés çà et là dans une assez grande étendue, tantôt arrangés en petits groupes où ils se trouvent en plus ou moins grand nombre.

Leur diamètre varie : la plupart semblent avoir été faits à l'aide d'une aiguille fine que l'on aurait enfoncée dans la pulpe cérébrale, et dont l'empreinte y serait demeurée; quelques autres contiendraient presque une petite tête d'épingle.

Un courant d'eau projeté sur ces criblures n'altère en rien leur forme; elles demeurent toujours béantes et nettement arrondies. Lorsqu'on les met sous l'eau ou qu'on fait couler sur elles une nappe d'eau continue, de chacune d'elles on voit sortir et flotter un petit vaisseau rompu. Cela s'observe constamment, ou moins sur le plus grand nombre de ces criblures; car il en est parfois quelques-unes desquelles on ne voit rien sortir. Cette double apparence tient à ce que, à la coupe du cerveau, les vaisseaux se sont déchirés sous l'instrument, soit un peu au-dessus, soit un peu au-dessous du niveau de la coupe elle-même.

Ces criblures, ces trous, qui se présentent ainsi à la coupe du cerveau, ne sont donc autre chose que les orifices artificiels de canaux creusés dans l'épaisseur de la pulpe nerveuse, et contenant chacun un vaisseau.

Il est permis de regarder cette altération, évidemment liée à la dilatation générale des vaisseaux, comme le résultat de congestions sanguines répétées.

Les vaisseaux les plus volumineux qui pénètrent l'intérieur du cerveau refoulent incessamment, par leur dilatation, la substance cérébrale environnante, et finissent par se former des canaux persistans, et dans lesquels ils se trouvent très à l'aise; lorsque, après la mort, ils viennent à se désemplir. A l'état normal, cela ne s'observe, chez les enfans et les adultes, que dans les parties que j'ai indiquées, et d'une manière moins prononcée dans quelques autres points de la base, par exemple la lame triangulaire qu'embrassent les pédoncules du cerveau, parce que c'est là seulement que les vaisseaux ont un volume assez considérable pour que les canaux ou les trous qu'ils se sont creusés dans la substance cérébrale, demeurent visibles lorsqu'ils ont cessé d'être distendus par le sang. Partout ailleurs, en effet, on ne distingue guère les vaisseaux que par la couleur du sang, qui tranche vivement sur celle de la pulpe nerveuse, et on est même porté à regarder comme un état maladif celui où une assez grande quantité de sang pénètre le cerveau, pour qu'un certain nombre de ces vaisseaux puissent être suivis de l'œil.

Lorsque l'on examine avec soin des cerveaux de vieillards, on peut aisément s'assurer que les vaisseaux qui les pénètrent sont généralement plus volumineux que dans les autres âges de la vie, ce qui se reconnaît au grand nombre de vaisseaux vides de sang que l'on distingue au centre des hémisphères, surtout si l'on pratique une section avec un mauvais instrument, qui tranche toujours plus aisément la substance du cerveau que les parois lâches et flasques des vaisseaux. Il n'est pas très rare, dans un âge avancé, de trouver quelques-uns de ces canaux vasculaires, qui, réunis en un certain nombre, constituent ce que j'ai appelé *état criblé du cerveau*; mais alors ces criblures sont rares et surtout très étroites, et le plus souvent ne s'observent qu'avec peine.

C'est dans les corps striés surtout qu'il est facile d'étudier les effets de

l'âge sur la dilatation des vaisseaux, et les effets de cette dernière sur la substance cérébrale. Chez les vieillards, on trouve souvent les corps striés creusés de canaux ayant jusqu'à 3 millimètres de diamètre, et contenant tous un vaisseau qui, vide de sang, paraît toujours d'une petitesse hors de proportion avec le canal qui le contient. Ces canaux suivent presque toujours une direction sinueuse, de sorte que, au premier abord, il semble, à la coupe du corps strié, voir de petites cavités à parois lisses et incolores; mais, avec un peu d'attention, on parvient constamment à distinguer leur trajet oblique et le vaisseau qu'ils contiennent. Ces canaux vasculaires, qui s'observent du reste à tout âge, sont quelquefois si larges et si nombreux chez les vieillards, que le corps strié paraît, dans certains cas, avoir perdu plus de la moitié de sa substance : cet état, qui ne m'a jamais paru coïncider avec quelque altération particulière des fonctions cérébrales, s'accompagne ordinairement d'une apparence de dilatation générale des vaisseaux des hémisphères. Je recommande à l'attention des anatomo-pathologistes cette disposition des corps striés chez les vieillards; je suis convaincu que ces canaux vasculaires ont été plus d'une fois pris et décrits pour ces petites cavités anomales que Morgagni avait déjà signalées, et dont on paraît encore ignorer la nature.

Lorsqu'une congestion sanguine se fait dans le cerveau, elle détermine nécessairement une certaine dilatation des vaisseaux, mais passagère, et soit par suite de la déplétion naturelle, après la mort, du système vasculaire, soit par le retour de l'équilibre de la circulation, la substance cérébrale, momentanément refoulée, revient sur elle-même par sa propre élasticité, et reprend tout l'espace qu'elle occupait auparavant. Maintenant, on conçoit comment des congestions fréquentes, en renouvelant souvent le refoulement de la substance cérébrale à l'entour de chaque vaisseau, finissent par y laisser l'empreinte des dilatations répétées qu'elles leur ont fait subir, et y creuser ces canaux, que leur retrait laisse vides et béans après la mort. Nous verrons tout à l'heure que l'étude des faits particuliers vient parfaitement à l'appui de cette explication.

L'état criblé du cerveau n'est donc autre chose, tout porte à le croire, que le résultat d'une congestion chronique de cet organe.

Il n'est pas ordinaire de constater un état de maladie des vaisseaux capillaires des hémisphères cérébraux. M. Trousseau a fort bien remarqué (Gazette des hôpitaux) que, tandis que l'on assigne tous les jours l'ossification des vaisseaux du cerveau pour cause aux hémorragies qui se font dans cet organe, on n'a guère constaté d'ossifications vasculaires dans l'intérieur des hémisphères. Pour mon compte, je n'en ai jamais vu, et je n'en ai jamais lu de descriptions dans les auteurs (1). Cependant, mon ami M. E. Boudet a vu chez un vieillard, à Bicêtre, les vaisseaux capillaires des hémisphères, ossifiés dans la substance médullaire, saillir comme les crins d'une brosse, mais non pas assurément aussi serrés, à la surface de coupes faites au cerveau. M. Lélut m'a dit avoir vu plusieurs fois ces vaisseaux, non point ossifiés, mais devenus cartilagineux. Quand une coupe avait été faite dans la substance médullaire, le tissu cérébral s'affaissait par son propre poids, les vaisseaux coupés faisaient alors saillie, et on en sentait les pointes en passant le doigt sur la surface de la coupe. Je n'ai pas besoin d'insister sur la rareté de semblables faits.

M. Calmeil a trouvé souvent, chez des maniaques, la substance blanche criblée de vaisseaux distendus par le sang, quelquefois vides, mais très dilatés (2)... ; mais il n'entre dans aucun autre détail qui nous apprenne si cette dilatation vasculaire s'est présentée à lui sous l'apparence que nous décrirons dans ce mémoire.

Je n'ai jamais rencontré l'état criblé du cerveau que dans la substance médullaire, si l'on en excepte toutefois les parties où il existe naturellement, et que j'ai indiquées plus haut ; je ferai remarquer à ce propos que les points de la superficie du cerveau qui présentent naturellement des criblures ne contiennent que peu ou point de substance grise. Partout ailleurs les vaisseaux qui se rendent de la pie-mère dans le cerveau semblent se tamiser dans l'épaisseur de la couche corticale des circonvolutions.

Deux fois j'ai rencontré des criblures dans le bulbe rachidien (obs. 1 et 3), une fois dans la protubérance (obs. 7).

Tantôt l'état criblé du cerveau se trouve répandu dans une grande étendue des hémisphères, tantôt on ne l'observe que dans un espace circonscrit.

Dans certains cas, et cette distinction est fort importante, on ne rencontre dans le cerveau aucune autre lésion que l'état criblé ; dans d'autres cas, au contraire, on le trouve lié à des altérations différentes, mais dont il est curieux de le rapprocher ; tels sont le ramollissement cérébral sous ses diverses formes, et, en particulier, ce ramollissement général de la couche corticale des circonvolutions, que M. Calmeil a décrit comme la lésion propre à la paralysie générale des aliénés ; l'induration de la substance cérébrale, etc.

(1) Il faut en excepter toutefois les vaisseaux volumineux qui traversent les corps striés, et dans les parois desquels on a, très rarement il est vrai, reconnu l'existence de petites concrétions.

(2) Calmeil, Dict. de méd., 2e édit., t. xix, p. 135.

1° Observations où l'état criblé a été rencontré seul et indépendant de toute autre altération.

Démence; paralysie générale peu caractérisée ; accidens cérébraux aigus; mort prompte. — État criblé de la substance médullaire des hémisphères et d'une pyramide postérieure; épanchement de sérosité roussâtre dans les ventricules latéraux.

Obs. I. — La nommée Gérold, née Weiss, Allemande, est entrée, en juin 1836, à la Salpêtrière, affectée de démence. (Service de M. Pariset.)

Les renseignemens suivans ont été donnés sur elle. Peu de temps avant son entrée à la Salpêtrière, cette femme étant en route pour son pays, dans lequel elle avait voulu retourner, se porta un coup de couteau à la gorge, dans la diligence. Elle avait déjà donné quelques signes de démence. Depuis un an, elle ne peut plus marcher, il faut toujours la tenir assise ou couchée. Avant cette époque, elle n'avait jamais donné aucun signe de paralysie. Les mouvemens des bras n'ont jamais paru affaiblis, non plus que ceux de la langue. Elle parlait beaucoup, criait et disait des injures avec une grande volubilité (1).

Le 12 mars 1839, elle fut prise tout à coup, à six heures du soir, de contractions convulsives des membres, avec salive spumeuse à la bouche, perte de connaissance, chute de sa chaise. Elle fut portée dans son lit dans un état de raideur complète. Quelques instans après, on constata l'état suivant :

Froid glacial répandu sur tout le corps; faces grippé, pâle ; les muscles de la face sont contractés vers la ligne médiane, ce qui lui donne un aspect courroucé; les yeux sont tantôt fermés, tantôt entr'ouverts; on ne parvient souvent qu'avec peine à séparer les paupières. Les deux yeux sont presque immobiles et déviés à gauche ; les pupilles ne paraissent ni dilatées, ni contractées ; on ne peut s'assurer si la vision est abolie. La bouche n'est point déviée, les lèvres sont pâles et rapprochées, les mâchoires fortement serrées. On introduit avec peine quelques gouttes de liquide dont la déglutition se fait assez bien. Il ne s'écoule point de salive. La respiration est calme et semble se faire seulement par les côtes; 18 inspirations par minute; pouls à 32, régulier, assez faible.

La paroi abdominale, fortement rétractée contre la colonne vertébrale, offre une extrême dureté. Lorsqu'on y appuie la main, la malade cherche à l'éloigner et laisse échapper quelques murmures plaintifs.

Les membres inférieurs sont dans un état voisin de la demi-flexion, la jambe gauche passée sur la jambe droite, de manière que le creux poplité de l'une répond au genou de l'autre. Il est impossible de rien changer à cette position.

Les avant-bras sont dans une flexion complète sur les bras, les phalanges fléchies les unes sur les autres, et les doigts appliqués contre la paume de la main. Il est fort difficile de placer ces membres dans l'extension.

La sensibilité paraît assez bien conservée, un peu moins dans le côté gauche que dans le droit. La malade ne profère aucune parole et paraît indifférente à tout ce qui se passe autour d'elle. (Sinapismes aux pieds; lavement avec 35 gouttes de laudanum; potion fortement éthérée.)

Le lendemain matin, le froid est un peu moindre; les yeux ne sont plus obliques ; la malade contracte convulsivement les paupières lorsqu'on dirige sur l'œil un corps étranger. Pouls faible, régulier, à 46. Respiration libre.

Elle meurt à six heures du soir. Un instant après, la chaleur paraît plus grande que le matin, une sueur froide et visqueuse recouvre tout le corps, les membres supérieurs sont moins raides, les pupilles largement dilatées.

Autopsie 45 heures après la mort. — La face externe de la dure-mère est d'un brun violet, ainsi que la voûte crânienne; elle est parsemée de petits vaisseaux distendus par du sang. Quelques taches blanchâtres sur le feuillet viscéral de l'arachnoïde. La pie-mère, un peu infiltrée de sérosité, ne présente pas d'injection et s'enlève très aisément de toute la superficie du cerveau. Les circonvolutions n'offrent aucune altération appréciable dans leur volume, leur forme, leur couleur, ni leur consistance.

Dans le centre ovale de Vieussens, surtout à droite, la substance médullaire présente une injection sablée, un pointillé d'un rouge clair, sans altération de consistance. On voit en outre une multitude de petits trous béans, orifices de canaux formés évidemment par des vaisseaux dilatés. Des points semblables, mais d'un diamètre un peu plus considérable, existent sous forme d'une série linéaire parfaitement droite, dans l'épaisseur de la pyramide postérieure droite. On voit distinctement un petit vaisseau coupé dans le plus grand nombre de ces trous. Les points qui sont le siége de cette altération ressemblent à la substance criblée que l'on trouve à la partie interne de la scissure de Sylvius, ou mieux encore à la substance blanche qui forme l'écorce extérieure des corps striés.

De la sérosité roussâtre existe abondamment dans les ventricules latéraux, surtout à gauche.

La corne d'Ammon, du côté droit, est un peu mamelonnée à sa surface, et présente en avant une adhérence avec la substance cérébrale voisine. Cette adhérence a la forme d'une petite colonne blanche parfaitement cylindrique, d'une ligne et demie de longueur et d'une ligne de largeur.

On ne découvre aucune autre altération dans le reste de l'encéphale, non plus que dans la moelle épinière et ses membranes.

Les poumons sont sains, engoués dans leurs lobes inférieurs, peu adhérens. La muqueuse bronchique est très rouge, un peu épaissie.

(1) Ces renseignemens m'ont été procurés par mon collègue M. Mascarel.

Le péricarde contient un peu de sérosité. Ventricule gauche du cœur hypertrophié; valvules aortiques épaissies et comme boursoufflées à leur bord libre. Rien de remarquable dans l'abdomen.

Il n'est pas absolument rare, chez les simples démens, de ne trouver à l'autopsie aucune altération qu'il soit possible de rattacher au trouble de l'intelligence observé pendant la vie; mais je ne sache pas que la même absence de lésions anatomiques ait été bien authentiquement constatée, lorsqu'un certain degré de paralysie était venu se joindre à la démence. Presque constamment, dans ce dernier cas, on rencontre un ramollissement de la couche corticale des circonvolutions, dont une des observations qui suivent nous fournira un exemple. Ici, nous ne trouvons qu'une altération d'une toute autre nature portant au contraire sur la substance blanche. Nous ne chercherons pas à la rattacher directement au trouble des facultés intellectuelles, ou à celui des mouvemens; nous devons seulement constater le fait de sa présence, et avec d'autant plus de soin, qu'une lésion de ce genre a dû rester plus d'une fois inaperçue.

La paralysie n'a occupé que les membres inférieurs. Cette circonstance est assez remarquable, car chez les aliénés atteints de paralysie on voit presque constamment celle-ci se montrer d'abord dans la langue, et puis ensuite à peu près en même temps dans les membres supérieurs et inférieurs. Il ne faut pas oublier que l'intégrité de la moelle et de ses enveloppes a été constatée : nous noterons seulement la présence de criblures bien prononcées dans une des pyramides postérieures.

Les accidens si violens, si bien caractérisés qui ont terminé la vie, sont-ils suffisamment expliqués par l'injection du centre ovale des deux hémisphères, et par l'épanchement de sérosité roussâtre dans les ventricules latéraux? Je regrette que cette dernière altération n'ait pas été mieux déterminée dans l'observation.

DÉLIRE CHRONIQUE; ÉTAT CRIBLÉ DU CERVEAU.

Obs. II. — Louise Charmant, âgée de 85 ans, est une femme petite, maigre, qui demeure toujours au lit, couchée sur le côté droit. Une idée fixe l'occupe; c'est que le prince de Condé a donné des ordres pour venir la chercher, et la mener au palais Bourbon. Quelque chose qu'on lui demande, de quelque manière qu'on s'adresse à elle, elle en revient toujours au prince de Condé et au palais Bourbon. Son prince l'aime trop pour souffrir qu'elle reste à l'hôpital; ses médecins sont bien plus habiles que nous. Du reste, elle dit toujours qu'elle n'est point malade; si elle n'est pas contente, elle en parlera à son prince, et l'on aura affaire à lui. Cependant d'un caractère très doux, elle craint beaucoup les reproches; souvent quand on s'approche de son lit, elle dit : Mon Dieu, madame, est-ce que j'aurais fait du mal? Et il faut lui affirmer qu'elle n'a point fait de mal, et que personne ne lui en veut.

Tel était exactement l'état de l'intelligence de cette femme : je n'ai pu savoir depuis quelle époque elle divaguait ainsi; mais pendant les six derniers mois de sa vie que je l'ai connue, je ne l'ai jamais vue sortir de ce cercle d'idées. Il paraît que son père avait été cocher du prince de Condé, et qu'elle avait été élevée auprès de ce dernier.

Dans les premiers temps, cette femme parlait souvent seule dans son lit; le jour, la nuit, c'était toujours le prince de Condé. Elle mangeait un peu; il y avait quelquefois le soir un léger mouvement fébrile. Il y avait du râle muqueux dans les deux côtés de la poitrine, en arrière; un peu de toux, point d'expectoration. Peu à peu elle s'affaiblit; elle ne parlait plus que lorsqu'on s'approchait de son lit, et se taisait bientôt; sa voix était cassée. Elle gardait une immobilité presque absolue, toujours couchée du côté droit. Si l'on cherchait à savoir ce qu'elle éprouvait, elle ne savait que répondre : Je ne suis pas malade, non je ne suis pas malade. La maigreur fit des progrès extrêmes; la prostration arriva au dernier degré. Vers la fin du mois de juin 1839, ses évacuations commencèrent à se faire involontairement; il fallut la faire passer dans une salle de gâteuses.

Elle mourut le 7 août 1839 sans que l'on eût remarqué rien de nouveau.

Cette femme ne se levant jamais, remuant fort peu, il avait été difficile de juger de l'état de la motilité; cependant les mouvemens des bras avaient toujours paru libres. La langue n'avait jamais présenté aucun embarras.

Le traitement avait consisté en deux applications de sangsues au col et quelques laxatifs, sans que l'état de la malade eût paru en éprouver la moindre modification.

Autopsie. — Les os du crâne sont un peu mols et de médiocre épaisseur. Adhérences serrées de la dure-mère à la voûte crânienne. Peu de sérosité dans l'arachnoïde.

La pie-mère est infiltrée d'une petite quantité de sérosité limpide, également répandue sur les deux hémisphères : les anfractuosités sont un peu élargies.

Sans être très volumineuses, les circonvolutions du cerveau sont bien conformées. Elles ne présentent aucune altération. Elles paraissent un peu pâles.

La substance cérébrale est assez molle. Point de rougeur de la substance grise; à peine d'injection dans la blanche.

Les hémisphères sont étudiés par couches minces, coupées transversalement. Au-dessous des circonvolutions, on voit la substance médullaire criblée d'un bon nombre de petits trous arrondis, du diamètre d'une aiguille un peu fine. Ils se trouvent disposés par groupes irréguliers, à peu près également à la partie antérieure et postérieure des hémisphères, ainsi qu'à leur partie moyenne. A 18 lignes à peu près au-dessous des circonvolutions de la convexité, on cesse de les distinguer; plus bas on les retrouve seulement aux extrémités antérieure et postérieure, mais surtout dans les lobes antérieurs. Ces trous sont à peu près également disposés dans les deux hémisphères.

Un courant d'eau projeté sur la surface de ces diverses coupes n'altère en rien la forme des criblures; seulement il fait distinguer un petit vaisseau sortant de chacune d'elles et qui flotte sous l'eau.

On trouve dans les corps striés un certain nombre de canaux vasculaires assez dilatés. Du reste, aucune altération de forme ni de consistance dans toute l'étendue du cerveau. Les organes de la ligne médiane sont bien conservés. Les ventricules sont dilatés par une assez grande quantité de sérosité limpide.

Rien à noter au cervelet, si ce n'est une injection un peu plus vive que dans le cerveau. Rien dans la moelle alongée.

Un demi-verre de sang liquide, mêlé d'un peu de sérosité, dans la plèvre gauche. Fausse membrane assez épaisse autour du poumon. Celui-ci est fortement engoué, surtout dans sa partie inférieure; mais il ne présente nulle part de friabilité, et la sérosité qui l'infiltre, abondante et mêlée de beaucoup d'air, ne contient que peu de sang.

Lame pseudo-membraneuse récente excessivement mince à la surface de la plèvre droite. Quelques cuillerées de sérosité jaunâtre. Le lobe supérieur du poumon droit est d'une grande friabilité, sans air, de couleur grisâtre, et laissant écouler à la coupe une très grande quantité de pus assez bien lié, mêlé d'un peu de sang. Le lobe inférieur est, dans la plus grande partie de son étendue, rouge, très difficile à déchirer, mollasse et se laissant chiffonner entre les doigts comme du vieux linge. Il ne contient pas une goutte de liquide ni une bulle d'air, et va au fond de l'eau. Il est tout à fait semblable, plus la rougeur, à du tissu pulmonaire comprimé fortement.

Cœur peu volumineux. Sang en caillots noirs, mous, gelée de groseilles, dans les quatre cavités. Epaississement des valvules auriculo-ventriculaires (1).

Rien de remarquable dans l'abdomen que le petit volume de la rate, dont le parenchyme est assez ferme. De nombreuses adhérences unissent l'épiploon à la paroi abdominale antérieure.

Parmi les modifications variées que présentent les fonctions de l'intelligence, à un âge avancé de la vie, il importe de distinguer soigneusement leur simple affaiblissement, enfance sénile, et leur perversion, délire ou démence sénile (2). Dans ce dernier cas, il est bien rare de ne pas trouver une altération quelconque dans la texture du cerveau, ordinairement un ramollissement qui le plus souvent a son siége dans les circonvolutions. Telle est la lésion que l'on s'attendait à rencontrer chez la femme dont je viens de tracer l'histoire.

Les circonstances que nous ont présentées les deux observations précédentes me paraissent venir à l'appui de l'opinion que j'ai émise sur l'état criblé du cerveau, en l'attribuant à une congestion chronique de cet organe. Dans les deux cas, en effet, il y avait un état de trouble et de surexcitation de l'intelligence, qui se traduit ordinairement sur le cadavre, par une lésion de nature inflammatoire de l'encéphale. Les observations suivantes ont une valeur plus grande encore dans ce sens; car elles vont nous montrer l'état criblé lié à d'autres altérations, les unes évidemment, les autres probablement de nature inflammatoire.

2° OBSERVATIONS OU L'ÉTAT CRIBLÉ SE MONTRE LIÉ A DES ALTÉRATIONS DIVERSES DE LA SUBSTANCE CÉRÉBRALE.

A. ÉTAT CRIBLÉ DANS L'ENCÉPHALITE SUPERFICIELLE DES CIRCONVOLUTIONS, CHEZ LES ALIÉNÉS ATTEINTS DE PARALYSIE GÉNÉRALE.

DÉMENCE ET PARALYSIE GÉNÉRALE; RAMOLLISSEMENT SUPERFICIEL DE LA COUCHE CORTICALE DES CIRCONVOLUTIONS; DISPOSITION CRIBLÉE DE LA SUBSTANCE BLANCHE DES HÉMISPHÈRES ET DU BULBE RACHIDIEN; FAUSSES MEMBRANES DE L'ARACHNOÏDE.

Obs. III. — La nommée Renaud, âgée de 39 ans, de constitution forte et sanguine, entrée le 2 mai 1836 à la division des aliénées de la Salpêtrière, présentait tous les signes d'une paralysie générale incomplète.

Elle ne pouvait se tenir sur ses jambes sans être soutenue, et quand on l'abandonnait à elle-même, elle tournait à droite ou à gauche, ses jambes fléchissaient, et elle tombait. Depuis un mois elle ne sortait plus de la salle : elle demeurait tout le jour assise et fixée sur son siége au moyen de la camisole. La sensibilité générale était conservée. Les mouvemens des membres supérieurs étaient lents; la malade serrait avec assez de force, et un peu mieux de la main gauche que de la droite. Elle répondait aux questions qu'on lui adressait, mais seulement quand on les avait répétées plusieurs fois. Si le mot à répondre était un peu long, elle le prononçait en deux fois. Les facultés de l'intelligence paraissaient dans un état d'obtusion complet. On manque, du reste, de renseignemens sur la marche qu'avait suivie cette altération des fonctions cérébrales.

Les évacuations étaient involontaires. Il y avait parfois de la diarrhée; généralement peu d'appétit. L'embonpoint était assez bien conservé; la face habituellement colorée. Une large escarre s'était récemment fermée au sacrum.

Il y a huit jours, ayant été portée au bain, elle perdit tout à coup connais-

(1) Un certain degré d'opacité et d'épaississement des valvules auriculo-ventriculaires est un fait à peu près constant chez les vieillards.

(2) Voyez, dans le Bulletin n. 12 de la société anatomique pour l'année 1840: Quelques considérations sur les altérations de l'intelligence chez les vieillards.

sance, et ne revint à elle qu'après avoir respiré du vinaigre. Le 9 mai 1839 elle mourut tout à coup.

AUTOPSIE. — Les os du crâne sont d'une épaisseur et d'une dureté remarquables. La dure-mère offre quelques adhérences.

Le feuillet pariétal de l'arachnoïde est tapissé dans toute son étendue par une fausse membrane. Celle-ci est d'une épaisseur assez considérable, d'une densité assez grande pour résister un peu à la distension; elle est d'autant plus épaisse qu'elle se rapproche davantage de la face supérieure du cerveau; à sa base elle est tellement mince qu'on a un peu de peine à la distinguer. Elle est généralement rougeâtre, et contient dans son épaisseur des caillots de sang assez volumineux, surtout au niveau des fosses pariétales. Dans quelques points, elle est tout à fait transparente et incolore. Du côté droit, ses adhérences au feuillet pariétal de la séreuse sont assez molles. Du côté gauche, elles le sont encore davantage, et elle demeure en partie en rapport avec le feuillet viscéral de l'arachnoïde. Cette fausse membrane est aussi bien développée d'un côté que de l'autre. La cavité de l'arachnoïde ne contient pas de sérosité.

La pie-mère n'est pas infiltrée de sérosité. Ses vaisseaux sont assez injectés, mais peu volumineux. Leurs parois sont saines.

Cette membrane est mince, et ne s'enlève que par petits lambeaux de la superficie du cerveau. Au-dessous d'elle, on trouve une partie des circonvolutions blanches, volumineuses, parfaitement saines. Mais il en est d'autres dont on enlève, en la retirant, la partie la plus superficielle; elle entraîne avec elle une lame de la couche corticale, d'un demi-millimètre à un millimètre d'épaisseur, laissant à sa place une perte de substance irrégulière, à bords nets et irréguliers, comme faite par un emporte-pièce. Ces sortes d'érosions qui se produisent malgré toutes les précautions avec lesquelles on enlève la méninge ne présentent aucune altération de couleur, si ce n'est qu'elles prennent très promptement à l'air une teinte d'un rouge jaunâtre; un filet d'eau en montre la surface un peu ramollie. On les élargit facilement en continuant avec le manche d'un scalpel l'espèce de décortication superficielle qu'avait commencée l'enlèvement de la pie-mère. Elles sont plus nombreuses sur les parties latérales qu'à la convexité; en plus petit nombre à la base que partout ailleurs.

La couche corticale des circonvolutions ne présente, du reste, aucune altération d'épaisseur, de couleur, ni de consistance, hors la surface des érosions, qui seule paraît un peu ramollie.

Lorsqu'on incise la substance blanche au-dessous des circonvolutions, on la trouve perforée d'un grand nombre de pertuis dont les uns semblent avoir été faits avec la pointe d'une aiguille très fine, tandis que les autres ont le diamètre d'une épingle d'une certaine grosseur. Un courant d'eau projeté sur la surface d'une coupe, on voit de chacun de ces pertuis sortir un petit vaisseau qui flotte sous l'eau. Cette disposition, semblable à celle de la *lame criblée*, est surtout prononcée au-dessous des circonvolutions, aussi bien au niveau de celles qui sont malades que de celles qui paraissent le plus saines. On la rencontre dans toute l'épaisseur de l'hémisphère, mais surtout dans les lobes antérieurs et postérieurs. Elle est extrêmement prononcée en dehors des corps striés, là où elle se montre normalement. Les vaisseaux des corps striés eux-mêmes ne paraissent pas plus dilatés qu'à l'ordinaire. On trouve des criblures toutes semblables dans le centre du bulbe rachidien; rien de semblable n'existe dans la protubérance ni dans le cervelet.

A part l'altération qui vient d'être décrite, la substance médullaire semble bien saine: elle est d'une très bonne consistance, et bien qu'elle contienne des vaisseaux très volumineux, comme ils sont vides de sang, elle est à peine colorée.

Il y avait à la base du crâne une très grande quantité de sérosité incolore qui était sortie en partie par une déchirure du tuber cinereum. L'aqueduc de Sylvius, les trous de Monro étaient remarquablement élargis; cependant les ventricules latéraux étaient peu dilatés, et leurs parois parfaitement saines. Le quatrième ventricule était tapissé par un nombre très grand de petites granulations rapprochées qui donnaient au toucher la sensation d'une langue de chat.

Les deux moitiés du cerveau étaient parfaitement semblables.

J'ai recueilli deux autres faits tellement semblables à celui-ci qu'il m'a paru inutile de les rapporter. Rien n'est plus facile à concevoir, du reste, que la liaison qui existe entre ces deux altérations, l'état criblé de la substance médullaire et le ramollissement de la substance corticale, entre les traces de congestion chronique ou de dilatation générale des vaisseaux qu'offrait la première, et l'état inflammatoire que présentait la seconde. Les observations suivantes vont nous fournir l'occasion de faire encore de semblables rapprochemens.

(La suite au prochain numéro.)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE SUR UN PASSAGE D'HIPPOCRATE RELATIF AUX LUXATIONS INCOMPLÈTES DU COUDE; par M. E. LITTRÉ.

Les chirurgiens modernes ne sont pas d'accord sur les luxations du coude; et de leur côté ceux qui ont essayé d'interpréter ce qu'en a dit Hippocrate ont donné des explications divergentes. Ces deux choses se tiennent; et il arrive fréquemment, surtout dans les sciences, que l'intelligence d'un passage ancien est subordonnée à l'état des connaissances actuelles. En étudiant de nouveau l'endroit du livre des Fractures où Hippocrate traite des luxations incomplètes du coude, j'ai conçu des doutes sur la solidité de l'interprétation que j'avais adoptée dans le troisième volume de mon édition de cet auteur.

Foës traduit ainsi le passage suivant:

« Sunt autem horum maguâ quidem ex parte parvæ inclinationes, interdum ad costas, interdum in exteriorem partem. Neque tamen articulus totus loco movetur, sed quodammodo in brachii cavo subsistit, quâ parte os cubiti excedit. Hæc igitur, ubi in hanc vel illam partem exciduut, facile reponuntur, ac satis est brachium in directum extendere, ita ut unus ad manus juncturam intendat, alter sub alâ comprehensum retineat; medicus autem, altera manu ad emotum articulum admotâ, prominentiore palmæ parte propellat, altera vero prope articulum injectâ, in contrariam partem impellat. Atque hujusmodi luxationes non ægre repositioni parent, si, priusquam inflammatione occupentur, recondantur. Ut plurimum autem magis in interiorem partem elabuntur, luxantur quoque et in exteriorem. Quæ habitu manifesta fiunt, eaque plerumque etiam absque validâ intentione in suas sedes restituuntur. In his autem quæ in interiorem partem elabuntur, articulum in naturalem sedem propellere oportet, cubitum vero in pronum magis conversum circumagere. »

Ce passage est susceptible de trois interprétations différentes; il peut s'entendre: 1° des luxations du radius en avant et en arrière; 2° des luxations latérales incomplètes du coude; 3° des luxations postérieures incomplètes du coude.

1° La première de ces opinions a été adoptée par Apollonius de Citium, qui vivait dans le premier siècle avant l'ère chrétienne, et qui a écrit un COMMENTAIRE sur le TRAITÉ DES ARTICULATIONS. (Le passage du TRAITÉ DES FRACTURES dont il s'agit ici se trouve en extrait dans le TRAITÉ DES ARTICULATIONS.) Voici ce commentaire: « Hippocrate, dit Apollonius, traitant, dans le livre DES ARTICULATIONS, des luxations et des subluxations du coude, n'a pas énoncé clairement combien il y en a d'espèces; je vais l'expliquer: Il y a deux subluxations et quatre luxations. Des deux os de l'avant-bras, *celui qui est en dedans, et qu'on appelle radius* (1), *est le seul susceptible de subluxation, en se portant ou en dedans ou en dehors*... Ces subluxations sont manifestes les unes en dedans, les autres en dehors... Hippocrate recommande de les soumettre à une extension en droite ligne. En effet, cette extension écarte les os, de sorte que l'articulation rentre facilement dans sa place. Soit donc que la subluxation se soit opérée en dedans, soit qu'elle se soit opérée en dehors, il faut pratiquer l'extension en droite ligne; en même temps, dans la luxation du coude en dedans, fléchissant modérément l'avant-bras et le portant dans la supination, on opérera la coaptation; dans la luxation du coude en dehors, on portera l'avant-bras dans la pronation. (Dietz, SCHOLIA IN HIPP. ET GAL., t. 1, p. 15). »

Apollonius paraît ici désigner explicitement la luxation du radius, et le précepte qu'il donne de porter l'avant-bras dans la supination pour la luxation en avant, et dans la pronation pour la luxation en arrière, ne fait pas une objection; car les chirurgiens modernes varient entre eux pour la pronation et la supination dans la réduction des luxations du radius en avant et en arrière.

Bosquillon, de son côté, a pensé qu'il s'agissait ici des luxations du radius en avant et en arrière. « Ce qui est relatif aux luxations du coude, dit-il, p. 74 de son édition du TRAITÉ DES FRACTURES, étant l'objet de grandes difficultés, et n'ayant encore été compris par personne, j'y ai consacré des explications un peu plus développées que ne le comporte le plan de mon travail. On croit généralement qu'Hippocrate a admis des luxations du coude, complètes et incomplètes, tant en dedans qu'en dehors, ce qui, suivant nous, est complètement étranger à sa pensée; ce sont les luxations du radius qu'il indique ici, cela n'a été remarqué par personne; et, si l'on entend ce passage autrement, on n'en peut tirer aucun sens. Hippocrate dit expressément que l'olécrâne reste dans sa cavité; ce signe appartient à la seule luxation du radius; il ne peut y avoir de luxation du coude tant que l'olécrâne reste dans la cavité de l'humérus. »

2° Suivant Galien, dans le passage ici discuté, il est question des *luxations latérales incomplètes du coude*. « Les déplacemens auxquels le coude est exposé, dit cet auteur, sont faciles à guérir; il faut mettre le bras dans l'extension, et pratiquer l'extension et la contre-extension sur l'humérus et l'avant-bras, suivant la règle commune à toute réduction, afin que l'os déplacé obéisse plus facilement à vos mains qui le repous-

(1) Hippocrate, et après lui Apollonius, considèrent l'avant-bras dans une demi-flexion sur le bras, et dans une position à peu près intermédiaire entre la pronation et la supination.

sent. Ce qui prouve que toute l'articulation ne s'est pas luxée, c'est que l'apophyse olécrâne est restée à sa place ; en effet, dès-lors que l'olécrâne conserve sa positinn, le déplacement du reste de la diarthrose ne suffit pas pour constituer une luxation complète. Ces accidens sont appelés par Hippocrate *déplacemens*, et ils s'opèrent quand les condyles de l'humérus entrent dans la grande cavité sigmoïde du cubitus, qui jusque-là avait été occupée par le milieu de l'extrémité inférieure de l'humérus appelée trochlée. Il est évident que le côté quitté par le condyle présente une concavité, et le côté opposé une saillie ; c'est donc avec raison, quand l'humérus quittant la cavité du cubitus se porte en dedans, qu'on appelle sigmoïde cette espèce de luxation, parce qu'alors le membre ressemble à la lettre sigma. De même qu'il convient, dans la réduction, de pousser simultanément en sens contraire l'humérus et le cubitus, afin que le ginglyme du bras revienne plus promptement à sa position naturelle, de même il ne sera pas peu utile de tourner en dedans le cubitus, dont la cavité sigmoïde ira au-devant de l'extrémité de l'humérus que l'on en rapproche. Non seulement, dans le déplacement en dedans, il faut tourner l'avant-bras dans la pronation ; mais encore, dans le déplacement en dehors, il est utile de tourner le membre dans la supination, afin que, dans ce cas aussi, la cavité sigmoïde aille au-devant de la trochlée de l'humérus. (Cocchi, GRÆC. CHIRURG. LIBRI, p. 141, Flor., 1754.)

Cet avis est celui des traducteurs d'Hippocrate. On lit dans la traduction de Gardeil : « Souvent les luxations sont incomplètes et ne forment que de petites inclinaisons vers les côtes ou vers le dehors du corps ; l'articulation entière ne se déboite pas, il reste une partie du cubitus dans l'humérus, là ou entre l'olécrâne. » Ceci est la reproduction de toutes les traductions latines, et la traduction allemande de Grimm ne s'en écarte pas. Maximini, dans son COMMENTAIRE, p. 266, développe ainsi ce passage : « Cubiti articulus propter ginglymoïdeam ossium conjunctionem sæpe non ex toto luxatur, sed plerumque tantummodo aliquantum de sua naturali sede emovetur ; cujusmodi emotiones *parvæ* inclinationes in partem tantum externam et internam fiunt; nam capitulum humeri, quod cum radio articulatur, in cavitatem sigmoïdeam cubiti excurrere potest sine perfectâ luxatione, et tunc erit inclinatio articuli ad costas, sive emotio in internam partem ; vel et contra, si magnus et acutus trochlæ humeri margo versus cavitatem glenoïdeam radii fuerit impulsus, inclinatio ad externam partem fiet. Hæc omnia, si ad sceletum considerentur, clarissime patebunt...... Tunc non prorsus articulo excidunt ossa; nam processus olecranii, qui a robustissima illa productione tendinea, quæ longo et brevi extensoribus et brachiali interno formatur, ad magnam foveam posteriorem humeri validissime retinetur; quod non sinit, ut totus articulus emoveatur sed tantummodo inclinet ; unde dixit Hippocrates : *Sed manet quid juxta ossis brachii cavitatem, qua parte cubiti os excedens habet.* »

3° Boyer déclare que la *luxation incomplète en arrière* est impossible. Une pareille opinion dut détourner de chercher cette luxation dans le passage d'Hippocrate dont il s'agit. Mais des recherches plus exactes ont démontré la réalité de cette luxation. « Dans quelques cas, dit M. Sédillot, le membre n'est pas sensiblement racourci, ce qui tient au peu de déplacement subi par le cubitus, et l'apophyse coronoïde, au lieu d'être remontée dans la cavité olécrânienne, appuie contre la face postérieure de la trochlée humérale ; ce qui est beaucoup plus commun qu'on ne le suppose ordinairemement. (DICTIONNAIRE DES ÉTUDES MÉDICALES PRATIQUES, t. II, art. *Avant-bras*, p. 249.) »

M. Malgaigne, qui a bien voulu me donner des conseils pour l'interprétation de ce passage, m'a dit que, suivant lui, Hippocrate avait désigné les luxations incomplètes en arrière. Le texte, tel qu'il est dans les éditions, se prête mal à cette explication ; la considération qui décidait M. Malgaigne était celle-ci : c'est que les luxations incomplètes latérales étant fort rares, et Hippocrate disant que celles dont il parle sont les plus fréquentes, il fallait chercher le sens de ses paroles hors des luxations latérales incomplètes. L'argument est, on le voit, chirurgical et indépendant de la considération du texte. Mais le texte lui-même ne peut-il pas venir à l'appui du sens indiqué par M. Malgaigne? La phrase est : οὐ πᾶν δὲ τὸ ἄρθρον μεταβεβηκὸς ἀλλὰ μένον τι κατὰ τὸ κοῖλον ὀστέον τοῦ ὀστέου τοῦ βραχίονος, ᾗ τὸ τοῦ πήχεος ὀστέον τὸ ὑπερέχον ἔχει. Les variantes sont : τὸ au lieu de τι, et dans certains mss. l'omission de τι, l'omission du premier ὀστέον, ᾗ au lieu de ᾗ, et ἐξέσχε au lieu de ἔχει. De la sorte, on peut lire : οὐ πᾶν δὲ τὸ ἄρθρον μεταβεβηκὸς, ἀλλὰ, μένον κατὰ τὸ κοῖλον τοῦ ὀστέου τοῦ βραχίονος, ᾗ τὸ τοῦ πήχεος ὀστέον τὸ ὑπερέχον, ἐξέσχεν. Ce qui signifiera : « Toute l'articulation ne s'est pas déplacée, mais, restant en rapport avec la cavité (olécrânienne) de l'humérus, *elle s'est luxée là où est l'apophyse (coronoïde) du cubitus.* »

Le texte ainsi présenté me paraît avoir un grand poids. D'une part, il exclut les luxations du radius en avant et en arrière, explication qui, sans cela, resterait plausible; car, l'auteur disant que l'olécrâne reste dans sa position (μένον κατὰ τὸ κοῖλον τοῦ ὀστέου τοῦ βραχίονος), sans faire mention d'un déplacement de l'apophyse coronoïde, on serait toujours tenté de se reporter vers le radius. Et remarquons que Apollonius de Citium, si tant est qu'il ait, comme je le crois, entendu parler des luxations du radius en avant et en arrière, a commenté, non le passage même du TRAITÉ DES FRACTURES, mais le passage parallèle du TRAITÉ DES ARTICULATIONS, qui est un abrégé, et où on lit seulement : ἀγκῶνες δὲ ἄρθρον παραρθρήσαν ἢ πρὸς πλευρὸν ἢ ἔξω, μένοντος τοῦ ὀξέος τοῦ ἐν τῷ κοίλῳ τοῦ βραχίονος. (*Le coude se luxe en dedans ou dehors, la pointe de l'olécrâne conservant sa position dans la cavité de l'humérus.*) Avec ces termes, on peut soutenir qu'il s'agit des luxations antérieures et postérieures du radius; mais, comme je l'ai dit, ce n'est là qu'un extrait, et il faut se reporter au passage complet qui est dans le livre DES FRACTRES.

D'autre part, si le texte, avec la correction que je propose, peut, à la rigueur, s'entendre des luxations latérales incomplètes, on se rappellera que ces luxations sont très rares et qu'Hippocrate dit expressément que les luxations incomplètes dont il parle sont les plus fréquentes. Ici donc revient l'argument chirurgical de M. Malgaigne, argument qui exclut l'explication de Galien et de ceux qui se sont rangés de son avis.

Je viens de mettre sous les yeux du lecteur les raisons qui m'ont persuadé que je me suis trompé dans l'interprétation que j'avais donnée du passage d'Hippocrate, dans le troisième volume de mon édition. En conséquence, j'ai cru nécessaire de faire faire un carton contenant l'explication que je crois bonne, et destiné à remplacer les pages où j'ai admis qu'il s'agissait des luxations du radius.

En définitive, le paragraphe du TRAITÉ DES FRACTURES relatif aux luxations du coude comprend : 1° les luxations postérieures incomplètes du coude ; 2° les luxations latérales complètes ; 3° la luxation du coude en arrière ; 4° la luxation du coude en avant ; 5° les luxations du radius.

QUELQUES RÉFLEXIONS FAITES AU SUJET D'EXTRAITS DES JOURNAUX ITALIENS ; par M. le docteur LEROY-D'ETIOLLE.

SUR LA COURBURE DES MORS DES LITHOTRIBES.

Nous serions autorisés à croire la lithotritie peu connue en Italie, si nous en jugions par la proposition de M. le docteur Paganini. Ce médecin donne comme un perfectionnement au brise-pierre courbe, une disposition des branches depuis longtemps usitée en France : tout le monde sait que si les mors de l'instrument font avec son corps et sa partie droite un angle trop ouvert, leur obliquité les rend peu propres à l'écrasement des calculs volumineux qui glissent et s'échappent ; aussi ; pour ces concrétions, a-t-on des brise-pierres se rapprochant de l'angle droit autant que le permet la nécessité de les faire cheminer à travers le canal de l'urètre. M. le Rédacteur de la Gazette a fait observer avec raison que l'exagération de cette forme pourrait rendre difficile, ou même impossible, leur introduction, et cela est d'autant plus vrai, que pour fixer solidement une pierre volumineuse, il faut non seulement que les deux branches soient parallèles quand elles sont écartées, mais surtout qu'elles aient une longueur suffisante pour l'embrasser, autrement elles ne feraient que gratter sa surface. Or, plus les mors ont de longueur moins il est possible de les couder à angle droit avec le corps de l'instrument. Il ne peut y avoir rien d'absolu dans la courbe des lithotribes ; elle varie entre 50° et 70°.

SUR LE TRAITEMENT DE L'HYDROCÈLE PAR L'ÉLECTRO-PUNCTURE.

Dans le même numéro de la Gazette médicale se trouve relaté un fait de guérison d'hydrocèle par l'électro-puncture : cette histoire m'a rappelé que m'étant aventuré en 1827, dans le concours pour l'agrégation au professorat (erreur de jeunesse dont je m'accuse), le sort me donna pour thèse latine l'hydrocèle de la tunique vaginale. J'imaginai *ex abrupto* quelques moyens de traitement par lesquels pourrait être rendue inutile l'opération douloureuse de l'injection ; à cette époque, l'humanité ne jouissait pas encore de l'immense bienfait de la substitution de la teinture d'iode au vin chaud. Entre autres procédés, je proposai la dessiccation dont j'avais fait avec quelque succès l'application à d'autres hydropiques et l'électro-puncture. « Nobis videtur, disais je p. 10, non sine quâdam spe curationis posse tentari acupuncturæ simul et galvanismi applicationem : ex physiologicis experimentis credere fas est mihi absorptionem et exhalationem augeri posse mutatâ solum directione qua currit fluidum galvanicum. » Dans l'argumentation latine, MM. Bérard aîné, Blandin, Dubled, m'adressèrent sur cette idée des plaisanteries

auxquelles je répondis d'une manière non moins facétieuse, toujours dans le le langage de Cicérou, langage dnnt nous fîmes tnus dans ce concours un tel usage, que l'on revint à la langue française pour les suivans. Mais peu importe que cette idée de l'emploi de l'électro-puncture soit exprimée en bnn ou manvais latin, pourvu qu'elle le soit d'une manière claire et précise. Quant à la démnnstration du fait et à l'application, elles restent à M. le docteur Pechioli.

LETTRE SUR LA SECTION DU STERNO-MASTOÏDIEN DANS LE TORTICOLIS ANCIEN; par M. le docteur ANDRÉ GOTTSCHACK.

En donnant l'analyse des journaux allemands, dans le 49e nº de la GAZETTE MÉDICALE (année 1841), vous notez mon travail sur le torticolis (ORGAN FUER DIE GESAMMTE HEILKUNDE, Heft 3) comme ne présentant *rien de nouveau*. Mais, Monsieur, dans votre très excellent mémoire SUR LE TORTICOLIS ANCIEN (GAZETTE MÉDICALE, 1841, nº 23), je ne trouve nulle part émise l'idée qu'il faut, *en tous les cas de torticolis, diviser les deux portions* du sterno-cléido-mastoïdien affecté. Si mon idée n'était pas tout à fait nouvelle, du moins elle l'aurait été pour vos lecteurs, et quoique je ne sois pas du nombre de ceux qui font grand cas des découvertes secondaires, après que les autres en ont donné la première idée, je ne puis pourtant pas admettre qu'une idée quelconque, appuyée d'observations, soit inutile à la science et indifférente au public.

J'attends de votre impartialité que vous voudrez bien insérer cette lettre dans le plus prochain numéro de la GAZETTE.

Agréez, etc.

Cologne sur Rhin, le 18 décembre 1841.

RÉPONSE. Nous nous empressons d'insérer la lettre de notre honorable confrère; mais nous permettra-t-il de lui faire remarquer qu'elle justifie entièrement notre opinion sur son mémoire? Le principe qu'il pose, de diviser, dans tous les cas de torticolis ancien, les deux portions du sterno-cleido-mastoïdien n'est non seulement pas nouveau, mais c'est à nos yeux une ancienne erreur. Si M. Cottschack avait eu connaissance de nos premiers travaux, et notamment de notre premier mémoire SUR LE TORTICOLIS ANCIEN (1838), il aurait vu précisément que nous avions cherché à établir qu'il ne faut pas diviser dans tous les cas les deux muscles mastoïdiens, mais tantôt l'un, tantôt l'autre, et tantôt tous les deux, suivant qu'ils sont alternativement ou simultanément rétractés; de la même façon qu'il ne faut pas toujours diviser les mêmes muscles dans le pied-bot, mais ceux-là seulement qui sont atteints de rétraction.

La réclamation de M. Gottschack prouve qu'on n'a pas encore saisi généralement la différence qui existe entre la ténotomie empirique et la ténotomie rationnelle. La première, que nous avons cherché depuis cinq années à remplacer par la seconde, consistait à diviser indistinctement le sterno-mastoïdien, et le tendon d'Achille seulement, dans tous les cas de torticolis et de pied-bot; la seconde, prenant pour point de départ la connaissance de la cause, la nature même des difformités, a établi en principe la section successive, alternative ou collective des tendons, suivant la part qu'a la rétraction musculaire à chaque variété de la difformité. L'une constituait donc la ténotomie empirique, la ténotomie du symptôme; l'autre constitue la ténotomie de la cause, la ténotomie rationnelle.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE PUBLIQUE DU MARDI 28 DÉCEMBRE.

(Suite.)

PRIX DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

RAPPORT SUR LES PRIX DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE POUR L'ANNÉE 1840.

(Commissaires: MM. ROUX, MAGENDIE, SERRES, LARREY, BRESCHET, DE BLAINVILLE, DUMÉRIL, SAVART, et DOUBLE, rapporteur.)

Deux travaux, seulement, auront part, cette année, aux encouragements du legs Montyon, section de médecine et de chirurgie. Il ne faudrait cependant pas inférer de là que, depuis l'an dernier, il n'a paru dans les sciences médicales que deux ouvrages dignes d'intérêt. L'Académie ne l'ignore point, et il est essentiel que tous les hommes d'étude le sachent également: des conditions rigoureuses sont imposées, par voie légale, aux juges de ce concours. Il ne suffit pas d'avoir produit un excellent livre pour être admis à concourir. Des traités didactiques où brillent le savoir, la méthode et la lucidité; de savantes monographies complètes en tout point; et d'autres ouvrages faits avec conscience et talent, utiles sous ce rapport, qu'ils vulgarisent des notions déjà acquises, qu'ils confirment et développent des vérités ayant, par avance, une place plus ou moins large au domaine commun; toutes ces productions, d'ailleurs si recommandables, restent en dehors des pieuses largesses dont l'illustre testateur a doté la médecine.

Pour entrer dans la lice de nos prix Montyon, il faut avoir fait une découverte parfaitement déterminée, propre à perfectionner soit la médecine, soit la chirurgie, ou susceptible de diminuer l'insalubrité attachée à certaines professions, à certains arts mécaniques.

ARTICLE PREMIER. — M. TANQUEREL DES PLANCHES. — TRAITÉ DES MALADIES DE PLOMB.

Le premier ouvrage que nous venons présenter à l'approbation de l'Académie a le mérite de satisfaire, à la fois, à ces deux exigences du testateur. D'une part il contient des découvertes propres à faire mieux connaître et à guérir plus sûrement et plus promptement les maladies saturnines; et d'autre part, il enseigne les moyens de diminuer les dangers auxquels sont exposés les ouvriers qui préparent le plomb pour les besoins de l'industrie et des arts.

Etablissons avec quelques détails la vérité de cette proposition.

L'ouvrage a pour titre: TRAITÉ DES MALADIES DE PLOMB OU SATURNINES, par M Tanquerel des Planches, deux volumes in-8°, 1839.

Connu de toute antiquité; répandu en abondance dans la nature; facile à extraire de ses mines; flexible sous la main de l'homme au point de se prêter à toutes sortes de formes; doué de propriétés soit physiques, soit chimiques, très-variées, le plomb a toujours été un des métaux les plus employés dans les arts.

C'est dès les premiers temps de l'emploi fréquent, varié, fécond de ce métal que se firent sentir sur l'économie vivante les fâcheux effets des émanations saturnines; mais à mesure que l'espèce humaine s'est propagée, à mesure que l'industrie a pris un plus grand essor, les dangers des préparations de plomb se sont accrus, l'attention des médecins a été plus sérieusement fixée sur ce sujet, et les travaux ainsi que les découvertes, se sont multipliés dans la science.

De nombreuses et de considérables recherches ont été publiées sur la matière, depuis Dioscoride, Nicandre, Avicenne, jusqu'à ce jour. Parmi ces travaux, la commission distinguera le traité succinct, mais substantiel, de Samuel Stockhausen, médecin des ducs de Lunebourg et de Brunswick, à Gossla, attaché durant quarante ans aux riches mines de la haute et basse forêt du Harz. Cet ouvrage, un des premiers publiés *ex professo* sur ce sujet, écrit avec une admirable candeur, n'est que le résumé logique et la rigoureuse interprétation de longues et de consciencieuses études cliniques. Produit en latin en 1619, et imprimé en 1656, très petit in-12, il fut traduit en français par le docteur Cardanne, en 1776. C'est un livre qui se fait lire encore aujourd'hui avec intérêt, avec fruit, même en tenant compte des théories galeniques, dont, à l'exemple de tant d'autres ouvrages de la même époque, celui-ci a subi le joug.

Depuis ce temps, un grand nombre de médecins ont écrit sur les maladies saturnines; nommons quelques-uns de ceux qui se font le plus remarquer: Citois, Baker, Astruc, Huxham, Dehaën, Bordeu, Wilson, Dubois, Cardanne, Desbois de Rochefort, Stoll, Bouté, Tronchin, Mérat.

A la suite de cette longue série de recherches exécutées par les médecins, tant anciens que modernes, le livre de M. Tanquerel veut être cité avec distinction. L'auteur ne s'est pas contenté, comme l'avaient fait la plupart de ses prédécesseurs, d'étudier isolément la colique saturnine; il a, de plus, porté ses doctes élucubrations sur la paralysie saturnine, sur l'arthralgie et sur l'encéphalopathie. Chacune de ces maladies a été étudiée par lui avec des détails de description, des développemens thérapeutiques, et une profondeur de vues prophylactiques que l'on chercherait en vain dans nos meilleurs écrivains sur cette matière. Ainsi, par exemple, on n'avait vu jusque-là, dans la paralysie, soit du mouvement, soit du sentiment, dans les accidens nerveux du cerveau, dans les douleurs névralgiques des membres, que des conséquences, des effets, des terminaisons de la colique saturnine. M. Tanquerel a incontestablement démontré que chacune de ces maladies se manifeste quelquefois d'emblée, c'est-à-dire sans colique préalable.

Cette vérité n'avait pas échappé, il est vrai, à l'esprit sagace de Stockhausen. Il en était si vivement pénétré, que c'est par là qu'il débute dans son ouvrage. Lisons les premières lignes de son premier chapitre: « Avant d'entrer en matière sur la colique propre aux métallurgistes, il est à propos de relever une erreur dans laquelle tombent le peuple et les gens peu instruits, qui pensent que cette maladie est la seule à laquelle ces ouvriers soient sujets. Il en est cependant d'autres produites par la même cause, auxquelles ils sont de temps en temps exposés. »

Notre Desbois de Rochefort, dans les pages remarquables, mais trop peu appréciées, qu'il a écrites sur la colique métallique, a donné encore à cette pensée d'utiles développemens. Il est juste, toutefois, de dire que M. Tanquerel a répandu de bien plus vives lumières sur ce point de l'histoire des maladies saturnines. Et qu'on ne pense pas que ce ne soient là que de vaines discussions de nomenclature ou de stériles questions de classification; ces résultats d'observation pathogénique ont une portée autrement élevée. On en déduit, d'une manière immédiate, des notions plus nettes, plus positives, sur la nature intime de la maladie, et, partant, des indications plus précises et plus sûres pour leur traitement.

Donnons la paralysie en exemple.

La paralysie saturnine, qui a une origine propre et des caractères bien tranchés, constitue une maladie autre que la paralysie par congestion cérébrale, que la paralysie avec lésion organique de la moelle épinière, que la paralysie rhumatismale, etc. Elle exige surtout un traitement différent. La paralysie saturnine, et déjà Stockhausen l'avait positivement énoncé, cède, à peu de modifications près, aux mêmes moyens que la colique de plomb. On le voit donc, la doctrine souvent si difficile des causes des maladies, l'un des points culminans de la philosophie médicale, trouve dans la partie de l'ouvrage de M. Tanquerel, qui nous

occupe, une nouvelle confirmation à cet axiôme de pathologie générale, savoir : qu'une seule et même maladie peut exister sous l'influence de causes diverses, et demander des méthodes différentes de traitement.

L'histoire thérapeutique de la colique saturnine offre une autre grande leçon dont les esprits philosophiques sauront tirer profit.

L'expérience de tous les temps apprend que, des diverses méthodes tentées contre cette maladie, la plus sûre consiste dans l'emploi des purgatifs violens. Le livre de M. Tanquerel enseigne, à son tour, que l'huile de croton-tiglium, qui purge très énergiquement, donnée plusieurs fois à la dose d'une goutte dans deux cuillerées d'un liquide fortement sucré, constitue le traitement le plus certain, le plus commode et le moins dispendieux. Est-il besoin de dire ici combien ce fait, à la fois neuf et positif, répond aux philantropiques intentions de M. de Montyon ?

D'autre part, les deux propositions qui suivent ne sont pas moins incontestables. Premièrement, un grand nombre de moyens différens, la saignée, les antiphlogistiques, les antispasmodiques, les révulsifs, les opiacés, la strychnine, la limonade sulfurique, et d'autres, sont fréquemment suivis de notables succès. Deuxièmement, cette maladie, même poussée à un très haut degré, livrée à son propre cours, abandonnée aux seuls efforts de la nature, compte également un certain nombre de guérisons. Tout cela se comprend et s'explique sans peine. Soustraire avec hâte aux émanations toxiques du plomb, à leur sphère d'activité et aux circonstances qui en favorisent l'absorption, les individus menacés ou frappés de maladies saturnines, est la condition capitale du rétablissement de la santé. On a souvent l'occasion de s'en convaincre dans la pratique civile; tous les auteurs qui ont écrit sur cette maladie l'énoncent d'une manière formelle, et les ouvriers, ainsi que les chefs d'ateliers, le savent eux-mêmes fort bien.

Divers autres enseignemens d'une conséquence non moindre doivent résulter des études sérieuses faites sur le mode de génération des maladies saturnines. Ces maladies rentrent évidemment dans la catégorie de celles qui se développent par une sorte d'infection, par intoxication; et comme les maladies causées par le plomb ont été assez bien approfondies, les données qui leur sont propres peuvent imprimer une fructueuse direction aux recherches qui concernent les maladies par infection en général. On marche ainsi logiquement des idées simples aux idées complexes, des maladies qui sont bien connues à celles qui le sont moins. Dans les maladies saturnines, en effet, tous les élémens de la question se trouvent éclaircis d'une manière assez satisfaisante. La nature du miasme, le mode d'émission, la sphère d'activité, les phénomènes d'absorption, tout est à peu près su. Nous disons à peu près, parce que, sur ce dernier point, l'absorption, il reste encore à désirer. Stockhausen avait déjà cherché à démontrer, par les observations et par le raisonnement, que deux voies seules sont ouvertes à l'absorption des molécules saturnines, savoir : les voies respiratoires et les voies digestives; il refuse aux molécules toxiques du plomb tout accès dans l'économie au travers des pores cutanés. M. Tanquerel a vivement soutenu la même doctrine, qu'il a défendue d'ailleurs par de nouveaux faits et par de nouvelles expériences : et pourtant la commission ne reste pas pleinement convaincue. Ce que l'on sait déjà sur l'activité des facultés d'inhalation du système cutané laisse bien des doutes. Les curieuses expériences de M. Fourcault, que l'Académie a récompensées l'an dernier, dirigées avec habileté, modifiées avec intelligence, pourraient peut-être répandre un nouveau jour sur cette importante question.

M. Devergie avait déjà signalé des traces de plomb et de cuivre dans le tube intestinal d'individus morts à la suite de maladies étrangères aux maladies par cause métallique. C'est de concert avec M. Devergie que M. Tanquerel a voulu rechercher, dans l'économie, le plomb qui détermine là de si graves désordres. A l'aide d'expériences bien combinées, il est parvenu à constater la présence du plomb dans les organes considérés comme ayant été le siége de la colique saturnine. Les résultats de ses analyses sont remarquables; ils le sont surtout sous ce rapport, que la quantité du plomb trouvé après la mort causée par la colique saturnine a été beaucoup plus considérable que celle dont on constatait l'existence chez des individus enlevés par des maladies différentes.

M. Tanquerel a traité avec non moins de soin et non moins de succès la partie de l'anatomie pathologique, c'est-à-dire les caractères anatomiques ou les lésions organiques qui concernent les maladies saturnines. Il a réuni tous les faits publiés avant lui sur ce sujet; il y en a joint un très grand nombre de nouveaux qu'il a recueillis lui-même; et après avoir rapproché, comparé, jugé tous ces faits entre eux, après les avoir opposés les uns aux autres, il est arrivé à cette conclusion remarquable : que ce ne sont point des altérations anatomiques appréciables par nos sens, qui donnent naissance aux phénomènes pathologiques de la colique saturnine ; et que les altérations matérielles, très variables d'ailleurs, que l'on peut rencontrer après la mort, ne sont que des effets et ne constituent point du tout des causes de ces maladies.

Les maladies saturnines, à la manière de la plupart des maladies spontanées, présentent en toute évidence une période peu connue et cependant bien digne d'être étudiée; période mixte, intermédiaire, qui n'est déjà plus la santé parfaite, et qui n'est pas encore la maladie déclarée.

Dans cet état d'imminence, l'économie tout entière est chancelante. Nul organe jusque-là ne se trouve ni réellement ni spécialement atteint. Le trouble se montre universel; le mal n'est pas encore localisé. On peut aisément pressentir dès l'abord ce que l'art conserve de puissance à cette époque pour prévenir, pour arrêter le développement de la maladie. Une série de phénomènes bien déterminés sert à révéler l'absorption du plomb dans cet état, c'est-à-dire avant qu'aucune des maladies saturnines proprement dites se soit déclarée. C'est là ce que M. Tanquerel appelle avec raison l'intoxication générale primitive; découverte véritable qui appartient incontestablement à l'auteur et qui imprime à son ouvrage un caractère d'originalité et surtout d'utilité pratique que l'Académie s'empressera de reconnaître et de rémunérer. Cette découverte bien déterminée remplit, comme on le voit, de la manière la plus satisfaisante, le double but que s'était proposé la lumineuse prévoyance du testateur, c'est-à-dire, comme nous l'avons déjà indiqué, le perfectionnement d'un des points de la médecine ou de la chirurgie, et l'amoindrissement de l'insalubrité attachée à une profession industrielle.

Sans affaiblir en rien le jugement que nous venons d'émettre, nous pouvons faire remarquer que même l'existence de cette période de l'intoxication saturnine avait été déjà entrevue ou même signalée. C'est surtout dans les sciences d'observation que les notions positives, que les faits arrivent par degrés. Chaque jour, chaque auteur vient apporter qui son grain de sable, qui sa pierre de taille; ainsi s'élève l'édifice de la science. Stockhausen, dans le petit traité qu'on ne se lasse pas de citer, et par cela même de louer, a plusieurs fois laissé percer cette idée. Il faut en dire autant de Desbois de Rochefort; il faut en dire plus de Wilson, chirurgien à Duris-deer et médecin des mines abondantes de Lead-hills. Le docteur anglais parle d'un premier degré de la colique du plomb durant lequel les malades se plaignent d'un malaise général, d'abattement, de faiblesse, d'engourdissement dans les jambes. Ils accusent une saveur douceâtre et désagréable de la salive; ils ont perdu l'appétit, et cependant ils vaquent comme d'habitude à leurs occupations.

On lit finalement dans Stoll : que les ouvriers soigneux, ceux qui sont d'une propreté grande, et ceux aussi qui jouissent d'une constitution robuste, travaillent longtemps le plomb sans en éprouver de notables inconvéniens. Le célèbre clinicien de Vienne ajoute : Sans doute, ceux-là peuvent échapper aux ravages de la maladie; mais ils contractent toujours une disposition maladive particulière, une diathèse morbifique spéciale.

On le voit néanmoins, il y a loin de là à tout ce que nous apprend le livre de M. Tanquerel touchant cette période d'imminence des maladies de plomb ou l'intoxication saturnine générale primitive. C'est à la faveur de cette grande vue que l'auteur a été conduit à indiquer plusieurs séries de moyens, soit physiques, soit hygiéniques, propres à prévenir les dangers attachés aux procédés multipliés que comportent les nombreuses préparations du plomb, et à varier d'ailleurs ces moyens selon la diversité des travaux et la diversité des périls que ces travaux entraînent.

Cette partie, nous ne craignons pas de le répéter trop souvent, est capitale dans l'ouvrage de M. Tanquerel; capitale en cela surtout que les vues prophylactiques et les mesures préservatrices en découlent comme autant de conséquences.

Afin d'obtenir un assentiment plus général à nos décisions, il est juste de dire que la commission des arts insalubres des prix Montyon déclare qu'elle aurait demandé aussi de son côté une rémunération en faveur de M. Tanquerel, si la commission de médecine et de chirurgie n'avait pas dû accorder à l'auteur un prix proportionné au mérite de l'ouvrage.

Sans doute, la commission, dont j'ai l'honneur d'être l'organe, a de grands éloges à donner à ce livre considéré dans son ensemble ainsi que dans ses détails; mais c'est encore une fois à l'idée de l'intoxication saturnine générale primitive, à l'exposition des caractères qui lui sont propres, et pardessus tout aux fécondes vues prophylactiques et préservatrices que l'auteur en a si heureusement déduites, que la commission veut appliquer son approbation. C'est aussi sur ce point qu'elle base plus particulièrement les conclusions de son rapport qui consistent à proposer d'accorder à M. le docteur Tanquerel des Planches, et à titre de prix, la somme de six mille francs.

Article deuxième. — M. Amussat. — Recherches sur l'introduction spontanée de l'air dans les veines.

Au nombre des accidens qui peuvent survenir pendant les opérations chirurgicales, tels que la syncope, l'hémorragie, le tétanos et autres, il en est un jusque-là peu connu, mal interprété, moins fréquent, il est vrai, mais beaucoup plus formidable que tous les autres, qui plonge le chirurgien dans la stupéfaction et dans le désespoir, parce qu'il cause instantanément la mort de l'opéré : c'est l'introduction spontanée de l'air dans les veines.

Des faits d'anatomie pathologique, assez bien constatés, laissaient présumer, dès longtemps, que l'air fortuitement accumulé sur plusieurs points du système circulatoire est susceptible de constituer une cause de maladies graves. Morgagni rapporte un certain nombre d'observations dans lesquelles la réplétion des vaisseaux sanguins du cerveau, par l'air qui s'y était spontanément amassé, avait été suivie de mort subite. Ainsi l'accumulation anormale de l'air dans le système circulatoire, déjà soupçonnée par Hippocrate. Hoffier et autres, paraît avoir été confirmée par Morgagni et par plusieurs pathologistes.

C'est sans doute dans le but de vérifier ces données fournies par l'anatomie pathologique, que quelques physiologistes, Rédi, Wepfer, Bichat et Nysten, entre autres, ont voulu étudier par voie expérimentale les effets de l'insufflation ou de l'introduction forcée de l'air dans les veines sur différentes espèces d'animaux. De ces expériences, il est résulté que l'air ainsi pressé dans les veines détermine des accidens proportionnés à la quantité de l'air injecté, à la grosseur et à la force de l'animal, etc.

Sans prétendre faire ici l'historique de ce fait de physiologie et d'anatomie pathologique, disons qu'il avait été aperçu déjà par Méry et par Haller; par Méry surtout, Méry qui siégeait dans cette Académie il y a au moins cent cinquante ans, que Louis XIV avait su distinguer, et auquel il avait confié, en partant pour Chambord, la santé du duc de Bourgogne encore enfant. Dans un mémoire qui a pour objet de prouver que l'air respiré par les poumons se mêle réellement au sang et se rend dans le ventricule gauche, Méry fait l'expérience suivante : Le ventre d'un chien étant ouvert, si on pique la veine cave, au-dessus des artères émulgentes, avec la pointe d'une lancette, on voit, à mesure que ce vaisseau se vide de sang, qu'il se remplit d'air, lequel, s'écoulant de ses racines dans son tronc, va se rendre dans le ventricule droit.

Pendant longtemps on a répété ces expériences et on les a variées de toutes manières. On voulait savoir si, lors de l'introduction forcée de l'air dans les

veines, l'animal mourait ou par le cœur ou par le cerveau. On recherchait quelle quantité d'air était nécessaire pour donner la mort à des animaux d'espèce, de grosseur, de force et d'âge déterminés. On examinait sur quelles veines l'expérience était plus vite ou plus lentement mortelle, etc.

Déjà, dans des expériences analogues, M. Magendie avait constaté ce fait remarquable, que, pour les veines placées au voisinage du cœur, un tube à parois flexibles étant fixé dans l'intérieur de la veine, l'introduction de l'air était plus facile et plus prompte. Ajoutons que, en multipliant et en variant les expériences de cette nature, M. Magendie fut conduit à présumer que la mort subite qui survenait chez l'homme pendant certaines opérations chirurgicales pouvait bien dépendre de l'introduction spontanée de l'air dans les veines.

Cependant les funestes catastrophes qui semblent être survenues à la suite de l'introduction accidentelle de l'air dans les veines, pendant le cours des opérations chirurgicales, se renouvelaient à l'étranger aussi bien qu'en France. On comptait déjà quarante faits environ que l'on pensait devoir attribuer à cette cause, tous survenus durant des opérations graves, pratiquées près du sommet de la poitrine, et par des hommes dont le nom seul serait une garantie suffisante, si, d'ailleurs, leur génie chirurgical, leur habileté grande, leur savoir immense et leur caractère honorable n'étaient pas déjà universellement proclamés. Citons, entre autres, les noms des Dupuytren, Roux, Delpech, Græfe, Mott de Philadelphie, Ulrich de Berlin, Beauchêne, Castara.

La médecine vétérinaire avait aussi, de son côté, des pertes à déplorer. Le premier cas d'introduction spontanée de l'air dans les veines, suivie de la mort de l'animal, a été recueilli en 1806 à Alfort, par M. le professeur Verrier, sur une jument que l'on venait de saigner à la jugulaire. Un second, plus précieux encore et plus instructif, en ce qu'il est bien circonstancié, bien détaillé, a été communiqué, en janvier 1830, par un de nos plus savans vétérinaires, M. Boulay jeune.

La question en était arrivée à ce point lorsque M. Amussat a voulu s'en saisir, ainsi devancé, averti qu'il était par les faits que nous venons d'indiquer.

A l'aide d'expériences nombreuses, variées, répétées à distance et sous des conditions diverses, M. Amussat a mis hors de doute la réalité de l'introduction spontanée de l'air dans les veines blessées; et il l'a démontrée à la fois par des observations pathologiques prises sur l'homme et sur les animaux, par des vivisections et par des expériences cadavériques.

M. Amussat a prouvé ensuite que cet accident, plus grave de beaucoup que le tétanos et que l'hémorrhagie, ne s'étend pas à tous les points du système veineux. Il a précisé les limites dans lesquelles se circonscrit ce qu'il nomme la région dangereuse du phénomène. Il a fait voir que cette faculté si funeste est bornée au voisinage de la poitrine, et plus spécialement à cette portion des grosses veines où se laissent sentir nettement le flux et le reflux du sang qui constituent le pouls veineux; c'est-à-dire sur le cou, à la partie supérieure de la poitrine, à l'aisselle et à l'épaule.

Toutefois, cette région, susceptible de devenir la scène de la redoutable catastrophe, peut acquérir une extension plus grande sous l'influence de conditions anatomiques, pathologiques ou autres, capables de canaliser les veines, même beaucoup au-delà de la région périlleuse. On sait, d'après les remarques de M. Bérard, que, pour assurer la facilité du reflux du sang au voisinage du cœur pendant la contraction de l'oreillette droite, la nature a logé là les veines dans des gaînes aponévrotiques auxquelles elles adhèrent, et qui en tiennent les parois sans cesse écartées, ouvertes, ce qui favorise encore, par malheur, la fatale introduction de l'air.

Cette introduction spontanée de l'air dans les veines, au moment où elle a lieu, se révèle par des phénomènes caractéristiques, que M. Amussat a fait mieux connaître. En cela aussi, il a mis le chirurgien en mesure de remédier à l'accident dès le principe de son apparition.

M. Amussat, dans ses recherches, a prouvé encore que l'introduction de l'air dans une veine blessée au voisinage du sommet de la poitrine, a lieu uniquement par l'inspiration;

Que cet accident devient plus redoutable, si le malade fait de grandes inspirations, et s'il se trouve affaibli d'avance, soit par la douleur, soit par de fortes hémorragies;

Que la position verticale des opérés favorise singulièrement la production du phénomène;

Que la mort subite, dans l'espèce, résulte de la distension des cavités droites du cœur, où, en d'autres termes, qu'elle est la conséquence de l'interruption de la circulation.

Résumons-nous rapidement:

En répandant une vive clarté sur la nature de ce phénomène, sur les circonstances qui le préparent, sur les régions anatomiques où il se produit, sur les caractères physiques qui le signalent, M. Amussat a été naturellement conduit à une série de propositions ayant pour but de prévenir le foudroyant phénomène, et d'assigner aussi quelques précautions, quelques moyens capables, jusqu'à un certain point, d'y porter remède.

Par contre, avant les recherches et les expériences de M. Amussat, avant la discussion savante, lumineuse et prolongée que ce chirurgien a si heureusement soulevée et si courageusement soutenue au sein de l'Académie royale de médecine, on l'a vu, il y avait déjà un certain nombre de données acquises sur ce point des sciences médicales, et des données qui nécessairement ont dû mettre M. Amussat sur la bonne route qu'il a suivie. Ajoutons que, même aujourd'hui, après le travail que la commission a résolu de récompenser, il reste encore plusieurs points à éclairer: il faudrait surtout arriver à l'indication d'un moyen certain de remédier à ce funeste accident, quand il s'est une fois manifesté.

Par tous ces motifs, la commission tient à cœur de recommander ce genre de recherches aux hommes sérieusement jaloux de concourir aux progrès de la science et de l'art. Elle le recommande en premier à M. Amussat, déjà si habitué à cet ordre de travaux. Et comme ces expériences sont coûteuses, pour donner d'ailleurs dès ce moment un vif témoignage de satisfaction à M. Amussat, la commission propose de lui accorder une somme de quatre mille francs à titre d'indemnité et d'encouragement.

SÉANCE DU 3 JANVIER.

L'ordre du jour est l'élection d'un vice-président dans la section des sciences physiques.

Nombre des votans, 42.

Au premier tour de scrutin,

M. Dumas réunit...	32	suffrages.
M. Beudant.......	6	—
M. Godichaux......	1	—
M. Magendie......	1	—
M. Duméril.......	1	—
M. Gasparin......	1	—

En conséquence, M. Dumas est nommé vice-président pour l'année 1842.

MM. Beudant et Poinsot sont réélus membres de la commission centrale d'administration.

AMPUTATION COXO-FÉMORALE.

M. Larrey fait, au nom de M. Double et au sien, un rapport sur un mémoire de M. Sédillot relatif à cette question. Ce travail a pour objet principal d'appeler l'attention sur une observation de désarticulation faite avec succès par M. Sédillot sur un militaire; succès d'autant plus remarquable que c'est le premier exemple de guérison obtenue à Paris. Après avoir reproduit les détails les plus importans du fait propre à M. Sédillot, M. le rapporteur rappelle que, d'après ce chirurgien, la désarticulation coxo-fémorale ne doit pas être faite immédiatement, mais seulement après les premiers accidens inflammatoires et l'établissement de la suppuration. Pour justifier ce précepte, M. Sédillot fait ressortir les dangers qui résultent du refoulement d'une grande quantité de sang dans les principaux viscères, lorsque ce refoulement est subit et que la constitution n'y a pas été préparée par un affaiblissement graduel. Mais, dit M. Larrey, ces dangers, qui d'ailleurs ont été exagérés, peuvent être prévenus par les évacuations sanguines, telles que la saignée générale et les ventouses scarifiées appliquées à l'épigastre. M. Sédillot redoute encore l'ébranlement nerveux que causerait une amputation pratiquée immédiatement après la blessure; mais cette commotion, plus forte assurément à la suite des lésions traumatiques que dans les maladies spontanées, ne dure qu'un instant. Enfin, quant au spasme provenant de la section des gros troncs nerveux, cette crainte de M. Sédillot ne paraît pas non plus être une raison suffisante pour faire proscrire l'amputation primitive; car peu importe que le malade subisse cette section tôt ou tard; dans l'un et l'autre cas, ses effets ne seront-ils pas les mêmes?

En résumé, on peut amputer la cuisse en totalité pour les maladies aiguës comme pour les altérations chroniques, et si l'opération réussit plus souvent dans la seconde circonstance, cela tient à ce que l'affection est beaucoup moins grave de sa nature. Dans tous les cas, on aura plus de chances de réussite, si on prend soin de faire préalablement la ligature de la crurale au pli de l'aine. Les avantages de cette précaution sont démontrés aux yeux de M. le rapporteur par les succès de sa pratique.

Les conclusions sont d'insérer le travail de M. Sédillot dans le recueil des mémoires des savans étrangers. (Adopté.)

ANUS ARTIFICIEL DANS LA RÉGION LOMBAIRE.

M. Amussat présente à l'Académie son second mémoire sur la possibilité d'ouvrir un anus artificiel dans la région lombaire.

Renvoyé à la commission des prix Montyon.

TRAITEMENT DES HYDROPISIES.

M. Baudens écrit qu'il a découvert un nouveau moyen pour guérir les épanchemens formés dans les cavités séreuses. Ce moyen consiste à établir artificiellement une fistule pour assurer l'écoulement permanent du liquide. Il a essayé ce procédé cinquante fois dans le cas d'hydrocèle de la tunique vaginale, et il n'a eu qu'un insuccès; encore la guérison a-t-elle pu être obtenue en revenant à l'emploi de la même médication qui avait d'abord échoué. Il a également réussi deux fois contre l'hydropisie ascite. L'instrument dont il se sert dans ce dernier cas est un trocart en forme de croissant; il l'introduit au voisinage de l'ombilic, puis laisse écouler une partie du liquide. Après quoi, il ferme la canule qui est laissée en place. Le lendemain, on donne issue à une nouvelle quantité de liquide. Bientôt celui-ci se fait jour entre la canule et les bords de la solution de continuité, et son écoulement devient continuel. Il est bien entendu que ce mode de traitement serait contr'indiqué dans le cas d'hydropisie tenant à une lésion organique.

M. Serres: Les idées qui se trouvent exprimées dans cette lettre sont tellement singulières (je puis me servir de ce mot) qu'il ne semblerait très utile de les soumettre à l'examen d'une commission.

MM. Roux, Serres et Breschet sont chargés de faire un rapport à l'Académie sur la communication de M. Baudens.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 4 JANVIER. — PRÉSIDENCE DE M. FOUQUIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

M. le président donne lecture du discours adressé au roi par la députation de l'Académie à l'occasion du premier de l'an et de la réponse de S. M.

On remarque dans la réponse du roi la phrase suivante : « Je dois avoir une estime toute particulière pour la médecine, puisque j'ai moi-même autrefois étudié cette science et appliqué ses principes dans le service des hôpitaux. »

PARALLÈLE ENTRE LES TRAVAUX DES MÉDECINS ANCIENS ET CEUX DES MODERNES

M. Dubois d'Amiens lit une réponse à la lettre de M. Double insérée dans la Gazette Médicale, 1841, n° 52. (V. ci-contre).

M. Double : Il s'en faut de beaucoup, Messieurs, que j'aie voulu placer le caractère moral de Galien sur la même ligne que son caractère scientifique. Telle ne pouvait être ma pensée. Je sais très bien que si l'un est un modèle à suivre, l'autre est, au contraire, un exemple qu'on ne saurait trop éviter. Son départ de Rome n'a pas été expliqué de la même manière par tous ses biographes ; mais j'ai du moins en faveur de mon interprétation l'autorité de Cuvier. Galien lui-même n'a-t-il pas écrit à ce sujet en propres termes : *Je me suis enfui ; ils avaient déjà empoisonné un de mes émules.* Le véritable motif de sa conduite en cette circonstance n'est donc encore rien moins que bien connu.

Je reviendrai maintenant sur l'exposition des idées de Galien, considéré comme pathologiste. Je l'ai envisagé comme un généralisateur, et tous ceux qui ont parlé avant moi de ses travaux ont porté le même jugement sur leur signification. M. Dubois ne partage pas mon opinion. Mais, Messieurs, si, comme vous le savez, il suffit de vingt lignes écrites de la main d'un homme pour le faire brûler vif, combien n'est-il pas plus facile de trouver dans ses ouvrages de quoi le rendre un objet d'admiration. Voulez-vous vous former une idée juste du mérite de Galien ? écoutez Boerhaave, chef de secte lui-même ; voici comment il s'exprime à ce sujet : Galien, toutes les fois qu'il est dans le vrai, n'est que le commentateur d'Hippocrate.

M. Rochoux, après avoir dit qu'il ne décline pas le titre de disciple d'Épicure dont on lui a fait honneur, termine ainsi : Hippocrate a le premier ouvert la voie à la méthode expérimentale, et l'on ne saurait aujourd'hui dévier des principes qu'il a établis sans s'exposer à faire fausse route. S'il y a quatre ouvrages à mettre dans une bibliothèque, certainement ceux d'Hippocrate devront être les premiers....., après ceux d'Épicure cependant ! (Rire général.)

M. Bouvier : On lit peu Hippocrate maintenant, et c'est peut-être fort heureux pour sa gloire, qui, sans doute, aurait grandement à souffrir d'appréciations plus éclairées. M. Double a présenté Hippocrate comme le fondateur de la médecine ; mais il paraît très probable, pour ne pas dire certain, qu'il existait avant lui des traités sur l'art médical. M. Double a encore fait un magnifique éloge du livre d'Hippocrate : Des airs, des eaux et des lieux. Je conçois de telles louanges dans un panégyrique, on peut les y supporter, elles y sont même en quelque sorte nécessaires ; mais ici, et dans l'intérêt de la science, nous ne devons aux anciens, comme aux modernes, que justice et vérité. Or, Messieurs, ayant eu dernièrement occasion d'étudier Hippocrate et de relire ce fameux Traité des airs, des eaux et des lieux, je m'attendais à y trouver des choses très précieuses. Eh bien ! je dois avouer que j'ai été fort désappointé ; il ne contient que des notions vulgaires, et vulgaires même du temps d'Hippocrate, des explications sans rigueur ; ce qui prouve qu'on déraisonnait alors comme aujourd'hui. Que dire, par exemple, de remarques comme celles-ci, qui se trouvent consignées dans ce livre : « Les eaux des marais causent des hydropisies de matrice ; les eaux saumâtres conviennent à quelques tempéramens, parce que, étant molles et cuisant facilement, elles doivent relâcher le ventre ; les eaux des grands fleuves donnent la pierre, la néphrétique, parce que, étant mêlées avec l'eau des petites rivières, elles ne sont jamais de même nature, etc. »

M. Double : Hippocrate a donné à un de ses livres le nom de Prénotions de Cos ; mais ce titre ne signifie pas qu'il en avait recueilli les principes à Cos ; c'était seulement pour indiquer que les idées émises par lui dans ce traité provenaient de l'école de Cos. Messieurs, Pascal dit que ce qu'il y a de plus nouveau pour nous, ce sont les anciens ; et il avait raison. La vérité de cette remarque se confirme tous les jours par de nouveaux exemples ; M. Bouvier vient de nous lire quelques pages du Traité des airs, des eaux et des lieux, et, à chaque idée qu'il trouvait juste, il a fait observer qu'elle était déjà connue du temps d'Hippocrate ; mais notre collègue aurait-il la bonté de nous indiquer les livres dans lesquels Hippocrate a pu puiser ces notions ? Au sujet des erreurs du médecin grec, dont il a présenté quelques exemples, M. Bouvier me permettra de lui dire que, quand on a lu Hippocrate, quand on l'a médité avec recueillement, il faut être en vérité bien malheureux pour n'y trouver à prendre que ce qu'il vient de nous citer.

— M. Bouillaud : M. Dubois m'a reproché d'avoir dit que les écrits d'Hippocrate ne contiennent rien de bon. Ce n'est là ni ma pensée, ni mon langage. J'ai seulement déclaré, et je le déclare encore, qu'on ne trouve pas, dans les livres d'Hippocrate, une seule description de maladie faite d'une manière satisfaisante. Je porte le défi à M. Dubois de produire un seul exemple du contraire. M. Dubois nous a cité de Galien de si beaux traits de savoir-faire et de vanterie que, en vérité, si on ne le savait originaire de Pergame, on pourrait croire qu'il était né sur les bords de la Garonne. Il parle d'un diagnostic presque miraculeux porté par lui-même, d'après de simples apparences extérieures. Mais, avant de louer ainsi sa perspicacité, il faudrait au moins savoir si son diagnostic était fondé ; or, rien ne le prouve, ni détails suffisamment explicites sur les symptômes, ni autopsie cadavérique.

M. Bouvier : Je me bornerai à une seule explication : ce n'est pas seulement sur le titre du livre intitulé Prénotions de Cos, que je me suis fondé pour dire qu'il était antérieur à Hippocrate, c'est aussi sur les critiques qu'on a faites de ce traité.

M. Castel trouve que, comparer les médecins anciens aux médecins modernes, ce serait assimiler à ceux qui ont jeté les fondemens d'un édifice ceux qui n'ont travaillé que plus tard à sa construction.

PERFORATION DE LA VESSIE CHEZ UN CHEVAL PAR UNE TUMEUR OSSEUSE.

M. Bouley met sous les yeux de l'Académie les pièces anatomiques provenant de l'autopsie d'un cheval dont voici l'histoire. Cet animal, appartenant à un gendarme, et bien portant jusque-là, fut tout à coup atteint de coliques très vives. M. Gaspard Barthélemy, qui le vit alors, reconnut une rétention d'urine, mais ayant trouvé le canal de l'urètre sain et libre dans toute son étendue, il introduisit la main dans le rectum et constata que la vessie était d'un petit volume et revenue sur elle-même. Il porta le pronostic le plus grave, croyant à une rupture de la vessie ; mais, une heure après, on vint lui annoncer que le cheval avait uriné et se trouvait dans un meilleur état. Cependant, le sixième jour, il y eut une hémorragie par le rectum, les forces s'affaiblirent graduellement, pétéchies, décoloration des muqueuses ; mort deux jours après.

Autopsie. — La cavité péritonéale contenait un liquide exhalant l'odeur urineuse. La vessie était en effet fort petite. Au-dessus de son col existait une ouverture dans laquelle on sentait à nu le sommet d'une tumeur osseuse développée sur la symphyse pubienne. Cette solution de continuité était située hors de la cavité péritonéale, et cependant celle-ci contenait de l'urine ! On s'expliqua cette circonstance par l'existence d'un canal formé de toutes pièces à travers le tissu cellulaire du bassin, et qui conduisait l'urine de la vessie dans le péritoine dont le feuillet pariétal avait été perforé. En recherchant les causes qui ont pu donner naissance à la tumeur, M. Bouley a constaté qu'il n'y a pas dans le squelette de partie dont la conformation soit plus variable que la symphyse du pubis. Sa surface est tantôt excavée, tantôt saillante, tantôt mamelonnée. On peut donc dire qu'il s'agissait dans ce cas d'une tumeur anormale il est vrai, mais développée spontanément.

CONVENANCE DE LA LITHOTRITIE CHEZ LES ENFANS.

M. Ségalas appelle l'attention de l'Académie sur cette importante question. Tous les auteurs, dit-il, ne sont pas d'accord sur l'opportunité qu'il y a de traiter les enfans par le broiement, de préférence à la taille. Parmi les autorités qui se sont déclarées le plus récemment en faveur de cette dernière opération chez les enfans, on peut citer MM. Viricel (de Lyon), Payan (d'Aix), Vidal (de Cassis), etc. Quant à moi, ajoute M. Ségalas, je n'ai compté jusqu'ici que des succès, en appliquant la lithotritie à tous les âges de la vie, et je demanderai à mes adversaires la permission d'attendre pour changer d'opinion que j'aie eu un résultat différent.

A l'appui des considérations précédentes, M. Ségalas présente un enfant sur lequel il a pratiqué le broiement à l'âge de 23 mois ; le calcul était volumineux, il marquait 14 lignes entre les branches de l'instrument, et il est probable qu'il n'avait pas été saisi suivant son plus grand diamètre. Il n'y eut, pendant les séances, non plus qu'à leur suite, aucun accident notable. L'enfant a aujourd'hui 26 mois, et il présente toutes les apparences de la santé la plus florissante.

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ DES FIÈVRES DES PAYS CHAUDS ; SUIVI DE RECHERCHES SUR L'EMPLOI THÉRAPEUTIQUE DES PRÉPARATIONS ARSÉNICALES ; par le docteur Boudin, médecin en chef de l'hôpital militaire de Marseille.

Si guérir est le but éternel de la médecine, la matière médicale est son principal moyen. Mais le moyen vaut selon la main qui l'emploie, selon l'esprit qui le choisit et l'observe. L'empirisme est le tâtonnement de l'aveugle, condamné au doute et au mouvement perpétuel. L'expérience, c'est-à-dire la science transmissible, ne date que du jour où l'on a posé pour le médicament les questions de pourquoi et de comment. C'est avec une réponse à ces questions que les indications se précisent, que le remède se classe, que la maladie s'éclaire dans sa marche, dans sa nature.

M. Boudin, médecin militaire, ayant observé dans ses campagnes un nombre immense de fièvres dont le quinquina était le meilleur remède, a cherché un succédané à cette substance, chère en tout temps, mais qui par cela même deviendrait inaccessible pendant une guerre maritime, et qui, en attendant, offre une prime immense à la falsification. Il a remis en honneur l'arsenic, donné à dose minime et dont il a démontré non

pas seulement l'innocuité, mais la vertu médicatrice, active, et égale au moins à celle du quinquina, par une série d'expériences désormais irréfragables.

C'est l'esprit tendu vers ces recherches, que M. Boudin a été amené à raviver de fond en comble la théorie des maladies intermittentes et spécialement des fièvres occasionnées par l'air marécageux.

Les maladies guéries par les spécifiques avaient fait la pierre d'achoppement de la doctrine de Broussais, réduit à la nier ou à n'y voir que des irritations un peu capricieuses, puisqu'en irritant on les guérissait. Les pathologistes, qui de près ou de loin tiennent à l'école physiologiste, ont augmenté à cet égard les ténèbres qu'ils espéraient dissiper; de là une inexactitude de langage que M. Boudin signale avec une impitoyable logique. Pour n'en citer qu'un échantillon, le nom d'antipériodique est donné au quinquina qui guérit fort bien des fièvres continues; car l'intoxication paludienne faible, forte, très forte, produit les trois types intermittent, remittent, continu, trois degrés d'une affection foncièrement identique dans sa cause première.

Le miasme paludien se dégage plutôt des végétaux vivans qui diffèrent beaucoup selon les pays, que des végétaux morts et décomposés qui produisent une matière assez uniforme partout. C'est cette variation de la flore, variation dans la forme morbide qui avec sa plus haute intensité constitue dans des climats divers la peste, le choléra, la fièvre jaune.

Le type continu de la fièvre paludienne avait été fort bien observé et décrit par Hippocrate, à qui l'érudition de M. Littré et l'observation de M. Boudin l'ont restitué; réformant ainsi le moderne préjugé qui avait cru voir dans cette fièvre continue la fièvre *typhoïde*, thème favori des pathologistes de nos jours, hélas! et sur lequel ils ont accumulé bien d'autres erreurs. Déjà le nom est impropre, car fièvre typhoïde et typhus sont deux maladies fort différentes, surtout par l'étiologie et par l'anatomie pathologique. La *dothynenterie* est particulière à la première. M. Boudin a fait une remarque encore plus piquante. L'intoxication marécageuse n'exclut pas le typhus, mais exclut la fièvre typhoïde aussi bien que la phthisie pulmonaire.

Cet antagonisme des deux maladies, dont l'une est endémique dans certains pays, peut devenir la base d'une hygiène toute nouvelle et même d'une thérapeutique, par les voyages. Quelques Allemands y ont trouvé les fondemens d'une science importante et sans précédens, la géographie médicale. M. Boudin y ajoute de curieux et intéressans matériaux. Les services de santé de la marine et de l'armée sont avantageusement placés pour avancer rapidement l'édifice.

C'est par les voyages que l'on peut observer les physionomies variées de la même entité morbide; que l'on peut comprendre dans le passé de la science, des variétés de cette même maladie décrites exactement par les grands maîtres; que l'on peut faire justice d'une théorie basée exclusivement sur les observations d'un territoire borné, ou d'une série exceptionnelle de constitutions médicales.

Citons comme un dernier fait important dans les études de M. Boudin le rôle supérieur qu'il fait jouer aux hommes et notamment au sang, selon lui siége premier de l'infection paludienne. M. Boudin, esprit savant, hardi à l'induction et au transcendentalisme comme un Allemand, est positif dans son expérimentation et judicieux dans sa critique comme un Français. N'est-ce pas par ces deux belles aptitudes que brillèrent les hommes éminens de la grande école du midi de la France, de Montpellier? M. Boudin qui a réhabilité Hippocrate, après avoir pratiqué la médecine en Grèce, a, du même coup, remis en lumière et en honneur les théories médicales de l'école où les idées d'Hippocrate avaient été le mieux comprises, le mieux fécondées.

EUSÈBE DE SALLE.

VARIÉTÉS.

DICTIONNAIRE UNIVERSEL

D'HISTOIRE NATURELLE,

RÉSUMANT ET COMPLÉTANT

Tous les faits présentés par les Encyclopédies et les anciens Dictionnaires scientifiques, par les œuvres complètes de Buffon, de Lacépède, de Cuvier, et par les meilleurs traités spéciaux sur les diverses branches des sciences naturelles; donnant la description des êtres et des divers phénomènes de la nature, l'étymologie et la définition des noms scientifiques, les principales applications des corps organiques et inorganiques relatives à l'agriculture, à la médecine, aux arts industriels, etc.

Ouvrage utile aux médecins, aux pharmaciens, aux agriculteurs, aux industriels, et généralement à tous les hommes désireux de s'initier aux merveilles de la nature; par MM. Arago, Audouin, Bazin, Becquerel, Bibron, Blanchard, de Brébisson, Ad. Brongniart, C. Broussais, Brullé, Chevrolat, Cordier, Decaisne, Delafosse, Deshayes, J. Desnoyers, Alcide et Charles d'Orbigny, Doyère, Dujardin, Dumas, Duponchel, Duvernoy, Edwards, Milne-Edwards, Elie de Beaumont, Flourens, Geoffroy Saint-Hilaire, Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, Gervais, Guillemin, de Jussieu, de Lafresnaye, Laurillard, Lemaire, Léveillé, Lucas, Martin Saint-Ange, Montagne, Pelletan, Pelouze, C. Prévost, de Quatrefage, A. Richard, Rivière, Roulin, Spach, Valenciennes; et dirigé par M. Charles d'Orbigny.—Environ seize volumes in-8°, ou huit gros tomes (2 colonnes par page, contenant la matière de 64 volumes ordinaires, et enrichi d'un atlas d'environ 200 planches gravées sur acier, représentant plus de 1,200 sujets.

CONDITIONS DE LA SOUSCRIPTION.

Le DICTIONNAIRE UNIVERSEL D'HISTOIRE NATURELLE formera environ 8 gros tomes divisés chacun en deux volumes grand in-8°, compactes, à doubles colonnes, caractères neufs, tirés sur beau papier vélin satiné. Chaque volume, composé de 24 feuilles, se divisera en deux livraisons, ou six doubles livraisons, contenant chacune la matière de 300 pages ordinaires.

Environ 200 planches, gravées sur acier par les plus habiles artistes de Paris, représentant plus de 1,200 sujets, et destinées surtout à faciliter l'intelligence des articles généraux, accompagneront les livraisons de texte. Ces planches, dessinées par nos meilleurs peintres d'histoire naturelle, et coloriées par M. Huguet, artiste peintre de la manufacture royale des Gobelins, formeront le plus bel atlas d'histoire naturelle publié jusqu'à ce jour. Pour les diverses classes de la zoologie, on donnera quelques exemples des différens ordres et sous-ordres, avec leurs principaux caractères et détails anatomiques; pour la botanique, les types et les caractères des familles les plus importantes; pour la géologie, des coupes de terrains, etc.

La 36e livraison et les trois premiers volumes sont en vente; ils se vendent, soit brochés, soit par livraisons détachées.

PRIX DES LIVRAISONS.

Livraison simple de 2 feuilles de texte et une planche paraissant tous les 10 jours:

Avec fig. noires, in-8	»	75
— col. in-8, tirées en couleur et retouchées avec soin au pinceau	1	40
— noires in-4	1	15
— col. in-4	1	75

Livraison double de 4 feuilles de texte et de deux planches paraissant tous les 20 jours:

Avec fig. noires in-8	1	50
— col. in-8, tirées en couleur et retouchées avec soin au pinceau	2	75
— noires in-4	2	25
— col. in-4	3	50

On vend séparément le texte et les planches, savoir:

Le volume de texte	6	»
Le cahier de 12 planches, noires	3	»
— coloriées	10	50

Pour la province (franco par la poste), 1 fr. 50 c. de plus par volume.

On souscrit à Paris, au bureau principal des éditeurs, rue de Seine-Saint-Germain, 47.

—CLINIQUE ICONOGRAPHIQUE DE L'HÔPITAL DES VÉNÉRIENS; recueil d'observations sur les maladies qui ont été traitées dans cet hôpital; par le docteur PH. RICORD, chirurgien de l'hôpital des vénériens, etc. — 2e livr., gr. in-4°, jésus vélin satiné, fig. coloriées.

Prix de la livraison: 6 fr.

L'ouvrage doit se composer de 15 à 20 livraisons; la 3e paraîtra le 15 janvier.

A Paris, chez Just Rouvier, éditeur, rue de l'Ecole-de-Médecine, 8.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 3. (TOME X. — 1842.) SAMEDI 15 JANVIER 1842.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des Hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis ; chaque numéro est composé de 16 pages in-4° 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE INTERNE.

MÉMOIRE SUR UNE ALTÉRATION PARTICULIÈRE DE LA SUBSTANCE CÉRÉBRALE; par M. Max. Durand-Fardel, D. M. P., ex-interne des hôpitaux, vice-président de la société anatomique de Paris.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

B. ÉTAT CRIBLÉ DANS L'ENDURCISSEMENT DU CERVEAU.

ÉPILEPSIE; ATROPHIE DE L'HÉMISPHÈRE DROIT DU CERVEAU; RAMOLLISSEMENT DE LA SUPERFICIE DES CIRCONVOLUTIONS; INDURATION D'UNE GRANDE PARTIE DE LA SUBSTANCE MÉDULLAIRE; ÉTAT CRIBLÉ DE LA SUBSTANCE CÉRÉBRALE INDURÉE.

Obs. IV. — Corbet, petite fille, âgée de 14 ans, épileptique, morte à l'hospice de la Salpétrière (service de M. Falret), au mois de juin 1839.

Cette enfant reçut, il y a trois ans, un coup sur le côté droit de la tête. Elle fut paralysée du côté gauche du corps, et resta plusieurs jours sans connaissance. Elle reprit peu à peu ses facultés, mais incomplètement, et ne recouvra qu'une partie des mouvemens de ses membres gauches.

Six mois après cet accident, elle commença à éprouver des étourdissemens, puis de petites attaques, mais si légères qu'on crut qu'elle les simulait. Peu à peu, ces attaques sont devenues plus fortes et se sont rapprochées. Depuis plusieurs mois que cette enfant était à la Salpétrière, elles se montraient presque tous les jours. Pendant les derniers jours de la vie, elles étaient à peu près continues.

Autopsie. — Les os du crâne sont épais et surtout d'une très grande dureté. La dure-mère ne leur adhère pas. Il s'écoule une quantité de sang médiocre de ses sinus. La cavité de l'arachnoïde contient plusieurs cuillerées de sérosité sanguinolente. Les deux feuillets de la séreuse sont lisses; le feuillet viscéral n'offre que peu d'opacités.

La faux du cerveau, très petite, se trouve comme repliée au-dessous de la dure-mère, car la grande scissure interlobaire a disparu complètement. Les circonvo-

Feuilleton.

UNE RÉCLAMATION DE M. MAYOR.

Nous n'étions pas sans une certaine appréhension en commençant la lecture de la lettre de M. Mayor ; car l'intention hostile perçait dès les premières lignes, et déjà nous en étions à nous demander s'il était bien prudent à nous d'insérer une semblable réplique. Mais, en la lisant, nos craintes se sont bientôt dissipées pour faire place à un vif sentiment de reconnaissance envers notre confrère, qui, d'aussi loin et au milieu de ses importans travaux de réforme, a bien voulu gratifier notre feuilleton d'une divertissante boutade. Nos lecteurs s'uniront, sans doute, à nous pour rendre grâce à M. Mayor ; car, soit dit sans vouloir offenser nos collaborateurs, nous n'avons pas toujours de notre propre fonds les moyens d'être aussi récréatifs. En ces temps de rude concurrence littéraire, c'est une bonne fortune pour tout journal qu'une semblable épître, et M. Mayor peut être persuadé que nous sentons vivement le prix de la préférence qu'il accorde en cette occasion à la Gazette Médicale, préférence d'autant plus flatteuse pour elle que bon nombre de ses confrères de la presse médicale pouvaient la revendiquer au même titre.

Monsieur et cher confrère,

Vous avez bien voulu, dans votre feuille de samedi dernier, 25 décembre, vous occuper de ma chirurgie simplifiée, de mes ankyloses et de mes visions; je vous en remercie sincèrement. Occuper cinq colonnes de la Gazette médicale est une faveur insigne que, mieux que personne, je sais apprécier. A dire vrai, cependant, j'aurais préféré m'y voir traduit en d'autres termes; mais, croyez-le bien, mon cher confrère, je suis loin de vouloir récriminer et je sens trop bien que chaque journaliste a le droit de s'exprimer sur tous les tons, si c'est surtout pour le plus grand bien de ses lecteurs. Ceux-ci, d'ailleurs, et il ne faut pas l'oublier, constituent un public éclairé et auquel il est inutile de vouloir en imposer; il ne nous croira pas sur parole, et il se réserve avec raison le droit de nous juger sévèrement: moi, sur mes productions, et vous, ainsi que tous les rédacteurs des autres feuilles périodiques, sur la manière (le fond et la forme), en laquelle vous aurez cru devoir m'attaquer et me battre. Cela posé, il est évident que j'aurais mauvaise grâce à vous envisager autrement que comme un *adversaire* de mes principes et nullement comme un savant qui redoute la discussion. *Frappez donc; mais écoutez!*

Vous n'avez pas, dites-vous, à discuter jusqu'où la définition que j'ai donnée de la chirurgie peut être acceptable, ni à combattre la distinction que j'ai établie entre cette science et la médecine proprement dite. C'est fort bien. Mais je dois vous faire observer que ce point est précisément celui de départ de toute ma doctrine, et qu'il suffirait de démontrer que je me suis fourvoyé en le prenant comme base, pour faire crouler à l'instant même tout l'échafaudage sur lequel

lutions, qui en forment les parois, sont comme tuméfiées, pressées les unes contre les autres, et les deux feuillets de la pie-mère qui les tapissent adhèrent intimement l'un à l'autre par l'entrecroisement de leurs filamens celluleux. L'arachnoïde ne pénètre pas entre les deux hémisphères.

La pie-mère est infiltrée d'une grande quantité de sérosité sanguinolente.

Toutes les circonvolutions externes des lobes antérieur et moyen de l'hémisphère droit, et une partie de celles de la convexité, sont atrophiées, ratatinées, offrant à peine le tiers du volume des circonvolutions de l'autre hémisphère. Tout l'espace vide que laisse cette atrophie est rempli par la pie-mère et la sérosité sanguinolente qui l'infiltre. Cette membrane enlevée, on voit que l'hémisphère droit est de près d'un tiers moins volumineux que le gauche, en largeur, en hauteur et en longueur, mais surtout aux dépens de ses parties antérieures.

Toute la superficie des circonvolutions atrophiées est mollasse et rougeâtre, et la pie-mère en entraîne une partie; ce ramollissement paraît assez généralement limité à leur couche corticale; mais, au-dessous, elles sont au contraire d'une grande dureté, surtout celles qui bordent la partie supérieure du lobule du corps strié. Elles se laissent manier et plisser comme le cartilage de l'oreille externe, moins flexibles encore que lui; on ne peut les entamer avec l'ongle, et elles résistent au scalpel comme le tissu cartilagineux le plus dense. Quant à la couche mollasse qui recouvrait cette induration, elle se laisse presque entièrement délayer et entraîner par un courant d'eau un peu fort.

L'extrémité antérieure de l'hémisphère, dans l'étendue de 3 centimètres d'avant en arrière, est tout à fait molle; mais, dans le reste du lobe antérieur et dans tout le lobe moyen, la substance médullaire offre le même état d'induration que les circonvolutions atrophiées que je viens de décrire. Cet endurcissement ne s'étend pas tout à fait jusqu'au ventricule, de sorte que la portion de substance cérébrale indurée peut être évaluée à peu près à la moitié de l'hémisphère.

Le tissu induré est très blanc, ses limites sont peu tranchées et se fondent assez graduellement dans le tissu sain. Il est criblé d'une foule de petits trous bien ronds, semblant faits par des épingles de diverses grosseurs. Lorsqu'on projette un courant d'eau, de chacun de ces trous, on voit sortir et flotter un petit vaisseau revenu sur lui-même, mais dont la grosseur, cependant, semble généralement en rapport avec le diamètre du trou d'où il sort.

Ces criblures sont d'autant plus nombreuses qu'elles sont plus rapprochées de la superficie du cerveau. Très nombreuses au-dessous des circonvolutions, on n'en rencontre plus dans les couches indurées plus profondes, ni dans aucun des points non indurés.

Le lobe postérieur ne présente aucune altération; ses circonvolutions ont une consistance et un volume normal, ainsi que quelques-unes de celles de la convexité, surtout près du bord de la grande scissure.

La pie-mère est généralement plus adhérente à la superficie de l'hémisphère gauche qu'elle ne l'était aux circonvolutions saines de l'hémisphère droit; elle entraîne la couche la plus superficielle de presque toutes celles qui longent la grande scissure. Tout cet hémisphère est d'une mollesse remarquable, surtout à sa surface; mais cela peut tenir à l'élévation de la température. On ne trouve dans son intérieur ni induration, ni criblures.

Les corps striés et les couches optiques sont parfaitement sains des deux côtés. On ne remarque rien dans les cavités ventriculaires dont le diamètre paraît normal.

La substance cérébrale est généralement peu injectée. La protubérance et le bulbe n'offrent rien à noter.

Le cervelet est plus ferme et un peu plus injecté que l'hémisphère gauche du cerveau. Il paraît sain et parfaitement symétrique.

IDIOTISME; ACCÈS DE FUREUR DE TEMPS EN TEMPS; FAUSSES MEMBRANES DE L'ARACHNOÏDE; ATROPHIE DES CIRCONVOLUTIONS; INDURATION DU CERVEAU; INJECTION VIVE ET ÉTAT CRIBLÉ DES HÉMISPHÈRES.

OBS. V. — Tout ce que j'ai pu savoir sur le sujet de cette observation, c'est que c'était une femme jeune, habitant la Salpêtrière depuis fort longtemps (service de M. Falret), qui, habituellement plongée dans un état d'idiotisme presque complet, n'en sortait que pour entrer dans des accès de fureur. Tout incomplet que soit ce renseignement, je crois au moins pouvoir compter sur son exactitude.

AUTOPSIE. — Le front est un peu déprimé, mais surtout très rétréci à sa partie supérieure.

Les os du crâne sont assez épais et très durs; ils ne se séparent qu'avec peine de la dure-mère, et la déchirent des deux côtés.

La cavité de l'arachnoïde contient plusieurs cuillerées de sérosité limpide, très légèrement citrine. Le feuillet pariétal est tapissé, au niveau de la partie moyenne de la convexité des hémisphères, par une fausse membrane mince, peu adhérente, incolore, offrant seulement quelques mouchetures rouges. Le feuillet viscéral est tout à fait opaque et remarquable par son épaisseur, surtout vers la ligne médiane; dans ce point, granulations épaisses à sa surface. La pie-mère est infiltrée d'une grande quantité de sérosité. Elle s'enlève aisément et tout d'une pièce de la superficie des hémisphères.

Les circonvolutions sont étroites, ratatinées, comme chagrinées, surtout celles des lobes antérieurs, et de tout le pourtour des hémisphères; elles paraissent avoir perdu environ la moitié de leur volume normal; cette atrophie est beaucoup moins prononcée sur les circonvolutions de la convexité. Leur couleur est assez pâle; elle a sur quelques points une teinte très légèrement jaunâtre. Elles sont en même temps d'une densité remarquable; elles offrent au toucher et au tranchant du couteau la sensation et la résistance du fromage de Gruyère; cela se remarque surtout dans les lobes antérieurs, les lobes postérieurs et la partie externe des lobes moyens, également dans les deux hémisphères. Dans le reste du cerveau, bien que la consistance soit plus grande qu'à l'état normal, la durée est un peu moindre.

La substance blanche des hémisphères, au-dessous des circonvolutions de la convexité, présente un piqueté rouge très fin et extraordinairement serré; il y a même çà et là quelques marbrures rouges. Quand on presse légèrement, de chacun de ces points sort une gouttelette de sang; puis, quand on a lavé, on trouve à leur place un grand nombre de petits trous béans, les uns bien arrondis, les autres allongés; de quelques-uns seulement on voit sortir l'extrémité d'un vaisseau.

Cette disposition *criblée* se montre à un degré très prononcé au-dessous des circonvolutions, surtout de celles de la convexité et de la partie externe des hémisphères. Des coupes successives montrent que ces criblures appartiennent à de petits canaux creusés dans l'épaisseur des hémisphères, et contenant chacun un vaisseau. Elles deviennent moins nombreuses et moins prononcées, à mesure que l'on se rapproche de la partie centrale des hémisphères.

La couleur de la substance grise est généralement normale, et ne présente pas de rougeur. Volume et apparence naturelle des parties avoisinant les ventricules; ceux-ci contiennent peu de sérosité. Dureté extraordinaire de la moelle allongée et du bulbe rachidien. Densité assez grande, mais moins prononcée du cervelet. On n'y remarque autre chose qu'une injection un peu vive.

Dans ces deux cas, remarquables par l'analogie qu'ils offrent entre eux, deux ordres de phénomènes symptomatiques furent observés pendant la vie, deux ordres de lésions anatomiques trouvés sur le cadavre. Ainsi, d'une part, état d'idiotisme et accès répétés, dans un cas, d'épilepsie; dans le second, de fureur; d'une autre part, induration du cerveau, et état criblé, ou traces d'une dilatation générale des vaisseaux de cet organe. N'est-il pas naturel de rapprocher l'obtusion des facultés, de l'induration de la pulpe nerveuse, et les accès de fureur et d'épilepsie, de cette dilatation vasculaire, que nous regardons comme le résultat de congestions sanguines répétées? Cette dernière circonstance ne vient-elle pas à l'appui de l'opinion qui ne verrait dans ces indurations autre chose que le produit d'une inflammation diffuse du cerveau? surtout lorsque l'on

---

j'ai construit mon projet de réforme chirurgicale et établi mes indications pour la révision et la refonte de la médecine opératoire. Vous avez préféré prendre une voie plus facile et plus commode de trancher en quelques mots toute la difficulté de cette grave question. Soit! Vous affirmez donc « au sujet des modifications que je propose d'introduire dans l'étude, l'enseignement et la pratique des opérations chirurgicales, que j'ai eu le bonheur de découvrir..... la Méditerranée, et que, par conséquent, comme chirurgien et surtout comme chirurgien-écrivain, j'aurais dû commencer par aller à la recherche du sens commun et par faire connaissance avec les travaux publiés avant moi. » Cette insinuation pourra paraître un peu forte, du moins sous votre plume; et il est manifeste que, si je la mérite, en partie seulement, il est tout à fait ridicule d'entrer en matière avec moi et qu'on ne risque rien d'abandonner à mes concitoyens le soin de me ménager une place parmi nos aliénés. Ils n'y manqueront certes pas, ne fût-ce que pour me faire expier la position que j'ai faite au corps médical du canton de Vaud, en face du monde savant.

Il me vient dans l'esprit, cependant, que dans la GAZETTE MÉDICALE du 2 février 1840, lorsque pour la première fois j'ai émis ces mêmes idées, selon vous si rebattues, la rédaction de ce journal s'est exprimée comme suit à ce sujet: « Quoique l'auteur de cet article puisse facilement supporter la responsabilité de ces idées, nous ne pouvons laisser passer sans opposition une énormité comme celle-là. C'est avec de pareilles maximes qu'on encourage les esprits superficiels à déflorer toutes les questions *et à perpétuer le provisoire de la science.* »

Que s'est-il donc passé, dès lors, pour qu'une hérésie monstrueuse soit devenue tout à coup une vérité aussi *lucide et aussi pratique que les systèmes de Galilée et de Newton?* J'ai beau fouiller les auteurs français et étrangers les plus renommés et les plus récens, il m'est impossible d'y rien découvrir qui ressemble à mes formules et à mes déductions; et vous m'obligerez, mon cher confrère, de venir incessamment à mon secours à cet égard; car, ainsi que je l'ai déclaré dans l'introduction à ma CHIRURGIE SIMPLIFIÉE, page 7, « j'appelle la discussion, la controverse et la polémique, de toutes mes forces, comme le meilleur moyen d'éclairer mon sujet, ou d'en faire bonne justice. »

Ne croyez-pas, du reste, avoir la priorité de cette cinquième condition que vous me proposez d'ajouter aux quatre que j'ai indiquées comme bases *obligées et exclusives* de tout procédé opératoire; car, voici comment je m'exprime moi-même au bas de la page 81 de la CHIRURGIE SIMPLIFIÉE. « On va sans doute m'objecter que mes quatre élémens sont loin de suffire, pour faire un bon chirurgien, soit qu'ils se trouvent réunis ou personnifiés sur un seul homme, soit qu'il faille les répartir sur plusieurs; mais qu'on devra encore exiger d'eux..... du jugement.... et j'ajouterai même très volontiers.... *Mens sana in corpore sano.* Puissent tous mes critiques avoir au moins en partage ces deux dernières qualités! »

Vous voyez donc, mon cher confrère, que si je manque de sens commun, j'en reconnais du moins toute la valeur.

Quoi qu'il en soit, j'ai bien évidemment le droit d'affirmer, jusqu'à preuve du contraire: « que je suis bien réellement le premier qui ait insisté sur la nécessité des propositions suivantes: 1° La chirurgie appelle la réforme et des bases plus solides et plus précises. 2° Ces bases sont au nombre de quatre, *ni plus ni moins.* 3° Leurs rapports entr'elles sont indispensables et peuvent être net-

voit que, dans un de ces cas, la maladie s'est développée à la suite d'un coup sur la tête, et que l'induration, comme l'état criblé, est restée limitée à l'hémisphère correspondant à cette blessure.

C. ÉTAT CRIBLÉ DANS LE RAMOLLISSEMENT PARTIEL DU CERVEAU.

J'ai rencontré de ces petits canaux, formés par la dilatation des vaisseaux cérébraux, dans des cerveaux présentant un ou plusieurs ramollissemens partiels. Tantôt les criblures qui en résultaient, à la surface des coupes que l'on pratiquait, occupaient la généralité de l'organe, et ne paraissaient pas avoir de relations directes avec un ramollissement en particulier; tantôt, au contraire, elles se rencontraient surtout, ou uniquement, à l'entour ou au sein même d'un ramollissement.

OBS. VI. — La nommée Meunier, âgée de 80 ans, était entrée à l'infirmerie de la Salpêtrière, pour une pneumonie au second degré, lorsqu'elle fut prise de symptômes cérébraux, caractérisés d'abord par un état général de stupeur, et un affaiblissement de la motilité dans le bras droit, puis, le troisième jour, par une paralysie complète du sentiment et du mouvement dans ce membre, et une stupeur plus profonde. La mort survint la nuit suivante (1).

AUTOPSIE. — La pie-mère est infiltrée d'une grande quantité de sérosité limpide; ses vaisseaux sont assez injectés. Les artères de la base ont leurs parois généralement épaissies, et présentent quelques plaques blanchâtres et cartilagineuses. La pie-mère se détache facilement de la surface du cerveau.

Vers la partie moyenne de l'hémisphère gauche, deux circonvolutions voisines de la grande scissure se laissent seules érailler par l'enlèvement des méninges, qui laisse des plaques d'un gris rougeâtre, contrastant avec la couleur généralement pâle de la superficie des circonvolutions. Des coupes minces et transversales pratiquées dans cet hémisphère, on voit que toute la substance médullaire qui avoisine sa face interne, depuis la convexité jusqu'au ventricule, présente une couleur rose très prononcée. Dans cette étendue qui occupe à peu près le tiers interne de l'hémisphère, on voit un nombre considérable de très petits points, de stries plus ou moins longues et diversement dirigées, de petits pinceaux rouges, formés par des vaisseaux déliés. A l'entour des points les plus vivement injectés, on voyait comme une auréole rose qui teignait uniformément la pulpe médullaire. Dans deux points seulement il parut y avoir un peu de diminution dans la consistance et la compacité de la partie injectée.

Toute la substance corticale voisine était d'un rouge assez vif, uniforme, qui n'en occupait pas toute l'épaisseur et ne se montrait pas à la superficie. Dans quelques points, on distinguait, au milieu de cette rougeur, de petites taches rouges et même quelques vaisseaux bien distincts. Au niveau des points érodés par l'enlèvement de la pie-mère, il y avait, dans une petite étendue, un peu de ramollissement, qu'un filet d'eau soulevait en un chevelu délié, sans en entraîner de fragmens.

Le corps strié présentait sur chacune des coupes que l'on y pratiquait, un grand nombre de trous bien arrondis, quelques-uns un peu alongés, sans aucune altération de couleur à l'entour, à circonférence bien nette, ayant, les plus grands, près d'un millimètre de diamètre. Cela paraissait tenir d'abord à l'existence de lacunes, de vides dans la pulpe cérébrale; mais on reconnut bientôt que ces trous n'étaient autre chose que l'orifice de canaux vasculaires, creusés dans l'épaisseur du corps strié, dirigés en divers sens, et contenant chacun un petit vaisseau, revenu sur lui-même, et vide de sang. Le corps strié du côté opposé ne présentait que de légères traces d'une semblable texture; mais on remarqua, dans la substance médullaire de deux hémisphères, un certain nombre de criblures, pareilles à celles que nous avons décrites dans les observations précédentes, et contenant chacune un petit vaisseau.

Les ventricules renfermaient quelques cuillerées de sérosité limpide. Rien à noter au cervelet ni à la moelle alongée.

J'ai rapporté cette autopsie avec détails, parce qu'elle nous offre un des plus beaux exemples que je connaisse d'un ramollissement cérébral tout à fait à son début, et qu'elle nous fait parfaitement connaître la part que l'injection vasculaire peut prendre dans la production de cette altération. Quant à la dilatation sans doute ancienne des vaisseaux des hémisphères, dont nous avons retrouvé des traces si prononcées dans le corps strié gauche et dans la substance blanche, je ne pense pas qu'elle ait eu de relation directe avec le ramollissement aigu, pendant la formation duquel la malade succomba. Il eût été seulement intéressant de savoir si cette femme n'avait pas éprouvé, à quelque époque de sa vie, des symptômes cérébraux, en rapport avec les congestions répétées dont cette dilatation vasculaire devait être la conséquence.

L'observation suivante me paraît fort difficile à interpréter; je doute s'il faut considérer les lésions multiples qui y sont décrites, comme des traces d'anciennes hémorragies ou de ramollissemens cicatrisés. Du reste, l'une et l'autre de ces altérations peuvent également être rapprochées de l'état de dilatation générale que présentaient les vaisseaux du cerveau.

OBS. VII. — Une femme, âgée de 55 ans, avait éprouvé depuis quelques années deux attaques d'apoplexie. Elle fut prise tout à coup d'une espèce de coup de sang, avec céphalalgie et augmentation de l'embarras de la parole, seule lésion qui lui fût restée de ses anciennes attaques, sauf un peu de faiblesse, mais à peine appréciable, des membres droits. Des sangsues furent appliquées à plusieurs reprises au col; il s'en suivit un peu de soulagement. Mais le membre supérieur droit devint le siége d'une raideur très prononcée, sans aucun trouble de la sensibilité; la malade s'affaiblit, la respiration devint laborieuse, irrégulière; le côté droit de la face, sur lequel elle reposait, s'œdématia; enfin elle mourut, un mois après son entrée à l'infirmerie, dans un état d'asphyxie, et sans avoir offert de nouveaux accidens du côté de la tête ou des membres.

AUTOPSIE. — Adhérences intimes de la dure-mère au crâne. Les enveloppes du cerveau contiennent à peu près 60 grammes de sérosité qui s'écoulent par une déchirure de la dure-mère. Les membranes ne sont pas notablement épaissies, mais un peu injectées, et remarquables par l'épaississement et les ossifications de leurs artères, qui sont altérées dans presque tous leurs troncs. Les plus volumineuses sont encroûtées d'une matière jaune, dure, remplies de sang en caillots assez fermes. Rien à noter au sinus veineux.

La pie-mère n'adhère en aucun point à la surface des circonvolutions.

Injection générale assez vive de la substance cérébrale. La coupe de la partie supérieure du centre ovale de Vieussens, dans les deux hémisphères, montre un nombre considérable d'aréoles creusées dans le tissu cérébral, et paraissant formées par la dilatation d'un grand nombre de vaisseaux sanguins. Cette substance est aussi parsemée de cavités ayant un diamètre de 2 à 12 millimètres, un peu alongées cependant, pleines d'un liquide séreux, et tapissées d'une membrane séreuse grise; quelques-unes offrent une légère teinte d'ocre. On remarque, dans plusieurs points des deux substances, de petites taches rouges semblant formées par la rupture ou par la dilatation d'un vaisseau sanguin. Dans la substance blanche, surtout à la partie supérieure des hémisphères, on voit, par groupes, un certain nombre de petits trous, de criblures semblables à celles qui siégent habituellement au dehors des corps striés, orifices de canaux contenant chacun un petit vaisseau que l'on voit flotter à la surface des coupes pratiquées dans le cerveau.

(1) Je crois devoir abréger ici ces observations, dont je possède tous les détails.

---

lement formulés 4° On a, mal à propos, amalgamé la chirurgie avec la médecine proprement dite. 5° Ces deux sciences doivent, au contraire, être scindées, comme appartenant à deux ordres distincts des connaissances humaines; car l'une se rapproche évidemment des sciences exactes et *à priori*, tandis que l'autre doit être envisagée comme faisant partie des sciences *à posteriori* et d'observation. »

Si ces assertions sont vraies, et on n'en saurait douter, puisque vous les assimilez vous-même *aux vérités découvertes par Galilée et Newton*, comment se fait-il donc que vous vous souleviez si fort contre les conséquences logiques, claires et immédiates que j'en ai tirées, et que vous soyez obligé de vous rejeter *dans le dogmatisme et le cartésianisme* pour les battre en brèche? Et si, en fournissant aux praticiens les moyens d'élabir désormais, pour chaque opération chirurgicale, un procédé particulier que j'appellerai *normal, modèle, régulier ou conforme aux lois immuables de la science*; c'est-à-dire qui sera basé chaque fois sur l'état pathologique, sur l'organisme VIVANT et sur la MÉCANIQUE *appliquée*; si, dites-vous, je n'ai eu d'autre peine pour cela, que de découvrir ce qui était connu de tout le monde et, comme on dit vulgairement, que d'enfoncer des portes ouvertes, veuillez m'expliquer, mon cher confrère, comment il arrive que par un revirement subit, ce même procédé-modèle ne soit plus maintenant pour vous « qu'un non sens, un commode abri pour ma maladresse ou mes insuccès; un code tout neuf contre les mesquines tracasseries, les récriminations de familles inconsolables, les procès, etc. » — Oui, je suis obligé de l'avouer, un tel procédé, envisagé dans ce sens, aura en effet bien des avantages. Ainsi, par exemple, lorsque j'aurai mal conçu et encore plus mal exécuté tel procédé réputé cependant conforme AUX PRINCIPES les plus sévère[s] de l'art, ne sera-t-il pas fort commode de rejeter mon insuccès sur ce maud[it] procédé-modèle? Mais admettons que ce même mode de faire aura été très bi[en] saisi et formulé, et parfaitement mis en œuvre dans un cas tout pareil à celu[i] que je viens d'indiquer; qu'il sera seulement survenu une circonstance fâcheu[se] et étrangère à l'opération; ou bien qu'une indication importante aura été im[-]prudemment omise, ou bien encore qu'on aura négligé telle précaution esse[n-]tielle, diététique, pharmaceutique, manuelle, instrumentale, que sais-je? [e]t voilà qu'un revers cruel sera le résultat infaillible de ces fatalités purement a[c-]cessoires. Eh! qu'importe! Haro sur le procédé-modèle:

Ce pelé, ce galeux, d'où nous vient tout le mal!

Mais, je vous le demande, mon cher confrère, que conviendra-t-il donc [de] mettre à la place de ce même procédé, et à quel saint faudra-t-il nous vouer lo[rs] qu'il s'agira d'indiquer tel ou tel mode opératoire? Celui que j'appelle modèl[e] parce qu'il est et sera toujours en parfaite harmonie avec les quatre condition[s] ou élémens qui constituent toute opération chirurgicale, quelle qu'elle soit; vo[us] le répudiez comme indigne, quoique cependant, dites-vous, il soit universelle[-]ment connu et admis dès longtemps par tout le monde. Vous lui préférez san[s] doute le procédé particulier et tout spécial de tel ou tel grand maître, ou répu[té] tel. Du moins serez-vous conséquent, vous qui vous posez en chaud et zélé pa[r-]tisan de l'observation et de l'expérience, même lorsqu'il s'agit d'un simple pro[-]cédé opératoire. Mais, alors, prenez-y bien garde! il n'y a plus, de l'autorité [de] ces prétendus grands noms, qu'un pas très glissant vers l'empirisme et la rou[tine]

Une coupe horizontale, faite à la partie moyenne du corps strié gauche, met à découvert, dans la substance grise de cette partie, une large fente dont les parois sont rapprochées et renferment une très petite quantité de sérosité transparente. En en écartant les bords on arrive dans une large cavité capable de contenir un petit œuf de poule, et tapissée d'une membrane dense. Au fond de cette cavité, cette membrane présente plusieurs culs-de-sac assez profonds, qui paraissent être les vestiges des canaux à travers lesquels des vaisseaux venaient se rendre dans la partie détruite. En dehors, la substance cérébrale présente une coloration jaune légère, dans l'étendue d'un millimètre seulement.

On trouve dans la substance blanche du cervelet, des deux côtés, dans la protubérance et dans la moelle alongée, un très grand nombre de petites cavités et de petits points rouges, tout à fait semblables à ceux que je viens de décrire dans les hémisphères cérébraux.

Rien à noter à la moelle épinière, si ce n'est une injection assez vive de ses enveloppes.

Le cœur est considérablement hypertrophié et dilaté. Il contient, des deux côtés, des caillots de sang très mous. Hépatisation rouge de la partie postérieure des deux poumons.

Il m'est arrivé quelquefois de rencontrer, à l'entour d'un ramollissement chronique et dans une étendue limitée, des criblures de la substance cérébrale, c'est-à-dire un état de dilatation de ses vaisseaux. Ces deux états pathologiques semblaient parfaitement concorder ensemble, et il est intéressant de rapprocher ces exemples de congestion sanguine ancienne avoisinant un ramollissement chronique, de ceux où l'on voit, à l'entour d'un ramollissement aigu, la substance cérébrale saine présenter une injection très vive. Je me contente de signaler ici cette relation entre la congestion sanguine et le ramollissement du cerveau; j'aurai occasion plus tard de développer des faits nombreux qui montrent l'importance qui s'attache à cette question. Dans l'observation 6, où une vive injection environnait un point où l'on voyait débuter un ramollissement aigu, nous n'avons pas trouvé d'altération chronique que nous pussions rapprocher de l'état criblé des vaisseaux des hémisphères.

Le fait suivant va nous fournir un double exemple de congestion récente en rapport avec un ramollissement aigu, et de congestion chronique, ou état criblé, en rapport avec un ramollissement chronique.

Obs. VIII. — Le nommé Leclerc, âgé de 77 ans, indigent de Bicêtre, présentait, depuis un temps indéterminé, un affaiblissement général des fonctions du cerveau, mouvemens faibles et pénibles, parole difficile, débilité profonde de l'intelligence. Je ne pus avoir d'autres renseignemens sur son compte.

Le 21 janvier 1840, il resta couché, dans une immobilité presque complète, répondant à peine aux questions; les membres ne pouvaient se mouvoir qu'avec la plus grande difficulté; soulevés ils retombaient lourdement. Un peu de raideur à gauche. La face paraissait légèrement déviée à droite; la tête était fortement tournée de ce côté. Le lendemain, il était plongé dans un coma profond, avec résolution et insensibilité générales. Il mourut le troisième jour.

Autopsie. — Un peu de sérosité limpide dans l'arachnoïde; légères opacités de cette membrane. Sérosité limpide assez abondante dans la pie-mère; injection assez vive et générale de cette dernière. État sain des vaisseaux de la base.

La pie-mère s'enlève en général facilement de la surface du cerveau, excepté au niveau d'une circonvolution du lobe moyen de l'hémisphère gauche, et de sept ou huit de la convexité de l'hémisphère droit, où elle entraîne avec elle la couche la plus superficielle de la substance corticale. Ces points sont rougeâtres, ramollis, se laissant pénétrer et soulever par un courant d'eau, sans qu'il s'en détache de lambeaux (ramollissement aigu). Ce ramollissement, siégeant surtout au sommet des circonvolutions, n'intéresse guère que la substance grise; dans quelques points, il n'en occupe même pas toute l'épaisseur; dans un ou deux seulement, il empiète un peu sur la blanche.

On trouve en outre, à la superficie du cerveau, les altérations suivantes, d'une toute autre date que les précédentes.

Au sommet d'une des circonvolutions de la convexité de l'hémisphère droit, parmi plusieurs de celles que nous venons de montrer ramollies, on trouve une excavation pouvant contenir un gros pois, à peu près infundibuliforme, dont l'orifice béant a des bords un peu dentelés; creusée dans la couche corticale, elle pénètre un peu dans la substance médullaire. Elle est tapissée par une membrane très mince, parcourue de petits vaisseaux fort déliés, et d'une couleur jaune prononcée. Ses parois, loin de présenter aucun ramollissement, offrent au contraire une consistance peut-être un peu plus prononcée que celle des parties saines.

Au-dessus du lobe postérieur de l'hémisphère gauche, on trouva, dans une anfractuosité, une disparition de la substance grise, dans l'étendue d'une pièce de quarante sous à peu près, mais moins régulièrement arrondie (ulcération des circonvolutions). Les bords de cette déperdition de substance étaient assez nettement découpés, bien consistans; le fond tapissé par une membrane assez dense et épaisse, presque incolore, ou plutôt d'une teinte jaunâtre à peine sensible. De petits vaisseaux la parcouraient dans son épaisseur; la pie-mère n'avait laissé aucune trace d'adhérences à sa surface. Au-dessous, la substance blanche, dans l'épaisseur d'un peu moins d'une ligne, était un peu molle, raréfiée, présentant des fibres blanches, comme celluleuses, entrecroisées, sans altération de couleur.

En général, les circonvolutions des deux hémisphères étaient petites, ratatinées inégales et un peu rugueuses à leur surface (atrophie sénile).

La substance blanche était généralement assez vivement injectée, mais surtout au-dessous des circonvolutions ou l'on voyait un bon nombre de vaisseaux rouges, longs, volumineux, consistans, se laissant assez distendre sans se rompre. Cette injection paraissait plus vive encore au-dessous des circonvolutions ramollies.

On trouva en outre, dans la substance médullaire, un grand nombre de criblures ou de petits trous ronds, de chacun desquels on voyait sortir un petit vaisseau rouge. Ces criblures, d'autant plus nombreuses qu'elles étaient plus rapprochées des circonvolutions de la convexité, devenaient très rares dans les parties profondes des hémisphères, si ce n'est pourtant dans le lobe postérieur de l'hémisphère gauche, siège de l'ulcération des circonvolutions, dans toute l'étendue duquel elles étaient excessivement prononcées.

Les ventricules latéraux contenaient quelques cuillerées de sérosité limpide.

Les corps striés et les couches optiques présentaient les traces d'anciens ramollissemens.

Les vaisseaux du cerveau étaient généralement dilatés, surtout au-dessous des circonvolutions, où se trouvaient la plupart des lésions de la pulpe cérébrale; mais, dans un point, cette dilatation vasculaire, ou état criblé du cerveau, était beaucoup plus prononcée qu'ailleurs, et occupait, là seulement, toute la profondeur de l'hémisphère. Or, au-dessus de ce point, se trouvait une altération ancienne considérable de la substance nerveuse, une ulcération des circonvolutions. L'origine de cette ulcération ne saurait être douteuse, et si son aspect ne suffisait pour montrer qu'elle était consécutive à un ramollissement ou inflammation chronique, je renverrais aux lettres de M. Lallemand sur l'encéphale, et à ma thèse, où j'ai consacré à cette lésion spéciale un chapitre que je crois propre à en faire bien connaître le mode de formation (1). Je ne doute pas qu'ici il n'existât entre cette ulcération et cette dilatation vasculaire, des relations aussi intimes qu'entre le ramollissement aigu et

(1) Recherches anatomico-pathologiques sur l'infiltration sanguine et l'inflammation aigue du cerveau, thèses de Paris, 1840, n. 261, p. 121 et suiv., obs. xxxiv et xxxv.

tine. Si du moins il n'existait qu'un seul de ces autocrates; qu'il fût, en effet, un modèle accompli, et qu'il méritât d'être avoué pour tel et pris constamment au mot! Mais, par le temps qui court, combien n'y a-t-il pas de ces hommes qui se prétendent nés pour donner le mot d'ordre, et pour qu'on dise d'eux : *Dixit magister!* — Il faut pourtant choisir entre leurs nombreux procédés et celui qu'on pourra qualifier de normal, au risque de n'avoir aucun guide assuré.

Vous me reprochez, mon cher confrère, de n'avoir pas été d'accord avec M. Bonnet, au sujet du traitement des fractures, et de n'avoir tenu aucun compte des ingénieuses expériences de ce savant chirurgien. Si ma formule, pour l'établissement d'un procédé opératoire quelconque, mais régulier, n'eût été, comme vous le prétendez, que de l'histoire ancienne, et le produit seulement de mon ignorance des préceptes de nos devanciers, l'habile opérateur de Lyon se serait bien gardé de se lancer, comme il l'a fait, dans cette discussion, et de faire, du résultat de ses essais *sur le cadavre*, la base de sa clinique. La thérapeutique des fractures se fonde également sur l'application judicieuse de la mécanique à l'anatomie *vivante*; or, bien loin de faire la part de la physiologie, de cette partie *vitale* (dans les deux acceptions de ce mot) de ce que j'ai appelé la *quadruple alliance* de la médecine opératoire, M. Bonnet, au rebours, coupe en travers les muscles les plus vigoureux, ou bien il en fait complétement abstraction.

Et comment voulez-vous que je puisse accepter, en fait de médecine mécanique, de mécanique médicale, de thérapeutique opératoire, ou de chirurgie clinique (car toutes ces expressions sont synonymes), que je puisse admettre, dis-je, des essais où la plus belle moitié du problème à résoudre, *ses élémens pathologiques et physiologiques*, sont impitoyablement sacrifiés?

Alors, au lieu de vous attacher à un nom propre aussi brillant que celui de M. Bonnet, que ne m'accusez-vous plutôt hautement du crime de lèse-opération cadavérique dont je me suis rendu coupable par ma répugnance invincible et mes protestations formelles contre des singeries chirurgicales pareilles? — Vous trouvez étrange l'offre que j'ai faite de *restituer* les trois mille francs que j'ai reçus de l'Académie des sciences, s'il est démontré que ce corps illustre se soit évidemment trompé! J'avoue que vous avez peut-être raison, en thèse, et qu'il est probable que je n'aurais pas beaucoup d'imitateurs. Votre article, auquel je réponds en ce moment, annoncerait-il par hasard de votre part, mon cher confrère, quelques intentions à me disputer la légitime possession de ce prix Montyon? S'il en est ainsi, il ne me reste, hélas! qu'à compter bien bien vite la prédite somme, et qu'à vous l'envoyer pour vos étrennes de 1842. Ce sera certes bien mon dam! et, pour vous, une bonne leçon, pour ne pas aventurer aussi légèrement les dix mille francs dont vous a honoré le même docte aréopage.

Quant à mes visions chirurgicales, auxquelles vous voulez bien faire quelque allusion, je vous dirai que j'ai eu aussi mes *prévisions*, et dans le genre de celle qui se trouve au bas de la page 93 de ma brochure.

» J'ai *prévu*, en effet, qu'une foule de chirurgiens allaient faire de ces visions une affaire personnelle, et que je devais m'attendre à en subir les rudes conséquences. »

Mais, en terminant la revue de votre bibliographie, et pour ce qui concerne en particulier mes ankyloses, il m'est tout à coup survenu un scrupule : c'est que vous pourriez bien ne pas être l'auteur de cet article! Je n'y reconnais pas, du moins, l'homme spécial, le chef distingué de l'établissement orthopédique de la

rougeâtre des circonvolutions voisines et l'injection des vaisseaux sous-jacens.

Dans l'observation suivante, nous verrons l'état criblé, non plus seulement à l'entour, mais dans le sein même d'un ramollissement chronique du cerveau.

Obs. IX. — La nommée Vaillant, âgée de 68 ans, placée dans le service de M. Falret, à la Salpêtrière, paraissait atteinte de démence sénile. Elle ne voulait point parler, et, de temps en temps, répondait seulement par monosyllabes. Ses évacuations étaient involontaires. On m'assura n'avoir jamais remarqué chez elle aucun signe de paralysie. Elle mourut d'une pneumonie le 9 juin 1839.

Autopsie 30 heures après la mort. — Une ou deux cuillerées de sérosité dans la cavité de l'arachnoïde. La pie-mère est infiltrée d'une assez grande quantité de sérosité limpide, pénétrant jusqu'au fond des anfractuosités qu'elle écarte.

Les circonvolutions sont toutes d'un très petit volume, comme ratatinées, inégales à leur surface; cette inégalité, que l'on perçoit également par la vue et par le toucher, est beaucoup moins prononcée au fond des anfractuosités qu'elle écarte; la diminution des circonvolutions porte également sur leur hauteur et sur leur épaisseur. Les plus atrophiées sont celles de la face supérieure du lobe postérieur et de la partie latérale externe des hémisphères; celles qui longent la grande scissure sont les moins diminuées de volume; cependant leur surface est aussi rugueuse. La teinte générale de la superficie du cerveau est un peu plus foncée qu'à l'ordinaire. (Atrophie sénile.)

La pie-mère s'enlève avec une grande facilité et sans se déchirer à peine de la superficie du cerveau qu'elle n'altère en aucun point. Elle laisse seulement au fond de plusieurs anfractuosités de la face supérieure du lobe antérieur droit, une couche mince de tissu cellulaire assez vasculaire, au-dessous duquel la substance corticale est remplacée par un tissu d'un jaune chamois, d'une épaisseur à peu près semblable à la sienne, peut-être un peu moindre, et d'une faible consistance; car il se laisse pénétrer par un courant d'eau un peu fort (1).

Au-dessous, la substance blanche du lobe antérieur, dans une grande étendue, est ramollie, pulpeuse, se laissant un peu délayer par un courant d'eau. Ce tissu ramolli n'est pas assez désorganisé pour ne pouvoir se laisser couper par tranches minces. Il présente un très grand nombre de perforations, à la surface d'une coupe, qui lui donnent une sorte d'apparence lanugineuse. Ces pertes de substance sont de deux ordres : les unes sont des trous ronds, semblant avoir été faits en y plongeant des épingles un peu grosses. Ces trous, ou plutôt ces canaux qui les contiennent, sont évidemment le résultat de dilatations vasculaires; car on en voit sortir de petits vaisseaux vides dont les extrémités flottent sous l'eau. Les autres sont de petites vacuoles très irrégulières, à parois pulpeuses et inégales; quelques-unes assez volumineuses que de grosses têtes d'épingles : elles semblent dues à une absorption moléculaire de la pulpe nerveuse. On n'y distingue ni liquide, ni fausse membrane. Le tissu ramolli est blanc; indépendamment des vaisseaux dilatés dont nous avons parlé tout à l'heure, il est traversé en divers sens par quelques petits vaisseaux, à peine colorés par le sang, et moins nombreux que dans le reste du cerveau. Le ramollissement, à son pourtour, se fond graduellement avec le tissu sain.

Le reste du cerveau est sain, assez vivement injecté, d'une bonne consistance. On trouve dans les deux hémisphères, surtout au-dessous des circonvolutions de la convexité, quelques criblures, ou canaux vasculaires, tout semblables à ceux que présentait la partie ramollie, mais moins rapprochées.

(1) Dans la thèse déjà citée, j'ai étudié avec soin cette altération, sous le nom de *plaques jaunes* des circonvolutions, et j'ai cherché à démontrer qu'elle n'est autre chose qu'une des périodes du ramollissement des circonvolutions, placée entre le ramollissement aigu, rouge, dont ce mémoire contient plusieurs exemples, et l'ulcération, dont je viens de rapporter un cas dans l'observation précédente. (V. Loco cit., p. 104 et suiv., obs. 30 à 35.)

Les ramollissemens blancs, dont on a voulu faire un état pathologique distinct du ramollissement inflammatoire, ne sont en général autre chose que des ramollissemens chroniques ayant, comme presque toutes les inflammations anciennes, perdu la trace de la rougeur qu'elles offraient à leur principe, et dont la substance grise du cerveau conserve seule, presque constamment, des indices manifestes, sous forme d'une coloration jaunâtre (1). Dans l'observation précédente, les criblures du ramollissement *blanc* du lobe antérieur montrent que, malgré l'absence de coloration, il a dû, à une époque quelconque, se trouver le siége de certains phénomènes dont l'existence ne s'accorde avec aucune des théories auxquelles on a tenté de soumettre le ramollissement non inflammatoire du cerveau.

Si les faits sur lesquels est basée la description de l'altération qui fait le sujet de ce mémoire ne sont pas encore assez nombreux pour nous permettre de tracer une histoire complète de l'état criblé du cerveau, je crois cependant qu'ils suffisent pour nous donner une idée précise de la nature et des principaux caractères de cette altération.

Résumons en quelques mots ces caractères.

L'état criblé du cerveau est constitué par la présence d'un grand nombre de petit canaux creusés dans le sein du tissu cérébral, contenant chacun un petit vaisseau, à la dilatation duquel est due sans doute leur formation. Ces canaux, dont l'existence est normale dans certaines parties de la périphérie du cerveau, se montrent souvent à l'état de vestige, et sans caractère nécessairement pathologique chez les individus avancés en âge.

Ils siégent ordinairement dans les hémisphères cérébraux, surtout au-dessous des circonvolutions; mais on les rencontre aussi dans la protubérance et le bulbe rachidien.

Bien que se présentant sous un aspect un peu différent, les petites cavités dont les corps striés sont si souvent criblés peuvent être d'une nature toute semblable.

Cette dilatation de la généralité, ou au moins d'un grand nombre d'entre les vaisseaux du cerveau, paraît devoir être rapportée ou à un état de congestion sanguine chronique, ou à des congestions répétées de cet organe.

Les phénomènes observés dans les cas de ce genre, et les altérations avec lesquelles on voit habituellement coïncider l'état criblé du cerveau paraissent autoriser suffisamment cette interprétation.

Deux fois, l'état criblé du cerveau s'est montré à moi indépendant de toute autre lésion appréciable du tissu de cet organe. Dans un de ces cas, il y avait simple démence, dans l'autre démence et paralysie générale.

Puis l'état criblé s'est rencontré uni au ramollissement superficiel des circonvolutions chez des aliénés atteints de paralysie générale, à l'induration générale ou partielle du cerveau, chez deux idiots entre autres, dont l'un était en outre épileptique, et l'autre sujet à des accès de fureur; au ramollissement partiel du cerveau, à l'entour et au sein duquel il peut également siéger.

Une lésion semblable à celle qui vient de nous occuper est de nature à échapper facilement à l'attention de ceux surtout qui ne la connaissent

(1) Voy. Thèse citée et Bulletin de la société anatomique, n° 4, p. 122, année 1840.

Muette, dans le *chirurgien-auteur* qui propose de faire disparaître les ankyloses vraies par la ténotomie. Ou bien, pousseriez-vous la manie des opérations sous-cutanées jusqu'à vouloir diviser, avec un ténotome, des os intimement soudés ensemble?

Vous vous seriez d'ailleurs abstenu de répéter platement ce que j'ai dû traiter très en détail, pour prouver que la question du traitement des ankyloses mérite d'être agitée avec plus d'égard qu'on n'en a mis, et que s'il existe des indications précises pour accélérer celui de certaines de ces affections par des moyens violens analogues à ceux de M. Louvrier, il est aussi des contre-indications manifestes à ce mode de médication devant lesquelles la résignation est un devoir. Quoi qu'il en soit, j'éprouve beaucoup moins de regrets d'être en désaccord avec vous, mon cher confrère, sur les points signalés dans l'article bibliographique qui me concerne. Je renvoie donc à son auteur toutes les réflexions que m'a suggérées son travail, d'ailleurs si pétillant d'esprit, de science, de raison, d'urbanité et de convenance littéraire. En votre qualité d'*agent responsable*, veuillez lui témoigner combien je lui dois de reconnaissance, en tant du moins qu'il m'a procuré le plaisir de m'entretenir avec vous dans la dernière soirée de l'année, et de vous adresser mes vœux bien sincères pour celle où nous allons entrer.

Lausanne, 31 décembre 1841.

Mathias Mayor.

Confessons-le tout d'abord, quoique l'aveu nous coûte; il faut que M. Mayor ait bien peu de foi en notre justice, puisque, malgré tant de droits à toutes nos sympathies, il s'obstine à ne voir en nous que des *adversaires de ses principes*. Il y a là sans doute quelque malentendu; et notre confrère a dû examiner bien superficiellement l'article auquel il nous fait l'honneur de répondre, pour y avoir vu autre chose qu'une adhésion explicite et générale à tous les points de sa doctrine. Les préceptes qu'il nous accuse aujourd'hui de rejeter, nous n'avons cessé de les préconiser; et M. Mayor lui-même a l'obligeance de rappeler le soin que nous avons mis à faire voir tout ce qu'ils ont d'agréable et de commode dans la pratique civile. D'où vient donc cet oubli que de plus susceptibles pourraient taxer d'ingratitude? Un passage de la lettre ci-dessus nous fait craindre d'en avoir deviné le véritable motif. M. Mayor ne respire que pour le combat, c'est lui du moins qui l'avoue, et qui se glorifie *d'appeler la discussion, la controverse et la polémique de toutes ses forces*. Or, un pareil athlète doit souvent se trouver à court d'antagonistes, et l'on conçoit qu'il se montre alors peu difficile sur les moyens d'engager la lutte. Mais, encore une fois, qu'il veuille bien relire notre analyse, et malgré son humeur belliqueuse, il regrettera assurément d'avoir provoqué sans motif le plus utile peut-être, sinon le plus respectueux de ses amis.

On comprend maintenant pourquoi, et l'on va comprendre comment M. Mayor nous a transformés en ennemis. Pour nous trouver un tort, rien ne lui a coûté. A l'en croire, nous aurions *traduit* ses paroles, nous qui les avons toujours citées avec un religieux respect (et l'on verra plus tard jusqu'où, en revanche, il étend à nos dépens les licences de la traduction!). Critiquons-nous un de ses principes après en avoir admis un autre : Prenez garde, nous crie-t-il, ne voyez-vous pas que le premier n'est que la conséquence *logique, claire et immédiate* du second? Et pour nous mieux le faire voir, il pousse la complaisance

pas. Il est possible qu'elle ait existé dans quelques-uns de ces cas que l'on a présentés comme les exemples les plus frappans de troubles cérébraux prononcés, sans lésion anatomique qui puisse leur être rapportée.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS TRIMESTRIELS.

I. THE MEDICO-CHIRURGICAL REVIEW.

Le numéro 70 (octobre 1841) contient les articles suivans : 1° *Sur les maladies et les perturbations du système nerveux, considérées dans leurs formes primitives et leurs modifications*; par M. Marshall-Hall. 2° *Sur la construction et l'administration des hôpitaux d'aliénés*; par M. Maximilian Jacobi. 3° *Observations pratiques sur les plaies de tête*; par M. William Sharp. 4° *Philosophie morale, ou devoirs de l'homme considéré dans ses rapports individuels, domestiques et sociaux*; par M. Georges Combe. 5° *Notes sur les États-Unis de l'Amérique du Nord*; par le même. 6° *Traité du pyrosis idiopathique*; par M. Th. West. 7° *Essai pratique sur les principales maladies chirurgicales qui règnent aux Indes orientales*; par M. Brett. 8° *Observations sur la pathologie chirurgicale et le traitement des anévrismes*; par M. Porter. 9° *Principes et pratiques de médecine et de chirurgie obstétricale, dans leurs rapports avec la marche de la parturition*; par M. Ramsbotham. (Ouvrage dogmatique, dont nous ne pouvons donner l'analyse). 10° *Trois mémoires sur le développement et la structure des dents et de l'épithélium*; par M. Nasmyth.

OBSERVATIONS PRATIQUES SUR LES PLAIES DE TÊTE; par M. WILLIAM SHARP.

La plupart des réflexions que présente ici M. Sharp sur la commotion cérébrale sont remarquables par leur justesse plutôt que par leur nouveauté. Nous en citerons cependant quelques-unes qui méritent d'être reproduites, soit par l'importance du principe qu'elles confirment, soit à cause de la critique qu'elles appellent naturellement.

L'auteur commence par rappeler que les causes les plus légères peuvent amener une commotion mortelle. Si le cas suivant paraît à nos lecteurs aussi authentique qu'il l'est aux yeux de M. Sharp, ce sera, sans doute, un des exemples les plus curieux de ce genre.

OBS. — Une jeune femme, âgée de 20 ans, jouait avec une de ses compagnes, qui la frappait sur le front avec la main ouverte. Elle éprouva tout à coup un vertige et fut bientôt après saisie de fièvre et de céphalalgie. Le septième jour, un écoulement abondant de pus se fit jour par l'oreille droite, ce qui procura un soulagement momentané. Cependant la fièvre reparut, le coma survint, la parole se perdit, une contraction spasmodique s'empara du côté droit de la face, la respiration devint difficile; bientôt se manifestèrent des convulsions et la malade succomba le neuvième jour.

Afin de bien distinguer la commotion d'avec les lésions qui peuvent la compliquer, M. Sharp propose de réserver cette dénomination pour désigner les cas où les fonctions cérébrales sont plus ou moins altérées, sans aucune modification appréciable dans la structure de l'organe encéphalique. Les cas de commotion doivent, suivant lui, être divisés en trois classes. La première comprend ceux dans lesquels des symptômes alarmans apparaissent immédiatement après le coup, soit qu'ils se terminent par la mort, soit qu'ils se dissipent plus ou moins promptement. La seconde est composée des cas où les symptômes se montrent peu de jours après l'accident. La troisième enfin renferme ceux où les malades ne se plaignent pendant longtemps que de phénomènes insignifians, et qui sont en général négligés, jusqu'à ce qu'on découvre que l'inflammation a marché et amené une exhalation séreuse, un ramollissement du cerveau ou la suppuration.

Nous ne pouvons, on le conçoit bien, admettre sans explication une telle doctrine. Que M. Sharp ait voulu présenter comme cas de simple commotion cérébrale les exemples si nombreux où l'on a vu les accidens d'inflammation ou de suppuration du cerveau se développer plusieurs mois après la violence traumatique, c'est ce que nous ne voulons pas croire. Sans doute son intention a seulement été de faire voir que la commotion cérébrale a été, dans ces cas, la cause et le point de départ des phénomènes ultérieurs. Mais cette considération ne nous semblerait pas encore un motif suffisant pour les ranger dans la classe des commotions proprement dites. Et qu'on ne nous accuse point d'ouvrir ici une vaine dispute de mots. Depuis la belle et féconde distinction établie par J. L. Petit entre les symptômes primitifs et les symptômes consécutifs, dans les plaies de tête, le diagnostic de ces lésions a fait de tels progrès que nous ne saurions voir sans inquiétude tout ce qui tendrait à élever des doutes ou seulement à amener des malentendus sur la valeur et l'interprétation du principe posé par notre célèbre compatriote. Or, la classification de M. Sharp serait précisément capable de conduire à un tel résultat en accréditant cette erreur que les effets directs de l'ébranlement du cerveau sont tantôt instantanés et immédiats, tantôt tardifs et lents dans leur développement.

Un signe spécial a été attribué par M. Sharp aux convulsions qui tiennent à l'inflammation cérébrale, et les distinguerait, suivant lui, de celles qui résultent d'une grande perte de sang ou de toute autre cause d'épuisement. Dans les convulsions dues à une phlegmasie encéphalique, dit-il, les yeux sont toujours affectés en premier lieu, et d'une manière plus violente que quand le spasme est l'effet d'une autre maladie.

Le diagnostic entre la compression et la commotion a aussi préoccupé l'auteur. Entre autres signes différentiels déjà connus, nous trouvons celui-ci, énoncé d'une manière sommaire et comme aphoristique. « Dans la commotion, la saignée affaiblit le pouls et nuit au malade; dans la compression, au contraire, le pouls s'élève et les symptômes s'amendent par l'emploi du même moyen. » Ici encore il importe de s'entendre. On ne peut nier que, dans les premiers momens qui suivent le coup, tant que le malade est privé de sentiment, le pouls à peine perceptible, la respiration lente, etc., toute évacuation sanguine ne soit éminemment préjudiciable; aucun praticien ne les ordonnerait alors, et, sous ce rapport, M. Sharp a tout à fait raison. Mais le précepte redevient contestable dès qu'on veut en généraliser l'application, comme le fait l'auteur anglais. Loin d'être dangereuses dans la seconde période de la commotion céré-

jusqu'à expliquer, paraphraser, commenter ses prémisses; ce qui véritablement en change un peu le sens, mais qu'est-ce qu'un inconvénient aussi léger, en comparaison de la facilité qu'il y trouve pour montrer qu'en effet elles engendrent tout à fait naturellement la conséquence? Un exemple en deux mots : nos lecteurs connaissent surabondamment les quatre bases que M. Mayor donne à la médecine opératoire. Dire qu'un chirurgien doit savoir l'anatomie, la physiologie et la mécanique, ce n'est certes pas émettre un paradoxe bien hardi; aussi avions-nous cru pouvoir sans danger souscrire à une telle déclaration de principes. On va voir où nous conduit cet aveu entre les mains de M. Mayor : — Vous admettez bien, nous dit-il, que ces quatre conditions sont bonnes, utiles, indispensables. — Oui, sans doute, je l'ai dit et je le répète. — Il est donc bien entendu que ce sont là, pour vous, les quatre bases de la médecine opératoire. — Permettez, peut-être faudrait-il choisir un autre terme, car ce mot de *base*... — Ainsi, vous convenez avec moi que la chirurgie repose sur ces quatre bases, *ni plus ni moins*. — Doucement, M. Mayor, je n'ai pas été jusque-là, et..... — Que, par conséquent, la chirurgie est une science dont les règles s'établissent *à priori*, bien différente en cela de la médecine, qu'on doit envisager comme une science *à posteriori* et d'observation. Vous voyez, cher lecteur, ce qu'on gagne à oser discuter avec M. Mayor. Pour avoir admis simplement l'utilité et l'orthodoxie de ses fameuses *bases*, nous voilà atteints et convaincus d'avoir dit qu'elles suffisent pour fonder la chirurgie : et nous qui réservions, en toute humilité, une petite place pour l'observation parmi les sources de certitude médicale, nous la voyons impitoyablement chasser sous nos yeux, sans pouvoir la défendre, et forcés même de convenir que nous avons voté pour son bannissement!... Que la leçon vous serve: ne vous aventurez jamais contre un réformateur. Ces messieurs ont leur dialectique à eux comme leurs doctrines particulières. Tout chez eux est original, imprévu, et vous êtes enferré avant d'avoir pu reconnaître seulement l'arme de votre adversaire!

Voilà donc l'observation proscrite sans appel. C'est bien! qu'il n'en soit plus question. Mais il est un autre victime pour laquelle nous osons implorer la commisération du représentant de la chirurgie Vaudoise. Notre protégé s'appelle le sens commun. Après l'avoir d'abord accueilli et revendiqué comme lui appartenant en propre, M. Mayor l'abandonne cependant ensuite, lorsqu'il fixe à quatre, *ni plus ni moins*, le nombre des bases de la chirurgie. Or, comme le sens commun ne se trouve point dans la liste des élus, il est assez difficile de savoir au juste le sort qu'on lui réserve. Décidément, M. Mayor veut-il du bon sens, ou n'en veut-il pas? La chose cependant vaut la peine qu'on se prononce. Pourquoi répudier ici l'enfant qu'on a si vivement réclamé? car on a vu combien M. Mayor tient à la priorité sur ce point! Que lui a donc fait le bon sens, et qu'a-t-il jamais eu à démêler avec lui pour le chasser ainsi sans pitié? Allons, puisque le voilà tombé dans la disgrâce de son père, donnons-lui du moins une place entre ses compagnons d'exil. Peut-être trouvera-t-il à se consoler en comptant parmi eux l'expérience, l'anatomie pathologique, l'art des vivisections et des manœuvres cadavériques!

On a vu tout à l'heure un exemple du mode d'argumenter propre à M. Mayor; mais nous ne sommes pas au bout et l'on n'aurait qu'une idée imparfaite de ses ressources, si l'on s'en tenait à ce que nous avons dit. Semblables à l'*argumentum cornutum* des anciens, ses armes frappent également des deux côtés. Amis

brale, il est assez communément reconnu aujourd'hui que les saignées, même générales, sont un des meilleurs moyens dont on puisse user pour faire cesser les accidens d'affaissement. Dès que la réaction a commencé, tirez un peu de sang, et vous verrez la stupeur diminuer, le pouls se relever, la respiration s'accélérer; le malade, s'il ne prononce quelques mots, montrera du moins qu'il entend les questions qu'on lui adresse, etc. Ce n'est pas là, du reste, un tableau de fantaisie; parmi les cas où nous avons vu cette pratique suivie de succès, nous pourrions citer celui de M. le comte A..., soigné en 1835 par M. A. Bérard pour une plaie de tête, et chez lequel nous pûmes constater que quatre petites saignées du bras, faites successivement dans les premières 48 heures, dissipèrent complètement les accidens dus à la commotion. MM. les professeurs Roux et J. Cloquet ont également été témoins de ce fait.

ESSAI PRATIQUES SUR LES PRINCIPALES MALADIES CHIRURGICALES QUI RÈGNENT AUX INDES-ORIENTALES; par M. BRETT.

1° PERFORATION DE LA CORNÉE PAR SUITE D'UNE NUTRITION INSUFFISANTE.

Ce singulier phénomène a été observé par l'auteur sur des sujets détenus dans les prisons de Moorabad, Shahjehanpore et Cawnpore. Ces malheureux étaient soumis à l'action de causes débilitantes de toute espèce: nourriture insuffisante, alimentation sans variété comme sans assaisonnement, air impur, claustration la nuit dans une forteresse entourée de murs élevés, chaleur excessive l'été, froid rigoureux durant l'hiver, impressions morales déprimantes. Plusieurs d'entre eux eurent à souffrir d'une dysenterie épidémique, et ceux qu'elle n'emporta pas furent réduits à un état de faiblesse extrême. Toutes leurs sécrétions étaient suspendues, excepté celles des intestins. Ils avaient la langue pâle, les membres ployés sur eux-mêmes et la surface du corps froide, même en été. La transpiration cutanée était supprimée.

Les yeux présentaient un aspect vitreux; bientôt survenait une inflammation de la conjonctive. Un ulcère se formait sur la cornée et attaquait en peu de temps toutes ses lames, phénomène suivi par l'évacuation des humeurs de l'œil. Ce qu'il y eut de remarquable dans *tous* les cas, c'est que les malades n'éprouvèrent *aucune douleur*. La sécrétion des glandes de Meïbomius et de la glande lacrymale était augmentée, et la conjonctive suppurait. Après la sortie du cristallin, le globe oculaire revenait ordinairement sur lui-même. Les deux yeux se prenaient fréquemment l'un et l'autre, et le malade finissoit par mourir dans un état avancé d'émaciation.

Ces faits qui, à ce qu'il paraît, se sont présentés en grand nombre à l'observation de l'auteur, nous ont semblé curieux à faire connaître, principalement à cause de l'analogie frappante qu'ils offrent avec le résultat des expériences faites par M. Magendie. Des deux côtés, mêmes conditions antérieures, même appareil de symptômes généraux, même ordre dans l'apparition des phénomènes propres à l'œil. Entre les mains de l'expérimentateur, comme sous les yeux du médecin, constamment la perforation de la cornée a été le dernier signe d'une débilitation poussée à l'extrême, et la mort n'a pas tardé à la suivre. Enfin, pour compléter la ressemblance, on vient de lire que *la sécrétion des glandes de Meïbomius était augmentée* chez les prisonniers. M. Magendie dit aussi (Voy. PRÉC. ÉLÉM. DE PHYSIOL., t. II, p. 499) que l'évacuation des humeurs de l'œil, chez le chien, *fut accompagnée d'une sécrétion abondante des glandes propres aux paupières*. Si cette coïncidence ne suffit pas pour faire découvrir les causes d'un phénomène encore inexpliqué, au moins conviendra-t-on qu'elle peut fournir d'utiles lumières à ceux qui s'occuperont de ce curieux problème.

2° OPÉRATION EN USAGE DANS L'INDE POUR LA PIERRE.

Voici comment M. Brett raconte une opération de lithotomie qu'il a vu pratiquer à Calcutta. Le patient, placé sur les genoux d'un aide, tournait le dos aux assistans, et avait les mains liées sous les jarrets, les jambes et les cuisses fléchies le plus possible. L'opérateur commença par malaxer la région hypogastrique avec ses mains bien graissées d'huile, afin d'abaisser la vessie vers l'ouverture du bassin. Puis, tout en la maintenant ainsi déprimée de la main droite, il introduisit, aussi profondément qu'il le put, le médius et l'indicateur de la droite dans le rectum, et chercha alors à faire saillir le calcul vers le périnée.

A ce moment, il plongea à travers la région périnéale une aiguille d'emballeur, avec laquelle il exerça quelques percussions sur la pierre, afin de bien constater sa présence avant de faire aucune incision.

Mettant alors le malade en situation presque horizontale, il commença son incision au côté gauche du périnée, et la continua en hésitant et reportant à plusieurs reprises l'instrument dans la plaie. Cependant, encouragé par M. Brett, il lui donna plus d'étendue. Les voies étant ainsi préparées, le chirurgien introduisit l'extrémité recourbée d'un levier derrière le calcul, et se servant de l'arcade pubienne comme d'un point d'appui, il parvint, en faisant effort sur le manche de l'instrument, à déloger le calcul qui, mou et friable, se brisa à sa sortie.

Tout le monde voit les rapports que cette opération offre, avec le procédé de lithotomie décrit par Celse. Rappeler son analogie avec cette méthode, c'est d'un seul mot en indiquer tous les dangers; aussi, n'avons-nous point été surpris de lire à la fin de la note de M. Brett qu'un médecin originaire du pays lui a avoué que le chiffre moyen de la mortalité après la lithotomie ainsi exécutée est de 40 sur 100 opérés.

3° AVANTAGES ET DÉSAVANTAGES DE L'OPÉRATION DE LA CATARACTE FAITE QUAND UN SEUL OEIL EST AFFECTÉ.

Ceci est une discussion purement théorique; mais la question qui en fait le sujet a été si souvent et si infructueusement controversée, qu'il ne sera pas inutile de reproduire ici les argumens que l'auteur a fait valoir pour et contre l'opération pratiquée dans ces circonstances.

Première considération contre l'opération: Un seul œil pouvant suffire pour les besoins de la vie, pourquoi exposer le malade aux douleurs et aux dangers d'une opération?

Réponse: 1° Quand un œil est affecté de cataracte, l'autre œil deviendra presque nécessairement opaque; il faut donc rendre la lumière à celui qui est le plus malade avant que l'autre se prenne; 2° plusieurs personnes ont un œil fort et un faible, et c'est ordinairement le premier qui est d'abord cataracté; 3° le champ de la vision est beaucoup moins étendu avec un œil qu'avec deux.

Seconde considération: Lorsque l'un des yeux n'a plus de cristallin,

---

ou ennemis, qu'on l'approuve ou qu'on le blâme, vous lui avez répondu, il suffit, le combat est engagé. Admettez-vous l'utilité de ces quatre conditions favorites? Il vous faut à l'instant proscrire l'expérience, sous peine de commettre la contradiction la plus monstrueuse. Déclarez-vous nettement, au contraire, comme nous, que ces quatre conditions, toutes estimables quelles sont, ne peuvent suffire? Comment! réplique M. Mayor, vous ne voulez ni de la pathologie, ni de l'anatomie, ni de la physiologie, ni de la mécanique! Vous renoncez à ces précieuses sources de lumière! Mais quel sera donc votre guide? En vérité, je vous plains, car si vous répudiez le procédé fondé sur la raison, il ne vous reste plus d'autre *criterium* que l'autorité (M. Mayor a, comme on voit, une telle horreur pour l'observation, qu'il ne songe pas même à nous l'indiquer ici); or, de là à l'empirisme et à la routine, il n'y a qu'un pas et un pas très glissant!.....

Le lecteur voit maintenant quel admirable parti M. Mayor sait tirer de ses quatre bases. Entre ses mains, c'est une pièce de campagne qu'il tourne avec un égal avantage contre ses partisans et ses antagonistes. Il y a vraiment plaisir à le voir manœuvrer. Admettez ses conditions, et, bon gré, mal gré, vous devenez un adversaire de l'expérience! Contestez la suprématie qu'il revendique pour elles; vous voilà sous le joug de l'autorité! En vain direz-vous que, quoique excellentes et irréprochables, ces considérations ne peuvent cependant constituer à elles seules l'*alpha* et l'*oméga* de la science; que, lorsqu'il s'agit de choisir un mode opératoire, ce n'est pas trop de consulter, *en outre*, l'expérience, l'anatomie pathologique, voire même l'autorité, pourvu qu'elle vienne en son rang.... M. Mayor vous poursuit de son inflexible logique, et toujours le terrible dilemme menace votre tête: ennemi de l'observation ou esclave de la routine!

On se rappelle ce que nous avons dit du *procédé-modèle*; comme l'idée nous paroissait heureuse autant que le mot bien trouvé, nous avions cru pouvoir insister un peu longuement sur ses avantages. Mais M. Mayor ne veut pas de nos hommages. Prenant le rôle de critique vis à vis de ses propres œuvres (toujours, sans doute, à cause de sa disposition *à appeler la discussion, la controverse et la polémique de toutes ses forces*) il trouve de lui-même, que, si le procédé-modèle est parfois un *palladium* commode pour l'ignorance, il est à craindre aussi qu'on n'en fasse souvent le bouc émissaire d'insuccès purement accidentels. Eh sans doute! et c'est là le sort de tous les dogmes fondés sur la seule raison, et que les partis opposés encensent ou réprouvent suivant leurs intérêts ou leurs passions. Ceci prouve du moins que M. Mayor a vraiment, comme il le dit, le don de la *prévision* et qu'il a très bien compris ce qu'il adviendra de ses principes lorsqu'il n'y aura plus derrière eux, pour les couvrir, l'inventeur qui laisse volontiers imputer les revers à sa maladresse, pourvu qu'on consente à mettre les succès sur le compte de son génie. Mais puisqu'il est question de *procédé-modèle*, nous ferons, *dans l'intérêt de l'humanité*, une seule observation à M. Mayor. Au lieu de nous donner son secret pour fabriquer toute espèce de procédé irréprochable (ce qui pourtant est déjà bien quelque chose), que ne met-il lui-même sa recette en pratique, ne fût-ce que pour fournir aux envieux quelques échantillons de la supériorité de ses principes? Car son livre contient bien la formule générale; mais quant aux produits, à moins qu'il ne faille prendre pour tels le cathétérisme forcé ou peut-être le point de suture du bec-de-lièvre, nous n'avons en vérité rien aperçu qui nous semblât digne d'être rapporté à une méthode aussi parfaite. Et quand on a eu sa possession les

son pouvoir réfringent diffère de celui de l'autre, et il en résulte souvent beaucoup de confusion dans la vue.

Réponse : 1° Cette confusion ne s'observe pas toujours, ni même généralement après l'opération ; 2° en supposant que cet inconvénient arrivât plus souvent, les argumens compris dans la réponse ci-dessus trouveraient encore ici leur application ; 3° le retard inutile que cette temporisation imposerait au malade doit aussi entrer en ligne de compte, surtout si l'on considère que le délai, dans ces cas, peut se prolonger de quelques mois à plusieurs années ; 4° l'œil cataracté qui, dans le principe, offrait toutes chances de succès pour l'opération peut devenir inopérable, soit par accident, soit par phlegmasie aiguë ou chronique, adhérence de l'iris, etc., soit par amaurose. L'humeur vitrée peut aussi à la longue être absorbée.

Troisième considération : Jamais un œil opéré, même avec tout le succès possible, ne recouvrera une vue aussi parfaite que celle d'un œil sain.

Réponse : L'emploi de lunettes appropriées diminuera cette imperfection. D'ailleurs, il ne s'agit point de décider jusqu'à quel point l'opération peut rétablir la vision ; la question est de savoir si l'on veut que le malade voie ou qu'il devienne aveugle, puisqu'on sait qu'un œil trop longtemps privé de lumière finit par perdre la faculté visuelle.

Quatrième considération : Quand il n'y a qu'un œil d'affecté, l'opération n'a pas un résultat aussi brillant, et le malade en est rarement satisfait.

Réponse : Cette dernière considération ne peut l'emporter sur tous les argumens qui plaident en faveur de l'opération.

On pourrait encore trouver quelques raisons, qui, bien que n'ayant pas une application générale, ajouteraient un nouveau poids à celles qui précèdent. Ainsi : dans le cas où le malade serait myope, il verrait mieux après l'opération qu'avant. Beer, et d'autres ophthalmologistes avec lui, pensent qu'en rendant la vue à un œil cataracté, il est possible de prévenir dans l'autre le développement de la même affection. (Mais, ajoute l'auteur, cette supposition, entièrement contraire à l'expérience générale, n'a encore été appuyée par aucun fait probant.) Enfin, le malade est quelquefois un jeune homme, un militaire, etc. (Cependant, dit encore M. Brett, ce serait là un des moindres motifs qui pourraient m'engager à opérer.)

L'auteur s'étant borné à un parallèle, sans tirer de conclusions, nous allons essayer d'établir celles qui nous semblent découler de ce rapprochement entre les motifs pour et contre l'opération faite quand un seul œil est affecté. La question n'est pas facile à vider, nous le savons, et ce n'est pas lorsque S. Cooper, MM. Jules Cloquet, A. Bérard, etc., ont hésité à se prononcer, que nous pouvons avoir la prétention de dire le dernier mot sur un point aussi controversé. Voyons cependant s'il n'y aurait pas moyen de mettre d'accord les temporisateurs et les partisans de l'opération, en envisageant le sujet sous une face différente. Tout le monde convient que, parmi une foule de considérations insignifiantes (1), il en est deux de la plus haute portée, l'une contre, l'autre pour l'opération : 1° si vous agissez sur l'œil malade, l'œil sain sera exposé à une inflammation plus ou moins grave, due à une sorte de sympathie entre les deux organes, et pouvant amener la fonte de celui auquel on n'a pas touché : 2° Mais, d'autre part, en abandonnant à lui-même un œil cataracté, vous avez à craindre qu'il ne soit tôt ou tard frappé d'amaurose. Ainsi, que vous opériez ou que vous n'opériez pas, le résultat est le même : *vous compromettez un œil*. Ce sont là les deux objections capitales, celles entre lesquelles la discussion doit se renfermer désormais pour tout homme éclairé et de bonne foi.

Remarquons néanmoins immédiatement que si, dans l'un et l'autre cas, les accidens à craindre sont de même nature, les chances de les voir survenir sont loin d'être également nombreuses. L'inflammation, en effet, ne se communique que bien rarement de l'œil opéré à l'œil sain ; c'est là un fait exceptionnel, et dont on ne connaît que fort peu d'exemples. Puis, en supposant que cet accident arrive, n'est-il pas possible, n'est-il pas probable que la désorganisation de l'œil n'en sera point la suite ? L'art ne possède-t-il donc pas de moyens propres à arrêter une inflammation dont on a ainsi pu suivre l'origine et entraver la marche dès son début ? Mais, que les conditions vont se montrer différentes, si nous calculons à présent les chances fâcheuses qu'amène l'expectation ! La diminution de sensibilité de la rétine n'est plus un phénomène exceptionnel ; c'est l'effet naturel et presque constant de toute cataracte arrivée à un certain degré d'ancienneté, et l'on sait assez qu'il n'est pas plus facile d'arrêter l'amaurose que de la faire disparaître une fois qu'elle est confirmée. Ainsi donc, et comme nous l'annoncions d'abord, qu'on opère ou qu'on attende, la conséquence possible est la même, *la perte de l'œil*. Mais la différence de résultat est au contraire immense, si, au lieu de songer aux éventualités, on vient à interroger les faits ; car tandis que l'opération expose une fois sur cent peut-être à un événement tout à fait fortuit, et dont il est possible en général d'atténuer la gravité, l'expectation portée à un certain degré l'amène, elle, presque nécessairement, et sans qu'on ait de moyen pour le prévenir, non plus que pour en neutraliser les suites.

La balance ainsi faite entre les deux partis, on pressent la conclusion vers laquelle nous inclinons. Opérez dans tous les cas, dirions-nous avec confiance, s'il fallait nous prononcer ici par oui ou par non, sans restriction ni réserves. Mais, heureusement, rien ne nous force à une décision aussi absolue : la science n'a nul besoin de ces préceptes inflexibles ; la pratique les repousse, et le présent sujet même les comporterait moins que tout autre. Or, on va voir comme, à ce point de vue, les explications qui précèdent facilitent la solution et permettent de concilier les doctrines les plus opposées. Le parti de l'opération a ses dangers, avons-nous dit ; on ne peut les nier, et le seul motif qui puisse porter à l'entreprendre est la crainte que l'œil ne devienne plus tard amaurotique. La conséquence est bien simple, et peut s'exprimer en deux mots : *N'opérez un œil qui est seul affecté de cataracte que lorsque vous aurez des raisons suffisantes pour penser qu'il court risque de devenir prochainement amaurotique.* Cette espèce de diagnostic ne sera pas difficile ; en voici les principaux élémens. L'œil cataracté a-t-il encore sa pupille mobile ? Vous

(1) Que dire, par exemple, de ceux qui veulent qu'on attende, pour opérer, que la cécité soit devenue complète, parce que, dans cet état, le malade *sentira mieux le bienfait de l'opération ?* Nous comprenons toute la force que doit avoir un pareil argument aux yeux des chirurgiens qui tiennent, avant tout, à la *reconnaissance* de leurs cliens ; mais, ce qui doit surprendre, c'est qu'on ait pu le présenter comme une source d'indications, dans quelques livres classiques.

---

moyens *d'établir désormais pour chaque opération un procédé normal, modèle, régulier, conforme aux lois immuables de la science*, n'est-on pas bien coupable de tenir en réserve et de ne faire fonctionner que pour soi cette admirable machine. Nous pouvons cependant assurer M. Mayor du vif intérêt qu'exciterait la publication d'une série de *procédés-modèles* correspondant à tous les *desiderata* de la science. Cela lui coûterait si peu d'ailleurs ! N'a-t-il pas déjà donné des gages de sa fécondité ? N'aurait-il pas inventé, si on lui eût laissé le temps, la lithotritie, la ligature des artères, l'opération de la cataracte ? Du moins c'est lui qui l'affirme (voy. CHIRURGIA SIMPLIFIÉE, t. IV, p. 495 et suiv.) ; et quant à nous, nous le croyons volontiers sur parole. Mais il y a toujours des incrédules, et M. Mayor avouera que l'occasion serait belle pour les confondre. Que la chirurgie lui doive donc sa législation détaillée, comme elle lui est déjà redevable de sa charte. Et quand il aura rédigé cette *médecine opératoire-modèle*, nous ne lui ferons plus qu'une demande, c'est d'en gratifier la GAZETTE MÉDICALE. Elle pourrait faire valoir quelques droits à cette faveur, puisqu'elle a déjà l'avantage d'être en compte ouvert avec M. Mayor, et s'il veut bien consentir à prendre cette voie pour s'acquitter des 3,000 francs dont il nous envoie si généreusement le billet, nous n'aurons qu'à gagner l'un et l'autre à ce mode de paiement, sans compter nos lecteurs qui nous remercieront sans doute de les mettre ainsi de moitié dans nos bénéfices.

Il est encore quelques menus comptes que nous tenons à régler avec M. Mayor. Ainsi il ne conçoit pas qu'on puisse critiquer un principe, du moment qu'on le déclare connu depuis longtemps ! Mais on peut fort bien faire de la science rebattue en même temps que de mauvaise science. Ce ne sont point là choses incompatibles ; et s'il fallait des exemples récens de ce cumul, il nous serait aisé d'en trouver bon nombre, sans que M. Mayor pût nous reprocher un seul instant d'être sorti de notre sujet. Il se plaint ensuite de ce que nous avons passé sans la discuter sa définition de la chirurgie. Mais il le fallait bien ; le plaisir de causer avec M. Mayor n'était qu'à ce prix, et nous ne pensions pas être trop exigeans en lui demandant la grâce de s'entendre avec nous, au moins sur les mots. Qu'il nous pardonne donc cette concession, car la polémique qu'elle lui enlève ne promettait pas d'être fort étendue. Suivant nous, dit-il, la chirurgie n'est que la médecine opératoire. Que dites-vous de cette définition ? Eh mon Dieu ! rien que de fort simple ; l'étymologie l'approuve, si l'usage la condamne. Voilà tout le débat, comme voilà toute la réforme.

M. Mayor en appelle de notre sentence aux lecteurs. Encore une fois il a tort de récriminer, car notre jugement n'était qu'une longue apologie de ses doctrines. Et il le sent si bien, que pour faire de nous des ennemis, il est forcé de dénaturer nos paroles. C'est ainsi qu'il nous fait parler à chaque instant de *sa maladresse*, de *ses insuccès*, du *sens commun* qu'il devrait aller chercher, des travaux des anciens avec lesquels il *aurait besoin de faire connaissance*... Ce sont là de ces choses qu'on peut se dire à soi-même ; mais pourquoi M. Mayor les prend-il si vite pour son compte ? sans doute c'est encore là un de ses moyens d'*appeler la discussion, la controverse et la polémique*. Mais cette fois son attente sera déçue, car le débat lui étant tout personnel, il peut le vider tout à son aise et sans champion.

Mais si M. Mayor se flagelle sans pitié de ses propres mains, c'est parfois aussi *à notre dam* qu'il fait tourner ses propres erreurs de traduction. Ainsi, d'après

pouvez attendre. Vous le pourriez encore, dans le cas où tout semblerait annoncer que l'autre œil ne tardera pas à devenir opaque à son tour, ce qui est sortout probable quand on a affaire à une cataracte sénile. Mais les mouvemens de l'iris offreut-ils, au contraire, une certaine lenteur dans l'œil cataracté? la sensation de lumière y est-elle plus faible que ne semble le comporter le degré d'opacité existant? Si d'ailleurs la cataracte est déjà ancienne d'un côté, sans que l'autre œil commence à se prendre; si surtout il s'agit d'une cataracte traumatique ou développée chez un jeune sujet, dans des conditions telles, en un mot, que la lésion n'a aucune tendance à envahir les deux yeux, l'opération est de rigueur, si vous ne voulez, par un délai injustifiable, vous exposer à la voir plus tard rester insuffisante contre les complications auxquelles vous aurez laissé le temps de se développer.

Cette règle, qui range dans la classe des cas à opérer de bonne heure les cataractes existant d'un seul côté sur les malades peu avancés en âge, satisfait ainsi chez eux à une double indication, celle de prévenir l'amaurose et celle de guérir la difformité. Si cette dernière considération ne doit en général avoir, aux yeux du chirurgien, qu'une importance secondaire, comme le dit avec raison M. Brett, on ne peut nier cependant qu'elle n'acquière beaucoup de force pour certains individus, jeunes encore, et soumis à toutes les exigences de la vie sociale.

OBSERVATIONS SUR LA PATHOLOGIE CHIRURGICALE ET LE TRAITEMENT DES ANÉVRISMES; par M. PORTER.

Nous emprunterons seulement à ce travail les deux observations suivantes, qui présentent l'intérêt de faits rares et difficiles à expliquer :

OBS. I. — En juin 1837, dit M. Porter, je fus appelé par un confrère pour visiter une de ses malades affectée de laryngite, et pour lui pratiquer l'opération de la bronchotomie, si je le jugeais convenable. La maladie ne datait que de trois jours, et les symptômes étaient si pressans, que jamais, autant que je puis me le rappeler, je ne m'étais trouvé en présence d'un cas aussi formidable. L'idée d'un anévrisme se présenta d'autant moins à mon esprit, que la patiente avait déjà été examinée par deux médecins, dont l'un avait la réputation d'un sthétoscopiste accompli. Je procédai à l'opération sans délai, et on pourra se figurer l'urgence des symptômes, quand je dirai que je ne pris pas même le temps d'attendre que l'hémorragie fût arrêtée, et qu'il me fallut ponctionner en toute hâte la trachée avec un trocart. Après l'opération, qui procura un soulagement immédiat, la malade fut portée à l'hôpital, où elle mourut subitement le troisième jour.

On reconnut qu'il s'agissait d'un anévrisme de la partie supérieure de l'aorte descendante, terminé par rupture du sac dans la plèvre gauche.

La difficulté de respirer a été diminuée par la bronchotomie; et cependant la cause de l'oppression était la distension de la cavité pleurétique par le sang! Comment donc se rendre compte de cette amélioration? L'auteur ne fait pas de difficulté d'avouer qu'il ne peut l'attribuer qu'à quelque sympathie, mot, dit-il, qui, tout aussi bien qu'un autre, a l'avantage de cacher, sous une apparence scientifique, notre ignorance absolue de certains phénomènes. Pour nous, tout en approuvant sa réserve, nous ne saurions prendre notre parti aussi facilement que lui : et avant de déclarer ce fait inexplicable, nous aurions désiré connaître toutes les circonstances de la maladie, tous les détails de l'autopsie; ce sur quoi le texte de l'observation ci-dessus n'a pu évidemment nous édifier d'une manière suffisante.

OBS. II. — Dans le mois de décembre 1831, j'essayai de passer une ligature autour de l'artère inominée pour obtenir la guérison d'un anévrisme très étendu de la sous-clavière; mais je ne pus le faire, vu l'altération considérable que m'offrit le vaisseau. Cependant le malade guérit parfaitement. La tumeur anévrismale a tout à fait disparu, et cet homme est si bien portant qu'il a repris son métier de valet de ferme.

A la suite de ce fait, M. Porter ajoute cette réflexion : il n'est pas raisonnable de supposer que la seule dénudation d'un vaisseau aussi volumineux que l'inominée a suffi pour en produire l'oblitération. En conséquence, il hésite à décider si cette cure peut être considérée comme spontanée, ou si elle est due à l'opération faite pour découvrir l'artère.

Quelque incomplets que soient les renseignemens donnés par M. Porter sur la marche de la maladie, nous ne balançons point à adopter la seconde opinion. Sans doute la disparition aussi d'une tumeur placée sur le trajet du tronc inominé paraîtra une chose rare, exceptionnelle, extraordinaire même. Peut-être cependant la regardera-t-on comme moins invraisemblable, si l'on veut bien réfléchir : 1° que l'oblitération d'un sac anévrismal peut avoir lieu sans que l'artère cesse de demeurer perméable; 2° que, si une vive inflammation et la suppuration même sont le plus souvent nécessaires pour amener la guérison d'on anévrisme, on a vu quelquefois cependant la cure radicale due à des causes d'une bien moins grande violence. Ainsi, la GAZETTE MÉDICALE a rapporté, en 1840 (Voy. n. 49, p. 779), l'histoire d'un anévrisme du jarret pour lequel on avait jugé la ligature indispensable, et qui guérit cependant après une inflammation momentanée et légère due à quelques pressions un peu trop rudement exercées sur la tumeur par un médecin. On comprend donc qu'une action, bien certainement plus forte, ait pu, dans le cas de M. Porter, déterminer l'affaissement complet de la tumeur. Mais, quelque rationnelle que paraisse notre explication, ce fait n'en conserve pas moins à nos yeux son caractère de souverainement exceptionnel.

TROIS MÉMOIRES SUR LE DÉVELOPPEMENT ET LA STRUCTURE DES DENTS ET DE L'ÉPITHÉLIUM; par M. NASMYTH.

Ce travail est entièrement consacré à exposer les résultats de recherches de fine anatomie. Voici les principaux faits que l'auteur a mis en évidence :

DES DENTS. — La pulpe dentaire se compose principalement de cellules ou vésicules très variables en forme et en étendue, et disposées par couches. Sa substance est traversée par des vaisseaux dont la direction est en général verticale et qui ne pénètrent point dans le tissu réticulaire. La nature du contenu des vésicules est encore incertaine. Parfois, surtout dans les dents permanentes, leurs parois s'affaissent au point que la pulpe disparaît presqu'entièrement. Ces vésicules, disposées confusément au centre de la pulpe, sont rangées d'une manière plus régulière à sa surface, et ce changement a, sans doute, quelques rapports avec la transformation en ivoire qu'elles vont subir; car c'est dans les cavités de cette substance réticulaire que la matière osseuse ou éburnée se dispose peu à peu; et successivement les diverses couches s'en encroûtent chacune à leur tour de dehors en dedans.

Les cellules qui forment le réseau de la pulpe paraissent, au moment de leur conversion en ivoire, se subdiviser en cavités plus petites et se remplir de granulations, qu'on peut observer à diverses périodes de dé-

lui, nous aurions « proposé de faire disparaître les ankyloses vraies par la ténotomie » (voy. ci-dessus). La proposition paraîtra au moins singulière; aussi notre confrère, trouvant la partie belle, s'en donne-t-il cette fois à cœur joie *de la discussion, de la polémique et de la controverse.* Mais hélas! nous ne pouvons lui laisser même cette unique occasion de montrer son talent de jouteur, car voici notre propre passage, le *seul* où il soit question de la ténotomie appliquée au traitement des ankyloses : « La ténotomie n'offre-t-elle pas une ressource *souvent* indispensable pour *compléter* l'action des agens mécaniques et prévenir leurs mauvais effets? » (Voy. GAZETTE MÉDICALE, 1841, n° 52, p. 832.) Il ne sera pas superflu d'avertir le lecteur que ce passage est bien celui que M. Mayor croit avoir transcrit et à propos duquel il nous demande naïvement si *nous prétendons diviser avec un ténotome des os intimement soudés ensemble.*

Ce qui ressort pour nous de plus flatteur de tout ceci, c'est qu'il n'y a vraiment entre M. Mayor et nous aucun motif sérieux de dissidence. C'est ce dont il achèvera de se persuader s'il prend la peine de nous relire plus attentivement et surtout de chercher à saisir nos paroles un peu mieux qu'il ne l'a fait, si nous en jugeons d'après les quelques passages de sa réponse où il a voulu nous faire l'honneur d'en reproduire le sens. Nous ne pouvons donc que le remercier pour ce qu'il exprime de flatteur sur notre *esprit* et notre *raison.* Quel que soit celui de ses rédacteurs qui a tenu la plume dans cette circonstance, la GAZETTE MÉDICALE est trop sensible à cet hommage pour ne pas en prendre l'honneur en son nom, comme elle accepte en son nom la responsabilité de l'article qui le lui a valu. Quant à ce qui touche l'*urbanité* et *la convenance littéraire*, nous savons d'autant plus de gré à M. Mayor de ses complimens, que l'excellent ton de sa polémique témoigne assez de sa parfaite compétence en pareille matière. Nous prendrons même la liberté de lui en renvoyer autant en échange, et nous le faisons de bien bon cœur, dût sa modestie repousser ces éloges qu'il nous rendra, du moins nous l'espérons, la justice de regarder comme entièrement libres et dégagés de tout esprit de calcul.

D.

— M. le docteur JULES GUÉRIN exposera dans ses conférences cliniques des mercredis 19 et 26 janvier et 2 février, à 10 heures précises du matin, à l'hôpital des Enfans, ses recherches sur les *difformités arthralgiques.*

— M. le docteur Matuszynski ayant fondé un cours permanent de clinique des maladies de la peau, suivi depuis cinq ans par un grand nombre de médecins étrangers, commencera une nouvelle série de leçons sur les affections de la peau, mardi, 18 janvier, à 10 heures du matin, à son domicile, rue de Verneuil, 20.

— TRAITÉ DES SACCHAROLES LIQUIDES ET DES MELIOLÉS, suivi de quelques formules officinales et magistrales modifiées, composé par Deschamps d'Avallon, pharmacien; in-12. — Prix 3 fr. 50 c.

A Paris, chez Fortin, Masson et Ce, libraires-éditeurs, place de l'École-de-Médecine, 1.

veloppement. Les parois des cellules primitives ont la texture fibreuse, et ce sont ces fibres elles-mêmes qui, d'après M. Nasmyth, constituent plus tard les fibres de l'ivoire. Du moins, leur diamètre est exactement le même, et les accidens de configuration que présente la pulpe après que l'ivoire en a été séparée se retrouvent tous sur la surface interne de ce dernier.

M. Nasmyth s'est assuré, en soumettant l'ivoire à l'action des acides, que son tissu, est effectivement composé de cellules ; car la matière éburnée s'étant ainsi dissoute, les cellules ont conservé la forme, l'aspect et les rapports qu'elles présentent dans la pulpe. Il est aussi à noter qu'on leur trouve une apparence différente, suivant qu'on les examine dans les diverses espèces de la série animale. Chez l'homme, chaque compartiment est un ovale, ayant son extrémité allongée juxta-posée contre l'extrémité correspondante de la cellule voisine. Dans quelques espèces de singes, les fibres sont disposées en deux rangées parallèles. Sur les dents de l'orang-outang, on les voit circonscrire des intervalles de forme rhomboïdale. Si l'on en croit les paroles de notre auteur, l'examen microscopique de l'ivoire fait découvrir de telles différences dans sa structure, suivant les espèces animales, que l'odontographie, ainsi envisagée, pourrait devenir la base d'une excellente division zoologique.

Il ressort des recherches de M. Nasmyth une opinion, qu'il énonce d'ailleurs explicitement, savoir, que l'ivoire est un tissu organisé. Mais nous n'avons trouvé dans son travail aucun passage dans lequel il ait dit positivement *avoir vu des vaisseaux ou des nerfs dans la partie ossiforme de la dent*. Il n'y a donc pas lieu, quant à présent du moins, d'admettre cette manière de voir, qui se trouve en opposition avec celle de Duverney, de Hunter, de Cuvier, de Muller, etc., et des meilleurs anatomistes de notre époque.

L'émail a présenté à l'auteur une conformation particulière. Il est divisé en compartimens comme demi-circulaires, la convexité de lo courbure répondant en haut vers la surface extérieure de la dent.

De l'épithélium. — D'après les observations de M. Nasmyth, l'épithélium est composé de la manière suivante : des noyaux ou parties centrales sont renfermés dans des vésicules, lesquelles se trouvent séparées les unes des autres par des intervalles considérables que remplit une substance gélatineuse. On peut vérifier l'exactitude de sa description en coupant l'épithélium d'une membrane muqueuse appartenant à un jeune animal. On trouve aussi ces noyaux lorsqu'on enlève à la surface d'une muqueuse irritée le produit de sa sécrétion.

Pour M. Nasmyth, l'épithélium est une couche *non vasculaire*, mais cependant organisée. Résultant d'une sécrétion qui s'accomplit à la surface du chorion, ces noyaux, entourés de vésicules, s'accroissent graduellement par une imbibition vitale, et se transforment définitivement en écailles ou lamelles ténues, par le fait de la compression qu'elles ont à supporter.

Différence entre la salivation par l'iode et celle par le mercure ; par M. Smith.

Si l'on en croit l'auteur de cette communication, la principale et la plus appréciable différence qui existerait entre ces deux salivations serait la fétidité de l'haleine, qui complique presque constamment, mais à un degré très varié, la salivation mercurielle, et la cause de cette différence tiendrait à ce que, dans l'action qu'exerce le mercure sur la bouche, non seulement les glandes salivaires sont affectées, mais la membrane muqueuse présente des altérations qui donnent lieu à la fétidité. Si on examine avec une forte loupe la muqueuse des lèvres, des joues, des gencives, à l'époque où l'action du mercure commence à se manifester sur elle, on peut suivre facilement les progrès d'une absorption ulcérative qui, lorsque la cause continue d'agir, détermine la formation d'ulcères d'une plus ou moins grande étendue, et visibles à l'œil nu. Au contraire, dans la salivation par l'iode, la principale, sinon même la seule action du médicament se porte sur les glandes salivaires.

Augmentation de la fréquence des affections inflammatoires du cerveau ; par le docteur Brigham.

La preuve sur laquelle s'appuie l'auteur de cette assertion, qui, au reste, est assez généralement admise, est fournie par le rapport de l'inspecteur du comté de New-York, pendant environ trente ans, c'est-à-dire depuis que l'on commença, en 1804, à tenir des listes de mortalité à New-York.

Il résulte de ces listes que, tandis que la population de New-York a seulement quadruplé pendant les trente dernières années, les morts par suite d'affections inflammatoires du cerveau et d'hydrocéphale sont devenues douze fois plus fréquentes. Voici le chiffre de ces deux maladies, qu'on peut considérer comme appartenant au même état pathologique, pendant les six premières années de cette période.

	1805.	1806.	1807.	1808.	1809.	1810.
Inflammation du cerveau..	17 ..	18 ..	15 ..	17 ..	18 ..	12
Hydrocéphale aiguë.......	16 ..	22 ..	30 ..	28 ..	28 ..	42

	1833.	1834.	1835.	1836.	1837.	1838.
Inflammation du cerveau..	101 ...	120 ...	150 ...	159 ...	101 ...	155
Hydrocéphale aiguë......	305 ...	347 ...	382 ...	268 ...	365 ...	368

La population de la ville de New-York avait suivi, pendant cet intervalle, la progression suivante :

1805.............	75,770
1810.............	96,373
1815.............	100,619
1820.............	123,706
1825.............	166,086
1830.............	197,112
1835.............	270,089

On reconnaît ici que l'augmentation la plus forte porte sur l'hydrocéphale aiguë, qui est si fréquente chez les enfans.

Il paraîtrait aussi que les mêmes maladies auraient pris un accroissement notable en Angleterre et en France. D'après le docteur Davis, de Londres, sur 45 morts, 8 ont lieu dans le dispensaire universel, à la suite de l'hydrocéphale aiguë, et le docteur Alison assure que, sur 120 malades qui meurent au nouveau dispensaire de Londres, 40 succombent à cette affection. Marshall, dans ses Recherches sur la mortalité de Londres, de 1639 a 1831, assure que, depuis 1790, les cas de mort par hydrocéphale ont augmenté dans une proportion effrayante, leur nombre s'étant élevé, dans ces années dernières, à environ 800 par an. Le docteur Coindet porte à 20,000 le nombre total des morts produites par cette cause, qui ont lieu annuellement en France.

Le docteur Brigham ne balance pas à attribuer cette augmentation aux excès des travaux intellectuels, tant du côté des parens que de celui des enfans.

Nouveau procédé pour purifier les eaux destinées à être distribuées dans la ville de Londres.

Jusqu'ici toutes les méthodes employées pour épurer l'eau destinée à la boisson de l'homme, et aux autres usages domestiques, n'ont consisté qu'en une clarification plus ou moins complète, qui n'est après tout qu'une simple opération mécanique et qui n'exerce aucune influence sur les substances tenues en dissolution dans l'eau. Le procédé que propose, dans cette communication, le docteur Clark repose sur une épuration chimique qui semble devoir à la fois enlever à l'eau la substance étrangère qu'elle contient en plus grande quantité à l'état de solution et entraîner en même temps les autres substances qui n'y seraient qu'en suspension. Cette opération repose entièrement sur les différentes manières dont l'eau se comporte à l'égard des différentes compositions de la chaux. Cette substance se trouve en si grande quantité sur tous les points du globe, que toutes les eaux qui ont été en contact avec le sol en sont plus ou moins chargées.

Dans l'eau, la chaux est presque ou même tout à fait insoluble; mais elle peut y devenir soluble par deux méthodes entièrement opposées. Lorsqu'on la fait cuire, comme dans un four à chaux, elle perd de son poids. Si elle est sèche et pure, elle perd 7 onces sur 16, et il n'en reste plus que 9 onces après la cuisson. Ces 9 onces sont alors solubles dans l'eau ; mais pour qu'elles soient entièrement dissoutes, elles ont besoin de 40 gallons d'eau. C'est cette chaux que l'on appelle chaux caustique, lorsqu'elle a été brûlée, et l'eau qui en est saturée forme ce que l'on nomme l'eau de chaux. Comme on le voit, les 9 onces sur 16 qui ont disparu pendant la cuisson d'une livre de chaux, ne sont rien autre chose que de l'acide carbonique à l'état de gaz.

Le second procédé, par lequel on arrive à rendre la chaux soluble dans l'eau, suit une marche presque opposée. Nous venons de voir que, dans le premier, une livre de chaux devient soluble dans l'eau, après avoir perdu 7 onces d'acide carbonique, eh bien! pour qu'elle arrive au même état, d'après le second procédé, non seulement la livre de chaux ne doit pas perdre les sept onces d'acide carbonique avec lequel elle est combinée; mais il faut qu'elle se combine avec sept autres nouvelles onces du même acide carbonique. C'est à cet état de combinaison que se trouve la chaux dans les eaux de Londres dissoute, invisible et incolore. Une livre de chaux, dissoute dans 500 gallons d'eau, à l'aide de 7 onces

d'acide carbonique, forme une solution tout à fait semblable, sous le point de vue que nous considérons, à l'eau filtrée de la Tamise, telle qu'elle est au moins le plus ordinairement; la chaux ou plutôt le carbonate de chaux, lorsqu'il est devenu soluble par cette seconde méthode, c'est-à-dire en combinant une nouvelle proportion d'acide carbonique, passe alors à l'état de bicarbonate.

L'eau de chaux peut être mélangée avec de l'eau de chaux et une solution de bicarbonate avec une solution de bicarbonate de chaux, sans qu'il s'opère aucun changement, sans qu'il survienne aucune apparence de trouble dans le mélange; mais si on mélange l'eau de chaux et une solution de bicarbonate de chaux, aussitôt le mélange se trouble, puis blanchit, et une matière blanche qui se précipite bientôt au fond laisse l'eau qui est au-dessus parfaitement limpide, et le précipité n'est rien autre chose que de la chaux. Il est facile de comprendre ce qui arrive si nous supposons qu'une livre de chaux, réduite par la cuisson à 9 onces de chaux caustique, est dissoute dans 40 gallons d'eau, et qu'une autre livre de chaux est dissoute dans 500 gallons d'eau, à l'aide de 7 onces d'acide carbonique en plus, faisant en tout 540 gallons. Les 9 onces de chaux caustique se combinent alors avec les 7 onces d'acide carbonique en plus qui, maintenaient l'autre livre dissoute et forment une livre de chaux qui étant insoluble dans l'eau, devient visible et se précipite en même temps que l'autre livre de chaux, qui a été privée des 7 onces d'acide carbonique, à l'aide desquels elle était soluble, deux livres de chaux se déposent donc au fond du liquide qui est limpide, incolore et ne contient plus la moindre quantité de chaux caustique, ni de carbonate de chaux.

L'auteur suppose que la consommation journalière de l'eau à Londres est d'environ 37 millions et demi de gallons qui, par le procédé qu'il indique, ne déposeraient pas moins de 24 tonnes de chaux solide, ce qui ferait une masse de 8000 tonnes chaque année et dont aucun filtre n'eût enlevé la moindre partie.

Outre les heureux effets que cette eau purifiée exercerait sur la santé de tous les habitans de la ville de Londres, il est quelques avantages économiques qui ne paraissent pas à dédaigner et sur lesquels l'auteur s'arrête presque exclusivement. Ainsi l'économie seule qui résulterait pour le savon de l'emploi de cette eau au lieu de l'eau dure que l'on use maintenant serait de près de 3 millions de francs par an. Les machines à vapeur auraient beaucoup moins à souffrir de ces dépôts de matières terreuses qui imposent de si grands retards à toutes les usines.

Un autre avantage encore que présente ce procédé, c'est que la chaux en se précipitant entraînerait nécessairement les matières étrangères qui seraient contenues dans l'eau, et détruirait probablement toutes les matières végétales, et même tous les insectes qui sont souvent en si grande quantité dans les eaux qui ont coulé à l'air libre. Enfin, pour dernier avantage, l'auteur signale la dépense peu élevée qu'entraînerait l'application de cette méthode à l'immense quantité d'eau que les compagnies fournissent à la ville de Londres.

II. THE BRITISH AND FOREIGN-MEDICAL REVIEW.

DE L'EMPLOI DU NITRATE D'ARGENT; par le docteur PERRY.

On sait généralement que le nitrate d'argent administré par la bouche ne peut agir sur l'économie à l'état de nitrate, puisque, quelque dose que l'on fasse pénétrer dans l'estomac, elle y est à peine arrivée qu'elle est immédiatement transformée en chlorure d'argent par le chlorure de soude que contiennent les alimens et par l'acide hydrochlorique du suc gastrique.

On est donc autorisé à penser que le chlorure doit être aussi efficace que le nitrate, en même temps que ses effets paraissent réellement moins incertains, qu'il est plus facile à administrer, moins susceptible de se décomposer, et sans goût désagréable. On peut l'administrer aussi sans danger, à quelque dose qu'il semble nécessaire pour obtenir la médication altérante ou tonique.

Administré à une dose inférieure, à 30 grains, il ne produit aucun effet ni irritant, ni même manifeste. A la dose de 30 grains, il détermine ordinairement des vomissemens. La meilleure manière de le faire prendre est en pilules. On peut le donner en poudre aux enfans, suspendu dans un sirop.

Deux grains administrés chaque jour pendant trois mois n'ont produit aucun symptôme désagréable, et dans aucun des cas nombreux où l'auteur dit l'avoir employé pendant longtemps, il n'a observé la coloration en noir de la peau.

Dans l'épilepsie, 3 grains administrés quatre ou cinq fois par jour ont produit les mêmes effets que le nitrate d'argent, mais plus marqués.

Dans la dysenterie chronique, la dose de un demi-grain à 3 grains détermine une diminution immédiate dans le nombre des selles et des coliques, avec amélioration dans la nature des matières et des symptômes.

L'auteur dit ne pas l'avoir administré lui-même fréquemment dans la dysenterie; mais, dans les cas où il l'a vu faire, il en a toujours observé d'heureux résultats.

Dans la diarrhée chronique et colliquative, les mêmes doses ont amené du soulagement, mais d'une manière moins marquée, moins uniforme et moins permanente.

Dans quelques cas où les règles étaient arrêtées depuis très longtemps, on les a vues revenir après deux ou trois semaines de traitement, et sans aucun autre moyen.

Un cas de syphilis secondaire, le seul où l'auteur ait employé ce traitement, s'est rapidement amélioré sous son influence.

DE L'ACTION DE CERTAINS CORPS INORGANIQUES INTRODUITS DIRECTEMENT DANS LE SANG; par M. JAMES BLAK.

Après quelques remarques préliminaires sur la manière dont les expériences ont été conduites et sur les secours qu'il a reçus de l'hœmodynamomètre de M. Poiseuille, l'auteur donne une liste des différentes substances salines dont il a noté les effets après les avoir injectées, soit dans le sang veineux, soit dans le système artériel, et disposées suivant la nature de ces effets. Il trouve d'abord que tous les sels qui ont la même base exercent des effets semblables, lorsqu'ils sont introduits directement dans le sang. Il étudie avec beaucoup de soin les phénomènes qui paraissent être le produit du contact direct de chacune de ces substances avec les tissus animaux, et plus spécialement les effets produits sur le cœur et les tissus musculaire et nerveux, ainsi que sur les capillaires du système pulmonaire et de la grande circulation.

La première série de ces expériences comprend celles qui avaient pour but d'étudier l'action des sels de magnésie. En quelque quantité que ces sels soient introduits dans le sang, on remarque qu'à l'instant même ils arrêtent l'action du cœur, et qu'ils déterminent de la manière la plus remarquable une prostration complète de la force musculaire.

Les sels de zinc produisent les mêmes effets, et dans les mêmes circonstances, mais à des doses moins élevées. L'auteur passe ensuite à l'action physiologique des sels de cuivre, de chaux, de strontiane, de baryte et de plomb; il fait ressortir surtout l'action que produisent les sels des trois derniers de ces métaux sur les tissus musculaires dans lesquels ils déterminent des contractions pendant plusieurs minutes après la mort produite par l'introduction de ces sels dans le sang. Ces contractions musculaires ont, dans quelques cas, persisté quarante-cinq minutes après que tous les mouvemens du cœur avaient cessé.

Viennent ensuite les expériences sur les sels d'argent et de soude, substances qui offrent une ressemblance frappante dans leur action sur le tissu pulmonaire, le cœur et le système capillaire général; car, tandis que, dans le cas de tous les autres sels dont nous avons déjà parlé, la mort semble être amenée par la destruction de l'irritabilité du cœur, le résultat funeste de l'action des sels d'argent et de soude agit sur le tissu des poumons.

Les effets physiologiques des sels de potasse et d'ammoniaque ne ressemblent à ceux d'aucune des substances précédentes. Bien qu'ils exercent exactement la même influence sur le cœur et le système capillaire général, ils diffèrent extrêmement dans leurs effets sur le système nerveux. L'ammoniaque diffère sous ce point de vue de tous les composés inorganiques, et se rapproche beaucoup des poisons tirés du règne organique, auxquels elle ressemble aussi par les propriétés chimiques.

La conclusion générale que tire l'auteur de ces recherches, c'est qu'il y a un rapport exact entre les propriétés chimiques des substances avec lesquelles il opérait, et leurs effets physiologiques, et que, quand elles ont été introduites dans le sang, celles qui sont isomorphes produisent des effets semblables sur les tissus vivons. Il signale cependant deux exceptions à cette loi, savoir, la similitude des effets produits sur le tissu pulmonaire par les sels de plomb, par ceux d'argent, bien que ces sels ne soient pas isomorphes, et aussi la différence entre l'action sur le système nerveux des sels d'ammoniaque et de ceux de potasse; mais il fait remarquer que l'oxide de plomb offre la plus grande analogie avec l'oxide de fer, dans ses rapports avec les composés organiques. Le fait général que l'auteur avait annoncé antérieurement dans le mémoire qu'il a lu devant l'Institut de France, savoir, que les sels qui ont la même base produisent des effets analogues, peut être considéré comme un corollaire général de la même loi.

RECHERCHES TENDANT A PROUVER L'ABSENCE DE VAISSEAUX SANGUINS DANS CERTAINS TISSUS ANIMAUX ET A DÉMONTRER QUE CES TISSUS JOUISSENT D'UN MODE SPÉCIAL ET UNIFORME D'ORGANISATION ET DE NUTRITION; par M. TOYNBEE.

L'auteur commence par décrire, dans une espèce d'introduction, la manière dont s'opère la nutrition dans les tissus animaux qui sont pourvus de ramification des vaisseaux sanguins, faisant observer que même, dans ces derniers, une certaine partie de leur étendue se développe sans être en contact avec des vaisseaux sanguins; puis, de ce fait, il passe à l'étude de la manière dont s'opère la nutrition dans les tissus dépourvus de vaisseaux sanguins qu'il divise en trois classes : 1° les cartilages articulaires et les fibro-cartilages; 2° la cornée, le cristallin et l'humeur vitrée; 3° les productions épidermoïdes, savoir : l'épithélium, l'épiderme, les ongles, la cornée, les poils, les dents, etc. Il démontre d'abord que l'action des organes dans la composition desquels entrent ces tissus serait incompatible avec l'existence de vaisseaux dans ces derniers; puis, pour démontrer l'absence des vaisseaux sanguins, il assure avoir constaté par des injections que les artères qui, au rapport des autres anatomistes, étaient représentées, comme pénétrant dans leur intérieur, sous forme de vaisseaux séreux ou de vaisseaux à sang rouge trop minces pour être pénétrés par les injections, se terminent réellement dans les veines au lieu de pénétrer dans ces tissus. Il fait voir aussi qu'autour de ces tissus privés de vaisseaux sanguins il y a de nombreuses nodosités vasculaires, de grosses dilatations et des plexus très compliqués de vaisseaux sanguins, dont le but lui paraît être d'arrêter la marche du sang et de faire qu'une grande quantité de ce liquide puisse circuler assez lentement autour de ces tissus, pour que le liquide de la nutrition puisse les pénétrer et se répandre dans toutes leurs parties. Tous les tissus non vasculaires auraient, selon lui, une structure analogue et seraient composés de corpuscules, auxquels il est porté à attribuer le principal rôle dans le mode de nutrition de ces tissus, soit en circulant dans leur intérieur, soit peut-être en modifiant la nature du fluide que les vaisseaux sanguins apportent autour d'eux. L'auteur, après avoir prouvé que ces corpuscules sont doués de propriétés actives et vitales, termine cette première partie de ses recherches en énonçant que la seule différence qu'il trouve entre le mode de nutrition des tissus vasculaires et de ceux où l'on ne trouve pas de traces de vaisseaux sanguins, c'est que, pour les premiers, le fluide destiné à leur nutrition est tiré du sang qui circule dans les capillaires répandus dans leur intérieur, tandis que dans les autres le fluide nourricier les pénètre en sortant par exsudation des vaisseaux dilatés qui les entourent, et que, dans les deux cas, les particules dont les tissus sont composés tirent de ce fluide les élémens qui servent à leur nutrition.

Passant alors en revue les différens tissus non vasculaires désignés ci-dessus, il indique la disposition qu'offrent autour de ces tissus les vaisseaux sanguins destinés à les nourrir et signale dans tous la présence de corpuscules qui présentent une disposition différente dans les différens tissus.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 10 JANVIER.

NOMINATION DES COMMISSIONS POUR LES PRIX MONTYON.

L'Académie procède à la nomination de la commission pour le prix Montyon de médecine et de chirurgie.

Sont nommés membres de cette commission :

MM. Magendie, Breschet, Double, Serres, Roux, Duméril et Larrey.

La commission pour le prix de physiologie expérimentale se compose de :

MM. Magendie, de Blainville, Duméril, Becquerel et Flourens.

MESURES SANITAIRES CONTRE LA PESTE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce, pensant qu'il y avait lieu à examiner de nouveau tout ce qui touche aux mesures sanitaires contre la peste, a envoyé une série de questions sur ce sujet aux consuls de France, de Chypre, Maroc, Tunis, Tripoli, Smyrne et Malte. Des réponses lui ont été adressées par ces fonctionnaires, et il les transmet à l'Académie.

Ces pièces sont renvoyées à la commission nommée pour faire un rapport sur les quarantaines.

MM. Marchand, Leval et Pizzoni, habitant Constantinople, écrivent également à l'Académie qu'ils ont recueilli beaucoup d'observations sur la peste, et qu'ils les lui communiqueront si elle juge qu'elles puissent être de quelque utilité.

Il sera répondu à ces Messieurs que l'Académie recevra avec intérêt les renseignemens qu'ils voudront bien lui transmettre.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 11 JANVIER. — PRÉSIDENCE DE M. FOUQUIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

TOCOLOGIE.

M. Capuron lit un rapport sur un nouveau procédé pour la version, proposé par M. Godefroy. M. le rapporteur rejette ce procédé comme inutile et même dangereux.

Les conclusions sont de remercier l'auteur, et de déposer son travail aux archives. (Adopté.)

M. CAPURON lit un second rapport sur une observation envoyée par M. Lasserre. Il s'agit d'une jeune femme qui, après avoir eu une perte de sang au moment de l'accouchement, fut ensuite prise de péritonite puerpérale, et succomba. L'autopsie montra que l'inflammation avait gagné l'utérus et plusieurs des viscères abdominaux, qui étaient en partie gangrenés.

M. Lasserre étant membre correspondant, il n'y a pas de conclusions.

M. VILLENEUVE : J'ai vu avec peine les critiques que M. Capuron a dirigées contre M. Lasserre. Gardons-nous de décourager par d'injustes reproches, un praticien qui a la candeur d'avouer un cas malheureux, alors surtout que sa conduite a été irréprochable. Je voudrais, en conséquence, que la partie du rapport qui est consacrée à ces critiques fût supprimée.

M. CAPURON : La pratique de M. Lasserre comme accoucheur est véritablement à l'abri de toute objection; mais, comme médecin consultant, je persiste à déclarer qu'elle donne prise aux critiques.

M. MOREAU : J'ai demandé la parole pour appuyer, autant qu'il est en mon pouvoir, les réflexions pleines de sens, de raison, et je dirai aussi de justice, qui vient de présenter M. Villeneuve. Evidemment, si le rapport de M. Capuron était publié tel que nous venons de l'entendre, il y aurait de quoi écraser un praticien honorable dont la conduite est au-dessus de tout reproche. A quoi bon d'ailleurs ces critiques *à posteriori*? Pouvons-nous juger d'aussi loin ce que les médecins présens ont déjà eu tant de peine à éclaircir ?

Du reste les observations de M. Capuron sont loin d'être admissibles de tout point. Il veut que, dans les fièvres puerpérales, on saigne à outrance; et je suis persuadé, moi, que les évacuations sanguinaires multipliées ne font alors que précipiter la funeste terminaison. L'état puerpéral, en effet, ne peut pas être comparé à ce qui se passe dans les péritonites accidentelles où le point de départ est bien une inflammation. C'est ici une maladie générale, un *morbus totius substantiæ*, et l'on comprend bien que les antiphlogistiques n'aient pas le même succès. Pour ma part, je suis certain que si l'on faisait un relevé de la mortalité de la Maternité pendant les 10 dernières années, et qu'on le comparât aux tableaux dressés il y a 30 ans, par exemple, alors que les déplétions sanguines étaient en faveur, on serait étonné de l'énorme avantage qu'offre la pratique moderne.

M. CAPURON : M. Moreau me reproche deux choses bien distinctes : la première d'avoir critiqué M. Lasserre; la seconde d'avoir adopté une mauvaise théorie, ou plutôt un traitement vicieux contre la péritonite puerpérale.

M. MOREAU : Entendons-nous d'abord sur ce point....

M. BOUILLAUD : Je demande la parole.

M. MOREAU : Avant d'aller plus loin, permettez-moi de m'expliquer. Je demande qu'à la première épidémie de fièvre puerpérale qui sévira à la Maternité, MM. Bouillaud et Capuron veuillent bien venir voir les malades avec moi et m'aider de leurs conseils. Je leur en fais l'invitation formelle.

M. CAPURON : Reprenons les objections que m'adresse M. Moreau. J'ai critiqué M. Lasserre, cela est vrai; car sa pratique m'a paru défectueuse et j'ai dû le dire; mais peut-être ses torts sont-ils autant du chef des consultans que du sien. Mais quant à la théorie, je persiste dans mes idées et je soutiens que les maladies inflammatoires qui surviennent chez les femmes nouvelles accouchées, doivent être traitées comme si elles n'étaient pas accouchées. C'est du reste aussi l'opinion de Stoll. Il est bien entendu que je fais abstraction des fièvres épidémiques. Et comme la malade de M. Lasserre ne se trouvait pas dans ce cas, j'affirme que si on l'avait saignée vigoureusement dès le principe, elle n'aurait pas succombé.

M. BOUILLAUD : Permettez-moi d'abord de répondre un mot aux observations générales de MM. Villeneuve et Moreau. Je crois que si l'on s'en tenait aux principes que ces Messieurs ont développés, il serait impossible de faire un seul rapport devant l'Académie. On dit que la famille du malade sera désolée si elle apprend que son médecin s'est trompé; mais croyez-vous que les parens vont s'amuser à lire le rapport de M. Capuron ? Et quand cela arriverait par hasard, manquerait-il de gens pour leur persuader que c'est M. Capuron lui-même qui s'est trompé dans son jugement sur M. Lasserre? Revenons donc aux vrais principes et reconnaissons que dès qu'un travail nous est envoyé, le rapporteur doit rester libre de le juger comme il l'entend.

Maintenant, aurait-on pu sauver cette femme en la traitant différement? Je ne suis pas de ceux qui se font prophètes après coup; mais il me sera bien permis

au moins d'arguer de l'expérience du passé. Aussi je dirai que beaucoup de maladies semblables à celle dont il est ici question ont été guéries par moi à l'aide des saignées répétées. Notez bien que c'était une maladie intercurrente; car ma formule ne s'applique point aux cas d'épidémie, non plus qu'à ces péritonites puerpérales qui foudroient quelquefois les malades en 36 ou 48 heures. Mais quant aux affections purement inflammatoires, ma méthode a surtout cela d'avantageux qu'elle a précisément pour but d'empêcher la formation des épanchemens purulens, toujours si graves par leurs suites, ainsi que les ulcérations, comme dans la fièvre typhoïde, par exemple. C'est grâce à ces heureux effets qu'elle guérit si sûrement et abrège de beaucoup le temps de la convalescence. Qu'on cesse donc de s'élever contr'elle et de chercher à la décrier, en dénaturant jusqu'à son nom, et l'appelant méthode jugulante, méthode des saignés coup sur coup. C'est ainsi qu'on fausse les idées sur son compte et qu'on empêche la vulgarisation d'un principe de traitement véritablement excellent.

M. Moreau : Je suis on ne peut plus satisfait du résultat de cette discussion, car il en ressort évidemment que nous sommes tout à fait d'accord, M. Bouillaud et moi. Il est bien avéré que, dans les épidémies de fièvre puerpérale, la méthode antiphlogistique employée seule ne guérit pas, et que jamais d'ailleurs elle ne doit alors être portée aussi loin que dans d'autres circonstances. La femme qui fait le sujet du rapport était au sein de conditions telles, qu'on n'aurait pu la saigner. Elle avait perdu une immense quantité de sang... (M. Capuron : Immense! Immense! immense!) Messieurs, sur ce point, j'en appelle à vos souvenirs. Eh bien! très souvent dans cet état, les femmes sont prises de petits accidens inflammatoires (M. Capuron : Petits!) et la mort survient sans qu'on ait trouvé l'occasion favorable pour oser se permettre de leur tirer une goutte de sang.

M. Capuron : Les hémorrhagies durant le travail ne contr'indiquent les évacuations sanguines ultérieures que lorsqu'elles ont été énormes. Or rien ne prouve que les choses se soient passées ainsi dans le cas présent. La perte de sang a été forte, il est vrai, mais enfin on a pu l'arrêter assez promptement.

M. Castel : Il est à regretter qu'on n'ait pas prêté plus d'attention au rapport de M. Capuron, et que les académiciens se soient dispersés pendant sa lecture. Pour moi, je ne suis pas de ceux qui l'ont écouté d'une oreille distraite. Au contraire, je me suis rapproché de l'auteur pour le mieux entendre. En effet, j'attache un grand prix à tout ce qui vient de M. Capuron, non seulement quand il parle, mais quand il gesticule; car un geste de M. Capuron en dit plus à lui seul que le discours le plus éloquent. Le rapport contenait quelques exagérations; mais on n'a pas dû s'en étonner. N'est-ce pas le même membre qui disait l'année dernière qu'avec une certaine méthode de traitement, la mort n'est qu'une exception? Malheureusement ces exceptions ne sont pas rares. Je crois, pour moi, qu'en général M. Capuron est trop disposé à s'attacher à un char. (Rire général; M. Capuron réclame avec vivacité.) Monsieur Capuron, je vous en supplie, modérez votre pétulance; j'écouterai à mon tour vos argumens. Ce qui vous manque c'est une conviction inébranlable; vous n'avez pas une idée fixe, Monsieur Capuron, vous n'avez pas de principes invariables!

Arrivons maintenant à l'observation. Que s'est-il passé? une perte de sang très considérable a eu lieu (M. Capuron : très considérable!), à sa suite survient une fièvre puerpérale. Des médecins sont convoqués; de là un conflit, effet naturel de notre extrême susceptibilité. Aujourd'hui le médecin appelé en premier lieu réclame auprès de nous contre ses confrères. Mais, Messieurs, est-ce que ceci nous regarde, et pouvons-nous prononcer ainsi après l'événement? Et cependant, M. Capuron assure avec confiance qu'un traitement opposé aurait sauvé la malade. (M. Capuron : J'ai dit *peut-être*.) J'admets la modification, mais ce *peut-être* est encore une témérité; car vous ne pouvez juger ainsi à travers le temps et l'espace. Messieurs, il faut plaindre ceux qui, pour accréditer une méthode de traitement, sont obligés de la louer ou de la faire louer par d'autres. A quoi bon tant de soins? Si elle est vraiment bonne, ne se répandra-t-elle pas d'elle-même?

Quant à l'autopsie, je dirai que dans la péritonite puerpérale, on ne trouve pas des amas de sang, des signes d'inflammation. J'ai ouvert des femmes deux heures après leur mort, et je n'ai rencontré qu'une infiltration générale de sérosité.

M. Bouillaud : Quand M. Castel a dit qu'une méthode vraiment bonne n'a pas besoin de prôneurs, tout le monde aura compris sur qui portait l'allusion. Je déclarerai seulement à M. Castel que je n'avais aucune connaissance de ce que contient le rapport de M. Capuron. S'il me connaissait, il saurait que je ne suis pas de ceux qui demandent des éloges. Je n'attache pas un assez grand prix au jugement des hommes pour aller mendier leurs suffrages; si j'ai fait quelque bien à mes semblables, la postérité m'en tiendra compte. En attendant, mes statistiques font foi des succès dus à ma méthode; et sur 2,000 malades soignés par moi depuis 10 ans, je défie qu'on en compte plus de 7 qui, ayant été traités en temps favorable, aient succombé.

M. Gérardin : Je regrette que dans l'observation de M. Capuron il n'ait pas été question de l'état du pouls. C'est pourtant là le guide le plus sûr, le meilleur thermomètre pour apprendre au médecin jusqu'où il doit pousser les évacuations sanguines dans la fièvre puerpérale. On a aussi dit que les viscères abdominaux avaient été trouvés gangrenés. Cela me semble au moins douteux. Sans doute, il ne s'agissait là que du ramollissement pulpeux qui frappe souvent ces organes dans la fièvre puerpérale. Cette dégénérescence se distingue pourtant des autres altérations analogues de ces viscères par un signe caractéristique; c'est que le parenchyme d'un organe qui en est atteint ressemble, à s'y méprendre, au parenchyme de tous les autres. Cette lésion est surtout fréquente dans les fièvres puerpérales épidémiques. Tout ceci montre que la malade dont parle M. Capuron se trouvait dans des conditions très défavorables, et que peut-être M. Capuron lui-même n'aurait pas pu la sauver.

M. Capuron : Il est vrai que je n'ai pas parlé de l'état du pouls, aussi avais-je prévenu que l'observation était très incomplète. M. Castel me reproche d'avoir dit qu'avec les saignées répétées, la mort est l'exception. Je vais plus loin aujourd'hui, et j'affirme que c'est une exception très rare, car depuis trois mois que la clinique de la Charité est ouverte, sur trente-trois ou trente-quatre malades qui y sont entrés, il n'en est mort qu'un seul.

M. Cornac propose de déposer aux archives l'observation de M. Lasserre et le rapport de M. Capuron.

M. Moreau : M. Lasserre demande qu'on lui dise s'il a bien ou mal fait; il serait donc convenable de lui répondre que l'Académie approuve sa conduite.

M. Bochoux demande qu'on imprime l'observation.

M. Villeneuve propose de renvoyer le rapport au comité d'administration qui sera chargé de lui faire subir les coupures nécessaires.

M. Bégin : L'Académie doit d'abord décider si elle répondra à M. Lasserre; ce n'est qu'en cas d'affirmation qu'il y aurait lieu à délibérer sur la teneur de la lettre qu'on lui adressera.

M. Barthélemy : Je crois que le jugement qu'on demande à l'Académie ne doit pas être porté par elle. Elle n'a entendu que les raisons de M. Lasserre, et ne connaît pas les argumens que pourraient faire valoir ses adversaires. Comment pourrait-elle donc se prononcer entr'eux?

L'Académie consultée décide que le rapport ne sera pas inséré au Bulletin.

La séance est levée à cinq heures.

ENSEIGNEMENT MÉDICAL.

RAPPORT PRÉSENTÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, AU NOM D'UNE COMMISSION, COMPOSÉE DE MM. CAIZERGUES (DOYEN), BROUSSONNET, DUBREUIL, SERRE, D'AMADOR, ESTOR ET BOUISSON, PROFESSEURS, RELATIF A UNE NOUVELLE CONDITION POUR LE DOCTORAT; par M. le professeur D'AMADOR.

Messieurs,

Vous avez chargé une commission, composée de MM. Caizergues, Broussonnet, Dubreuil, Serre, Estor, Bouisson et moi, de vous faire un rapport sur une proposition ministérielle, d'après laquelle le service des hôpitaux, en qualité d'élève ou d'externe, deviendrait une condition de rigueur pour le doctorat en médecine.

M. le ministre fait, à cette occasion, un appel au zèle de la Faculté de Montpellier pour les bonnes études.

La commission, pour y répondre, a cru devoir étudier la question sous toutes ses faces; et c'est après un examen approfondi, qu'elle vous offre ses vues sur la proposition, qu'elle a considérée dans ses rapports avec les *écoles préparatoires* et avec les *facultés de médecine*.

Votre commission s'est d'abord demandé quel serait le but de cette mesure.

Le but, dit la lettre ministérielle, *est de procurer aux élèves des notions pratiques élémentaires*: en d'autres mots, de leur faire apprendre l'art de faire une saignée, d'appliquer un bandage, de placer un vésicatoire. La mesure ne tendrait donc qu'à former des élèves externes, et son objet serait de rendre la petite chirurgie obligatoire.

La commission a cru devoir commencer par vous rappeler, Messieurs, qu'une pareille *disposition réglementaire* existait déjà, et que la législation universitaire en fait une prescription formelle. L'arrêté du conseil royal, du 1er mars 1825, article 1er, fait une obligation aux élèves de troisième et quatrième année de suivre les *cliniques*; et un autre arrêté, du 26 septembre 1837, article 2, en fait aussi une obligation à ceux de la seconde année, et il ajoute que *les élèves de la première année assisteront aux visites des hôpitaux pour se familiariser avec les objets qui sont du ressort de la petite chirurgie*. La commission doit vous rappeler encore que c'est en vertu de ces prescriptions que presque tous nos élèves possèdent ces premières notions de l'art chirurgical, et que l'école pratique d'anatomie et d'opérations chirurgicales a pour but d'atteindre et même de dépasser ce premier et très modeste degré des connaissances.

M. le ministre nous a dit, dans sa lettre, que c'est pour maintenir la supériorité des facultés sur les écoles préparatoires que la mesure est prise.

La faculté, reconnaissante envers M. le ministre d'une intention si digne à tous égards de sa haute sollicitude, souhaiterait, pour en assurer l'accomplissement, qu'il ne fût permis de faire le stage que dans les facultés de médecine; les garanties de tous les genres se trouvant réunies

dans ces grands corps, et Montpellier possédant dans ses hôpitaux, comme M. le ministre ne l'ignore pas, toutes les facilités désirables.

La faculté conseillerait, en outre (si la mesure devait être adoptée), que les élèves ne pussent être admis à faire l'externat qu'après leur huitième inscription, et lorsque quelques connaissances de la théorie auraient ouvert leur esprit aux études de la pratique, un examen préalable fait par les professeurs de clinique devant constater cette aptitude.

Votre commission, Messieurs, ne pense pas avoir besoin de grands développemens pour démontrer les avantages attachés au stage fait exclusivement dans les facultés de médecine; et pourtant elle a cru opportun d'entrer, à cet égard, dans quelques considérations, dont la justesse lui a paru irrécusable.

Tout autre établissement que les facultés, Messieurs, ne pouvant être, par la nature des choses et la volonté sage du gouvernement, que des *écoles préparatoires*, ces écoles seront loin d'acquérir jamais cette force et cette vigueur qu'on ne retrouve que dans de grands corps scientifiques, depuis longtemps en possession du haut enseignement, entourés de toutes les conditions d'un personnel nombreux, distingué, choisi, qu'une noble émulation vivifie, et dont les traditions doctrinales font la prospérité et le lustre.

L'expérience de l'histoire plaide en faveur de cette thèse. Avant la révolution de 89, il existait vingt-cinq facultés de médecine. La révolution arriva, et dans ce naufrage général du passé, deux facultés survécurent: Paris et Montpellier furent conservés, tout le reste à peu près (1) supprimé ou aboli. Et pourquoi, Messieurs? Parce que Montpellier et Paris représentaient quelque chose; parce que Paris et Montpellier avaient chacun une illustration et une doctrine, un passé qui répondait de l'avenir et garantissait leur célébrité progressive; parce que l'un et l'autre étaient, dans le sens scientifique et moral du mot, de véritables écoles; parce qu'enfin, humbles satellites des premières, les autres facultés, celle d'*Orange* y comprise (car en ce temps-là il y avait aussi une faculté à Orange), ne faisaient que recevoir l'impulsion des deux grandes métropoles de la médecine. Aussi la loi du 14 frimaire an III, confirmant, sous le nom d'*écoles de santé*, l'existence des anciennes *facultés de Paris et de Montpellier*, ne fit que consacrer un fait et rendre hommage à un grand principe, savoir: qu'on ne forme pas des écoles dans le sens scientifique; qu'au sens administratif, on peut en créer un très grand nombre; mais que, dans la signification intellectuelle du mot, personne ne les a jamais faites, personne ne les fera; qu'elles se font d'elles-mêmes, par le progrès du temps, le génie de leurs maîtres, et par je ne sais quel instinct d'intelligence, qui fait qu'une contrée, qu'une race d'hommes, qu'un peuple est particulièrement propre à telle industrie, à telle branche de commerce, à telle forme politique de gouvernement, à tel ordre d'idées et de connaissances qui manque à tous les autres.

C'est assez vous dire, Messieurs, que vous n'aurez point à redouter une concurrence scientifique de la part de ces établissemens, inférieurs aux facultés, en rang, en lustre, en importance. Mais l'essaim (passez-moi l'expression) de ces petites écoles qui couvrent à ce jour le sol de la France éparpille la jeunesse médicale, fausse son esprit, dénature ses habitudes, donne le goût de la petite science, énerve l'émulation, fait passer les faibles études en coutume; et arrivés chez vous, vous n'avez plus à former des élèves, mais à les déformer en quelque sorte, prenant, comme vous prenez, des jeunes gens dont les habitudes d'esprit sont faites et par malheur à refaire. Trop heureux encore, quand ils vous feront l'honneur de rester chez vous assez longtemps pour refondre, ne serait-ce qu'en partie, leur éducation médicale, vicieuse ou incomplète!...., Et c'est ici que la commission va vous montrer, qu'en vertu de quelques droits accordés aux *écoles préparatoires*, elles peuvent garder les élèves plus longtemps que vous-mêmes.

Indépendamment des inconvéniens attachés à une éducation médicale inaugurée avec d'autres maîtres, sous l'auspice de principes différens, et le plus souvent dans l'absence, il faut bien le dire, de tout principe, il est facile de démontrer, Messieurs, que les élèves ne viendront et ne viennent de fait chez vous que pour recevoir un *diplôme*, et jamais pour apprendre. Les facultés, que deviennent-elles alors?.... Les facultés deviennent ainsi, et au grand détriment des fortes études, des bureaux de réception, et pas autre chose.

D'abord, les élèves peuvent rester deux ans dans les écoles préparatoires sans être ni *bacheliers ès-lettres*, ni *bacheliers ès-sciences*, et ces deux années comptent pour autant dans une faculté de médecine. Il paraîtrait même, d'après le silence de l'ordonnance royale du 13 octobre 1840, relativement à la possibilité de convertir les inscriptions d'*écoles préparatoires* en inscriptions de facultés, que les élèves pourraient de fait ne venir dans ces dernières que pour recevoir leurs grades.

Mais faisons la meilleure supposition: admettons qu'ils vous arrivent à la troisième année de leurs études; force leur est de s'occuper des sciences accessoires, pour obtenir ces diplômes dont on les exempte dans les *écoles préparatoires;* et une seule et dernière année reste pour les études importantes de la chirurgie et de la médecine! Nous voyons ainsi chaque jour des élèves devenir docteurs un an et même quelques mois après leur *baccalauréat ès-sciences*, et se montrer aussi dépourvus de connaissances en sciences accessoires qu'en tout le reste. Or, il faut bien le dire, Messieurs, c'est que la législation actuelle les oblige à l'acquisition, en très peu de temps, d'une effrayante quantité de connaissances. Quand on songe qu'en quatre années il leur faut suivre de 35 à 40 cours, s'initier à des sciences si diverses, et se familiariser avec un si grand nombre d'études différentes, on ne peut s'empêcher de croire que la législation sur ce point est à refaire.

Le gouvernement a très à propos rétabli le *baccalauréat ès-sciences.* Le but qu'il se proposait était louable; il est indiqué dans l'exposé des motifs qui précèdent l'ordonnance du 9 avril 1836. L'autorité supérieure désirait fort sagement diminuer le nombre des médecins en les rendant plus capables. Mais le but a été manqué dès qu'on a permis de commencer la carrière médicale sans avoir terminé ni celle des *lettres*, ni celle des *sciences;* dès qu'on a voulu compter pour quelque chose le temps passé auprès des *écoles préparatoires*. Les élèves, d'un côté, ont acquis moins de connaissances, puisqu'en moins de temps ils sont obligés à terminer trois carrières au lieu d'une; d'un autre côté, la grande science a été sacrifiée à la petite, puisqu'ils peuvent rester dans les *écoles préparatoires* presque la totalité du temps de leurs études.

Il résulte donc, Messieurs, de la discussion dans laquelle nous venons d'entrer, que l'existence même des *écoles préparatoires* est nuisible aux bonnes études; et qu'il est impossible à ces écoles de donner une éducation médicale forte et complète, les élèves qui nous arrivent de ces écoles se plaignant eux-mêmes de l'absence d'instruction suffisante.

Il résulte que l'organisation actuelle de ces écoles aggrave le mal, puisque tout est fait pour y retenir les élèves.

Il résulte enfin que ces écoles, dotées déjà d'un tiers des droits des facultés de médecine, demanderont bientôt les deux autres tiers, c'est-à-dire les 16 inscriptions, puis la totalité, c'est-à-dire la confection des grades; et que le jour n'est pas éloigné où vous entendrez prier le gouvernement de rétablir à vos portes, comme avant 89, la fameuse faculté d'*Orange*, destinée à coopérer avec vous au lustre et à l'enseignement de la médecine.

Faut-il, Messieurs, vous montrer maintenant, que permettre de faire le stage aux *écoles préparatoires*, accroît, au lieu de diminuer, les inconvéniens indiqués?..... Non, car chacun de vous a déjà déduit cette conséquence. Votre commission a donc pensé qu'il convenait de prier l'autorité supérieure de daigner fixer son attention sur les considérations qui précèdent; elle a pensé qu'il était opportun de prier M. le Ministre de faire rétablir l'ordonnance royale du 5 juillet 1820, qui prescrit que nul ne sera admis à s'inscrire dans les facultés de médecine, s'il n'a obtenu le double grade de bachelier ès-lettres et de bachelier ès sciences;

De plus, que le temps passé aux écoles préparatoires ne devra point compter dans les quatre années à passer auprès des grands centres d'instruction médicale.

Qu'enfin le stage pratique, s'il doit être adopté, n'aura lieu que dans les facultés de médecine.

Que si le gouvernement, Messieurs, guidé par ces graves motifs, augmente de deux années la durée de la scolarité, il prendra une mesure profitable à la science, utile aux élèves, conservatrice des bonnes études, et dont l'urgence est sentie par tout ce qui a droit à émettre une opinion sur l'organisation de la médecine. Les deux premières années pourraient alors être employées dans les *écoles préparatoires*, à condition de continuer et de terminer la carrière médicale par un séjour de quatre ans dans les facultés.

La nouvelle condition au doctorat pour laquelle on vous consulte, Messieurs, vient d'être étudiée dans ses rapports avec les *écoles préparatoires*. Examinons-la dans ses relations avec les *facultés de médecine*; considérons-la, et en elle-même, et dans ses très probables conséquences.

Amenée à l'étude directe de la proposition, votre commission s'est dit: que les exigences légitimes de l'art ne sont pas satisfaites une fois qu'on a appris à manier une lancette, à ouvrir un cautère, à rouler une bande; et que si ces connaissances méritent de la considération, et ceux qui les pratiquent de l'estime, les élèves qui les possèdent exclusivement sont loin de compter parmi les médecins et chirurgiens distingués qui sortent des écoles. Votre commission pense, en conséquence, que la mé-

(1) Nous disons *à peu près*, car avec Montpellier et Paris il n'y eut que Strasbourg qui mérita d'être excepté.

sure, malgré la louable intention qui l'a dictée, pourrait viser plus haut, et tendre à une fin telle que les connaissances médicales et chirurgicales, théoriques et pratiques, pussent en ressentir l'influence. Il sera toujours aisé, Messieurs, croyez-le bien, de faire d'un vrai médecin un homme habile à la petite chirurgie; l'inverse sera toujours difficile. L'externat obligé n'ayant pour but de former ni de vrais médecins, ni de vrais chirurgiens, loin d'être d'une rigoureuse importance, a semblé à votre commission très accessoire; et si elle ne le considère pas absolument comme dépourvu d'utilité, il lui a paru tout-à-fait insuffisant.

Sans doute il serait à désirer que tout le monde possédât ces *notions pratiques élémentaires*. En fait de connaissances peut-on contester l'utilité ?... Non... Mais si l'on ne peut mettre en doute l'opportunité de tout savoir, on peut rationnellement discuter sur la possibilité de tout apprendre; on peut discuter de plus sur les inconvéniens de certaines notions, quand elles sont exclusivement prescrites. Or, votre commission a jugé que, sous ces deux nouveaux rapports, la mesure n'atteignait pas encore son but.

On peut nier, pour tous les élèves sans exception, le goût, et, qui plus est, l'aptitude à les acquérir. Les vocations varient, Messieurs Boërhaave, Barthez, Haller et mille autres médecins distingués ou illustres n'ont jamais eu celle qu'on exige. Il est plus que douteux que Celse ait jamais pratiqué ni la chirurgie ni la médecine, et c'est à lui pourtant que nous devons le détail le plus fini des connaissances médicales et même chirurgicales de son époque. On n'a jamais vu les grands architectes, Soufflot, Perrault et autres, être des maçons habiles; et quoique dans l'opinion de votre commission on ne doive pas se guider dans les règles générales par les hommes d'élite, ces exceptions démontrent l'impossibilité de faire de certaines notions pratiques une condition imprescriptible. Tel élève peut être mal habile aux opérations de la petite chirurgie, qui aura une intelligence capable de comprendre les lois élevées de la science et les profonds principes de l'art et de la pratique. N'est-ce pas là, Messieurs, ce que l'exercice de l'enseignement révèle à chacun de nous avec la dernière évidence ?...

Notre art se compose d'une foule de connaissances si distinctes, si diverses; il a à étudier l'homme sous tant de rapports différens, rapports physiques, chimiques, mécaniques, rapports de vitalité et même d'intelligence, que la tête la plus vaste a de la peine, si ce n'est de l'impossibilité, à les embrasser tous dans leur unité compréhensive. Et c'est cette foule de rapports qui donne naissance aux vocations variées de la médecine; c'est cette multitude de points de vue qui est la source de tant de spécialités pratiques, puisqu'elle est et demeure la cause réelle de la profonde difficulté à se distinguer également dans toutes. L'entreprise est, en effet, radicalement impossible, et cette impossibilité, il faut bien le répéter, est ici le fait, non de l'artiste, mais bien de l'art et de l'objet qu'il étudie.

Par la condition indiquée, on voudrait rendre obligatoire le service externe des hôpitaux.... Rien de mieux.... Mais pourquoi cette exclusion des autres études, et pourquoi aussi cette préférence?.... Et c'est ici, Messieurs, que la proposition, étudiée dans ses rapports avec *l'enseignement scientifique*, vous apparaîtra avec ses très probables conséquences.

Dire aux élèves qu'outre leur cinquième examen de *pratique*, un double certificat de *pratique* est encore exigible d'eux, c'est leur dire que la pratique est tout, et que seule elle est légalement et scientifiquement quelque chose. C'est du même coup encombrer les hospices et faire déserter les écoles; remplir les cliniques, et faire abandonner les cours de réflexion théorique. Ce sera reléguer la science, qui n'est que trop reléguée déjà, pour ne s'attacher qu'à l'art dans sa signification la plus restreinte; ce sera faire bon marché de la réflexion et la remplacer par l'action, en dépouillant la seconde de la force, de l'étendue et de la rationnelle direction qu'elle tient de la première; ce sera, enfin, au lieu de le détruire, renforcer le préjugé du jour qui domine toutes les questions, et qui est par malheur en possession de les résoudre toutes, savoir : que ce qui est immédiatement *utile* doit seul être appris; que la *pratique* est tout, et que la science peut être négligée sans grand dommage, ni pour les succès de l'art, ni pour les intérêts surtout de ceux qui le pratiquent.

Le mesure exclusivement prise tendrait donc à confirmer un préjugé, et aiderait à l'oubli d'un principe qu'il faudrait, au contraire, mettre de plus en plus en évidence.

Tous les arts, Messsieurs, ont leurs sciences dont ils relèvent : chaque classe d'arts dépend d'une catégorie de sciences co relatives. Or, c'est à ces sciences qu'est dévolue la mission d'enseigner, d'exposer les vérités fondamentales et l'ensemble systématique des principes. C'est ainsi que les arts qui dépendent des sciences mathématiques, astronomiques, géodésiques, sont cultivés aux Instituts *pratiques* qui leur sont propres, après pourtant que les sciences dont ces arts relèvent ont été approfondies dans les écoles respectives. On ne forme pas, si l'on veut, des marins au *bureau des longitudes*; mais l'on y enseigne les sciences, qui seules donnent à l'art du marin la certitude, l'étendue, la force de précision et de prévision dont il est susceptible. Il règne même une propension marquée de nos jours à étendre les notions scientifiques aux arts, même les plus mécaniques: tel est le but des *Ecoles des Arts et Métiers*; tel a été encore l'objet de plusieurs cours faits aux ouvriers par des savans distingués de notre époque.

Or, il est curieux de faire remarquer qu'à mesure que cet esprit scientifique s'applique, en se généralisant, aux arts les plus humbles, il s'éloigne de l'art de la médecine; il est curieux de voir, et pourtant pénible à observer, que la médecine seule oublie la science pour l'art, qui reste alors sans appui solide. Et quel est l'art que l'on dépouille ainsi des priviléges de la réflexion, Messieurs?... Celui qui en a le plus besoin; celui qui sans réflexion devient le plus dangereux, parce qu'il sera le plus aveugle des empirismes; celui chez qui la réflexion est de tous les instans un besoin impérieux, formel, absolu, imprescriptible; car dans l'art médical, conjectural de sa nature, à l'artiste qui conjecturera le mieux, ou qui réfléchira le plus, c'est tout un, appartiendra de droit le succès pratique.

La commission avait donc raison d'affirmer que la mesure tendrait à fortifier le préjugé, au lieu de le vaincre.

Votre commission, Messieurs, se croit donc autorisée à conclure :

1° Que le but qu'on se propose par la nouvelle condition au doctorat paraît insuffisant;

2° Que, d'un côté, les aptitudes variant, il y aurait des difficultés, des impossibilités même, à exiger de tout le monde celles qu'on prescrit;

3° Qu'isolée de bien d'autres mesures concernant l'enseignement scientifique, celle pour laquelle on vous consulte pourrait enraciner des préjugés funestes à la science médicale et à la pratique;

4° Que, pour lui enlever une partie de ces inconvéniens, il serait opportun de ne conseiller l'adoption qu'aux conditions qui suivent :

Que le stage serait fait exclusivement dans les facultés de médecine;
Que les élèves n'y seraient admis qu'après leur huitième inscription;
Qu'un examen préalable constaterait leur aptitude;
Qu'enfin, les études théoriques obtiendraient les mêmes moyens ou des moyens analogues de contrôle.

5° De prier instamment, à cette occasion, M. le ministre de l'instruction publique, de vouloir bien ordonner qu'on rétablisse dans toute sa teneur l'article 4 de l'ordonnance royale, du 5 juillet 1820, qui prescrit *que nul ne sera admis dans les facultés de médecine s'il n'a obtenu le grade de bachelier ès-sciences*; et qu'on risque d'augmenter de deux années la durée des études, les élèves soient obligés à passer en outre quatre ans dans les écoles du haut enseignement, c'est-à-dire dans les facultés de médecine.

Pleine de confiance dans les vues élevées qui distinguent le chef actuel de l'instruction publique, ainsi que dans la prudente habileté de M. le conseiller chargé de l'administration de la médecine, la commission espère, Messieurs, qu'avant de prendre un parti définitif, le gouvernement daignera peser les raisons que la faculté de Montpellier soumet respectueusement à sa haute sagesse.

Plusieurs des vues exposées dans le rapport qui précède ne peuvent qu'obtenir l'assentiment général; mais il en est quelques autres qu'on ne pourrait adopter sans restriction ou du moins sans discussion. En publiant ce document, émané de la faculté de Montpellier, nous n'entendons pas en approuver entièrement l'esprit et la lettre; et nous ferons, à cet égard, des réserves dont nous aurons occasion sans doute d'expliquer les motifs. Mais, en attendant, nous devons rendre hommage à la générosité des sentimens, à l'élévation des vues, et à la distinction du langage de ce beau rapport. La faculté de Montpellier, en chargeant M. Risueno d'Amador de porter la parole en son nom, ne pouvait choisir un plus digne interprète.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES DES ENFANS, DEPUIS LA NAISSANCE JUSQU'A LA PUBERTÉ, FONDÉ SUR DE NOMBREUSES OBSERVATIONS CLINIQUES ET SUR L'EXAMEN ET L'ANALYSE DES TRAVAUX DES AUTEURS QUI SE SONT OCCUPÉS DE CETTE PARTIE DE LA MÉDECINE; par G.-A. BERTON, D. M. P., avec des notes de M. le docteur

Baron, médecin de l'hospice des Enfans-Trouvés. — Deuxième édition entièrement refondue; 800 pages in-8. Paris, 1842, chez J.-B. Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Ce qu'on peut dire de la science d'une manière générale, que plus les limites s'étendent, plus le besoin d'études spéciales se fait sentir vivement, peut être dit en particulier de la pathologie, qui a vu déjà plusieurs branches importantes se séparer du tronc principal avec un avantage non douteux pour la pratique et aussi pour les études médicales. Depuis longtemps les maladies des enfans ont été l'objet de travaux spéciaux; mais à aucune époque ce besoin ne se fit aussi vivement sentir qu'aujourd'hui, après les nombreux et importans matériaux qu'une foule de jeunes médecins ont recueillis et publiés depuis quelques années. Tous ces matériaux, semés dans différens recueils périodiques, dans des mémoires, dans des ouvrages trop spéciaux pour arriver entre les mains de tous les praticiens, devaient, pour être employés utilement, être mis à la place qui leur convient, après toutefois avoir été examinés, comparés et rapprochés avec soin. Cette tâche, qui supposait dans celui qui s'en chargerait, non seulement de ces connaissances générales, indispensables à tout médecin praticien ou écrivain, mais encore des études spéciales qui lui donnassent le pouvoir et le droit de juger la nature et la valeur de tous les matériaux accumulés récemment sur les maladies des enfans. Cette tâche, M. Berton l'a acceptée après s'y être préparé par des recherches spéciales sur les maladies des enfans, qu'il a publiées dans plusieurs mémoires, et avoir offert, en 1837, un premier essai, dont le volume que nous avons en main est la seconde édition.

Le succès du premier essai de M. Berton l'a déterminé à donner à son travail, dans cette seconde édition, tous les développemens nécessaires pour en faire un ouvrage complet et pour qu'il présentât réellement l'état actuel de la science sur cette branche importante de la pathologie. Toutes les questions ne sont cependant pas traitées dans cette seconde édition avec la même largeur; l'auteur s'est contenté de tracer le cadre des maladies qui se présentent chez l'enfant avec les mêmes formes et les mêmes caractères que chez l'adulte, réservant les développemens pour les affections qui sont particulières aux enfans, ou qui offrent chez eux des caractère ou des phénomènes spéciaux. Cette marche a été surtout observée dans quelques considérations sur la pathologie générale de l'enfance, qu'il a réunies sous forme d'introduction dans le premier chapitre.

Dans les cinq chapitres suivans, M. Berton étudie successivement les affections encéphalo-méningées, les affections bucco-pharyngiennes et laryngées, les affections des organes de la respiration, celles de l'appareil gastro-intestinal, et enfin celles de la peau; puis il réunit, sous le titre d'appendice, tous les autres états morbides qui n'ont pu être compris dans les cinq classes que nous venons d'indiquer. Arrêtons-nous quelques instans sur les points qui ont le plus occupé l'attention des pathologistes pendant ces dernières années sur les maladies des enfans.

Malgré les travaux modernes sur les maladies de l'encéphale chez les enfans, il reste encore bien des causes de doutes et de nombreuses incertitudes, non seulement sur la nature, la cause et le traitement de ces affections, mais même sur leur diagnostic, leur siége et l'histoire du développement des altérations qu'on leur rattache, soit comme cause, soit comme effet. Toutes les opinions trouvent encore des faits pour les appuyer. « Chacun rapporte des faits en faveur de son opinion, dit M. Berton,....., il en est on effet pour toutes, et de telle sorte même qu'une assertion ne détruit pas l'autre, et que si l'on oppose les uns aux autres ces avis et documens divers, on trouve, en résumé, que leurs auteurs tendent collectivement à mettre hors de doute une conséquence en opposition directe avec les conclusions que chacun avait prises en particulier, savoir que *des caractères anatomiques variables peuvent se rencontrer à la suite des groupes de symptômes dits hydrocéphaliques.* » Aussi annonce-t-il qu'il cherchera à « démontrer que la maladie, qui tour à tour a reçu les noms de fièvre cérébrale des enfans, d'hydrencéphale aiguë, de méningo-céphalite, etc., peut être constituée, soit par une irritation plus ou moins vive, soit par une inflammation plus ou moins intense, plus ou moins étendue, diversement localisée, séparée ou réunie du cerveau et de ses enveloppes, et qu'elle présente des caractères anatomiques et physiologiques nombreux, variables, inconstans même, soit dans leur succession, soit dans leurs rapports réciproques, soit dans leurs manifestations, de sorte que s'il était toujours possible de distinguer entre elles, pendant la vie, les affections multiples, quoique de même nature, mais différentes quant à leur siége, leur degré et leurs symptômes, qui se trouvent comprises sous ces désignations, les dénominations de méningite, encéphalite, méningo encéphalite, ou celle d'irritation ou même d'hypérémie cérébrales seraient alternativement les seules véritablement convenables. » Nous devons dire qu'à l'appui de cette grave accusation portée contre l'insuffisance des méthodes modernes, M. Berton traita trois observations d'affection cérébrale offrant des exemples de ces différentes formes morbides; ces résultats sont trop d'accord avec ceux recueillis par tous les observateurs dégagés réellement de toute idée préconçue qui se sont occupés de l'étude des affections cérébrales chez les adultes, pour que nous croyions devoir insister plus longtemps sur ce point.

Une des formes des maladies cérébrales chez les enfans a cependant été signalée tout récemment et presqu'en même temps par plusieurs auteurs, et avec une uniformité de vues telle qu'il paraît impossible de douter de la réalité des résultats obtenus jusqu'ici. La méningite tuberculeuse, si elle conserve dans la pathologie la place à laquelle semblent l'appeler les travaux si récens de M. Fabre et Constant, de MM. Rufz, Becquerel et Gerhard, sera l'une des plus belles conquêtes de la médecine moderne, non seulement sous le point de vue de l'anatomie pathologique, qui, quelqu'intérêt qu'elle présente dans les amphithéâtres, a encore fourni si peu d'applications utiles à la pratique, mais surtout sous celui de l'étiologie et même du traitement. Quand il sera bien démontré que les granulations méningiennes sont le résultat d'un dépôt à la surface du cerveau ou de ses membranes de cette même matière que l'on retrouve si fréquemment chez l'adulte dans les poumons, et chez le vieillard dans divers organes, quand il aura été prouvé que ces granulations sont de formation primitive; qu'elles ne sont point le résultat d'une irritation ou d'une inflammation ordinaire, et qu'elles sont, au contraire, la cause, le point de départ de tous les phénomènes pathologiques qui semblent accompagner leurs développemens, alors la pathologie des affections tuberculeuses et celle des maladies aiguës et chroniques du cerveau chez les enfans auront fait un grand pas; et, nous en avons la confiance, des recherches basées sur ces premiers résultats et sur tous ceux que la science possède déjà sur les affections tuberculeuses en général, ne tarderont pas à conduire à la découverte d'un moyen propre à arrêter le développement de cette dégénérescence, qui frappe ainsi, aux divers âges, les organes les plus importans à la vie, et enlève, sous des formes variées, une grande partie de la population. Nous citerons le passage par lequel M. Berton termine le tableau des travaux faits depuis quelques années sur la méningite tuberculeuse, après avoir énoncé l'opinion que la production de ces corpuscules résulterait, selon lui, de l'état organique d'organite préexistant, lesquels, dans cette hypothèse, ne seraient le plus souvent, sous le rapport de la méningite, que l'effet d'une irritation antérieure, tandis que, d'après M. Fabre et les autres écrivains que nous avons nommés, ils en seraient la cause première. « En résumé, nous croyons que dans ces travaux la question n'est envisagée que sous une de ses faces; qu'elle l'est d'ailleurs sous un jour plus que douteux relativement au point de départ de la lésion et des complications nécessaires. »

Nous aurions désiré appeler encore l'attention sur quelques autres affections qui offrent chez les enfans des caractères différens de ceux que l'on observe chez les adultes, mais nous renvoyons avec confiance au livre de M. Berton. Les citations que nous venons de faire ont probablement assez prouvé que, tout en tenant compte des travaux les plus récens, il ne se laisse point aller à cet enthousiasme qui est si fâcheux dans les sciences, et qui surtout a été si constamment nuisible au vrai progrès des sciences médicales. Le lecteur n'y trouvera point ces fatras de chiffres pour lesquels on a fait inutilement tant de bruit, mais il y reconnaîtra, ce qui vaut mieux, une bonne direction pratique, et même l'indication de tous les faits scientifiques de quelque valeur qui n'ont point encore fourni d'utiles applications. Enfin, quant à l'ouvrage considéré dans son ensemble, nous devons dire, non seulement qu'il est complet, mais qu'il l'est plus qu'aucun de ceux publiés depuis quelques années sur les maladies des enfans, et qui ne comprennent qu'une partie de l'enfance, ou sur quelques affections seulement auxquelles elle est sujette.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 4. (TOME X. — 1842.) SAMEDI 22 JANVIER 1842.

Gazette Médicale
DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des Hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PHYSIOLOGIE GÉNÉRALE.

DUALISME MULTIPLE DE L'ORGANISATION, ET DE SES ANTAGONISMES DANS L'HOMME ET LE RÈGNE ANIMAL; par J.-J. Virey.

Art. 1er. — Une loi nécessaire d'équilibre fait que les élémens doivent se pondérer spontanément, non pas au hasard, mais sous l'empire d'une cause éminemment intelligente et prévoyante dans ses fins. Jusque parmi les minéraux dominent, dans leurs formes géométriques, deux principes antagonistes tels qu'un acide et une base, ou les deux pôles d'un aimant, d'une pile voltaïque. De même il y a attraction et répulsion chimiques, forces centripètes et centrifuges pour la génération et la corruption, la vie et la mort, ou l'organisme et la désorganisation dans les êtres animés. On a dit que l'*amour* et la *haine* constituent le monde; de là naquirent l'harmonie et la dissonance, la perfection et la monstruosité, la vertu et le vice, etc. En procédant par ces luttes contrastantes, la nature établit un *repos milieu*, au moyen de tensions égales ou correspondantes; aussi, des produits normaux, résultent des résistances pareilles au point d'appui qui se noue par le conflit de ces efforts (1).

On ne peut nier que les organismes ne manifestent cette opposition d'antagonisme. Nous avons exposé ailleurs pourquoi les *êtres essentiellement hermaphrodites*, à sexes soit réunis, comme dans la plupart des végétaux, soit confondus, comme avec les zoophytes, et *tous acéphales*, sont astreints à des formes circulaires, rayonnantes, le plus souvent quinaires autour d'un centre commun (2). Il en est tout autrement des animaux polarisés et dioïques, ayant leurs deux extrémités rivales, dont l'antérieure porte toujours une tête, la postérieure les organes génitaux. Ces animaux symétriques (*zygomorphes* de M. Blainville) offrent deux moitiés latérales accolées sur un axe intermédiaire avec des membres doubles, ou appendices correspondans (3). Ils ont aussi le dos constamment

(1) De là naquit le système philosophique du dualisme en Orient; Oromaze et Ahrimane, reçu ensuite par les Manichéens, etc.

(2) Le nombre *cinq* ou ses multiples, 10, drie, icosandrie, etc., est le plus fréquent chez les plantes, ou dans les divisions des zoophytes rayonnés, et jusque dans les digitations des vertébrés. Néanmoins, le nombre *quaternaire* et ses multiples se rencontrent aussi parmi les végétaux *dicotylédones*, les zoophytes médusaires, etc. Le nombre *ternaire*, avec ses multiples, règne chez les monocotylédones, le *binaire*, parmi plusieurs infusoires bacillariées, comme dans les classes de végétaux bilobés, etc.

(3) S'il y a lutte dans la croissance, parfois des membres grandissent aux dépens des autres, ce qui constitue divers équilibres entre la longueur des bras et des jambes, ou ailes, nageoires, queue, etc., ou les inégalités de structure dans les pleuronectes, les coquilles univalves dextres ou sénestres, les bivalves inéquivalves; de même les atrophies et hypertrophies dans l'état pathologique, etc.

Feuilleton.

HYGIÈNE DU CORSET.

(Seconde lettre à Madame C. de B.)

(Voir le n° 50.)

Je vois, Madame, par votre réponse, que vous n'êtes pas tout à fait convaincue, et je n'en suis point étonné. La mode, la coutume, les mœurs, ont tant d'influence quand il s'agit de combattre un préjugé, que les personnes les plus judicieuses pensent qu'il y a toujours dans ces attaques un peu d'exagération. De là l'inutilité de nos efforts et le triomphe assuré du corset. Je veux bien, toutefois, entrer dans quelques détails que vous désirez sur le grave objet qui nous occupe. La santé de mademoiselle votre fille est trop précieuse pour rien négliger de ce qui peut la conserver.

Mon opinion est que tout se trouve en état de souffrance, tout tend à des altérations morbifiques, quand le corps, sur une grande étendue de sa surface, est dans un état de pression intense plus ou moins prolongée. Cependant, il est des organes pour ainsi dire prédestinés à supporter ces cruelles atteintes, et, parmi ces derniers, se présentent la gorge ou les seins. Personne ne s'avisera de nier qu'il y a des corsets qui annoncent ce qui n'existe pas; mais il en est aussi qui ont un effet tout contraire. Fortement baleinés, vigoureusement lacés, ils pressent, ils compriment les seins qui font de vains et continuels efforts pour briser leurs entraves. Qu'arrive-t-il? D'une part, l'affaissement, la maigreur de ces organes; de l'autre, l'exiguité progressive et contre nature du mamelon. Or, le développement insuffisant de celui-ci est une des causes les plus fréquentes des affections du sein chez les jeunes mères. Au lieu de former une saillie par l'effet du corset, il se trouve presque une dépression; dès-lors il est impossible à l'enfant de saisir le mamelon de manière à opérer la succion. Ainsi, pour avoir sacrifié à la mode, on se trouve privé du bonheur de nourrir son enfant. Mais les accidens sont bien autrement rapides et graves, si on s'avise, ce qui est rare fort heureusement, de mettre un corset quand on nourrit; c'est alors qu'on éprouve, même en le serrant peu, ce que cet instrument a de cruel et de torturant.

Dans la poitrine et au-dessous des seins, se trouvent le cœur et les poumons. C'est par ces organes que s'exécutent la circulation du sang et la respiration; c'est là, en un mot, où sont les racines de la vie. Or, je vous demande ce qui doit arriver quand on rétrécit la cavité qui les contient, quand on limite leur force d'action d'après les exigences impérieuses du corset? Croyez, Madame, que les maladies qui en résultent sont nombreuses, toujours graves, et d'autant plus inguérissables qu'elles sont le résultat d'une prédisposition devenue constitutionnelle. Si vous connaissiez le tissu fin, le délicat réseau du poumon, cette *chair écumeuse*, selon l'expression d'un ancien médecin, la sensibilité de ce précieux

supérieur et le ventre inférieur ; ces dualités multiples sont donc bien évidentes (1).

Art. 2. — Les *zoophytes* étant privés de *tête* et de *cœur*, c'est-à-dire d'un système nerveux constitué et d'un appareil circulatoire de sang (car leurs tissus et vaisseaux sont uniquement aquifères), ils se rapprochent ainsi des végétaux réduits à la vie organique ou nutritive ; la plupart sont divisibles et multipliables par section ou spontanément.

Mais les vrais animaux symétriques et polarisés, soit *à squelette intérieur* (mammifères, oiseaux, reptiles, poissons), soit *à squelette extérieur* (crustacés, insectes, annélides), constituent des individualités par *un appareil nerveux* et le *foyer circulatoire*, de plus en plus centralisés à mesure qu'on remonte l'échelle de la perfection organique. Ces foyers (*tête* et *cœur*), toujours situés dans l'axe de l'animalité, et uniques par leur jeu rhythmique, sont constitués chacun de deux moitiés latérales entrecroisées parfois (2).

Il y a donc concert nécessaire entre le système nerveux et le circulatoire, à tel point que, par toute l'économie, le *nerf* et l'*artère* s'accompagnent, s'enlacent, se vivifient l'un l'autre. L'appareil nerveux central est situé, chez les vertébrés, à squelette intérieur, dans le crâne et le rachis, en dessus ou le long du dos ; mais, chez les invertébrés à squelette extérieur, c'est en dessous du canal digestif, comme un cordon abdominal double et noueux (3), avec un anneau œsophagien surmonté d'un double ganglion cervical. Dans les mollusques, privés de squelette, mais pourvus de coquilles, ou nus, l'appareil nerveux offre plusieurs bulbes centralisateurs, rattachés par des plexus ou des cordons intermédiaires.

De même, il y a toujours, dans la grande série des animaux symétriques, concomitance d'un foyer circulatoire (à *sang rouge* aux vertébrés et à quelques annélides, à *sang blanc* ou *verdâtre* aux invertébrés), soit que le cœur ne consiste qu'en une longue artère dorsale avec des ondulations ou systoles et diastoles irrégulières (parmi les *articulés*, crustacés, insectes, annélides), soit qu'il y ait des cœurs multiples comme chez divers mollusques (trois cœurs aux céphalopodes, etc.), deux cœurs séparés, le branchial et l'aortique dans les poissons, soit qu'il n'en existe qu'un seul (uniloculaire à plusieurs reptiles), mais biloculaire (4), et à deux oreillettes chez les haut-vertébrés (à sang chaud).

Ainsi se manifeste une centralisation successive ou le perfectionnement toujours simultané des foyers nerveux et circulatoire dans la série ascendante de l'animalité.

Art. 3. — Moteurs nécessaires dès l'origine de l'être, la coexistence de ces deux axes toujours conjugués, est un fait de première formation pour établir l'unité de toutes les parties du corps, la synergie de leur concours, comme la sympathie qui noue leurs correspondances l'une avec l'autre.

En effet, la vie ne commence, dès les premiers instans, chez l'embryon que par la vibration réciproque de la carène dorsale ou *bandelette nerveuse* (1) et du cercle artériel précédant le mouvement du cœur (*punctum saliens*) dans le blastoderme ou membrane proligère de l'œuf (ou la vésicule de Purkinje).

Ainsi, l'ovule, le germe appartenant à la femelle, dès avant l'acte de la fécondation, comme il est évident par les ovaires, contient cette membrane blastodermique dont le feuillet vasculaire fait déployer ou rayonner l'arbre artériel, mais seulement quand le germe est fécondé.

Cette imprégnation n'a lieu que par l'accession de l'élément nerveux du mâle (2), et selon l'opinion la plus vraisemblable, par l'insertion d'un zoosperme innervateur (3), suscitant l'éveil vital, alors qu'il pénètre dans le feuillet séreux de cette membrane proligère, lequel est destiné au développement de l'arbre nerveux. Sa *carène spinale* ou bandelette se manifeste dès la quatorzième heure de l'incubation du poulet, tandis que le *cercle vasculaire* n'apparaît qu'après la vingtième heure, bien que le cœur préexiste tout préparé, mais inactif encore dans le germe.

Ces deux antagonismes sont donc indispensables l'un à l'autre pour allumer la vie ou centraliser l'organisme : l'*arbre nerveux*, en distribuant son activité presque électrique dans toutes les régions, l'*arbre circulatoire*, en les nourrissant et réparant. Ces balanciers doivent s'équilibrer et s'appuyer l'un sur l'autre, puisque, naissant en même temps, ils vivent et ils meurent ensemble ; leur harmonie fait l'existence, comme l'a vu Legallois. Chacun agit en pompe foulante et aspirante ou centripète et centrifuge dans toute l'économie avec une sorte d'isochronisme.

En effet, l'*axe nervo-sensitif* est réceptif des sensations de toute la périphérie, comme le *nervo-moteur* est expansif pour distribuer le mouvement (4). De même, l'arbre circulatoire artériel est expansif du sang

(1) La loi de conjugaison centripète, proposée par M. Serres, ne peut être applicable au tube digestif, ni aux membres doubles, excepté les axes des animaux symétriques. Elle ne peut avoir lieu chez tous les végétaux, ni les zoophytes, croissant du centre à la circonférence.

(2) Nous trouvons encore divisibles la plupart des annélides qui, hachés en morceaux, peuvent régénérer leurs segmens amputés, parce que chaque articulation (ou *zoonite*) conserve une portion de nerf et de cœur suffisantes pour vivre ; mais cela devient impossible chez les espèces unicentralisées, les vertébrés surtout.

(3) MM. Grant et Newport ont encore distingué de ce cordon double, chez les insectes, deux autres filets, le supérieur, formé par des nerfs moteurs, et l'inférieur, composé de nerfs sensitifs. Ces animaux obtiennent, par cette disposition, des facultés de sensibilité et de locomotion, un rang plus élevé que les mollusques, dans la série zoologique.

(4) Ceux-ci sont les seuls animaux chez lesquels toute la masse du sang passe dans les poumons ; ils ont aussi la sensibilité la plus développée. Les animaux inférieurs n'ont tous qu'une portion de sang artériel qui se mêle au reste du sang noir, comme dans le fœtus, alors que la cloison des ventricules du cœur n'est pas encore close. Aussi, toutes ces races inférieures ont un sang froid, mais une irritabilité longtemps persistante, avec une obtuse sensibilité.

(1) Chorda dorsalis de Baër et Reichert.

(2) Nous avons émis cette idée, dès 1817, dans l'article *génération* du nouveau Dictionnaire d'histoire naturelle ; puis dans l'article *sperme* du grand Dictionnaire des sciences médicales, avant tout autre physiologiste, et développé ensuite le même principe fondamental dans notre Philosophie de l'histoire naturelle.

(3) Cette opinion a, depuis, acquis un haut degré de probabilité par les savantes recherches de Rolando, Pander, Rathké, Prévost et Dumas, Baër, etc.

(4) La substance médullaire nerveuse se compose, comme on sait, de deux élémens, de la *substance grise cendrée* qui est située à l'extérieur des hémisphères cérébraux, mais à l'intérieur des faisceaux rachidiens ; par l'inverse, la *substance blanche* réside au centre des hémisphères et à la circonférence ex-

organe, l'abondance de sang dont il est pénétré, puisque c'est dans ses dernières mailles qu'il se revivifie, vous seriez étonnée que les maladies dont je parle ne soient pas plus fréquentes. En effet, conçoit-on, par exemple, qu'ayant la poitrine ainsi serrée, rétrécie, il est des femmes qui lisent à haute voix, qui s'exercent au chant ou à la déclamation ? C'est précisément de l'organe le plus gêné dont on exige le plus d'action. Est-il possible, qu'avec un corset étroit, comprimant de bas en haut, de dehors en dedans, dans tous les sens, le ventre et la poitrine, on puisse chanter impunément et sur des tons très élevés, consacrer trois ou quatre heures par jour à filer des sons et couler des gammes chromatiques ? Le danger est bien plus grand encore si le lieu est fortement échauffé par un grand nombre de personnes et de lumières. J'en appelle, Madame, à votre bon jugement et à votre expérience. L'éducation consiste souvent à donner aux jeunes personnes des talens agréables, mais on songe rarement qu'il faut se bien porter pour les acquérir ou en jouir. Comme à l'ordinaire, on ne manque pas de citer des femmes qui ont échappé au danger ; mais, outre que ce sont des exceptions, les a-t-on suivies, observées pendant le cours de leur vie ? Sait-on ce qu'elles souffrent en silence, ce qu'elles confient aux médecins ? La plupart, soyez-en sûre, éprouvent des suffocations, des crachemens de sang, des palpitations, des inflammations de la gorge, de la poitrine, etc. Payer d'un tel prix quelques talens, de gaîté de cœur se livrer au danger, c'est faire bien peu de cas de sa raison et de sa santé. Cependant, est-ce donc que l'on vit quand la santé est délabrée ? N'a-t-on pas enterré son existence avec la force du corps et l'énergie de la pensée ? A quoi sert ensuite d'épuiser la lie de ses jours ? Car il ne faut pas oublier que si l'on ne succombe pas à ces maladies, elles flétrissent la beauté, elles hâtent la vieillesse, en brisant les ressorts de l'économie, considération qui devrait être de quelque poids dans l'esprit de celles qui tiennent aux charmes dont la nature les a douées. Qu'une femme vienne maintenant dire, sérieusement ou par plaisanterie, ainsi que je l'ai entendu, qu'elle mettait son corset pour *s'habiller* et non pour *respirer*, je soutiens que c'est un blasphême que le ciel ne tarde pas à punir de la perte de la santé et de la beauté. Etre martyr de la mode, pour souffrir, pour vieillir et s'enlaidir, en vérité, c'est pousser loin l'idolâtrie.

Mais la poitrine n'est pas seule exposée aux rudes atteintes du corset. Le foie, placé directement au-dessous des côtes, dans l'endroit même où la constriction est la plus forte, en éprouve également de fâcheux effets. De là résulte, par la compression de cet organe, des douleurs de côté, des troubles multipliés dans la digestion, quelquefois même des engorgemens de l'organe, une jaunisse chronique. L'estomac lui-même, gêné par le corset et le busc, ne jouit plus de sa vigueur et de son extensibilité naturelles. Aussi le dégoût, les digestions pénibles, les gastralgies, les pâles couleurs, les langueurs et les crampes d'estomac, la difficulté ou la suspension des époques menstruelles, etc., n'ont souvent pas d'autre origine que celle dont nous parlons, ou du moins, si elle s'ajoute à d'autres causes, on peut être certain qu'elle en augmente de beaucoup l'intensité. Quelquefois la compression de l'estomac est telle, qu'après le repas, cet organe ne pouvant se distendre, il en résulte des spasmes et des vomissemens répétés. Un savant médecin allemand, Sœmmering, dit avoir vu un estomac presque partagé en deux cavités, par l'excessive et longue compression d'un corset armé d'un busc en acier. Je sais qu'un petit nombre de femmes se condamne à un pareil supplice, mais il

nourricier par toute l'économie, autant que l'arbre veineux est concentratif ou ramène vers le cœur le sang noir. Ces deux foyers, le cœur et le centre cérébro-spinal, sont donc les points d'appui (*hypomochlion*) auxquels vient aboutir l'universalité des mouvemens vitaux de l'organisme. L'animalité entière réside en eux et y réunit sa puissance; car d'eux partent toutes les émotions et les volontés du physique et du moral, bien que le cerveau et le cœur soient matériellement insensibles à la douleur des stimulations mécaniques et chimiques.

Ainsi, chacun de ces centres d'action gouverne les fonctions de la vie à laquelle il préside. Tous les rameaux nerveux se rattachent (même indirectement ceux du grand sympathique) à ce foyer cérébro-rachidien, *distributeur* de la force impulsive de la volonté et de l'instinct aux muscles et aux membres, et *récepteur* des impressions arrivant de la circonférence au *sensorium commune* qui peut seul les connaître et juger. De même le cœur est le foyer d'actions également expansives et concentratives du *liquide sanguin*, comme le cerveau et le rachis du *principe innervateur*.

Chacun de ces agens ou fluides se vivifie l'un par l'autre, en se rencontrant à leurs extrémités les plus divisées, à l'apside de leur orbite; car le sang revient, soit immédiatement, soit par intermédiaire, de l'artériole excentrique à la veinule concentrative. Aussi, selon les recherches délicates de Valentin, le nerf moteur, à l'extrémité de son filet, doit retourner, par des anses anastomotiques, vers les centres cérébro-rachidiens, à l'aide de filets nervi-seositifs; ainsi s'accomplit également l'orbite de l'appareil nerveux. Donc l'artère est comparable au filet nervi-moteur envoyant, l'une le sang nourricier aux extrémités, l'autre l'élément de l'innervation du cerveau ou rachis, aux membres et à la périphérie. Puis, les veines rappellent *le sang noir apauvri* de tous les organes vers le cœur, comme les nerfs du sentiment rapportent au foyer cérébral des sensations, c'est-à-dire *une sensibilité consumée*.

De là, résulte aussi que le centre nerveux a besoin de repos ou du sommeil, afin de réparer ses pertes après le travail ou l'épuisement, comme le sang noir reçoit sa réparation continue par le chyle nutritif, élaboré encore dans l'appareil respiratoire ou de l'hématose générale.

ART. 4. — L'*axe nerveux* cérébro-spinal gouverne donc évidemment *la vie extérieure* ou de relation et de sensation, sujette au sommeil et intermittente par lassitude : capable d'accoutumances variables, elle prédomine de jour par l'état de veille. Elle est surtout exhalante, déperditive, volontaire (1), dite animale par Bichat.

L'*axe sanguin* ou l'appareil circulatoire, nourricier et réparateur (les arbres vasculaires artériel et veineux), fonctionne perpétuellement pour la composition et le renouvellement incessant des organes qui l'usent. Son action constitue *la vie intérieure*, dite organique par Bichat, laquelle prédomine de nuit par le sommeil; aussi elle est contractive, réunissante, instinctive ou spontanée (1).

Ces deux vies, l'une diurne, solaire, sensitive, consumable, l'autre nocturne, insensible, réparatrice, forment leur harmonie par l'équilibre entre la recette et la dépense de l'organisation.

Nous avons vu que le *nerf* ou le *principe fécondant* (le zoosperme) émanant du père doit constituer, dans le germe embryonnaire, l'encéphale, le rachis, l'appareil de la vie sensitive, extérieure. Le *cœur* ou l'*appareil sanguin*, de la vie intérieure, préexistant dans le germe, émane nécessairement de la mère.

Donc on peut dire que le *cerveau* ou le système nerveux est *mâle*, comme le *cœur*, avec ses ramifications, est *femelle*. Il n'y a de cerveau que quand il y a cœur correspondant ou lorsque l'être animal émane de la réunion d'élémens dioïques, c'est-à-dire des sexes mâle et femelle, fait évident chez tous les animaux symétriques, doubles, polarisés. La tête ou pôle supérieur est la source primitive de l'innervation et de la déperdition pour l'organisme, comme le pôle inférieur génital correspond au foyer nutritif et réparateur pour la production de nouveaux embryons.

Aussi voit-on que le *sexe masculin* développe dans les métis surtout, par sa supériorité d'élément fécondant, une vie active ou rayonnante au dehors (2). Chez les *femelles*, au contraire, il y a prédominance d'élément sanguin ou réparateur pour nourrir le nouvel être. De là vient la nécessité, pour l'embryon déjà dessiné dans l'œuf, au sein maternel, d'être vivifié par l'irradiation animatrice du mâle (peut-être électrisante?).

Donc, l'amour, la copulation rattache, par une intime alliance, le *nerf* au *sang*, pour cette vivification; ainsi se manifeste la puissance pénétrante nerveuse du mâle et la faculté réceptive de l'appareil nutritif sanguin dans le sexe féminin.

---

terne de la moelle spinale. Il existe aussi de la matière grise avec des faisceaux blancs dans les nerfs, même dans ceux de la vie organique.

Or, la substance grise est très vasculaire, et passe pour servir de renforcement ou de matrice à la substance blanche, selon Gall. On peut donc soupçonner que le sang noir prédomine dans cette matière cendrée, et le sang artériel dans la blanche, source d'activité et d'énergie vitale dès le fœtus même (v. Baillarger, MÉM. ACAD. MÉDEC., t. VIII, p. 167, et Tiedemann, J. Müller, SYSTÈME NERVEUX, etc.)

Ainsi partout il paraît s'établir une subdivision et une distribution antagoniste, dans les systèmes nerveux et sanguins.

(1) La *vie nerveuse* rayonne à l'extérieur pour les sensations et les mouvemens des muscles volontaires; elle est en rapport avec la lumière, l'électricité (dans les poissons électriques). Centrifuge, elle s'épuise ou se dissipe avec l'amour, le courage, la générosité, etc. Elle solidifie ou même ossifie l'organisme par la dessiccation. Elle se dépense surtout par la circonférence, les organes supérieurs, la tête, le rachis ou l'intelligence et la volonté. Elle aspire à la domination, à s'amplifier et s'exalter par ambition, etc. Voir aussi Carus, SYSTÈME D'ANATOMIE COMPARÉE, etc.

(1) La *vie sanguine* est centripète, surtout retournant sur elle-même, elle ramasse, répare, grossit. Égoïste, elle s'enrichit avec une avarice absorbante, mais pour nourrir, multiplier, couver de nouveaux fœtus. Ainsi sa timide soumission qui lui fait rechercher avec pudeur l'obscurité; sa molle faiblesse qui conserve l'humidité de ses tissus cellulaires, concourent à développer ses attraits, ses doux instincts, à dilater ses entrailles (le bassin, l'utérus) ou les organes inférieurs, le pôle génital, pour l'attraction et l'amour. Par la même cause, elle doit être placée inférieurement au mâle dans la génération.

(2) L'influence paternelle prédominante est manifeste, par exemple, pour obtenir, au moyen des béliers et boucs, soit une belle laine mérinos, soit le duvet soyeux de cachemire qu'on n'aurait point par des croisemens avec des femelles. De même, la barbe, la crinière léonine, les bois du cerf, les crêtes et huppes des oiseaux, etc., jusqu'aux antennes des insectes fort développées aux mâles, attestent l'énergie de l'élément fécondateur sur les organes de la vie extérieure. Voyez aussi Meckel, TRAITÉ GÉNÉRAL D'ANATOMIE COMPARÉE, t. I.

---

en est aussi dont la coquetterie cruelle ne connaît ni frein, ni prudence.

La compression plus ou moins permanente du ventre et des reins, quand on veut être mère, est donc un véritable sacrilége. Toutes celles qui adoptent un pareil usage doivent renoncer à l'espoir d'une progéniture forte et bien constituée. Les femmes nous font ce qu'elles sont, et ce principe doit s'entendre du physique comme du moral. Des flancs d'une femme malade, epuisée, sans force vitale, sortira-t-il de vigoureux enfans? Jamais; la nature ne saurait être en contradiction avec elle-même. C'est bien pis quand la grossesse étant déclarée, on ne veut pas se conformer à ce nouvel état, et qu'on se livre aux plaisirs du monde, avec l'attirail d'un corset hardiment lacé. A Athènes, les lois de Solon accordaient la grâce d'un criminel qui trouvait asile chez une femme enceinte. Toute dame romaine, dans cet état, était dispensée de se ranger au passage d'un magistrat. Je doute fort que certaines de nos jeunes coquettes soient touchées de pareils honneurs; une taille élégante et fine leur paraîtra toujours préférable. Cependant, il faut bien y renoncer quand la grossesse fait des progrès, autrement on s'exposerait à d'effroyables maladies. Il en est de même si on reprend trop promptement l'usage du corset après un accouchement, surtout quand il a été long et pénible. Il est assez rare qu'il en soit autrement. Les muscles du bas-ventre, longtemps comprimés, comme paralysés, se contractent difficilement et ne peuvent contribuer à l'expulsion du fœtus. La pression par en bas des viscères contenus dans l'abdomen contribue à déterminer une foule de maladies de matrice, redoutées avec tant de raison de la plupart des femmes. Ainsi, vous voyez, Madame, combien ce formidable corset, si coquet, si gracieux en apparence, exige de prudence dans son emploi hygiénique, surtout à certaines époques; combien il faut prendre de ménagemens, de précautions, quand on veut doucement finir sa vie de jolie femme dans les saintes joies de la maternité.

A Dieu ne plaise cependant que je veuille encourir le reproche de croire que toutes les femmes s'exposent aux accidens dont j'ai parlé. Mais cette concession faite, Madame, vous m'en devez une également; vous conviendrez que c'est le plus grand nombre. On ne saurait le nier, c'est à la toilette des femmes qu'on apprend le mieux à les connaître : elles y sont plus femmes qu'ailleurs, parce qu'une seule pensée les anime, plaire (1); néanmoins, il est un bon sens comme inné chez plusieurs, et elles l'appliquent à l'emploi du corset comme à toute autre chose, selon l'âge et la conformation du corps. Remarquez, en effet, que ces deux considérations influent beaucoup sur l'hygiène de cette pièce de toilette. En général, les jeunes personnes, ordinairement minces et sveltes, font peu de cas du corset. Leurs formes aux contours heureux, à la chair ferme et riche de sang, n'ont aucun besoin de moyens artificiels. Leur taille, si poétiquement et si justement comparée au tronc d'un jeune palmier, en a toute l'élégance et la souplesse, dès lors à quoi bon l'enfermer dans une caisse de fer et de baleine. On

(1) On sait, dit un spirituel médecin du siècle dernier, que la plupart des hommes aiment à espérer qu'ils jouiront, même dans l'éternité, de tout ce qui flatte ici-bas leurs goûts, leurs penchans, leurs désirs. C'est ce qui faisait dire à une jeune et jolie femme qu'elle comptait porter *dans le ciel*, un voile de gaz d'argent, avec une ceinture de plumes de colibri, et y fouler aux pieds des tapis de feuilles de roses, étendus sur l'éther.

Par ces faits physiologiques s'expliqueront encore quelques phénomènes de l'ordre moral dont on ne s'était pas suffisamment rendu compte; ainsi l'on oppose souvent dans le langage l'*esprit* (ou la tête) et le *cœur*. Celui-ci est, en effet, avec les plexus phréniques, plus affecté par les *passions*, et le cerveau l'est davantage par les *idées*; c'est pourquoi le cœur se montre surtout disposé à des émotions intimes dans le sexe féminin, tandis que l'intelligence paraît, en général, plus ferme dans le sexe viril dont le cerveau est prépondérant. Consacrées à la nutrition de tendres êtres, les femelles avaient besoin de cette prédominance du système circulatoire et affectif. Au contraire, les mâles, destinés à la force expansive, intelligente, extérieure, déploient davantage l'appareil nervo-musculaire.

Un cerveau et un cœur également placides seraient l'appui d'une vie longue, patriarcale, exempte d'efforts consumans. Ces deux moteurs alors synchronisent; mais, dans nos existences modernes si dévorantes, on reconnaît bientôt pourquoi les tourmens du cœur et du cerveau peuvent s'appeler réciproquement, se combattre, se tuer même l'un et l'autre. Par exemple : la congestion cérébrale appartient surtout à l'homme; celle du cœur on des gros vaisseaux, à la femme, vers l'âge de la cessation du flux menstruel. Pareillement, nous voyons qu'où s'arrêtent le développement et l'action du système nerveux, là cesse ou languit aussi l'afflux sanguin, soit dans les paralysies, soit dans les déformations des membres, manchots, boiteux, pieds-bots, etc.; car si l'innervation, source première qui donne le branle au mouvement vital, est limitée, mutilée, la nutrition est également entravée par de semblables correspondances; comme l'appareil sanguin étant ensuite révivifié, il restaure, à son tour, le système innervateur qui s'épuisait.

Ainsi s'entretient, par ces deux rouages dominateurs, le cercle physiologique, tant qu'ils concourent avec une parfaite harmonie; car le reste de l'organisme se conforme à leur unisson. Mais la *médecine de sang*, comme la *médecine de nerfs*, si chacune n'a point égard à son antagoniste, n'est qu'une science incomplète, boiteuse, dont les résultats ne peuvent être féconds, puisqu'elle ne considère qu'une moitié des forces de la nature.

RÉSUMÉ.

Il y a, dans les formes de l'homme et des animaux symétriques, les dualités multiples suivantes :

POLARISME. 1° Celle de la *polarisation* entre la *tête* et l'*appareil génital* aux deux extrémités de la pile rachidienne des vertébrés, ou du squelette extérieur, chez les articulés, etc.

SYMÉTRISME. 2° Celle de *latéralité*, ou des deux moitiés sympathisantes, et parfois croisées à leur axe. Elles éprouvent des balancemens d'accroissement ou de puissance entre elles (1).

DUALISME. 3° Celle de *postériorité* et d'*antériorité*. Le côté tergal ou supérieur (rachis et tête) est coloré, robuste, et avec les masses osseuses et musculaires qui le constituent; c'est le côté solaire ou céleste dominant par la vie animale, diurne, irritable, puissant dans le sexe mâle; il correspond au pôle céphalique.

Le côté sternal et ventral ou terrestre est pâle, étiolé, cellulo-nutritif, humide; il végète de nuit, domine dans le sommeil et règne chez le sexe féminin par l'appareil vasculaire, réparateur et le pôle génital (1).

Par des inégalités d'équilibre entre ces divers antagonismes, on s'expliquera sans peine la tératologie ou les difformités.

4° L'appareil digestif reste étranger à cette dynamique animale.

(1) Voir Dupui, DE HOMINE DEXTRO ET SINISTRO, Lugd Bat, 1780, in-8; Heiland, DARSTELLUNG, etc., Nuremberg, 1807; Walther's, PHYSIOLOG., Band. 2, seite 102; Himly, DES DUALISMUS, etc., Hanover, 1829, etc.

(1) Carus qui a vu ce dualisme n'en a pas présenté les conséquences.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

MÉMOIRE SUR LE TRAITEMENT DES VARICES PAR LE CAUSTIQUE DE VIENNE; par M. A. BÉRARD, membre de l'Académie royale de médecine, chirurgien de l'hôpital Necker.

Les tentatives faites à diverses époques et par des chirurgiens d'un grand mérite pour arriver à la cure radicale des varices témoignent assez du besoin que les malades éprouvent de se débarrasser d'une infirmité aussi fâcheuse. En effet, le nombre considérable de personnes atteintes de dilatations variqueuses des veines, les douleurs que cette dilatation produit dans les parties qui en sont le siége, l'enflure dont les pieds et les jambes sont affectés, et qui nuit si puissamment à la marche; enfin et surtout les ulcères intarissables que les varices entretiennent sont autant de motifs importans qui ont inspiré les nombreux travaux entrepris dans le but d'obtenir la cure radicale des varices.

Malheureusement, la plupart des moyens imaginés pour atteindre ce résultat entraînent avec eux des dangers de la plus haute gravité. Le développement de phlébites promptement mortelles a fait abandonner successivement l'incision, l'excision, la ligature des veines variqueuses, et les modifications et combinaisons de ces diverses méthodes. L'étranglement du vaisseau à l'aide d'un fil et d'une aiguille passée au-dessous de la veine (procédé de M. Velpeau), ou à travers son épaisseur (procédé de M. Davat); cette méthode a, dans ces dernières années, obtenu une très grande vogue. Mais, outre quelques accidens graves et même mortels qui ont été déterminés par les épingles, on peut reprocher à ce mode de traitement son infidélité. C'est un fait bien extraordinaire que l'absence d'oblitération de la veine, malgré la section du vaisseau, et cependant l'expérience en a démontré la réalité. C'est ce dont j'ai été témoin sur quelques-uns des malades que j'ai traités par les épingles, et sur d'autres qui se sont offerts à mon observation, plusieurs mois après avoir été soumis au même moyen, soit par M. Velpeau, soit par ceux de mes collègues qui ont adopté sa méthode. Voici quelle paraît être, alors, la marche des choses. Les parties étranglées par l'épingle et le fil sont frappées de gangrène et peu à peu éliminées. Pendant que ce travail s'opère, la veine se ferme dans le lieu qui répond à l'épingle; il se forme parfois des caillots qui remplissent son calibre à une certaine distance au-dessus et au-des-

---

voit pourtant quelques demoiselles, d'un embonpoint précoce, qui se condamnent sans rémission au supplice compressif du corset; il faut gémir sur leur témérité, elle leur coûtera cher. Mais qui pourrait hésiter un instant quand les années ont marché? C'est alors que le règne du corset est dans toute sa splendeur. On sait que vingt-neuf ans est une époque où l'on s'arrête, dit-on, des lustres entiers; or, dans cette période, il est certain que la taille s'élargit chez beaucoup de femmes, et ces roses plus qu'épanouies ont besoin d'un support qui les fasse briller d'un éclat plus ou moins prolongé. Malheureusement c'est au corset qu'on a principalement recours, et au corset déployant ses rigueurs. Je ne décide pas jusqu'à quel point un pareil moyen est capable de déguiser cette ampleur de hanche, cette richesse de gorge, sévères beautés des femmes sur le *regain*; en un mot, s'il donne un certain air de jeunesse factice; ce que j'affirme, c'est qu'on n'y a jamais recours impunément. Comme il existe chez ces personnes une certaine abondance de sang, ce liquide, nécessairement refoulé de toutes parts, détermine parfois des congestions à la tête et à la poitrine toujours dangereuses. Pâlissez-là, rien n'est bourgeois comme le teint rose, ne se dit plus aujourd'hui; mais il ne faut pas donner dans un excès opposé. Quelquefois le teint reste empourpré chez les femmes ayant une peau blanche et fine; chez les brunes, l'effet est tout différent, mais non moins disgracieux. Madame de ...., très belle, à figure longue et verdâtre, que le docteur .... appelait pour cette raison, la *Vénus aux olives*, nous en a longtemps donné la preuve.

Du reste, Madame, je n'ai parlé jusqu'à présent que d'un embonpoint modéré, facile à gouverner; mais il existe une disposition fatale, où le développement du corps, la largeur de carrure, effraient les moins timorées. Avoir une juste proportion d'embonpoint, se maintenir dans les limites de l'élégance est pour beaucoup de femmes l'étude de toute leur vie. Avouons pourtant qu'il est bien difficile de se soutenir à ce *summum* de perfection; la nature et l'art se livrent alors un combat à outrance. Presque toujours la première l'emporte; aussi les formes grossissent, la chair déborde; comment alors se faire une taille mince et élancée, l'*inconnue* d'un pareil problème est encore à trouver. C'est alors que certaines femmes ne gardent plus de ménagement dans l'emploi de la machine à haute pression. Le *corset-cuirasse*, dont je vous ai parlé, entre bientôt en fonction, et Dieu sait les vigoureux efforts de traction qu'on imprime au lacet. Il y a des femmes véritablement impitoyables à leur pauvre corps, et les exemples en sont véritablement effrayans. J'en appelle, Madame, à votre souvenir, et sûrement, ce ne sera pas en vain. Combien de fois nous avons plaint madame de C., grande, forte, replète, d'une obésité faisant son désespoir. Elle se faisait lacer en trois temps. Quand on avait serré à un certain degré, la femme de chambre s'arrêtait, madame ... demandait un peu de répit; puis au bout de quelques minutes, on serrait davantage, alors madame ... demandait grâce; enfin, au bout d'un quart d'heure, on serrait de nouveau, et madame de ... était presque suffoquée. On ne saurait croire jusqu'à quel degré de compression on était parvenu avec cette meurtrière gradation. Divers accidens eurent lieu; mais cette sommation faite par la nature d'avoir à cesser ces folies, n'ayant pas été écoutée, madame ... mourut, comme vous le savez, frappée d'apoplexie.

On pourrait croire qu'il y a ici de l'exagération, que les gens de bon sens, que notamment les médecins surtout à plaisir, mais il n'en est rien. S'il était possible aux incrédules de pénétrer les mystères de toilette de certaines femmes, on

sous du point oblitéré. Puis, après la chute des escarres et la cicatrisation de la plaie, on voit peu à peu le caillot disparaître. La veine se remplit de sang liquide, et, chose vraiment étrange ! un travail d'absorption s'opère sur la substance qui a servi momentanément a oblitérer les bouts du vaisseau, et la communication se rétablit entre les deux, de telle sorte que la veine redevient perméable au sang dans toute sa longueur.

M. Bonnet, chirurgien distingué de Lyon, a remis en vigueur une méthode fort ancienne, et qui a été préconisée par un grand nombre d'auteurs de toutes les époques ; je veux parler de la cautérisation des veines variqueuses. Je ne puis résister au plaisir de citer le passage de Celse relatif à ce point de la thérapeutique des varices : « Igitur vena omnis, quæ noxia est, aut adusta tabescit, aut manu eximitur.... Adurendi ratio hæc est. Cutis superinciditur : tum patefacta væna, tenui et retuso ferramento candente modice premitur ; vitaturque ne plagæ ipsius adurantur, quas reducere hamulis facile est id interpositis fere quaternis digitis per totum varicem fit : et tum super imponitur medicamentum quo adusta sanantur. » (Lib. VII, cap. XXXI.) Nous voyons que déjà les chirurgiens avaient l'attention d'inciser la peau et d'écarter les bords de la plaie, afin de ménager les tégumens, précaution que, de nos jours, M. Laugier a également recommandée. Nous voyons, en outre, que la cautérisation de la veine était suivie de la disparition de la varice : le mot *tabescit* ne peut s'entendre que de l'atrophie dont la veine malade était frappée, non seulement dans le lieu cautérisé, mais encore dans les autres points de sa longueur. Néanmoins, la répugnance que le fer rouge inspire à la plupart des malades a probablement été, dans tous les temps, un obstacle à ce que ce mode de traitement devînt d'un usage général et fréquent ; aussi les chirurgiens avaient-ils complètement mis de côté la cautérisation des varices, lorsque M. Bonnet, inspiré et encouragé par M. Gensoul, l'a remise en pratique ; en substituant, toutefois, au cautère actuel, le cautère potentiel. D'après sa méthode, la potasse caustique est appliquée sur le trajet de la veine, de manière à produire une escarre de 2 à 3 centimètres de diamètre. Au bout de deux à trois jours, l'escarre est incisée crucialement ; et une seconde application du caustique est faite sur le même point. On fend de nouveau l'escarre, et si la mortification ne s'étend pas jusqu'aux parois de la veine, ce dont on s'aperçoit à l'absence d'hémorragie, on pratique une troisième cautérisation.

Le nombre des applications de potasse est proportionné à l'épaisseur des tissus qui recouvrent la veine. Il est rare qu'une seule suffise ; il n'en faut jamais plus de trois. Dans tous ces cas, il est indispensable d'atteindre les parois mêmes du vaisseau ; ce que l'on reconnait à l'écoulement du sang, qui survient, soit lorsque l'on fend l'escarre avec l'instrument tranchant, soit par suite de la déchirure spontanée de la couche de tissus désorganisés qui recouvrent la veine.

La plus légère compression suffit pour arrêter l'hémorragie. Le sang se coagule bientôt dans le vaisseau cautérisé, et de proche en proche à une distance plus ou moins grande du point où la potasse caustique a été mise. Ce travail s'accomplit sans donner lieu à une inflammation bien vive. Peu à peu l'escarre est éliminée ; la lymphe plastique s'épanche dans le calibre de la veine et dans le tissu cellulaire environnant ; il en résulte l'oblitération définitive du vaisseau, et par conséquent les changemens ultérieurs que cette oblitération entraîne dans les autres parties de la veine quel qu'ait été le mécanisme de sa production.

La destruction des parois de la veine dans une seule partie de la longueur du vaisseau suffit quelquefois pour amener la guérison ; mais le plus souvent il faut ainsi attaquer ces varices dans deux ou trois points différens.

A peine M. Bonnet eut-il publié cette nouvelle méthode de traitement des varices (ARCHIV. GÉN. DE MÉD., 1839), que je m'empressai d'y soumettre les malades confiés à mes soins. Je substituai bientôt à la potasse caustique le caustique de Vienne réduit en pâte ; au lieu de faire plusieurs applications successives sur le même point de la veine, je plaçai une couche assez épaisse de caustique, et je la laissai assez longtemps pour atteindre du premier coup les parois de la veine ; enfin, je donnai à l'escarre une forme allongée au lieu de circulaire en plaçant une bande étroite et longue de pâte sur le trajet de la veine. Je ferai ressortir dans le courant de ce mémoire les avantages que j'ai trouvés à ces diverses modifications. Je vais actuellement exposer le mode de traitement tel que je l'emploie, et faire connaître les divers phénomènes qui se présentent pendant sa durée.

Quoiqu'à la rigueur il ne soit pas nécessaire de faire subir de préparation au malade, avant de le soumettre à l'action du caustique, cependant j'ai l'habitude de le tenir, pendant quelques jours, à l'usage de boissons rafraîchissantes : je lui fais prendre un bain ou deux ; je le soumets au repos, et la veille de la cautérisation, je lui administre quelques verres d'eau de Sedlitz.

Quels que soient le nombre et l'étendue des varices, je commence par une seule application de caustique à chaque jambe. Il n'y a pas d'inconvénient à cautériser les deux jambes dans la même séance ; on n'aurait même pas à redouter d'accidens inflammatoires, en plaçant la pâte de Vienne à la fois sur plusieurs points des veines d'un même membre. Cependant je m'abstiens de cette pratique de peur de faire des cautérisations inutiles. En effet, on ne peut savoir à combien de veines s'étendra l'action d'une seule application de caustique ; c'est en cela que ma pratique diffère de celle de M. Bonnet qui applique, le même jour, le caustique sur plusieurs points de la longueur de la veine.

C'est presque toujours au dessous du genou et sur le trajet de la veine saphène interne que je fais l'application du caustique, à peu près dans le lieu d'élection pour l'établissement des cautères à la jambe. Je préfère cette place alors même que les varices remontent sur le genou, vers la cuisse, jusqu'à l'union de la saphène avec la crurale. Voici les motifs de cette préférence :

Premièrement, j'ai reconnu que, dans beaucoup de cas, il suffisait d'obtenir l'oblitération de la veine dans le point que j'ai désigné pour amener la guérison des varices placées au-dessus. Ainsi, l'effet curatif ne s'étend pas seulement du point attaqué vers ces radicules veineuses, il se continue encore du même point vers les troncs principaux.

Secondement, lorsque cette guérison n'a pas lieu, la portion de veine qui reste dilatée au-dessus du genou ne produit aucune gêne et n'entraîne aucun des inconvéniens auxquels le malade était en butte, lorsque les varices existaient dans toute la longueur du membre.

Troisièmement ; enfin, j'ai remarqué que la plupart des accidens qu'entraîne parfois l'usage du caustique sont beaucoup plus à redouter lorsqu'on en fait l'application sur la cuisse que sur la jambe. Or, puisque la persistance d'une dilatation variqueuse des veines de la cuisse et du genou est la seule chose qui puisse résulter de la pratique que je conseille ; cette difformité constitue un inconvénient trop léger pour s'exposer, par

---

acquerrait la preuve de leur intrépidité dans l'extravagance. Il en est ici comme dans les romans où les combinaisons dramatiques, les réalités surpassent quelquefois les fictions. Qu'on soit bien convaincu que quand une excessive coquetterie se joint à l'exubérance charnue d'une taille courte et ramassée, on ne connaît plus ni bornes, ni mesures. Puis l'on s'étonne que de graves et longues maladies surgissent, que l'économie ne peut y résister, que l'art soit impuissant pour les combattre, etc. Il faut s'étonner bien davantage de ne pas voir ces maladies plus fréquentes qu'elle ne sont encore. En vérité, la nature a des ressources qui nous sont inconnues.

Il règne d'ailleurs un préjugé fort dangereux parmi certaines femmes surchargées d'un malencontreux embonpoint, c'est de s'imaginer que plus on portera le corset, moins cet embonpoint fera de progrès. Il y a des femmes énormes qui couchent avec un corset de nuit, à la vérité d'une dimension un peu moindre que celui du jour, très persuadées qu'elles mettront une barrière aux invasions de leur ennemi, et que le célèbre arrêt : « *tu n'iras pas plus loin*, » ressortira son plein et entier effet. Il n'y a pas de moyens, d'inventions, de recherches qu'elles ne fassent pour dompter cet adversaire et ses progrès toujours croissans. Madame V., célèbre par sa beauté et qui avait inspiré une vive passion à un des maréchaux de l'empire napoléonien, ayant entendu dire que la peau de *renne* était complètement inextensible, en fit venir une du nord ; on en forma un sac, dans lequel elle se fit *coudre*, bel et bien ; oui coudre, la poitrine et le ventre, sac qu'elle portait jour et nuit. Cette nouvelle espèce de cilice ne put cependant être supportée que peu de mois, il n'y eut pas moyen de résister. Ce qui devait arriver survint nécessairement, c'est-à-dire des suffocations et d'indéfinissables malaises. Si la réflexion, ce monstre inconnu à tant de jolies femmes, pouvait se faire entendre, elles comprendraient que la nature est ou bonne mère ou marâtre impitoyable, selon qu'on agit avec elle : ses lois sont immuables, car ce sont celles de Dieu même. Ainsi l'effort vital manifesté au dehors par l'embonpoint est-il gêné, entravé, il se fait alors sur les organes intérieurs une réaction, une accumulation de sang, de liquides, une sorte de réplétion anormale, principe d'une foule de maladies.

Vous voyez, Madame, que ce n'est jamais sans danger qu'on s'efforce d'atteindre ce double but extraordinaire, avoir la taille plus mince de quelques lignes, quand l'embonpoint s'y refuse absolument. Les mêmes dificultés se présentent pour coordonner les seins avec le corset, les maintenir dans ce juste et difficile rapport admis par la mode. On sait que l'agencement précis, élégant du corset avec les seins est toute une science qui a ses règles et ses axiomes ; principes assez bien résumés dans une énigme célèbre dont le mot est l'objet même qui nous occupe (1). Que n'a-t-on pas essayé, tenté, employé pour renforcer sur ce point le corset ? Enfin, un génie sublime a conçu et produit le busc, et le problème a été résolu. Je ne sais si, en effet, le succès répond aux intentions, si le tout est soutenu, rangé, coordonné selon la règle de l'art féminin, si un *trompe-l'œil* parfait est obtenu ; mais il est certain que toute la partie antérieure du corps étant recouverte d'une lame d'acier ou de baleine, assez large et très longue, placée verticalement et qui ne cède qu'avec difficulté aux ondulations de la poitrine et du ventre, doit occasionner une impression contusive aussi pénible que

(1) Je contiens les *superbes*, je soutiens les *faibles*, et je rappelle les *égarés*.

une pratique contraire, aux dangers d'une cautérisation faite sur la cuisse.

J'ai déjà dit que je ne mettais pas la pâte de Vienne en une masse circulaire; mais que je l'appliquais de manière à obtenir une escarre longue et étroite. Ce mode de cautérisation offre sur l'autre d'assez grands avantages. Il permet de détruire les parois de la veine dans une plus grande étendue; d'agir à la fois sur plusieurs des circonvolutions que forme le vaisseau ou sur deux divisions d'une veine toutes deux affectées de varice. La plaie qui succède à la chute de l'escarre étant allongée au lieu d'être ronde, il est bien plus facile d'en obtenir la guérison. Enfin, la cicatrice moins étendue, assez semblable à celle qui succède à une plaie par instrument tranchant, est moins apparente et moins sujette à s'ulcérer.

La direction selon laquelle le caustique est appliqué sur la veine n'est pas toujours en rapport soit avec l'axe de la jambe soit avec celui du vaisseau variqueux. Autant que possible, je mets la pâte parallèlement à la longueur du membre. Cependant si la veine, marchant en ligne droite, au lieu d'être flexueuse, offrait une direction à peu près transversale, il faudrait incliner la direction du caustique de manière à le rendre sinon parallèle du moins très oblique par rapport au trajet du vaisseau.

Comme les varices s'affaissent et disparaissent en partie lorsque l'on est couché, j'ai soin de faire tenir le malade debout, la veille du jour fixé pour la cautérisation, et je trace, soit à l'encre, soit avec le nitrate d'argent, une ligne sur la peau, qui répond exactement aux parties sur lesquelles le caustique doit être appliqué.

La peau étant rasée, le membre placé de telle sorte que la veine variqueuse en soit la partie culminante, la poudre de Vienne réduite en pâte molle mais non diffluente à l'aide de l'alcool, est placée sur le vaisseau. La longueur de la couche varie de trois à cinq centimètres, la largeur de cinq à dix millimètres; l'épaisseur est au moins aussi grande que la largeur. On devra produire une escarre d'autant plus longue et plus large que le vaisseau est plus volumineux et offre des circonvolutions plus nombreuses et plus étendues.

La durée de l'application du caustique varie entre un quart d'heure et une demi-heure, selon que le vaisseau est recouvert d'une peau plus ou moins fine et qu'il en est séparé par une couche de tissu adipeux plus ou moins épaisse. Il faut autant que possible désorganiser dans une seule séance tous les tissus jusqu'aux parois de la veine *inclusivement*. Il suffit en général, dans le plus grand nombre des cas, de dix-huit à vingt minutes pour atteindre ce résultat.

Pendant tout le temps que dure le contact de la pâte, le malade éprouve une douleur médiocre; rarement cette douleur devient-elle très vive pendant quelques instans, et dans ce cas je pense qu'elle résulte de la présence de quelque filet nerveux compris dans les tissus que le caustique désorganise. La douleur cesse dès que la pâte est enlevée, et à moins de complications insolites, elle ne se fait plus sentir pendant le reste du traitement.

Lorsque la partie est débarrassée du caustique et lavée avec un peu de vinaigre pour achever de décomposer ce qui reste de potasse de chaux, on voit une escarre semi-transparente, contenant dans son épaisseur les petits vaisseaux qui rampent entre la veine et l'épiderme, devenus imperméables par suite de la coagulation du sang qu'ils renferment.

Dans quelques cas, cette coagulation a lieu immédiatement dans la veine variqueuse, en sorte que le sang cesse de suite de la parcourir.

La couche de parties molles qui recouvre la veine ayant une épaisseur inégale, il est des points où l'escarre est plus mince que d'autres. Il arrive parfois que cette couche n'offre point assez de résistance pour la pression latérale du sang. Il suffit alors d'un effort fait par le malade, d'un mouvement brusque, de la position verticale pour en provoquer la déchirure et le sang s'écoule avec plus ou moins d'abondance. Cette hémorrhagie n'a rien de grave; il est facile de l'arrêter par la plus légère compression, aidée de la position horizontale.

Lorsque la cautérisation est achevée, si rien n'annonce que le sang doive couler et si le malade n'est point obligé de se lever, je m'abstiens de tout pansement. L'escarre reste exposée à l'air: par ce moyen on favorise sa prompte dessiccation et dès le lendemain on la trouve noire, sèche, dure, intimement unie par ses bords et par son fond avec les parties voisines. Dans le cas contraire, j'applique un linge fin ou un morceau de diachylon que je soutiens à l'aide de quelques tours de bande.

Avant d'aller plus loin dans la description des phénomènes qui surviennent du côté de la veine variqueuse et de ses divisions, je vais de suite exposer les modifications que subissent les parties désorganisées depuis le moment de la cautérisation jusqu'à celui de l'entière cicatrisation. Ces modifications présentent dans quelques cas une forme très curieuse que Hunter paraît avoir entrevue, mais que la plupart des auteurs ont passée sous silence.

Tantôt les tissus s'enflamment tout autour de l'escarre, un sillon de plus en plus profond se creuse entre ces parties, la portion mortifiée devient molle, grisâtre et elle finit par se séparer au bout de 15 à 25 jours. Cette marche est celle qu'on observe généralement quand on établit un cautère à l'aide de la potasse, et son mécanisme est celui qu'ont décrit les chirurgiens.

Tantôt les modifications que subissent l'escarre et les parties voisines, différant beaucoup des précédentes, s'accompagnent de phénomènes curieux, entrevus par Hunter, mais que la plupart des auteurs ont passés sous silence. L'escarre au lieu de se ramollir et de rester grise se durcit de plus en plus; elle devient tout à fait noire et semblable à de la corne. Les parties voisines ne s'enflamment pas: la peau qui confine à l'escarre ne change pas de couleur, et nul sillon ne se creuse à sa périphérie; il n'y a pas de pus secrété. Dans cet état, la portion mortifiée peut rester adhérente aux tissus vivans pendant plusieurs mois; et lorsqu'enfin elle commence à s'en séparer, elle s'isole peu à peu de la circonférence au centre, laissant au-dessous d'elle une cicatrice sèche, toute formée et bien organisée. L'escarre se détache comme le fait l'épiderme dans certaines régions, à la suite de la fièvre scarlatine.

Les circonstances qui paraissent favorables à ce mode d'élimination tiennent à l'individu et au pansement. Du côté du malade ce sont les hommes à peau sèche, dont l'embonpoint est modéré, et dont le tissu cellulaire n'est point infiltré de sérosité qui nous l'ont le plus souvent offert. Quant au pansement, on a d'autant plus de chances d'avoir une escarre sèche et longtemps adhérente, qu'on s'abstient d'applications topiques, grasses ou emplastiques. Quand on laisse la partie brûlée complètement à l'air, il arrive souvent que dès le lendemain ou deux jours après elle a pris la couleur et la consistance qu'elle gardera jusqu'à la fin.

---

dangereuse. Au reste, on prétend que la mode devenue raisonnable sur ce point a modifié de beaucoup ce supplément à la torture du corset; je le souhaite plus que je ne l'espère. Toujours est-il qu'on doit reconnaître chez les femmes une faculté de supporter la douleur dont nous sommes privés. On dit: comptez-vous pour rien l'habitude? J'ai déjà répondu à cette objection: l'hygiène du corset ne l'admet que pour une fraction très minime. Le corps humain peut bien supporter assez longtemps une douleur lente, modérée, progressive, mais dans une certaine mesure. Il faut le dire, le véritable, l'unique motif, celui qui donne aux femmes du courage et de la patience, celui qui les soutient et les anime, n'est pas autre que la coquetterie; c'est cet immense désir de plaire qui, né avec le cœur féminin, s'y perpétue jusqu'à son dernier battement. M. de Martignac, ce galant et spirituel ministre, disait que « les femmes coquettes n'avaient jamais froid. » Il aurait pu dire également qu'elles n'ont jamais chaud, qu'elles ne souffrent pas pour peu que la coquetterie y trouve son compte. Une femme vive, légère, hardie, excessivement coquette, une de ces Èves, comme on l'a dit, très capable de manger la pomme jusqu'à son dernier pépin, me disait qu'elle porterait une véritable *cuirasse d'acier*, si c'était la mode; je le crois, et personne, doué de bon sens, n'en sera étonné.

Supposons néanmoins que, par une grande et éclatante révolution, le corset ne soit plus de mode; que les femmes, en ayant reconnu les inconvéniens ou l'inutilité, l'aient tout à fait abandonné; que diraient-elles si quelque tyran le leur infligeait comme châtiment, comme une sorte de *cangue* à supporter dans certains délits? Quelles plaintes! quels cris! quel désespoir! Puis, comme l'encens fumerait sur les autels du dieu libérateur de cet odieux supplice! Mais non, la mode a levé son sceptre, elle a dit: je le veux, *soyez averties*; on obéit, on souffre en silence, et même avec reconnaissance. Rien donc de plus vrai, si toute femme est implacable pour qui lui fait perdre le plus petit avantage, il n'est pas de stoïque plus capable qu'elle de mépriser, de braver la douleur, quand elle croit augmenter ou conserver le prestige de sa beauté.

J'en conviens, Madame, et nous en avons fait la remarque, le tourment du corset ne dure pas toujours; mais, d'un autre côté, on s'en revêt dans des circonstances extraordinaires, lorsqu'il s'agit de combat et de conquêtes, je veux parler de spectacles, d'assemblées, de bal, etc. Oh! alors un attirail complet de toilette est préparé, c'est à n'en plus finir; on dirait une conjuration la mieux ourdie contre la santé. Donnons un exemple seulement en ce qui concerne l'objet qui nous occupe. Voici une dame d'une mise élégante et recherchée, qui se rend au bal, ou bien dans une de ces réunions-cohues, où il y aura *un monde fou*. D'abord elle a des souliers fins et aussi étroits que possible; elle met double jarretière, c'est-à-dire au-dessus et au-dessous du genou. Vient ensuite un grand et vigoureux corset, embrassant le corps dans toute son étendue, serré au degré convenable, autrement dit, sans miséricorde. On le couvre ensuite d'une robe, dont les agrafes serrent assez fortement, surtout à la taille; par dessus la robe se place la ceinture, qui s'attache également par une constriction assez forte. Il n'est pas question des bracelets, des colliers, qui cependant, pour leur part, pressent les membres et le cou. Ainsi, ligature en bas, ligature en haut, ligatures multipliées. Ce n'est pas tout: cette dame, complètement entravée, garrottée, se rend dans un salon où l'air est altéré par la foule, où il y a 30 à 40 degrés de chaleur. A cette température du Sénégal, les bougies fondent, les glaces sont ternies, c'est un véritable étouffoir. Néanmoins notre patiente danse pendant cinq ou six heures, ou bien elle chante sur un ton plus ou moins élevé; quels efforts, quelle contrac-

Il arrive parfois que l'une de ces formes d'élimination est remplacée par l'autre. On voit succéder celle qu'on peut appeler aiguë à la séparation chronique, lorsque par une cause quelconque l'inflammation s'empare des parties molles qui environnent l'escarre. Celle-ci s'humecte, se fendille; du pus se fait jour à sa circonférence et à travers les scissures qu'elle éprouve; elle finit bientôt par se détacher entièrement et la surface qu'elle laisse à découvert est couverte de bourgeons charnus semblables à des plaies qui suppurent.

Dans des cas plus rares, le travail d'élimination déjà commencé se ralentit et s'arrête; le pus versé par le sillon qui environne l'escarre se concrète et forme une croûte adhérente au-dessous de laquelle l'ulcère se cicatrise; la peau mortifiée se durcit çà et là, dans le centre d'abord, puis de là à la circonférence; elle finit par devenir noire et sèche comme les escarres dont nous avons parlé plus haut.

Voyons maintenant ce qui se passe du côté de la veine variqueuse. lorsque la cautérisation est assez profonde pour atteindre les parois du vaisseau, le sang se coagule au niveau de la partie brûlée au bout d'un temps fort court, 24 à 36 heures, rarement trois à quatre jours après l'application de la pâte de Vienne on trouve une masse indurée qui dépasse en haut et en bas les limites de l'escarre. Cette masse est en général d'autant plus volumineuse, que la dilatation de la veine était plus considérable. Bientôt la coagulation du sang s'étend de proche en proche vers les divisions inférieures de la veine; et la guérison s'opère par un mécanisme qu'il n'est pas nécessaire d'expliquer ici, puisqu'il est commun à toutes les méthodes de traitement des varices; ce travail s'accomplit taotôt avec une grande rapidité, tantôt avec beaucoup de lenteur. Il est probable que l'existence des anastomoses avec les veines profondes du membre est une des circonstances qui retardent le plus la guérison des varices. Cette disposition peut même être un obstacle insurmontable à l'oblitération du vaisseau, et entraîner la nécessité d'une nouvelle application de caustique au-dessous du point où l'on suppose qu'existe la communication avec les vaisseaux profonds du membre.

Il peut en être de même de la dilatation simultanée de plusieurs veines de la jambe; surtout lorsque celles-ci s'anastomosent largement entre elles et qu'elles ne viennent point aboutir par en haut à un point commun. Il est encore convenable dans ces cas d'attaquer les varices sur plusieurs points du membre.

Il est enfin une troisième circonstance où l'on se trouve dans la nécessité de faire plusieurs applications de caustique. C'est lorsque des veines sous-cutanées deviennent variqueuses pendant que celles qui étaient malades s'oblitèrent. Il faut alors attendre quelques semaines avant de se décider à cautériser ces nouveaux vaisseaux; car j'ai remarqué qu'ils reprenaient parfois spontanément leur volume normal, ce qui tient probablement à l'établissement d'une circulation plus facile par les veines profondes du membre.

Le traitement des varices par le caustique de Vienne présente plusieurs avantages que nous allons examiner. Premièrement il est tellement simple, que dans la plupart des cas les malades qui le subissent peuvent continuer leurs occupations, si pénibles qu'elles soient, pendant toute sa durée. J'y ai soumis un conducteur de diligence qui n'a pas interrompu ses voyages de Paris à Bordeaux, malgré trois applications successives du caustique faites dans l'intervalle de ses excursions. J'ai fait lever, marcher et travailler, un très grand nombre d'individus soumis à la cautérisation, à l'hôpital Necker; plusieurs ont été traités à la consultation externe et, dans la plupart des cas, les malades ont éprouvé dès la première cautérisation un soulagement tel, que la marche et la station devenaient de suite plus faciles. Cependant comme j'ai vu survenir quelques accidens dont je parlerai bientôt, je suis devenu un peu plus sévère et j'exige des malades le repos absolu au lit pendant les trois ou quatre premiers jours qui suivent la cautérisation. Si alors l'escarre est bien sèche, et qu'il n'y ait sur le trajet de la veine aucune tuméfaction douloureuse, je permets l'exercice, pris d'abord avec modération.

Le grand nombre des cautérisations ne semble pas exposer à plus de dangers que quand on n'en pratique qu'une seule. Soit qu'on attaque simultanément les veines sur plusieurs points du membre, soit qu'on laisse quelques jours d'intervalle, soit enfin qu'on ne procède à une nouvelle application de la pâte que quand l'escarre est détachée et la plaie cicatrisée, on observe toujours la même innocuité. J'ai vu quelques individus, dont les membres inférieurs étaient monstrueusement déformés par de nombreuses et énormes varices, subir à peu d'intervalles dix cautérisations et plus, porter à la fois un très grand nombre d'escarres, et cependant user chaque jour de la jambe malade avec autant et plus de liberté qu'ils ne le faisaient avant le traitement. Un avantage qui résulte encore de cette méthode consiste dans l'absence de pansemens toutes les fois que l'escarre devient sèche et qu'elle reste longtemps adhérente. La seule précaution consiste à ne pas exercer sur elle de tractions brusques, car alors on pourrait violemment déchirer les adhérences qui l'unissent aux parties sous-jacentes et provoquer un écoulement de sang et plus tard un peu de suppuration. Ces dangers sont à redouter lorsque l'escarre commence à se séparer comme une lamelle épidermique, et à se relever sur ses bords. On doit alors prendre la précaution de retrancher avec des ciseaux toute la portion devenue libre de l'escarre. Si malgré cela on redoute le frottement des vêtemens sur l'escharre, on devra protéger celle-ci à l'aide d'une simple bande.

Lorsque la partie mortifiée subit le travail d'élimination tel qu'on l'observe pour les escarres en général, il faut mettre en usage le traitement approprié à ce genre de blessure, et panser après la chute de l'escarre comme on le fait pour les plaies qui suppurent. Bien qu'alors cette méthode donne lieu à des ulcères dont la cicatrisation se fait parfois longtemps attendre, néanmoins les pansemens que la plaie exige sont très simples et ne nécessitent aucune précaution spéciale qui puisse entraver les mouvemens du membre.

Aux avantages qui précèdent nous devons ajouter l'efficacité de la méthode. La connaissance du mécanisme de la guérison des varices soit spontanée, soit par l'art, fait aisément comprendre comment la destruction des parois d'une veine cautérisée dans une longueur de 3 à 5 centimètres doit en rendre l'oblitération solide et durable.

On aurait tort de croire que le traitement des varices par le caustique de Vienne est complètement exempt d'inconvéniens et même de quelques dangers. Je vais actuellement faire connaître les accidens auxquels il expose. Je noterai d'abord une première circonstance qui n'offre aucune gravité, mais qui est une cause de retard dans la guérison. C'est une cautérisation qui n'est point assez profonde pour atteindre immédiatement les parois de la veine. Le sang continue alors à traverser le vaisseau, et il ne s'accomplit à son intérieur aucun travail curatif. On doit accélérer la chute de l'escarre par l'emploi des cataplasmes et des corps gras, et

---

tion de la poitrine pour obtenir des sons et un chant qui flattent les oreilles! Enfin cette dame rentre chez elle; on ôte les instrumens de torture; elle vit, *elle respire*; par un miracle de la nature, elle n'a pas succombé dans une épreuve que l'homme le plus robuste ne supporterait pas une heure. Et qu'on dise que c'est là le sexe faible! Quant à moi, j'admire encore sur ce point la force et la constance de sa volonté, on lui doit une couronne de plus. Maxime chinoise: « La pudeur est le courage des femmes. » Variante: c'est de porter un corset dans les grandes circonstances dont nous avons parlé.

Je ne pense pas, Madame, que vous m'accusiez de la moindre exagération. Quoi, d'ailleurs, de plus facile à vérifier, surtout dans l'hiver? Maintenant est-il besoin de vous signaler les accidens, les maladies qui résultent d'une aussi étrange coutume? J'en ai fait ailleurs le triste tableau; j'ajouterai seulement qu'elles se manifestent en raison des dispositions individuelles. Parmi ces maladies, les affections nerveuses les plus variées tiennent le premier rang. N'allez pas croire, je vous prie, qu'il s'agit le moins du monde de ces vapeurs, de ces migraines qu'on joue par ton ou par d'autres motifs: ces puérilités reviennent de droit à ces femmes qui, selon le poète,

> Se font des mois entiers, sur un lit effronté,
> Traiter d'une visible et parfaite santé.

Malheureusement il est question de maladies aussi réelles que dangereuses, trop souvent au-dessus des ressources de notre art. Qui croirait cependant qu'une pareille cause pût amener de telles conséquences? Mais, d'une part, cette cause est active, énergique, et, de l'autre, son action est répétée, double motif pour expliquer l'intensité de ses effets. Il n'est pas jusqu'au moral qui n'en reçoive une fâcheuse atteinte. Je m'y attends, Madame, vous regarderez cette assertion comme une plaisanterie ou comme un paradoxe: tout ce que vous voudrez, mais je soutiens qu'une femme, souvent assujétie à l'influence d'un vaste, d'un implacable corset, ne peut être longtemps ni une bonne femme, ni une femme d'esprit, à moins que, semblable à la mystique Mad. Guyon, elle ne soit forcée de se faire délacer comme suffoquant *de grâce intérieure*. Toujours est-il que, comprimer son corps par un corset étroit, serré, c'est rétrécir également son âme et son esprit, conséquence toute naturelle des lois physiologiques et morales de notre économie. Cet effet a-t-il lieu parce qu'une douleur, une gêne continuelle, irrite le caractère, donne de l'humeur, et distrait sans cesse l'esprit? Est-ce parce qu'alors un goût trop prononcé pour la toilette diminue les facultés de l'intelligence, les concentre sur cet objet aux dépens de beaucoup d'autres d'un ordre plus élevé? Est-ce enfin par ces deux motifs réunis? Je ne sais, il me suffit de constater un fait, dont je laisse l'explication à de plus habiles. Quoiqu'il en soit, vous voyez, Madame, ce que peut produire sur le corps d'une femme, à plus forte raison d'une jeune personne, toute pression forte et constante, ce qu'il y a de plus opposé au but de la nature. Plus on y réfléchit, plus on conçoit les dangers d'une coutume que la mode conserve, mais que repoussent la médecine, la raison et le bon sens. Certainement, en changeant de termes, on peut s'écrier: *que de maux dans un corset!* Qu'on la nie ou qu'on l'avoue, c'est à mes yeux une vérité aussi démontrée qu'une proposition de géométrie.

R. P.

Fontenay, en Vexin (Eure), septembre 1841.

procéder de suite à une nouvelle application de caustique sans attendre la cicatrisation de la surface que l'escarre laisse à découvert.

Bien qu'en général fort peu douloureuse, la cautérisation donne lieu, chez quelques malades, à une sensation de brûlure qui dure presqu'autant que la durée d'application de la pâte. Cette douleur, qui tient probablement au passage de quelque filet nerveux un peu gros dans les parties que le caustique désorganise, est parfois suivie d'une insensibilité des tégumens dans une partie plus ou moins étendue de la jambe ou du pied; sorte de paralysie ordinairement passagère, qui doit encore être attribuée à la désorganisation de quelques filets nerveux par la pâte de Vienne.

La cautérisation occasionne parfois une inflammation très vive soit à la peau, soit dans le tissu cellulaire. Dans le premier cas on voit paraître une rougeur érysipélateuse qui s'étend sur une partie plus ou moins grande du membre et qui est accompagnée de tous les symptômes propres à ce genre d'inflammation. Dans le second la maladie affecte la marche du phlegmon. Presque toujours elle se termine par résolution, rarement par suppuration. Je n'ai jamais vu survenir de phlegmon diffus, mais dans trois ou quatre cas l'inflammation s'est développée à la fois sur plusieurs points du membre, et des abcès se sont formés sur le trajet de la veine variqueuse, à une distance assez grande du lieu cautérisé soit du côté du tronc, soit du côté des extrémités.

Enfin, dans un cas heureusement unique jusqu'à ce jour, sur plus de cent malades qui ensemble ont subi au moins cinq cents cautérisations, il est survenu une phlébite purulente qui s'est terminée par la mort.

J'ai déjà eu occasion de dire que la cautérisation au niveau et au-dessus du genou m'avait paru exposer à plus de dangers que celle qui se fait à la jambe. Je pense en outre que la fatigue pendant les quatre à cinq premiers jours peut être une cause d'inflammation. Depuis que j'ai renoncé à mettre le caustique à la cuisse, et que je fais garder un repos convenable aux malades, je n'ai plus vu se développer d'accidens inflammatoires.

On peut encore ranger au nombre des inconvéniens de la méthode la formation de plaies dont la cicatrisation est quelquefois fort longue à obtenir. Pendant tout le temps que dure la suppuration, le malade en a autant d'ennui que de la présence d'un cautère. Nous avons vu que cet état survenait lorsque les parties molles, voisines de l'escarre, s'enflammaient et déterminaient une prompte élimination; on l'observe également lorsqu'on panse l'escarre avec un corps gras, un emplâtre de diachylon, un cataplasme; cas auquel elle tombe dans l'espace de 15 à 25 jours; mais cet inconvénient est prévenu toutes les fois qu'on peut obtenir l'induration, le dessèchement des parties brûlées, ce qui a lieu le plus souvent quand on a la précaution de les laisser sans pansement, ou seulement couvertes d'un simple linge.

Quant aux cicatrices, le traitement par le caustique donne inévitablement lieu à leur formation. Longues et étroites quand on met la pâte comme je l'ai recommandé, elles sont peu apparentes; mais elles n'en constituent pas moins une véritable difformité; constamment plus vulnérables que la peau saine, elles peuvent se rouvrir soit spontanément, soit par suite de contusions légères ou de frottemens un peu rugueux.

Nous venons de présenter avec détail les inconvéniens et accidens auxquels expose le traitement des varices par le caustique de Vienne. Sont-ils suffisans pour nous faire rejeter la cautérisation? Nous ne le pensons pas. D'une part, le plus grand nombre de ces accidens est un phénomène tout à fait exceptionnel; le plus sérieux d'entre eux n'a été observé qu'une seule fois; tous les autres ne présentent aucune gravité. D'une autre part, cette cautérisation, joint à une extrême simplicité une efficacité que l'on ne rencontre point réunies dans les autres méthodes curatives des varices.

Quelques personnes pensent que l'on ne peut arriver à une guérison radicale et permanente des varices. Cette opinion est à coup sûr erronée. Il est vrai que chez quelques malades le nombre des veines variqueuses est si considérable, les anastomoses entre les vaisseaux superficiels et les profonds si multipliées que l'on ne peut parvenir à les oblitérer toutes, et que l'occlusion du vaisseau dans le lieu cautérisé ne s'étend pas aux autres divisions variqueuses. Dans ce cas, il est tout à fait impossible de triompher de la maladie, et le caustique, pas plus que toute autre méthode curative, n'offrira de chances de succès. Il est également vrai que chez d'autres individus il survient de nouvelles varices après que l'on a provoqué l'oblitération de celles qui existaient. Mais il en est un grand nombre d'autres chez lesquels cette reproduction n'a pas lieu; et de plus, lorsqu'elle existe, il est facile de produire l'occlusion de ces nouveaux vaisseaux à l'aide du moyen que nous conseillons, et l'on voit au bout d'un certain temps cesser cette tendance à la reproduction.

Nous pourrions citer ici un grand nombre d'exemples de guérisons obtenues depuis une et deux années, et qui ne se sont point encore démenties. Les faits que j'ai observés confirment donc l'excellence de la méthode que M. Bonnet a remise en honneur. A cet habile chirurgien appartient le mérite d'avoir démontré, par l'expérience et le raisonnement, l'innocuité et l'efficacité de la cautérisation des veines variqueuses. Je me suis appliqué à rendre la méthode plus sûre et d'un usage plus facile, et j'ai la confiance d'y être parvenu. Pour terminer, je vais en peu de mots résumer les idées principales émises dans ce travail :

1° L'on peut obtenir la guérison radicale des varices à l'aide du caustique de Vienne.

2° Autant que possible, il faut s'abstenir d'appliquer la pâte ailleurs qu'à la jambe.

3° Le caustique doit être mis de manière à former des escarres longues et étroites.

4° Il faut que la mortification atteigne les parois de la veine.

5° On doit favoriser la dessiccation de l'escarre, en s'abstenant de tout pansement, et alors l'escarre n'est éliminée qu'au bout d'un temps fort long (plusieurs mois), sans travail de suppuration; la cicatrice se fait à mesure qu'elle se détache.

6° Après quatre à cinq jours de repos, les malades peuvent se livrer à leurs occupations, quelque pénibles qu'elles soient, sans donner aucun soin à leur traitement.

7° Il est rare que le traitement détermine des accidens. Quand il en survient, ils n'offrent pas de gravité. Une seule fois, sur plus de 500 cautérisations, il s'est déclaré une phlébite mortelle, dont la cause peut être attribuée à des circonstances faciles à éviter.

8° Les guérisons obtenues à l'aide de la cautérisation sont solides et durables.

CLINIQUE MARITIME.

DE L'ANGIOLEUCITE; par JULES ROUX, D. M. P., chirurgien-major de la marine au port de Toulon, etc.

L'histoire de l'angioleucite telle qu'elle existe dans les livres n'est pas tellement bien tracée que l'observation clinique n'ait plus rien à nous apprendre à son égard. Cette phlegmasie s'est présentée à moi deux fois avec des caractères si remarquables et sur un si grand nombre de sujets à la fois que j'espère pouvoir ajouter quelques traits de plus à sa description.

J'ai étudié l'angioleucite à bord du vaisseau *le Montebello*, où dans six mois elle a atteint une foule d'individus; je l'ai revue ensuite dans les salles de chirurgie de l'hôpital principal de la marine de Toulon, où, en peu de temps, elle a atteint un grand nombre de malades; et dans ces deux circonstances elle a offert une physionomie différente que j'essaierai d'esquisser.

Dans plus de trente cas d'inflammation des lymphatiques que j'ai observés, c'était toujours aux membres inférieurs et bien rarement aux supérieurs que le mal existait, sans qu'il soit possible de dire si les membres droits sont plus souvent affectés que ceux du côté gauche du plan médian.

Dans tous les cas, un excepté, la cause de la phlegmasie était évidente; elle résidait dans une excoriation superficielle de la peau, une phlyctène à peine sensible à l'œil, un abcès souvent apparent, ou bien c'étaient des plaies étendues, intéressant le derme seulement, ou atteignant le tissu cellulaire sous-dermique, et quelquefois les parties plus profondes.

En général, j'ai remarqué qu'à bord du *Montebello* c'étaient surtout les altérations sous-dermiennes de la peau qui s'accompagnaient plus aisément d'angioleucite que les plaies plus profondes, tandis qu'à l'hôpital de la marine c'était le contraire, puisque les plaies, les ulcères affectant surtout la totalité de la peau, étaient les altérations qui se compliquaient surtout de la phlegmasie dont il est ici question. Il faut quelquefois beaucoup d'attention pour reconnaître le point de départ du mal; souvent c'est dans une anfractuosité de l'épiderme, dans l'intervalle des orteils que siége l'excoriation légère, la phlyctène à peine perceptible qui est la source de l'inflammation des lymphatiques de tout le membre, et, je le répète, un examen superficiel exposerait infailliblement à ne pas découvrir le principe du mal et à en méconnaître la cause.

Une seule fois je n'ai pas trouvé d'altération de la peau capable de m'expliquer le point de départ de la phlegmasie, et je suis disposé à croire que dans ce cas la cause doit être considérée comme *interne*.

Mais comme à bord d'un vaisseau ainsi que dans les hôpitaux de la marine, il existe sans cesse des excoriations, des plaies, des ulcères, etc., de la peau, et que cependant l'angioleucite est fort rare; que d'un autre côté,

dans les cas dont je parle, il est certain que cette phlegmasie a affecté un grand nombre de malades à la fois, au point de régner d'une manière épidémique; il est évident qu'il y a dans sa production quelque chose de plus. Je signale le fait comme certain, et tout en avouant que dans l'atmosphère, la température, pas plus que dans les circonstances qui entouraient les plaies des membres, je n'ai rien saisi qui pût me rendre compte de la singularité de ce phénomène, je noterai que la constitution médicale régnante ne m'a pas paru sans influence sur le développement et les progrès du mal.

A bord du *Montebello* un typhus bénin régnait sur l'équipage depuis deux mois, quand tout-à-coup surgirent les cas d'angioleucite non encore observés.

Une affection de même nature existait aussi dans le 3e régiment d'infanterie de marine, à Toulon, lors de l'apparition subite des cas assez nombreux de cette phlegmasie; mais ce qui est bien digne de fixer l'attention, c'est que l'inflammation des lymphatiques des membres fut observée non seulement sur les malades provenant du régiment, mais encore sur les matelots qui étaient depuis longtemps à l'hôpital dans les salles de blessés voisines des salles de fiévreux, alors encombrées de soldats atteints du typhus, tandis qu'aucun marin provenant des vaisseaux de l'escadre ou d'autres localités ne présentait le même mal, au moment de son entrée. Il est seulement bien positif qu'en temps ordinaire les plaies, les ulcères, etc., des membres, produisent souvent l'engorgement des ganglions de l'aine ou de l'aisselle, tandis qu'il est des circonstances plus rares où ces mêmes altérations du tissu cutané s'accompagnent d'angioleucite, et cela sur un assez grand nombre de blessés à la fois.

L'étude anatomique des lymphatiques de la peau telle qu'elle a été faite en ces derniers temps semble recevoir un nouveau degré de certitude par le siége et la marche de l'angioleucite. Mes observations tendent en effet à établir que l'inflammation peut affecter isolément, au moins au début: 1° le réseau lymphatique sous-jacent à l'épiderme; 2° la trame des vaisseaux de même ordre enlacés dans le réseau vasculaire de la peau; 3° les vaisseaux lymphatiques qui rampent sous le derme; 4° enfin les vaisseaux sous-aponévrotiques ou profonds.

Dans l'inflammation du réseau lymphatique immédiatement placé sous l'épiderme, on observe une coloration rosée, d'une nuance délicate, qu'efface la plus légère pression et que l'œil reconnaît être très superficielle; à l'aide de la loupe on aperçoit au milieu de cette plaque qui semble uniformément rosée des stries peu foncées, courtes, s'entrecroisant bientôt de manière à former un réseau qui intercepte de petits espaces dépourvus de coloration. Il est extrêmement facile de confondre avec l'érysipèle commençant l'angioleucite qui affecte le réseau superficiel de la peau, et je n'eusse peut-être pas été conduit à l'en différencier par l'application de la loupe, si, dans quelques cas, des lymphatiques sous-dermiques affectés en même temps ne m'avaient révélé par des stries rouges, longues, et la sensation qu'ils me donnaient d'une corde tendue, la véritable nature du mal.

La phlegmasie du second plan des vaisseaux lymphathiques de la peau, de celui qui repose sur le derme, se révèle par les mêmes caractères; mais, soit que le mal étant déjà plus profond, il soit moins facile de l'apercevoir à son début, soit que le réseau lymphatique y soit plus serré; la rougeur s'y montre plus foncée de prime abord, et ce n'est qu'à grand peine qu'on parvient à découvrir au sein de la plaque rouge par laquelle elle se montre, quelques espaces losongiques ou irréguliers sans coloration aucune.

Aussi est-il bien plus facile de confondre cette phlegmasie avec l'érysypèle; mais jamais la phlegmasie n'est si bien localisée qu'elle ne s'étende à quelques vaisseaux sous-dermiens dont les stries rouges et tendues, si caractéristiques, empêchent toute méprise à cet égard.

La douleur qui était à peine appréciable dans l'inflammation du réseau superficiel, est au contraire prononcée dans l'inflammation du réseau sous-dermien; il en est de même de la chaleur qui, peu développée dans le premier cas, est déjà considérable dans le second.

La résolution accompagnée de la desquamation de l'épiderme qui s'en va en écailles blanches et légères s'observe dans ces deux inflammations, mais elle est surtout le propre de l'angioleucite du réseau sous-épidermique; tandis que la phlegmasie de la deuxième couche s'accompagne assez fréquemment d'exhalation de sérosité qui s'amasse en phlyctènes d'un volume variable et qui peut aller jusqu'à soulever tout l'épiderme d'un membre, comme si on l'avait recouvert d'un large vésicatoire.

L'inflammation des lymphatiques placés au-dessous du derme est celle que les auteurs ont eu en vue de décrire, c'est celle que l'on connaissait le mieux; car je ne sache pas que les précédentes aient encore été décrites. A la phlegmasie de cet ordre de vaisseaux appartiennent les plaques rouges à stries prononcées, à cordons tendus, reconnaissables au simple toucher, etc., etc., toutes choses qui sont conformes à la disposition anatomique de ces vaisseaux, et que l'anatomie et l'observation pathologique démontrent être étrangères à l'inflammation des deux plans les plus superficiels.

Enfin, l'inflammation des lymphatiques sous-aponévrotiques, le plus souvent consécutive à celle des vaisseaux des autres plans, ne se révèle plus par des caractères saisissables à la vue; le toucher seul, aidé de la notion anatomique du siége des vaisseaux, nous instruit de son existence, ainsi que la douleur et l'augmentation de la température et du volume du membre.

La résolution peut terminer ces deux dernières phlegmasies; mais le plus souvent on observe la suppuration.

Après avoir établi les siéges divers de l'angioleucite, en m'appuyant sur les observations que je rapporterai bientôt, plutôt que sur la disposition anatomique des lymphatiques de la peau, je vais en tracer la marche.

Au début, l'inflammation se montre le plus souvent à la face interne de la jambe, au-dessus de la malléole correspondante. Elle s'étend peu après aux régions moyennes vers les faces postérieures et internes; ce n'est que plus tard que la face externe est également affectée. Mais avant cette dernière, l'extrémité inférieure de la cuisse est déjà envahie, et presque instantanément le courant des lymphatiques superficiels, qui vient aboutir au chapelet des ganglions inguinaux sous-cutanés, participe à la phlegmasie. Enfin les lymphatiques de la demi-circonférence externe de la cuisse et ceux qui se distribuent aux parois externes du bassin, sont les derniers atteints; je n'ai jamais vu l'inflammation remonter plus haut. Après s'être ainsi étendu sur tout le membre inférieur, le mal semble revenir sur ses pas, et le pied devient le théâtre de la phlegmasie. Cette marche rétrograde m'a fréquemment étonné; je l'ai presque toujours observé; ainsi, bien que le point de départ de l'inflammation résidât le plus souvent aux orteils ou au dos du pied, les lymphatiques de la partie inférieure de la jambe en présentaient les premières traces, sans qu'on pût rien découvrir dans les parties intermédiaires. Je remarquai à l'égard des vaisseaux lymphatiques sus malléolaires, ce qui arrive si souvent pour les ganglions inguinaux qui s'engorgent et s'enflamment consécutivement à une altération de la peau du dos du pied ou des orteils, sans que les vaisseaux intermédiaires paraissent être affectés. Quoi qu'il en soit, du pied le mal se porte aux orteils et presque toujours ils sont successivement et non simultanément atteints, de telle sorte que dans sa marche progressive et après deux ou trois jours, la phlegmasie présente sur un même membre les phases diverses qu'elle doit parcourir.

Avec de l'attention, on s'aperçoit que le réseau lymphatique sous-épidermique est le premier atteint: que bientôt celui qui est superposé au derme est envahi avec quelques-uns des vaisseaux sous-dermiens; que le plus souvent ces trois ordres de canaux sont affectés dans l'angioleucite; qu'il est moins ordinaire de voir l'inflammation s'étendre aux lymphatiques sous-aponévrotiques ou profonds; enfin, qu'il est plus rare encore de voir l'inflammation débuter par ce dernier ordre de vaisseaux.

Dans le principe, une plaque rouge unique existe au-dessus et en avant de la malléole interne, et ce n'est que lorsqu'elle a atteint une certaine étendue que d'autres plus petites se forment au-dessus, liées à la première par quelques stries longues et rouges; la peau conserve dans leur intervalle sa coloration naturelle. Plus tard les plaques se confondent, et alors on croirait à un érysipèle, si on voyait les malades pour la première fois.

Je n'ai jamais vu l'inflammation des lymphatiques d'un membre s'étendre au membre correspondant; j'ai toujours remarqué que les ganglions inguinaux étaient comme une barrière qui arrêtait les progrès de l'affection.

Enfin, pour donner un aperçu des symptômes et du traitement de l'angioleucite que j'ai observée, je vais faire connaître quelques observations que j'extrais au hasard parmi celles que renferment mes cahiers de clinique, et dont l'ensemble m'a servi à tracer les précédentes considérations.

Obs. I. (Août 1840.) — Legros, âgé de 22 ans, matelot de troisième classe, d'un tempérament lymphatique, éprouva, dans la journée du 20 août, un picotement douloureux suivi de tension à la partie inférieure de la jambe gauche. Cette sensation, d'abord légère, s'accrut progressivement, s'accompagnant de gêne au pli inguinal du côté correspondant. A ces phénomènes se joignirent bientôt de la céphalalgie, de la chaleur à la peau, de la soif, de l'inappétence, mais à un degré modéré.

La nuit fut troublée par quelques inquiétudes dues aux phénomènes précités, et le malade ne put goûter que quelques heures de sommeil.

Le lendemain, à la visite du matin, Legros vient réclamer nos soins et offre à notre observation les symptômes suivans : rougeur par stries, par traînées, disséminées sur la jambe gauche, plus concentrées à la partie inférieure et interne, mais en général fort étroites; chaleur mordicante dans le trajet de ces stries; sentiment de brûlure augmentant par la pression. Les stries ne remontent pas au-delà du genou; la cuisse, sensible au toucher dans le trajet des vaisseaux lymphatiques, présente à sa partie supérieure un empâtement douloureux qui dénote la tuméfaction commençante des ganglions sous-jacens. La chaleur de tout ce membre est, en général, plus élevée que celle du reste du corps. Un examen minutieux nous fait découvrir, à la base du deuxième orteil, un petit abcès superficiel qui s'est ouvert de lui-même et a laissé une petite plaie suppurante. La céphalalgie persiste; la chaleur du corps n'est pas sensiblement élevée. Le pouls bat 75 fois par minute, son rhythme normal. Il y a anorexie, soif modérée, la langue est blanche et humide; l'abdomen indolent. Le malade se dit atteint de diarrhée depuis neuf jours; les urines sont claires et d'une facile excrétion.

Deux heures après son alitement, la réaction se développe, et avec elle les phénomènes généraux et locaux. Les traînées rouges de la jambe s'étendent et vont former des réseaux et des plaques par leur réunion; elles tendent à envahir le genou. (Diète, orge, coton cardé sur la jambe; saignée du bras, 360 gram.)

Insomnie complète dans la nuit du 22.

Le lendemain, amélioration générale; les plaques érisypélateuses de la jambe se circonscrivent. Quelques-unes ont considérablement pâli; quelques stries rares se dessinent à la partie inférieure de la cuisse. Le trajet des lymphathiques est toujours sensible à la pression, quoique ne fournissant aucune sensation de dureté ou de cordon tendu. L'engorgement ganglionnaire n'a pas fait de progrès; les symptômes généraux sont moins marqués; la peau est moite et d'une chaleur douce. Le pouls régulier et naturel; la céphalalgie presque nulle; la soif se fait à peine sentir. Deux selles liquides dans les vingt-quatre heures.

Dans le milieu de la journée, un mouvement fébrile s'établit avec redoublement des symptômes; les plaques érysipélateuses rougissent et s'étendent; le genou est envahi; il devient rouge, chaud, douloureux. La rougeur s'efface sous la pression du doigt pour reparaître ensuite; une plaque plus étroite se développe à la partie inférieure de la cuisse.

Vers le soir, chute de l'accès fébrile et des phénomènes concomitans; le malade peut se livrer au sommeil. (Diète, orge, demi-lavement.)

Le 23, mieux sensible; les plaques seules du genou et de la cuisse persistent; celles de la jambe se sont desséchées. Pas de redoublement dans la journée. Etat général très satisfaisant. (Diète, orge.)

Le 24, bien-être général; les plaques du genou et de la cuisse ont beaucoup pâli. (Soupe, orge.)

Le 25, dessiccation complète des plaques érysipélateuses. Desquamation de l'épiderme qui les recouvrait. La petite plaie du deuxième orteil est cicatrisée. (Soupe, orge.)

Obs. II. — Négrier, matelot de troisième classe, d'un tempérament lymphatique, âgé de 23 ans, fut admis au poste des malades, le 31 août 1839; mais depuis le 22 du même mois il y venait chaque matin pour se faire panser une contusion qu'il avait au pied gauche, vers la base du petit orteil, et pour laquelle on avait employé l'eau-de-vie camphrée, et plus tard les cataplasmes émolliens. Le jour de son entrée à l'hôpital, il se plaignait d'une douleur profonde dans la tête; ses réponses étaient brèves; la lumière fatiguait ses yeux; il ne pouvait conserver la station verticale. Du reste, la peau et la tête avaient leur température normale. Le pouls était naturel; cependant un peu déprimé; la langue belle, la soif ordinaire; il y avait anoxerie sans autre dérangement des facultés digestives. Les phénomènes cérébraux attirèrent toute notre attention; car, depuis deux jours, le malade n'était plus venu réclamer nos soins pour la contusion qu'il avait reçue au pied gauche. (Diète, compresses froides sur la tête; sulfate de soude, 30 gr.; limonade tartrique.)

Le lendemain, 1er septembre, l'état du malade n'avait pas changé; il était couché sur le dos dans un état d'entière prostration des forces; il sommeillait sans cesse, ne sortait de son état d'assoupissement que lorsqu'on le secouait avec instance; alors il répondait à peine aux questions qu'on lui adressait; il retombait aussitôt dans le même état de somnolence; cependant le front était brûlant, la peau chaude, le pouls fréquent et plein. Le malade avait eu deux garderobes. (Diète; saignée du bras, 360 gr.; continuation des compresses froides sur le front et de la limonade tartrique.)

Sous l'influence des moyens employés, les symptômes cérébraux et l'appareil fébrile perdirent de leur intensité, et le jour suivant le malade, pouvant mieux rendre compte des sensations qu'il éprouvait, accusa une vive douleur à la jambe gauche. Cette partie était en effet le siége d'une coloration rosée, formée par des lignes rougeâtres qui s'entrecroisaient en laissant dans leurs intervalles des portions de peau qui avaient conservé leur coloration naturelle. La partie inférieure de la face interne de la jambe était occupée par cette plaque rosée, irrégulière, non circonscrite, de la circonférence de laquelle partaient d'autres lignes rouges se dirigeant vers le genou et la face interne de la cuisse dans la direction des vaisseaux lymphatiques de cette partie.

Un abcès peu étendu existait au pied du membre correspondant, à la base du petit orteil, là où Négrier avait eu une contusion pour laquelle il était venu réclamer nos soins. Le dos du pied était loin d'offrir la coloration prononcée de la partie inférieure de la jambe; à peine y remarquait-on quelques lignes rougeâtres qui établissaient la communication du foyer purulent avec la vaste plaque rouge de la jambe. (Diète, 20 sangsues sur le centre des lymphatiques enflammés; ouverture de l'abcès, pansement méthodique de la plaie; limonade tartrique; cataplasme après la chute des sangsues.)

Le 3, l'inflammation fit de plus grands progrès; la rougeur de la peau devint plus foncée à la jambe; elle envahit toutes ses faces et s'étendit à toute la partie interne de la cuisse; mais tandis que la rougeur de la peau était uniforme à la jambe ou l'épiderme soulevé par de la sérosité offrait de vastes phlyctènes, ce qui en eût évidemment imposé pour un érysipèle ordinaire si nous n'avions pas assisté au développement du mal, la rougeur était encore composée de stries à la cuisse; et en certains endroits où ces stries étaient plus nombreuses, plus rapprochées, elles formaient des plaques irrégulières où l'inflammation était plus vive, d'où s'échappaient d'autres lignes rouges qu'on pouvait suivre jusqu'aux ganglions inguinaux qui étaient tuméfiés et très douloureux. (Diète, limonade tartrique, cataplasme sur tout le membre après une friction mercurielle de 2 grammes.)

Le 4, le mal n'avait pas encore été enrayé dans sa marche; l'inflammation avait envahi toute la cuisse, et se prolongeait en haut et en dehors vers la crête iliaque; toute la jambe était couverte de phlyctènes qui se déchiraient par l'enlèvement du cataplasme, et faisaient de toute cette partie un vaste vésicatoire.

Le malade s'agitait dans son lit, il n'avait aucun repos; l'assoupissement dans lequel il était plongé n'avait pas diminué; un cercle noir entourait ses yeux; sa peau était sèche, ridée, chaude; le pouls toujours fréquent, mais mou, la langue rosée à sa pointe et sur ses bords, blanchâtre au centre; la soif était vive, le ventre légèrement douloureux. Il y avait eu dans la nuit plusieurs selles liquides et involontaires. (Diète, tisane de riz gommée, deux demi-lavemens avec l'amidon, linge enduit de cérat à la jambe, 10 sangsues à la cuisse, cataplasme après leur chute, pansement méthodique de l'abcès du pied consistant en un plumasseau de cérat et un cataplasme.)

Le 5, la jambe suppurait comme un vésicatoire; toute l'étendue de la cuisse et le pied étaient recouverts de vastes phlyctènes remplies de sérosité. L'inflammation des vaisseaux lymphatiques n'avait pas fait de nouveaux progrès vers le tronc; il y eut un léger amendement dans les phénomènes généraux. Les garderobes furent moins nombreuses. (Diète, tisane de riz, 2 demi-lavemens émolliens, linge enduit de cérat autour de la jambe et de la cuisse, vastes cataplasmes par dessus.)

Le lendemain, il y eut un mieux sensible; l'inflammation des lymphatiques du tiers supérieur de la cuisse était moins vive; les deux tiers inférieurs de cette partie et toute la surface de la jambe suppuraient abondamment; le malade était moins assoupi; il répondait mieux aux questions qu'on lui adressait; il demandait à manger; il n'avait eu que deux selles liquides et volontaires. Mais la fièvre continuant encore, je crus devoir insister sur l'emploi des mêmes moyens. (Diète, tisane de riz, 2 demi-lavemens, linge enduit de cérat sur le membre inférieur malade, cataplasmes émolliens par dessus.)

Alors les lymphatiques superficiels du pied s'enflammèrent; chacun des orteils fut successivement atteint et devenait la cause de très vives douleurs, qui empêchaient le malade de reposer. Cette nouvelle extension du mal diminua d'intensité après quelques jours, et, à partir de cette époque, Négrier fut de mieux en mieux; la suppuration de la jambe et de la cuisse diminua et finit à la manière d'un vésicatoire qu'on fait sécher. La plaie qui résultait de l'ouverture de l'abcès fut assez longue à cicatriser. Les phénomènes cérébraux persistèrent encore quelques jours, ainsi que l'état fébrile. La convalescence du malade ne fut entravée par aucun accident, elle fut seulement prolongée par une plaie avec escarre au talon du pied malade, si bien que ce ne fut que vers la fin d'octobre qu'il fut rendu à ses travaux.

Obs. III. — Pomarés, matelot dans la 104e compagnie, âgé de 19 ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, se présenta à ma visite du soir le 15 septembre 1839; il accusait une grande pesanteur de la tête, une tendance invincible au repos et au sommeil, des lassitudes dans les membres, de l'anorexie; rien n'indiquait, du reste, chez lui, un état maladif des organes de la respiration ou de la digestion. Il avait la peau brûlante et sèche, le pouls fréquent, mais facile à déprimer. (Diète, limonade tartrique.)

Ces symptômes persistèrent sans s'aggraver le 16 et le 17; leur intensité n'était pas assez grande pour indiquer l'emploi de moyens énergiques pour les combattre; le malade fut donc laissé à la diète, à l'usage de sa limonade, et des compresses froides recouvrirent sa tête; un lavement avec l'eau de mer fut prescrit.

Le 18, j'aperçus à l'extrémité inférieure et interne de la jambe gauche, où Pomarés éprouvait une douleur assez vive, une surface de 2 pouces environ, rouge à son centre, rosée à sa circonférence, celle-ci n'étant nullement circonscrite, et présentant des stries linéaires se portant vers le genou, en suivant l'axe du membre. La rougeur de la surface enflammée disparaissait sous la pression du doigt pour revenir dès qu'elle avait cessé; elle paraissait évidemment résulter de l'entrelacement de lignes rougeâtres croisées dans tous les sens, mais surtout dans le sens de l'axe du tibia. Le pied n'offrait aucune plaie, aucun abcès, aucune excoriation légère qu'on pût considérer comme le point de départ des stries qui formaient la rougeur.

Les symptômes généraux qui avaient précédé cette phlegmasie des vaisseaux lymphatiques superficiels de la jambe ne furent pas modifiés par son apparition; je me contentai donc d'ajouter à ma prescription précédente l'application de dix sangsues sur la partie enflammée et celle de cataplasmes après leur chute.

Le lendemain, l'inflammation avait fait de rapides progrès. Toute la face interne de la jambe offrait une rougeur très foncée; les faces postérieure et externe étaient couvertes de plaques rosées, où l'on distinguait parfaitement les stries rouges qui les formaient, car autour d'elles la peau était parfaitement saine; ces plaques secondaires étaient jointes à la plaque rouge primitive par de nombreuses lignes également rouges que l'œil apercevait aisément sous la peau et que leur résistance, semblable à celle d'une corde tendue, révélait également bien au toucher.

La circonférence de la rotule et le tiers inférieur de la face interne de la cuisse offraient déjà un grand nombre de filamens rouges; les ganglions inguinaux étaient très tuméfiés.

Alors la face était rouge, animée, l'œil brillant, mais le regard incertain. La tête était pesante; il était difficile d'engager le malade à exprimer ce qu'il éprouvait; il contractait souvent les muscles de la face; son sommeil était court, agité; il

remuait souvent les membres. Sa peau était chaude et sèche, son pouls plein et fréquent. On observait encore de la sécheresse à la bouche; la langue couverte d'un enduit blanchâtre, sans rougeur à sa pointe; soif; pas de toux, pas de nausée, pas de gêne de la respiration et de trouble dans l'appareil digestif. (Diète, saignée du bras de 360 gr., limonade citrique, compresses froides sur la tête, coton cardé autour du membre inférieur affecté.)

Le 20, les symptômes locaux s'accrurent encore; toute la jambe était rouge, toute la cuisse était envahie par des plaques rouges ou rosées, et par les nombreuses lignes également rouges qui les unissaient: mais les symptômes généraux avaient perdu de leur intensité; le malade était retombé dans l'abattement où il était plongé avant l'excitation générale qu'il avait éprouvée la veille. Le pouls avait moins de fréquence et il était redevenu mou.

Le 21 et le 22, le mieux se prononça davantage; la rougeur de la jambe perdit de sa teinte foncée; mais elle acquit à la cuisse un peu plus d'intensité.

Le 23, le 24 et le 25, la rougeur diminua toujours progressivement dans les parties enflammées; la jambe devint le siége d'une exhalation abondante de sérosité qui rendit les muscles mous et sans ressort; la cuisse resta marquée de taches irrégulières à peine rosées. Les ganglions inguinaux moins douloureux diminuèrent de volume.

Le 26, le 27, le 28, le membre malade était revenu à son volume naturel; quelques plaques à peine rosées existaient encore à la cuisse; la jambe était infiltrée vers le tendon d'Achille surtout. La peau était partout sèche, rugueuse, mais l'épiderme ne se détachait pas par lambeaux; car jamais il n'avait été soulevé par de la sérosité.

Cependant, les phénomènes généraux qui avaient précédé l'apparition du mal persistèrent après que l'inflammation locale et superficielle se fut dissipée. Il y avait encore de la stupeur, de la chaleur à la peau, de la fréquence dans le pouls; aussi le malade était-il encore à la diète, à l'usage de sa limonade; le coton enveloppait toujours le membre affecté.

Le 29, le pied, qui était la seule partie du membre inférieur qui n'eût pas été envahie, devint le siége d'une rougeur érysipélateuse; en même temps l'abdomen fut un peu douloureux, et il y eut quelques selles liquides. (Diète, tisane de riz, coton autour du membre inférieur gauche.)

Le 30, l'abdomen était indolore; la rougeur du pied était plus prononcée; la tête devint moins pesante; le malade était sorti de son assoupissement; il demandait vivement à manger. (Bouillon, tisane, riz gommé, demi-lavement amilacé.)

A partir de cette époque, la rougeur diminua au pied; la jambe et la cuisse n'offraient plus qu'une infiltration légère, et l'affection paraissait tout à fait terminée lorsque, le 6 octobre, un petit abcès sous-cutané, bien circonscrit, se dessina à la partie moyenne de la jambe, près la crête du tibia; il fut ouvert aussitôt, et il en sortit un pus bien élaboré.

Le lendemain, deux autres abcès plus volumineux furent reconnus et ouverts autour de la rotule et à la partie inférieure de la jambe.

Les plaies qui succédèrent à l'ouverture de ces abcès, tous sous-cutanés, suppurèrent quelque temps. Pendant leur cicatrisation, le malade, qui était réduit à un grand état d'émaciation, put reprendre des forces. Sa convalescence fut longue; sa jambe, prompte à s'engorger au moindre exercice, fut entourée d'un bas lacé.

Enfin, le 30 octobre, un mois et demi après son entrée à l'hôpital, Pomarès put reprendre son service.

Obs. IV. — Thibodeau (François), apprenti marin, âgé de 24 ans, né à Bourbon (Vendée), d'un tempérament lymphatique, avait toujours joui d'une bonne santé, lorsque, le 17 septembre 1839, il se présenta à ma visite avec les symptômes suivans: céphalalgie frontale, face rouge, vultueuse; peau chaude; pouls fort, fréquent; langue sèche, soif vive, anorexie; sentiment de lassitude dans tout le corps. Ces phénomènes précurseurs d'une affection que je ne pouvais encore diagnostiquer avaient un tel état d'intensité que je prescrivis une saignée du bras de 360 gr., la diète et la limonade tartrique.

Le lendemain, ces symptômes généraux avaient bien diminué de gravité; la céphalalgie était légère, la peau moins brûlante, la soif moins vive; la langue était devenue humide; le pouls avait diminué de force et de fréquence; mais le malade accusa à la jambe droite une douleur vive qui attira notre attention. Elle était le siége d'une rougeur non circonscrite s'étalant à la partie extérieure et inférieure du membre en plaque rosée, formée par des stries rouges entre-croisées, et laissant, vers sa circonférence surtout, des espaces de plusieurs lignes, où la peau avait conservé sa coloration naturelle. D'autres stries rouges se portaient vers le genou à travers la face interne de la jambe. Une phlyctène remplie d'une sérosité purulente était située à la base du deuxième orteil, et nous parut la cause et l'origine de cette inflammation des vaisseaux lymphatiques. (15 sangsues sur le centre de l'inflammation, cataplasme après leur chute; diète, limonade tartrique.)

Le 19, l'inflammation de la jambe était devenue plus intense, la rougeur était foncée, plus étendue; sa forme était moins irrégulière; de nouvelles plaques rouges s'étaient formées à la partie supérieure et postérieure de la jambe; des stries rougeâtres, tendues, douloureuses, couvraient la face interne de la cuisse; les ganglions inguinaux étaient tuméfiés et très sensibles à la pression; en même temps l'appareil fébrile devint plus prononcé; la céphalalgie augmenta; le pouls devint plus fréquent, la peau plus chaude, les urines rouges. (20 sangsues sur les plaques les plus enflammées, cataplasmes émolliens sur la jambe et la cuisse, diète, limonade tartrique, lavement émollient.)

Les deux jours suivans, 20 et 21, l'inflammation ne cessa de faire des progrès; la jambe et la cuisse évidemment tuméfiées offraient une rougeur très foncée; l'inflammation ressemblait à un érysipèle; de petites phlyctènes existaient sur toute l'étendue du membre; mais une observation attentive faisait reconnaître encore, vers la circonférence du mal surtout, les stries rougeâtres qui sont les premiers linéamens de l'affection. Les phénomènes de réaction ne semblent pas en harmonie avec les symptômes locaux. Le pouls est fréquent, mais souple; la peau légèrement chaude, la langue humide, la soif modérée, la céphalalgie nulle; on remarque une faible tendance à l'assoupissement. (Diète, limonade tartrique, cataplasme.)

Cependant, arrivé à ce degré d'intensité, le mal suivit une marche décroissante; la rougeur diminua avec le gonflement, si bien que quatre jours après, le 25, il ne restait plus dans la partie qu'un empâtement qui fut combattu par des applications d'eau saturnée tiède.

L'inflammation des lymphatiques superficiel de la jambe avait presqu'entièrement disparu; la peau avait repris sa souplesse, et quelques lambeaux de son épiderme se détachaient, mais il restait toujours un peu d'empâtement dans la jambe seulement. Le malade demandait à manger; on lui avait successivement accordé le bouillon, de légères soupes et même le quart de la ration, lorsque, le 28, dans la journée, il fut tout à coup atteint d'un frisson violent et prolongé, avec claquement des dents, qu'accompagnèrent ensuite une période de chaleur et une autre de sueur.

Le vaisseau *le Montebello* étant alors mouillé sur la côte de l'ancienne Troyes, dont les campagnes sont maintenant occupées par un marais, j'aurais pu croire chez Thibodeau à un accès de fièvre intermittente, d'autant plus que j'avais alors huit malades atteints de fièvres d'accès; mais l'empâtement de la jambe, qui ne se dissipait point, un sentiment de pesanteur dans les membres, une douleur obscure et profonde que le malade n'avait cessé de ressentir, un état particulier de l'encéphale, caractérisé par une tendance constante à l'assoupissement, un défaut marqué d'énergie, avaient éveillé mon attention, et fait soupçonner l'extension de l'inflammation aux vaisseaux lymphatiques profonds et un travail de suppuration.

Les applications résolutives furent donc supprimées et remplacées par des cataplasmes émolliens, qui enveloppaient toute la jambe, car la cuisse était tout à fait guérie; la diète, la limonade furent de nouveau employées; je prescrivis toutefois 180 grammes de décoction de quinquina.

Les symptômes locaux restèrent stationnaires, mais les phénomènes cérébraux se prononcèrent davantage; l'assoupissement devint constant; le malade ne répondait que lentement aux questions qu'on lui adressait; il restait couché sur le dos; la peau était sèche, rugueuse, le pouls petit, sans fréquence.

Le 1er septembre, un abcès se forma à la partie inférieure du mollet; il fut ouvert et il s'en écoula un pus mêlé de sang, dont la pression favorisait encore la sortie.

Alors l'affection fut jugée; les phénomènes généraux perdirent chaque jour de leur gravité, et le 6 septembre un nouvel abcès, plus volumineux et également sous-aponévrotique, ayant été reconnu et incisé à la partie supérieure et postérieure de la jambe, le malade entra décidément en convalescence. Le 20, les plaies étaient cicatrisées, et le 26 le malade put sortir de l'hôpital, emportant un bandage roulé méthodiquement, appliqué à la jambe affectée.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 17 JANVIER.

L'Académie procède à la nomination d'une commission pour le prix des arts insalubres.

Les membres nommés sont MM. Dumas, Chevreul, Séguier, Thénard et Pelouze.

M. Fleury envoie un mémoire en réfutation de celui de M. Bertulus, intitulé: Importation du choléra-morbus asiatique par le vaisseau le Triton.

Ce travail est renvoyé à la commission chargée d'examiner le mémoire de M. Bertulus.

TRAITEMENT DES HYDROPISIES.

M. Baudens écrit à l'Académie qu'il a en ce moment, à l'hôpital du Gros-Caillou, un malade qui lui a présenté l'exemple d'une récidive d'une hydrocèle double de la tunique vaginale. Une de ces deux tumeurs a déjà été opérée et guérie par le procédé dont il a entretenu l'Académie dans l'avant-dernière séance (V. Gaz. Méd., n. 2), et, avant d'attaquer celle du côté opposé, il a voulu faire connaître ce cas, afin que les commissaires pussent en constater la nature avant l'opération.

FONCTIONS DU CORPS THYROÏDE.

M. Magneen adresse un résumé des recherches qu'il a entreprises dans le but de déterminer les fonctions de la glande thyroïde. Il a d'abord lié les vaisseaux thyroïdiens en masse, et cette opération lui a montré la grande vascularité de ce corps, et la faculté qu'il a de se laisser distendre par le sang, au point d'acquérir un volume double et même triple de sa grosseur primitive.

M. Magneen a extirpé plusieurs fois la glande thyroïde. Toujours les animaux ont survécu de dix à quinze jours, mais ils ont offert les signes d'un malaise très violent. Ayant pratiqué cette extirpation sur des animaux, immédiatement après les avoir forcés de courir, il a reconnu que le corps thyroïde contenait moins de sang dans cette circonstance qu'à l'état normal.

Quant aux fonctions du corps thyroïde chez le fœtus, il regarde cette glande comme destinée à exercer une compression mécanique sur les troncs carotidiens, afin d'augmenter, par contre, l'énergie de la circulation des artères vertébrales,

résultat dont le but serait de faire développer les organes de la contractilité aux dépens de ceux de la sensibilité.

MM. Magendie, Flourens et Breschet sont chargés d'examiner ce travail, et d'en faire un rapport à l'Académie.

EMPLOI DE LA GÉLATINE COMME ALIMENT.

M. GANNAL envoie à l'Académie une lettre que M. le ministre de l'intérieur lui a adressée en réponse à la demande que M. Gannal avait faite pour provoquer la suppression de l'alimentation par la gélatine. M. le ministre répond que la solution de cette grave question appartient exclusivement à l'Académie des sciences, et qu'il faut attendre, pour prendre une mesure à cet égard, que ce corps savant ait fait connaître son opinion.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 18 JANVIER. — PRÉSIDENCE DE M. FOUQUIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

TOCOLOGIE.

M. CAPURON donne quelques explications sur son rapport relatif à un cas de péritonite puerpérale, qui a été lu dans la dernière séance. (GAZ. MÉD., 1842, n. 3) Il fait observer que les critiques contenues dans ce rapport s'adressent moins à M. Lasserre qu'aux médecins consultans qui avaient proposé le plan de traitement mis en usage.

SIROP DE POINTES D'ASPERGES.

M. BOULEY lit, au nom de MM. Guéneau de Mussy et Soubeiran et au sien, un projet de réponse à faire à M. le ministre du commerce au sujet du sirop de pointes d'asperges préparé par M. Johnson. Le ministre avait demandé à l'Académie si ce sirop différait de celui dont la formule est consignée au Codex, et s'il y avait lieu, en conséquence, de lui appliquer les dispositions relatives aux remèdes secrets. M. Johnson proposait d'ailleurs de faire connaître la composition de ce médicament. Mais, dit M. le rapporteur, ce que ce pharmacien vient vous offrir nous appartient déjà de droit, car le brevet d'invention qu'il avait pris il y a cinq ans expirant aujourd'hui, sa recette devient, par ce seul fait, livrée à la publicité.

Du reste, ajoute M. Bouley, il est constant pour les membres de la commission que le sirop qui leur est parvenu officiellement diffère, sous beaucoup de rapports, de celui qu'on a acheté dans la pharmacie même de M. Johnson.

Nous vous proposons donc de répondre à M. le ministre :

1° La formule au sirop de Johnson n'est pas la même que celle du Codex.

2° Elle n'offre aucun avantage, est mal conçue, et a même une infériorité marquée sur certaines formules qui ont été publiées dans les journaux.

3° Elle est d'ailleurs maintenant tombée dans le domaine public, vu l'expiration du brevet d'invention, qui avait été pris pour en assurer la vente.

4° Elle ne saurait donc en aucune manière mériter l'approbation de l'Académie. (Adopté.)

DISTINCTION DES TEMPÉRAMENS.

M. ADELON fait, au nom de MM. Guéneau de Mussy et Roche, et au sien, un rapport sur le mémoire de M. Royer-Collard, relatif aux bases de la distinction à établir entre les divers tempéramens. Voici le jugement de la commission sur le travail de M. Royer-Collard :

Pour faciliter et assurer l'étude des différences innombrables qui séparent les hommes entre eux, il y a convenance, sinon nécessité, à maintenir les caractères distinctifs connus sous le nom de tempéramens ; et il est à regretter que M. Royer-Collard ait méconnu leur importance et propose de les rejeter.

Le fluide sanguin et le système nerveux étant les principaux élémens de l'organisme, ce sont, comme le veut M. Royer-Collard, les seules bases que l'on puisse prendre pour établir une bonne doctrine des tempéramens.

On ne saurait non plus trop s'attacher, dans cette étude, à ne pas s'en tenir aux apparences extérieures, mais à pénétrer dans l'intimité des phénomènes moléculaires que présente l'être vivant.

La classification actuelle des tempéramens, bien qu'elle laisse beaucoup à désirer et donne prise à la critique, doit être conservée, parce qu'elle contient un grand nombre de vérités ; c'est ce qui résulte implicitement des aveux mêmes de M. Royer-Collard, et de l'importance qu'il attache aux systèmes nerveux et sanguin, base fondamentale de la classification des tempéramens aujourd'hui adoptée.

Outre les aperçus nouveaux qu'a soulevés M. Royer-Collard, son travail est encore remarquable par un grand talent de style : c'est là un mérite essentiellement académique ; et sous ce rapport, le candidat s'est montré tout à fait digne du nom qu'il porte.

La seule conclusion que présentent les commissaires est de renvoyer ce mémoire au comité de publication.

M. CASTEL : Je demande la parole.

M. NACQUART : Avant que la discussion s'engage, je ferai observer à l'Académie qu'il serait peut-être plus convenable de passer sur cette question, au fond de laquelle il y aurait toujours une question de personnes.

M. BOUILLAUD : Je ne comprends pas la proposition de M. Nacquart : il est de principe que tout rapport doit être discuté ; pour quelle raison celui-ci ferait-il exception ?

M. ROCHOUX : Non seulement la raison s'oppose à la décision qu'on vous propose, mais il n'y a pas d'antécédens sur lesquels on puisse s'appuyer pour la légitimer.

M. CASTEL : Dans presque toutes ses séances, l'Académie perd un temps précieux à discuter si on parlera ou si on ne parlera pas. *Après cette apostrophe*, vous me permettrez de m'abandonner à une effusion de tendresse. Ce n'est pas sans émotion que je retrouve ici un de mes enfans les plus chers, et que je le vois reçu et adopté dans une famille honorable, où il fera sans doute son chemin d'une manière bien plus brillante que s'il fût resté à la maison paternelle. Je veux parler des idées qui font la base du travail dont nous venons d'entendre l'analyse. En effet, en 1818 et 1824, j'ai écrit et publié que les systèmes sanguin et nerveux sont les parties fondamentales de tout l'organisme, en tant qu'ils ont un centre spécial et des rapports intimes avec l'économie entière. Or, de là à la fondation de deux tempéramens uniques, qu'on vous propose aujourd'hui, il n'y avait qu'un pas.

M. Royer-Collard préfère au mot constitution celui de tempérament ; mais je crois qu'il a tort ; car ce dernier terme a été faussé dans son acception par l'usage, et tandis que, étymologiquement parlant, tempérament devrait signifier : *ce qui se balance*, on désigne généralement, au contraire, par là, un excès, *une prédominance*, de tel ou tel système.

Quant au tempérament dit lymphatique, il me semble qu'il a été rejeté à tort par M. Royer-Collard. On allègue qu'il n'a point de centre auquel on puisse le rapporter ; mais les glandes lymphatiques ne sont-elles pas autant de petits centres ?

Je dirai enfin quelques mots de l'analyse du sang. Je crois qu'on a attaché trop d'importance aux travaux de ce genre, et notamment à la distinction qu'on a voulu faire entre les globules et la fibrine. Ce moyen d'investigation qui put rendre de grands services dans le diagnostic des maladies convient beaucoup moins pour établir la distinction des tempéramens. Supposé qu'une personne en bonne santé vienne vous interroger à ce sujet, irez-vous lui répondre : Monsieur, je ne pourrai vous dire quel est votre tempérament qu'après avoir analysé votre sang ?

M. ROCHOUX : M. Adelon a dit que M. Royer-Collard, après avoir combattu la doctrine des tempéramens actuellement en faveur, a cependant fini par y revenir. C'est aussi l'impression qui m'était restée de la lecture de son mémoire, et je voulais que ce fait fût bien constaté.

M. RÉGIN : Je comprends qu'un auteur omette, par préoccupation, de mentionner ceux qui ont écrit avant lui sur le sujet qu'il traite. Mais, quand on fait un rapport, c'est-à-dire qu'on vient porter un jugement, et qu'on parle devant une Académie, il me semble qu'on devrait ne pas se borner au travail qui est en cause, mais indiquer aussi tous ceux qui ont paru sur la même question. Or, la fondation d'une division des tempéramens sur les systèmes sanguin et nerveux a déjà été proposée depuis longtemps. Un grand travail rédigé en ce sens fut publié en 1818, et réimprimé en 1825. (Voix nombreuses : Par qui ?) M. Bégin : Par moi ; et je m'étonne que M. le rapporteur ne l'ait pas rappelé à propos du mémoire de M. Royer-Collard.

M. ADELON : En analysant le travail de M. Royer-Collard, le rapporteur n'a pas entendu déclarer que toutes les idées qui y sont émises lui appartiennent. Il a même formellement parlé des *auteurs qui l'ont précédé* dans ce même ordre de recherches. Et vous comprendrez qu'il ne pouvait en être autrement ; car, s'il m'avait fallu nommer individuellement tous ceux qui ont contribué à éclairer la question des tempéramens, mon rapport n'aurait pas eu de fin. Quant à la réclamation de M. Castel, je lui ferai observer qu'avant lui déjà, d'autres physiologistes avaient exprimé la même pensée.

La conclusion du rapport est adoptée.

EXTIRPATION DE POLYPES SITUÉS DANS LA CAVITÉ UTÉRINE.

M. A. BÉRARD, qui avait déjà présenté un polype fibreux extirpé avec succès dans un cas où il fallut débrider le col pour le faire sortir de la cavité utérine, met sous les yeux de l'Académie une tumeur du même genre qu'il a récemment enlevée suivant les mêmes principes et avec le même bonheur. La malade était depuis longtemps affectée d'hémorragies qui l'avaient réduite à un état d'épuisement extrême ; et cependant, quoique le col de la matrice fût un peu entr'ouvert, cet orifice n'était pas, à beaucoup près, assez dilaté pour livrer passage à la masse morbide qui occupait la cavité utérine. M. Bérard divisa, avec un bistouri, la commissure droite du museau de tanche, puis la gauche, et, aussitôt après ce débridement, la tumeur fit saillie au-dehors dans le vagin. Ayant alors implanté une érigne dans son tissu, il l'attira peu à peu jusqu'au niveau de la volve, où un seul coup de ciseaux suffit pour couper son pédicule, qui était fort mince. La matrice revint promptement à sa place, et depuis cette opération, qui fut exécutée sans douleurs vives, les hémorragies n'ont pas reparu. On ne saurait, dit en terminant M. Bérard, donner trop de publicité aux faits de ce genre ; car, faute de les connaître, et, dans la persuasion qu'un polype renfermé dans la matrice est inopérable, beaucoup de praticiens laissent sans secours de malheureuses femmes auxquelles ce procédé opératoire serait parfaitement applicable.

La séance est levée à cinq heures.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

TRAITÉ PRATIQUE DE LA PNEUMONIE AUX DIFFÉRENS AGES, ET DANS SES RAPPORTS AVEC LES AUTRES MALADIES AIGUES ET CHRONIQUES; par le docteur GRISOLLE. — 1 vol. de 740 pages. Paris, 1841, chez J.-B. Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Il y a quelques mois à peine que nous rendions compte d'un ouvrage sur le même sujet, et rédigé sous le même patronage. (V. GAZ. MÉD., an 1841). Ainsi, le mouvement donné par Laënnec à l'étude des affections thoraciques ne se ralentit pas, et le nombre de ceux qui exploitent cette riche mine, au lieu de diminuer, va au contraire continuellement en augmentant. Il est vrai que cette partie de la pathologie est celle qui offre le plus d'avantages à l'application des études anatomiques, et que la pneumonie est, en raison de sa fréquence et de l'appréciabilité de ses phénomènes, l'un des sujets que traitent le plus souvent, dans leurs leçons, les professeurs de clinique interne; aussi serions-nous peu étonnés de voir publier presque en même temps deux monographies de cette affection, si elles n'avaient pas toutes les deux, au moins en apparence, la même origine. Pourquoi la même clinique a-t-elle fourni deux traités sur une seule et même affection, car le travail de M. Grisolle a bien évidemment autant de droits que celui de M. Sestier au titre qui se trouve en tête de celui de ce dernier? Cette concurrence sur un sujet en apparence si limité et si connu, et dans l'étroite enceinte d'un seul enseignement, est cependant une circonstance fâcheuse, non seulement pour les auteurs, mais pour le public, pour la science, et peut-être aussi pour le professeur lui-même, dont les idées sont exposées, en passant ainsi par plusieurs interprétations à la fois, à être mal rendues ou détournées de leur véritable sens, et dont la renommée n'a, nous pensons, rien à gagner à ces doubles publications. Au reste, quelle que soit la cause de cette lutte, que nous déplorons, nous avons à nous féliciter de voir, à une extrémité de la lice, un jouteur tel que M. Grisolle, qui n'a reculé devant aucune des difficultés inhérentes à son sujet, qui même est allé à leur recherche, et qui, s'il ne les a pas toutes résolues complètement, a au moins, sur la plupart, donné exactement l'état actuel de la science.

Il nous serait difficile de caractériser en quelques mots, d'un trait, comme on dit, le livre de M. Grisolle, qui n'a point écrit sous l'impression d'une seule idée, ou pour mettre en évidence un fait important, ou pour faire dominer une doctrine. La méthode qu'il suit dans l'exposition et la coordination de tous les faits dont se compose son ouvrage est celle qui, aujourd'hui, est généralement adoptée dans toutes les sciences. Après avoir réuni des faits exacts, il les rapproche, les compare, et en tire des corollaires, des inductions souvent très rigoureuses et rarement un peu larges. Sans renoncer entièrement à la méthode numérique, il s'est efforcé de faire disparaître ces longues séries de chiffres, dont sont remplis quelques ouvrages de pathologie de nos jours, et qui en rendent souvent la lecture presque impossible. Disons quelques mots des matériaux qu'il a employés dans ce travail.

Trois cent soixante-treize faits que M. Grisolle a recueillis lui-même, dans l'espace de six années, forment la base de son travail, et il s'est aidé en outre d'un grand nombre d'autres recueillis par divers auteurs et dans différens pays. S'appuyant sur ces derniers faits surtout, il a étendu ses études hors des limites où la plupart de nos pathologistes se renferment ordinairement, et a cherché, dans divers rapports officiels publiés par ordre du parlement anglais, l'influence que les différens climats exercent sur la production de la maladie qui fait le sujet de son livre. Il n'admet cependant ces faits qu'après qu'ils ont été l'objet d'une critique sérieuse, et dans laquelle il nous paraît avoir apprécié avec exactitude leur valeur.

L'anatomie pathologique est la première, mais non la plus importante partie du TRAITÉ DE LA PNEUMONIE, dans lequel elle a reçu plus de développemens que dans aucun autre ouvrage moderne. Aux travaux de nos prédécesseurs, l'auteur a su joindre ceux de nos contemporains et même ceux de quelques médecins étrangers dont les recherches sont peu connues en France. Ainsi, nous avons vu avec plaisir la juste appréciation des travaux du docteur Stocks sur la pneumonie, et de ses recherches sur une période de cette maladie qui précéderait celle que l'on a regardée jusqu'ici comme la première dans l'ordre de développement. Le médecin de Dublin indique en effet comme marquant la première période du travail inflammatoire des poumons un état de sécheresse, de dureté du tissu, avec une injection artérielle intense, ce qui lui donne une coloration vermeille vive, sans aucune effusion de sang dans les cellules. M. Grisolle n'a encore rien observé qui soit favorable aux idées émises sur ce point par le pathologiste irlandais, lesquelles, au reste, lui paraissent rationnelles et d'accord avec certaines circonstances que présente l'état symptomatique.

Les pneumonies des petits enfans, des enfans, des vieillards, sont décrites avec tous les développemens nécessaires, ou au moins avec tous ceux qui sont possibles dans l'état actuel de la science. La pneumonie lobulaire a aussi reçu l'attention désirable. Peut-être cependant pourrait-on regretter que l'auteur n'ait pas signalé avec plus de soin les différences qu'il dit exister entre la pneumonie lobulaire, la pneumonie métastatique et les abcès lobulaires qu'on observe si fréquemment dans les cas de suppuration, et dans lesquelles nous pensons, au contraire, qu'il serait plus facile et plus rationnel de voir trois degrés différens de la même altération. La question de la gangrène pulmonaire, bien qu'elle ne soit qu'accidentelle, aurait pu recevoir plus de développemens. Nous ne trouvons également que peu de documens sur l'aspect du tissu pulmonaire, lorsqu'après avoir été enflammé il revient à l'état normal; c'est une des parties de l'étude de la pneumonie sur lesquelles il reste jusqu'à ce moment le plus d'incertitude, malgré la grande fréquence de cette affection. Il est vrai que la plupart des sujets qui meurent de la pneumonie succombent dans la période d'accroissement de cette affection, tandis qu'il est rare que la mort arrive pendant la convalescence.

L'étude de plusieurs des lésions concomitantes de la pneumonie a reçu dans le travail de M. Grisolle toute l'attention désirable. Ainsi celles des plèvres, des bronches, des ganglions bronchiques, laissent peu à désirer. Il nous paraît surtout avoir émis une opinion fort juste, bien qu'opposée à celle qui est le plus généralement admise parmi nous sur les caillots qu'on trouve assez fréquemment dans le cœur des sujets morts de pneumonie, et que l'on a dit être presque constamment formés pendant la vie, lorsqu'ils sont complètement ou en partie formés de fibrine blanche et séparés des autres élémens du sang. M. Grisolle soutient avec raison que ces caillots se forment constamment après la mort, et que s'ils sont plus fréquens chez les sujets qui ont succombé à la pneumonie, c'est que ces concrétions se formant suivant le même mécanisme que la couenne qui se développe à la surface du sang tiré par la saignée, ils doivent être plus fréquens chez les sujets chez lesquels le sang offre une disposition bien plus prononcée que dans beaucoup d'autres maladies à se couvrir d'une couenne fibrineuse. Les observations de Malpighi, les expériences de Pasta, et celles plus récentes de M. Paget (GAZ. MÉDIC., année 1841, p. 321) ne laissent aucun doute à cet égard, et nous voyons avec plaisir M. Grisolle s'élever contre cette erreur qui compte encore de chauds partisans parmi nous.

Un autre point encore où nous signalerons l'opinion de M. Grisolle, parce qu'elle s'éloigne de celle de quelques-uns des anatomistes modernes, est relative à la nature du ramollissement de la muqueuse de l'estomac qu'on observe fréquemment à la suite de la pneumonie et de la plupart des autres affections aiguës. « Ce n'est pas le lieu de discuter, dit M. Grisolle, si ce ramollissement est de nature inflammatoire; cependant je dirai que les faits que j'ai observés tendent à faire croire le contraire; car on ne retrouvait autour de la partie ramollie aucune des lésions caractéristiques d'un travail inflammatoire. »

L'étude des causes de la pneumonie a reçu, dans le traité que nous avons en main, tout le développement que comportait celui donné aux autres parties; quelques points que nous allons signaler feront connaître avec quel soin l'auteur a examiné les nombreux matériaux qu'il a mis en usage, et le nombre considérable de faits sur lesquels il a basé ses recherches. Plusieurs statisticiens de nos jours ayant observé, dans les salles des hôpitaux, un nombre plus considérable de pneumonies, depuis l'âge de vingt ans jusqu'à trente qu'à tout autre âge de la vie, en avaient conclu que l'une des causes prédisposantes les plus énergiques était l'âge de vingt à trente ans; cette opinion, qui reposait sur un chiffre très élevé de faits, était généralement admise, et pourtant, malgré ce chiffre élevé, ce n'était qu'une erreur ainsi que le fait voir M. Grisolle, qui a constaté qu'à cet âge la pneumonie paraît plus fréquente, parce qu'il existe dans les grandes villes un plus grand nombre d'hommes de cet âge que de tous autres. On avait constaté aussi par les chiffres que le sexe masculin était une cause prédisposante à la pneumonie. M. Grisolle pense, au contraire, que l'influence exercée par le sexe est incertaine, et que si les pneumonies se montrent en plus grand nombre chez l'homme que chez la femme, il faut en rechercher la cause dans la différence de régime et des occupations de l'un et de l'autre sexe.

La condition sociale a, comme on le pense généralement, une grande influence sur la disposition à la pneumonie et à la plupart des affections. Les rapports statistiques sur les maladies, la mortalité et la réforme dans les troupes anglaises non seulement ont confirmé ce fait, mais en ont jusqu'à

un certain point donné la mesure. Il ressort en effet de ces documens, qu'en comparant la fréquence de la pneumonie chez le soldat et l'officier, on trouve que chez le premier la maladie est deux ou trois fois plus fréquente que chez le second, et que la proportion des pneumonies observées dans les stations de la Méditerranée qui est de 32 à 42 pour 1000 soldats, n'est que de 14 1/10 pour le même nombre d'officiers. Les mêmes rapports fournissent à l'auteur quelques documens assez intéressans sur l'influence du climat, de la température, des saisons, des vents, des variations barométriques dans la production de la pneumonie, mais qui sont exposés d'une manière à la fois trop vague et trop diffuse.

L'influence du refroidissement sur la production de la pneumonie est une de ces causes banales qui sont généralement adoptées sans examen sérieux. La constance de cette action ayant été mise en doute dans un travail sur la fièvre typhoïde, auquel l'auteur de cette notice prit quelque part, il s'éleva aussitôt sur cette question, entre les deux enseignemens de l'Hôtel-Dieu et de la Charité, une assez vive discussion, qui amena de nouvelles recherches. Le résultat de ces dernières a confirmé le doute dont nous venons de parler, et M. Grisolle, qui y prit une part active, termine ainsi le résumé de cette discussion : « Quand il s'agit de l'étiologie, il faut procéder avec un peu plus de précision et ne pas dédaigner des précautions, peut-être minutieuses, j'en conviens, mais indispensables cependant, si on veut éviter de graves erreurs... Convenons donc une fois pour toutes que, dans le plus grand nombre des pneumonies, il est impossible de reconnaître comme cause déterminante l'influence du froid, et que, si un refroidissement a eu lieu, dans ces cas, il ne nous est pas permis du moins de le constater. Gardons-nous bien surtout de croire, avec quelques médecins, que si l'on rencontre des cas dans lesquels il est impossible au malade d'indiquer le temps, le lieu, les circonstances où un refroidissement a pu agir pour produire la maladie, l'action de cette cause n'en est pas moins certaine, parce qu'il faut supposer dans ces cas que les malades ont été inattentifs à la sensation du froid qu'ils ont dû éprouver. » Et plus loin : « Dans les pneumonies qui reconnaissent pour cause l'action du froid, celui-ci ne peut être considéré que comme cause occasionnelle, c'est-à-dire que la maladie, préparée plus ou moins longtemps d'avance par une prédisposition intérieure, éclate à l'occasion d'un refroidissement auquel l'individu s'est exposé. » Cette réflexion est fort juste, et pourtant nous ne nous croyons pas assez éclairés encore sur ce point pour l'admettre dans toute son extension; mais elle nous prouve, ainsi que bien d'autres passages, tels que celui sur l'influence de la faiblesse de l'économie dans la production de la pneumonie, que l'auteur s'éloigne beaucoup des idées du solidisme exclusif, que l'on retrouve à chaque pas dans la pratique de la plupart des médecins. Nous pourrions apporter à l'appui de notre assertion une déclaration positive et nette de M. Grisolle lui-même, mais on en trouve la preuve à chaque page de son travail. Ainsi encore, lorsqu'en admettant, contre Laënnec, et avec quelques modernes, que le catarrhe pulmonaire précède, dans un nombre considérable de cas, le quart peut-être, le développement de la pneumonie, il ne pense pas que le catarrhe puisse être regardé comme une cause occasionnelle ou active de la phlegmasie du parenchyme du poumon, mais plutôt comme une sorte de prédisposition, un état de l'organisme à être plus facilement influencé par les causes ordinaires des inflammations pulmonaires.

La symptomatologie occupe une grande partie du volume, et est traitée avec tant de détails qu'il nous serait impossible de suivre l'auteur dans la longue énumération même de toutes les questions qu'il soulève dans cette partie de son travail sur la valeur de chacun des symptômes, sur le mode de terminaison, sur les complications, sur les diverses formes, et enfin sur le diagnostic et le pronostic de la pneumonie. D'ailleurs nous y trouverions peu de points de vue nouveaux, et les mêmes discussions reposant sur les mêmes bases qui ont déjà été agitées tant de fois. Nous citerons seulement quelques points qui ont appelé notre attention, et qui, à cause de leur importance, ont dû aussi appeler celle de M. Grisolle.

La question des crises est une de celles sur lesquelles l'étude de la pneumonie est appelée à jeter le plus de lumière, et pourtant c'est l'une de celles sur lesquelles il reste encore plus de doutes, à cause surtout des efforts qu'ont faits les médecins organiciens, pour refuser à l'organisme toute spontanéité d'action. L'auteur a voulu, sans s'élever jusqu'à la discussion du point de doctrine, s'assurer, par l'observation matérielle des faits, si la résolution des pneumonies était accompagnée de quelques mouvemens critiques. Voici les résultats auxquels il a été amené. Sur 130 cas de pneumonie, dans lesquels il a étudié tous les phénomènes de la maladie, depuis le début jusqu'à la terminaison, il a reconnu que chez 34 (le quart environ) l'époque de la résolution de la maladie avait coïncidé avec quelques-uns des phénomènes, que l'on regarde généralement comme critiques, et chez 22 malades, il y eut des sueurs plus ou moins abondantes, coïncidant chez quelques-uns avec un dépôt dans l'urine, spontané chez les uns, qu'on déterminait par l'acide nitrique chez les autres. Chez 6, l'époque de la résolution de la pneumonie fut marquée par l'éruption d'une *herpes labialis;* avec trouble des urines chez 4, soit spontané, soit provoqué par l'acide nitrique ; chez un seul malade, des selles critiques ont été observées, ce que l'auteur attribue au traitement qui fut employé, et dont les laxatifs ou le tartre stibié firent toujours partie, de telle sorte que, dans les cas où la diarrhée fut suivie d'un amendement dans les symptômes, il était impossible de faire la part du médicament et celle qui pouvait revenir aux mouvemens organiques ; ce qui amène M. Grisolle à dire qu'il croit, avec Baglivi, que, si les crises sont moins fréquentes aujourd'hui qu'elles ne paraissaient l'être en Grèce, cela dépend probablement du traitement plus énergique qu'on oppose aujourd'hui aux maladies aiguës.

Les recherches statistiques n'ont rien appris sur la cause du délire, qui apparaît assez fréquemment pendant le cours des pneumonies, et qui est, en général, d'un pronostic assez fâcheux. M. Grisolle a bien reconnu que cet accident s'offre plus fréquemment chez les sujets qui se livrent aux excès alcooliques, et sous la forme du *delirium tremens;* mais peut-être n'a-t-il pas donné assez d'importance, en dehors de cette circonstance, aux dispositions individuelles, et desquelles il résulte que chez certaines personnes la plus légère affection, surtout lorsqu'elle est traitée par les évacuans et les émissions sanguines, ne tarde pas à se compliquer d'accidens cérébraux plus ou moins graves.

Le pronostic a reçu, dans le travail de M. Grisolle, une notable amélioration ; il y a été exposé d'une manière large et à la fois sévère. Nous y avons surtout remarqué des recherches neuves sur l'influence du sexe, de la condition sociale, du climat, sur la gravité de cette affection, et des données qui, sans être neuves, sont cependant plus complètes que tout ce qui avait été publié jusqu'ici sur une foule d'autres circonstances, qui influent, soit sur la rapidité de la marche de la pneumonie, soit sur son mode de terminaison. Parmi les faits les plus remarquables que contient cette partie du travail de M. Grisolle, nous en signalerons un qui est peu connu et qui est assez opposé aux idées généralement admises aujourd'hui pour qu'il doive ressortir de sa connaissance quelque modification dans la confiance trop exclusive que l'on a dans le traitement antiphlogistique pur, dans les maladies même les plus essentiellement inflammatoires. Nous voulons parler de l'influence des boissons alcooliques prises au début de la pneumonie. Qui ne croirait qu'elle ne dût être très funeste ? Il n'en est rien pourtant. Voici ce qui résulte de l'analyse faite par M. Grisolle des cas où les malades avaient fait usage de ces boissons avant leur entrée à l'hôpital. Quarante-cinq malades ont bu du vin chaud sucré, la plupart n'en ont pris qu'une ou deux fois; cinq en ont bu pendant sept, huit et dix jours de suite; la quantité a varié entre un verre et trois litres. Or, sur ces 45 malades, il n'y a eu que 5 morts ; c'est-à-dire que la mortalité n'a été que d'un neuvième. Si nous nous rappelons qu'une observation analogue a été faite, dès 1834, par MM. Chomel et Genest, pour la fièvre typhoïde, et si nous comparons ces résultats à ceux que produit la saignée faite indistinctement, ne verrons-nous pas là un motif de douter de l'efficacité réelle de la méthode, que nous appelons si emphatiquement et si gratuitement rationnelle, et de chercher à nous débarrasser de ces associations d'idées qui, après tout, n'aboutissent qu'au résultat de 2 guérisons sur 3 malades, ou tout au plus de 3 sur 4? Nous ne blâmerons donc pas, avec M. Grisolle, cet usage; mais, sans l'approuver encore, nous appellerons de nouvelles observations.

Nous aurions tort, au reste, d'adresser ici le moindre reproche à M. Grisolle relativement au traitement; car cette partie de son travail est au contraire celle à laquelle il a donné le plus de développement, celle où il a donné le plus de preuves d'indépendance et de connaissances vraiment pratiques.

Si, à notre avis, il est probable que la part faite dans ce travail aux évacuations sanguines est encore trop large, il n'en est pas moins vrai que l'auteur y a présenté le tableau le plus complet des différentes médications employées dans le traitement de la pneumonie et avec l'indication des circonstances où chacune d'elles peut et doit être employée, et des recherches, la plupart pleines de justesse, sur leur mode d'action. Il résulte, il est vrai, de cette étude des indications dans la pneumonie, que ces médications se résolvent après tout en une médecine symptomatique; mais mieux vaut la médecine des symptômes qui sauve les malades qu'une médecine rationnelle qui les tue ou les laisse mourir. Il n'y aura pas de médication rationnelle tant que nous ne connaîtrons pas l'essence ou la nature intime des maladies. Or, qui connaît l'essence de la pneumonie, ni même d'aucune phlegmasie ?

Cette partie du travail de M. Grisolle présente encore un autre intérêt et qui sera bien apprécié par ceux qui aiment le spectacle des luttes et des combats corps à corps : à l'occasion du traitement par la saignée coup sur coup, M. Grisolle porte à l'auteur de cette médication des coups d'une

vigueur innaccoutumée. Les armes qu'emploie M. Grisolle dans ce combat, c'est dans les ouvrages même du professeur de la Charité qu'il les prend; c'est avec les faits que ce dernier avait apportés à l'appui de ses opinions qu'il lui a démontré l'erreur. Nous citerions quelques passages de cette argumentation pressante, si déjà il n'en avait été question tant de fois dans nos colonnes; si cette médication téméraire avait encore quelques chances de s'introduire dans la pratique générale; si enfin nous n'avions quelques motifs de penser que déjà certaines convictions, légèrement acquises peut-être, sont fortement ébranlées; d'ailleurs, pour la plupart de nos lecteurs, la question est jugée depuis longtemps, et craignant de rouvrir des plaies que nous aimons à croire entièrement fermées, nous allons quitter le travail de M. Grisolle, après avoir toutefois jeté un coup d'œil sur l'ensemble de cette grande composition.

La nature des questions traitées dans cet ouvrage, l'habitude de voir arriver trop souvent entre nos mains des travaux sans portée et sans utilité, nous avaient fait craindre dès l'abord de ne trouver dans le TRAITÉ DE LA PNEUMONIE de M. Grisolle qu'une de ces productions où l'anatomie domine et exclut tout autre ordre de recherches; mais nous avons bientôt reconnu notre erreur; l'auteur, tout en sacrifiant aux idées du jour, ne se laisse pas complètement dominer par elles; il ne voit pas seulement des organes altérés, mais il tient compte de ces forces qui ne se pèsent ni ne se mesurent, et dont cependant le médecin doit s'inquiéter; il ne s'arrête pas à ces explications banales qui satisfont si complètement quelques personnes et ne craint pas de signaler le point où s'arrête la science aujourd'hui, et au-delà duquel il reste encore tant à voir; ainsi considéré sous ce point de vue, ce volume nous atteste donc un progrès réel, en même temps que sous beaucoup d'autres dont nous avons signalé plusieurs il laisse peu à désirer.

On pourrait peut être reprocher à l'auteur d'avoir traité un peu longuement quelques questions, de se montrer diffus sur de nombreux points; d'avoir donné (en un seul volume de 747 pages, petit texte) la valeur de deux forts volumes ordinaires; d'avoir même laissé passer quelques répétitions, d'avoir peut-être aussi trop de fois cité certains noms et certains ouvrages; mais lors même que ces défauts seraient réels et même très prononcés, nous n'en dirions pas moins que M. Grisolle a fait un bon livre, le meilleur qui existe sur la pneumonie, un inventaire exact de l'état de la science sur cette maladie, et nous n'en souhaiterions pas moins un semblable sur toutes les maladies d'une importance égale à celle de la phlegmasie des poumons.

TRAITÉ DE LA CATALEPSIE, CONTENANT DES RECHERCHES HISTORIQUES ET PRATIQUES SUR LES SYMPTÔMES, LE DIAGNOSTIC, L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE, LES CAUSES, LE TRAITEMENT ET LA NATURE DE CETTE MALADIE; par le docteur BOURDIN, médecin d'une maison d'aliénés de Paris. — 214 pages in-8°. Paris, 1841, à la librairie médicale de Just Rouvier.

Il y a peu de maladies dont l'existence ait été aussi incertaine que celle de la catalepsie; d'abord sa rareté n'ayant pas permis qu'elle ait été vue par tous les médecins, beaucoup ont dû la révoquer en doute; d'autres, ayant remarqué qu'on ne l'observait que chez les femmes, en ont conclu que ce n'était qu'une de ces mille formes sous lesquelles elle cache les produits de leur imagination bizarre; enfin, on l'avait exclue entièrement du cadre nosologique, parce que ses caractères ne se prêtaient point aux idées de l'époque, où il n'y avait pas d'état pathologique sans phlegmasie, et elle avait été reléguée parmi les restes des anciennes superstitions, à cause de l'une des créations de cette ontologie à laquelle on en attribuait tant d'autres. Mais comme, malgré le progrès des lumières, et bien que personne ne croie plus aux farces du diable et que peu de médecins sensés ajoutent encore foi à tous les prodiges de l'ontologie, on a continué à observer de temps en temps quelques cas rares de catalepsie, il faut bien se résoudre à adopter les faits sur lequels repose l'existence de cette affection, quelque bizarre et quelque rebelle qu'elle soit à nos théories.

La catalepsie s'appartient à elle-même, dit avec avec beaucoup de sens l'auteur du traité que nous avons dans les mains; les formes qu'elle revêt la caractérisent suffisamment, et elle ne peut être rapportée à aucune autre affection, bien que, dans quelques cas, elle se combine avec quelqu'autre état pathologique; aussi méritait-elle autant et plus que beaucoup d'autres maladies de faire le sujet spécial d'une monographie; Aussi saisissons-nous avec empressement cette occasion pour examiner jusqu'à quel point on peut l'étudier isolément, malgré tous les efforts de ceux pour qui elle n'est qu'un symptôme ou un moyen de déception.

La catalepsie, comme toutes les maladies, est constituée par un groupe de symptômes, dont, suivant M. Bourdin, les uns précèdent l'accès, les autres le constituent, tandis que d'autres enfin annoncent la fin et le retour à la santé. Les symptômes précurseurs sont de différens genres et portent sur plusieurs ordres de fonctions. L'intelligence semble frappée d'un engourdissement qui n'est, on dirait, que le prélude de la suspension complète de ses fonctions qui aura lieu dans l'accès. Dans l'appareil locomoteur on éprouve quelquefois des secousses convulsives, une tension douloureuse de certains muscles, la respiration est chez quelques sujets un peu ralentie et suspirieuse; chez d'autres il y a des palpitations très prononcées ou des menaces de syncope. Ces symptômes présentent des variétés d'intensité, de force, de durée, etc., relatives à la constitution, au tempérament, à l'état moral, à l'âge, au sexe, au climat; mais c'est surtout aux symptômes de l'accès proprement dit que cette remarque est applicable.

Pendant l'accès, les fonctions cérébrales sont suspendues: intelligence, sentimens moraux, instinct, sensations, sentiment de l'existence, jugement, phénomènes de volition, etc., tout se trouve en repos. L'homme est alors réduit à l'état des animaux les moins élevés dans l'échelle zoologique. Il y a pourtant des cas dans lesquels les symptômes cérébraux existent encore, mais moins prononcés, dans lesquels l'entendement affaibli peut bien recevoir les impressions, les apprécier dans le silence et l'intimité cérébrales, les sens peuvent bien lui transmettre les modifications intérieures qui les atteignent, mais il reste provisoirement sans réaction. La loi générale, c'est la suspension complète des facultés intellectuelles; l'exception, c'est la diminution d'action de ces facultés, leur suspension incomplète.

Les lésions de la motilité sont les phénomènes les plus caractéristiques de l'affection; elles en forment le signe pathognomonique par excellence. Tous les muscles de la vie animale conservent, tant que dure l'accès, le degré de contraction qu'ils présentaient au moment où l'accès a commencé, et cette contraction reste permanente. Cette contraction ne s'observe que dans les muscles de la vie de relation que la maladie va saisir partout où ils se trouvent, pour les soumettre à sa loi; elle s'opère comme à l'état physiologique, et, dans les modifications qu'on lui imprime, l'observation la plus délicate ne fait rien découvrir au-delà des phénomènes ordinaires. Cet état des muscles diffère pourtant de la contracture, car cette dernière est lente, progressive dans sa marche, et insurmontable; les fibres qui en sont le siége deviennent à la longue tendineuses et inextensibles; enfin, elle succède toujours à une affection cérébrale ou au rhumatisme. Cependant, les muscles de la vie animale, quoique soumis à un centre d'activité unique, le cerveau, ne sont pas constamment atteints tous en même temps par la catalepsie. M. Bourdin cite l'exemple d'un homme dont Tissot a rapporté l'histoire, et qui eut pendant deux mois les bras cataleptiques, tandis que le reste du corps ne l'était pas.

Outre ces phénomènes, qui sont les plus importans de la catalepsie, il en est encore d'autres qui, bien que d'un ordre secondaire, méritent cependant d'être notés; ainsi, ceux qui sont fournis par la température, laquelle n'est jamais exaltée et est au contraire souvent abaissée par la circulation, dont la force et les conditions dynamiques sont plutôt abaissées qu'augmentées, et par l'intégrité de la respiration et des fonctions digestives et sécrétoires.

Les symptômes consécutifs à l'accès ne sont en quelque sorte que le retentissement des phénomènes précédens; les malades se plaignent tantôt d'une certaine exaltation de chaleur à la tête, le plus souvent d'un abattement extrême. Ils sont tristes, moroses, éprouvent de la céphalalgie, de la fatigue, de la courbature dans les membres. Ils tombent dans un grand anéantissement moral; leur visage exprime l'étonnement.

Telle est la description de cette affection, qui, malgré des caractères aussi tranchés et aussi différens de tout ce que l'on observe dans toutes les autres maladies, se présente encore sous plusieurs formes. Nous ne suivrons pas M. Bourdin dans la description de chacune de ces dernières et à l'appui de laquelle, au reste, il cite un nombre considérable d'observations empruntées aux recueils et aux ouvrages les plus divers. Quelques-unes de ces observations, ont, il est vrai, rapportées en quelques lignes par leurs auteurs et n'ont pu recevoir de nouveaux développemens de M. Bourdin, mais il en est beaucoup qui appartiennent à des époques plus récentes et dont les détails ne laissent rien à désirer. Un plus grand nombre encore d'autres observations sont rapportées à l'occasion de l'étude de la marche de la catalepsie, de sa durée et de sa terminaison, qui font le sujet d'autant de chapitres.

De toutes les affections avec lesquelles l'auteur la compare et dont il trace le diagnostic différentiel, et qui sont la congélation, la rigidité ca-

davérique, le tétanos, le coma, l'apoplexie, la syncope, l'hystérie et l'extase, les deux dernières seulement peuvent, dans quelques occasions, causer de l'ambarras, d'autant plus qu'il n'est pas rare que la catalepsie soit compliquée d'une de ces deux affections, ce qui avait porté Pinel à la rattacher à l'extase, tandis que Georget voulait qu'il n'y eut d'autre différence entre l'hystérie et la catalepsie que dans la forme des convulsions, qui seraient cloniques dans la première et toniques dans la seconde. Nous nous éloignons heureusement de l'époque où l'on faisait de ces rapprochemens forcés, dans le but de réduire la pathologie à un état de simplicité qui n'est pas dans la nature. M. Bourdin a donc eu raison d'éloigner ces affections en raison des lois différentes de pathogénie, de marche, de manifestation et de fin auxquelles elles obéissent et qui en font des affections très différentes, bien que pouvant cependant être rangées dans le même ordre.

Nous ne parlerons de l'anatomie pathologique de la catalepsie que pour dire avec l'auteur : « Toutes les altérations signalées ne peuvent expliquer cette affection. Aucune d'elles ne peut répondre au fait de l'intermittence de cette affection; celles que l'on a trouvées étaient permanentes et devaient avoir des effets permanens. »

L'étude des causes de la catalepsie n'est pas beaucoup plus avancée que celle des lésions anatomiques. Les circonstances les plus variées sont rapportées par M. Bourdin parmi les causes *excitantes;* mais, comme il le dit lui-même, elles ne présentent aucune spécificité, et il est possible que, dans la plupart des cas où on leur a attribué une influence étiologique, elles n'en aient eu aucune. Nous n'en dirons pas autant des causes prédisposantes; nous avons de la peine à croire que le sexe, avec les conditions physiologiques qu'il entraîne, n'ait pas d'influence sur la production prochaine ou éloignée de la catalepsie; l'hérédité lui paraît encore douteuse.

A l'occasion du traitement de la catalepsie, l'auteur présente d'utiles considérations sur différentes médications employées spécialement dans le traitement des affections des nerfs et de l'aliénation mentale; quant au traitement de la catalepsie elle-même, nous résumerons avec lui en quelques mots ce qu'il en dit : « Le traitement que je regarde comme le meilleur et le plus efficace puise ses élémens dans deux médications, la médication antispasmodique et celle irritante transpositive. De la combinaison appropriée de ces deux méthodes naîtra le traitement le plus convenable à la catalepsie; le secret de leur efficacité se trouve dans leur association, leur emploi combiné et simultané. »

L'auteur n'adopte aucune des théories émises sur la nature de la catalepsie, depuis celles qui étaient puisées dans les sciences occultes ou dans les idées intra-chimiques jusqu'à celles qui ont été émises de nos jours par Georget et par M. Jolly, et dont aucun ne peut donner une explication suffisante. Il se contente de rapprocher de cette maladie observée chez l'homme le phénomène si curieux présenté par les fleurs du dracocéphale de Virginie, qui, comme on sait, lorsqu'on les pousse horizontalement à gauche ou à droite, dans l'espace d'un demi-cercle, s'arrêtent en chemin, fixes et immobiles, si l'on cesse de les pousser, ce qui a fait donner à la plante le surnom de cataleptique; il en rapproche encore la maladie observée chez les chevaux, connue sous le nom d'immobilité, et termine en disant que la catalepsie a conservé deux points de son histoire inexplicable, sa nature et son intermittence. On pourrait, sans être très sévère, en dire autant de beaucoup d'autres maladies, mais cet aveu, à la fin d'un livre plein de recherches, d'érudition et d'intéressantes discussions, loin de nous déplaire, nous est au contraire une garantie de celles de nos assertions que nous ne pourrions vérifier. Aussi, nous dirons avec confiance que son travail, où il n'y a ni chiffres, ni longue série d'observations, représente réellement l'état actuel de la science sur ce point, et mérite d'être compté parmi le petit nombre de nos bonnes monographies.

CONSIDÉRATIONS SUR LES FORMES DE L'ALIÉNATION MENTALE, OBSERVÉES DANS L'ASILE DÉPARTEMENTAL D'ALIÉNÉS DE STEPHANSFELD, PENDANT LES ANNÉES 1836, 1837, 1838 et 1839; par le docteur RENAULDIN. — 175 pages in-8°. Paris, 1841, chez J.-B. Baillière, libraire.

Nous ne dirons que quelques mots sur cette brochure, qui fait suite à un premier travail de l'auteur et qui doit être suivie d'une troisième publication; elle doit servir de complément et d'explication aux résultats statistiques contenus dans le premier travail, et surtout continuer les observations sur l'étiologie et le diagnostic. Des chapitres partagent ce travail et sont consacrés aux points les plus importans de l'étude des affections mentales. Ainsi, après avoir dit quelques mots pleins de sens sur les folies en général, sur la discussion dont elles sont l'occasion, sur les lacunes qu'elles présentent encore et sur quelques-unes des causes éloignées, il passe à l'examen des quatre types principaux admis dans la classification généralement adoptée en France. Le second chapitre contient quelques observations sur les hallucinations, ce phénomène commun à tous les types et qui se montre aussi quelquefois isolé de tout autre désordre intellectuel.

L'étude de la monomanie et de la lypémanie démontre que ces deux affections ne sont quelquefois qu'une exagération du caractère habituel. Chez les uns, un caractère tranché, des idées préconçues, des passions énergiques, une imagination très vive sont l'indice que, s'ils deviennent fous ils seront monomaniaques, tandis que chez d'autres un caractère pusillanime, un esprit timoré, une humeur sombre et mélancolique, des idées superstitieuses, une volonté sans énergie, certaines passions de primauté, enfin la disposition à souffrir sans réagir, sont des conditions qui semblent conduire naturellement à la lypémanie. La manie se développe aussi dans des conditions tout à fait spéciales; le type du maniaque n'est pas rare dans le monde; l'irrésolu, l'inconstant, le distrait, le capricieux, le colère, le querelleur donnent une idée assez exacte du maniaque, avec lequel ils présentent de nombreuses analogies. De nombreux exemples, puisés tous dans les observations propres à l'auteur, viennent apporter la démonstration de ces données et signalent les différences qui existent entre ces différentes affections, non seulement sous le rapport de phénomènes psychiques, mais encore sous celui de l'état de la sensibilité.

La démence, l'idiotie et l'épilepsie occupent chacune un chapitre à part et fournissent à l'auteur l'occasion d'entrer sur leur étiologie et sur les phénomènes qui les caractérisent dans des considérations importantes. C'est un dernier chapitre contenant de justes observations sur les certificats délivrés en exécution des articles 8, 18, 19, 25 de la loi du 30 juin 1838, qui termine la brochure du docteur Renauldin qui, écrite dans une direction un peu différente de celle qu'on attribue à l'école de Paris, offre l'empreinte d'une sérieuse observation et du sentiment qui doit animer l'homme de l'art auquel est confié le soin des aliénés.

VARIÉTÉS.

— COLLÈGE DE FRANCE. — M. COSTE, autorisé par le ministre de l'instruction publique, ouvrira le mercredi 2 février prochain, à une heure précise, un cours d'embryogenie comparée. Il exposera les résultats des recherches qu'il a faites pendant les diverses missions scientifiques dont il a été chargé. Il fera connaître, d'après les collections qu'il a recueillies, l'ensemble des phénomènes que présentent la génération et le développement de l'homme et des animaux considérés, soit dans la réalisation des formes extérieures, soit dans la formation des organes.

— M. DELESTRE reprendra le 2 février prochain ses leçons cliniques, théoriques et pratiques des affections de druta, tous les jours, de dix à onze heures, les jeudis et dimanches exceptés, quai Conti, 5.

— TRAITÉ DE PHYSIOLOGIE; HISTOIRE DE LA GÉNÉRATION ET DU DÉVELOPPEMENT; par le docteur ROD. WAGNER, professeur à l'Université d'Erlangen, etc., traduit de l'allemand par AD. HABETS, avec des additions communiquées par l'auteur. — 1 vol. in-8°. Prix : 4 fr. 50 c.

Paris, chez H. Cousin, libraire-éditeur, rue Jacob, 21.

— OBSERVATIONS TOPOGRAPHIQUES, MÉTÉOROLOGIQUES ET MÉDICALES, faites dans le Rio de la Plata pendant le blocus de Buenos-Ayres, présentées à l'Académie royale de médecine de Paris le 7 décembre 1841; par A. BRUNEL, docteur en médecine, chirurgien-major de la corvette *la Perle*. — In-8° Prix : 75 c.

Paris, chez Desloges, éditeur, rue St-André-des-Arcs, 39.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET C, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 5. (TOME X. — 1842.) SAMEDI 28 JANVIER 1842.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des Hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PHYSIOLOGIE.

MÉMOIRE SUR UNE NOUVELLE EXPOSITION DES MOUVEMENS DE LA CHAÎNE DES OSSELETS DE L'OUÏE ET DE LA MEMBRANE DU TYMPAN SOUS L'INFLUENCE DES MUSCLES INTERNE DU MARTEAU ET DE L'ÉTRIER; par M. Bonafont, chirurgien-major à l'armée d'Afrique, etc.

M'étant occupé pendant quelque temps de l'anatomie et de la physiologie de l'oreille, j'ai étudié, avec un soin minutieux, les mouvemens que la chaîne des osselets exécute sous l'influence des muscles interne du marteau et de l'étrier; quant aux autres muscles de la cavité du tympan, ils ne participent que bien faiblement à ces mouvemens. Le muscle antérieur du marteau ne paraît pas mériter, selon moi, le nom de muscle; entièrement composé de fibres blanches et ligamenteuses, il ressemble plutôt à un ligament destiné à fixer le marteau dans la position qu'il occupe. Peut-être aussi ce muscle pourrait-il être rangé parmi les tissus qui, par leur organisation, tiennent le milieu entre les muscles et les ligamens, et qu'on a appelés tissus élastiques, lesquels, chez quelques mammifères, remplacent les muscles qui, chez l'homme et le singe, meuvent les osselets de l'ouïe. J'ai trouvé ces tissus très bien décrits dans un mémoire de M. Laurent, inséré dans les Annales de la médecine physiologique et dans l'Anatomie générale de Béclard. Quant au muscle externe du marteau, non seulement je ne l'ai pas rencontré dans un grand nombre de sujets; mais je n'ai pu encore, à cause de la ténuité de son tendon, lorsqu'il existe, analyser son action sur la chaîne des osselets (1).

En attendant que des travaux ultérieurs me permettent de pousser plus loin mes recherches sur cette partie si intéressante de la physiologie, je me suis décidé à publier les documens que notre vie nomade d'Afrique nous a permis de recueillir et de coordonner. Je ne parlerai maintenant que de l'action des muscles interne du marteau et de l'étrier et de leur influence sur les mouvemens de la membrane du tympan, que les auteurs n'ont que très imparfaitement décrits. Les détails physiologiques qu'exige la description d'*organes si petits* pouvant être difficiles à comprendre par les personnes qui n'ont pas fait une étude spéciale de l'anatomie

(1) Eduard Hagenbach, de Bâle, n'a pas été plus heureux que moi; car il dit: « Le muscle externe ou antérieur de quelques auteurs (*laxator major*) n'existe pas constamment : je n'ai pu découvrir à sa place qu'un petit faisceau tendineux existant quelquefois, mais trop faible pour mouvoir le marteau. » Il n'admet que le muscle interne du marteau et de l'étrier.

Feuilleton.

ASSOCIATION DES MÉDECINS DE PARIS.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE TENUE DANS LE GRAND AMPHITHÉATRE DE LA FACULTÉ, SOUS LA PRÉSIDENCE DE M. ORFILA, LE DIMANCHE 23 JANVIER 1842.

(Compte-rendu de M. Gibert, secrétaire-général.)

L'Association des médecins de Paris a continué cette année, sans éclat, mais non sans fruit, l'œuvre de philantropie, de prévoyance et de moralisation pour laquelle elle a été instituée. Plus d'une misère respectable a été secourue: comme les autres années, tous les fonds destinés aux personnes étrangères à l'association ont été absorbés; comme les autres années, nous avons eu lieu de regretter plus d'une fois que nos moyens ne nous permissent pas d'être plus généreux. Cependant, on ne saurait nous taxer d'égoïsme et de parcimonie; car jusqu'à ce jour la plus grande partie de nos dépenses a été consacrée à des veuves, à des enfans et à des médecins étrangers à notre société.

La commission générale a résolu, sur la proposition d'un de ses membres, de vous soumettre un amendement à l'art. 25 de nos statuts, amendement qui lui permettrait d'accorder des secours un peu plus considérables aux membres de l'association dont l'admission ne remonte pas à cinq ans révolus.

Il y a bientôt trois ans qu'éclairés par l'expérience d'un quart de siècle, nous avons cessé de réclamer une refonte générale des dispositions législatives qui régissent l'exercice de la médecine. Nous avons pensé que les abus, formant une espèce de faisceau étroitement lié, nos efforts resteraient impuissans s'ils tendaient à les briser en masse, tandis qu'il y avait lieu d'espérer, au contraire, qu'en les attaquant en détail, on pourrait arriver à rompre le faisceau et à le détruire.

C'est dans ce but qu'une pétition adoptée dans la dernière assemblée générale, après avoir été revêtue d'un grand nombre de signatures, parmi lesquelles se lisent les noms les plus honorables de la Faculté, de l'Académie, des hôpitaux et des Sociétés savantes de la capitale, a été présentée par notre président au ministre qui a promis d'y donner toute son attention.

Mais avant même que nous eussions adressé directement nos doléances à l'autorité, les paroles prononcées dans cette modeste assemblée, les discussions auxquelles nous nous sommes livrés sur la meilleure marche à suivre pour arriver à quelques améliorations dans la législation qui nous régit, ont eu quelque retentissement au dehors et ont modifié la disposition générale des esprits.

L'Académie de médecine, elle-même, a paru se ranger à notre opinion. Elle aussi semble vouloir aujourd'hui se borner à demander des réformes partielles. Tout enfin annonce que l'autorité se montre disposée à entrer dans cette voie que l'Association des médecins de Paris a eu le mérite d'indiquer la première.

de l'oreille, j'ai cru, afin d'être plus clair, devoir rapprocher les mouvemens de la chaîne des osselets de ceux des organes de la locomotion, et les soumettre aux lois de la physique qui régissent ces mouvemens. C'est ainsi que j'y trouve l'application de tel ou tel genre de levier ; je déclare que ce n'est que la pièce anatomique devant les yeux et en provoquant des contractions artificielles sur chacun de ces muscles que j'ai rédigé la note qu'on va lire. Plus tard, j'étendrai un peu plus mon sujet : je ferai en sorte d'analyser les mouvemens de la membrane du tympan, qui n'ont pu jusqu'à présent être aperçus, par les physiologistes, sur l'homme vivant, mais que le spéculum otique phosactéon (de *phos photos*, lumière, et d'*acteo*, conduire) que j'ai imaginé, me permettra, j'espère, d'étudier avantageusement. Lorsque les résultats que j'ai déjà obtenus à l'aide de ce nouveau moyen d'investigation, tant sur des oreilles saines que sur celles qui présentaient des cas pathologiques, seront assez nombreux pour être publiés, je m'empresserai de les soumettre au jugement du public médical.

Mais avant d'entrer en matière, j'aurai l'honneur de proposer de substituer aux noms des muscles de la chaîne des osselets ceux ci-après désignés ; étant fondés sur la nomenclature de Chaussier, ils me semblent mériter la préférence comme indiquant les deux points d'attache opposés.

Je citerai en passant ce qu'a dit ce célèbre professeur pour faire ressortir les avantages de sa classification des muscles : « Chaque dénomination est en quelque sorte la description abrégée d'un muscle ; elle co retrace à l'esprit une image claire et précise ; et, en exprimant les deux points d'attache opposés, elle rappelle en même temps (ce qu'il importe le plus de ne pas oublier) la description essentielle, la direction et l'action principales. » Ainsi au lieu de dire muscle interne du marteau, nous dirons muscle *pétro-malléal*, parce que, d'une part, il s'attache à la surface rugueuse que présente la portion pierreuse du rocher (*petra*), et, de l'autre, à la courte apophyse du marteau (*malleus*) ; au lieu de muscle antérieur, nous dirons muscle *sphéno-malléal*, parce que, d'un côté, il prend son point d'insertion à l'apophyse épineuse du sphénoïde, et, de l'autre, à la longue apophyse du marteau dite improprement de Raw. Au lieu de muscle de l'étrier, nous dirons muscle *pyramido-stapéal*, parce que la pyramide du rocher lui sert d'attache, et que de là il se porte à la tête de l'étrier (*stapes* ou *stapia*).

Ces nouvelles dénominations nous paraissent aussi avantageuses que celles employées par Chaussier pour tous les autres muscles de l'économie, et nous sommes vraiment surpris qu'il ne les ait pas comprises dans sa nomenclature méthodique. Rien de plus vague, selon nous, que les noms de muscle antérieur ou interne du marteau et de l'étrier ; tandis que, pour peu qu'on se rappelle les dispositions ostéologiques de la tête, avec ces nouveaux noms on aura une idée exacte de la longueur et de la direction de ces petits muscles. Nous proposerons aussi les noms suivans pour désigner les différentes articulations de la chaîne des osselets.

Ainsi nous désignerons par articulation *malléo-tympanale*, celle du manche du marteau avec la membrane du tympan ; par *malléo-incudale*, celle du marteau avec l'enclume (*incus, incudis*) ; par *incudo-stapéale*, celle de l'enclume avec l'étrier, celle de l'os lenticulaire ne paraissant pas mériter de nom spécial ; et enfin par *stapéo-vestibulaire*, celle de l'étrier avec la fenêtre ovale ou vestibulaire. Nous adoptons de préférence ces dénominations, parce qu'en rendant nos phrases plus concises, elles nous dispenseront d'une foule de répétitions qui sont toujours plus ou moins oiseuses.

MUSCLE PÉTRO-MALLÉAL OU INTERNE DU MARTEAU.

ANATOMIE. Ce muscle prend naissance sur la surface rugueuse de la face inférieure du rocher, et en partie sur la partie supérieure du cartilage de la trompe d'Eustache ; il forme un faisceau pâle et long qui se dirige d'avant en arrière et de dedans en dehors dans un canal spécial creusé dans la portion pierreuse du rocher, et séparé du conduit d'Eustache par cette lame osseuse, mince, qui porte le nom de bec de cuiller. Arrivé dans l'oreille moyenne, son tendon se réfléchit sur une petite poulie osseuse, et se porte ensuite en dehors pour aller s'attacher au-dessous de la longue apophyse du marteau.

PHYSIOLOGIE. Lorsqu'il se contracte, il fait exécuter un mouvement de bascule au marteau par lequel le manche est tiré en dedans et un peu en avant, et la tête en arrière et un peu en dehors. La membrane du tympan est elle tendue ou relâchée dans ce mouvement ?

Bichat, Meckel, et tous les physiologistes que j'ai consultés, répondent qu'elle est tendue : si, après avoir mis à découvert l'oreille moyenne, et conservé avec soin toutes les connexions avec les parties qui s'y trouvent, on exerce de légères tractions sur le muscle *pétro-malléal* ou interne du marteau, on voit distinctement à l'œil nu, et mieux encore avec une loupe, la membrane du tympan suivre les mouvemens du manche de cet os ; comme cette membrane présente une convexité très sensible en dedans, elle ne saurait être tendue dans tous les sens sans qu'une puissance agisse dans une direction perpendiculaire à l'axe de cette surface. C'est ce qui n'arrive pas dans ce cas, puisque le manche du marteau tiré en dedans et un peu en avant doit entraîner avec lui cette membrane, et tendre par conséquent les fibres situées à sa partie postérieure, et relâcher celles qui sont devant lui ; c'est ce qu'on observe de la manière la plus évidente, et ce qui n'a point été noté par les physiologistes. On voit alors la portion de la membrane située en arrière de l'articulation *malléo-tympanale* tendue, tandis que celle qui est devant présente un pli d'autant plus sensible que l'action du muscle a été plus prononcée. Nous allons voir cette cloison inversement tendue et relâchée par l'action du muscle de l'étrier.

MUSCLE PYRAMIDO-STAPÉAL OU DE L'ÉTRIER.

Ce muscle, se dirigeant presque directement en avant et un peu de dehors en dedans, sort de la pyramide et va s'attacher à la partie postérieure de la tête de l'étrier.

PHYSIOLOGIE. Ce muscle fait éprouver un mouvement de bascule à l'étrier, par lequel la partie postérieure de la base est portée en arrière et un peu en dehors, en s'éloignant de la fenêtre ovale, tandis que la partie antérieure se porte de suite en arrière, de sorte que l'angle formé par cette partie de la base avec la branche antérieure de l'os s'applique fortement contre la fenêtre ovale. L'étrier exécute ainsi un mouvement de rotation autour d'un axe, qui pourrait être placé auprès de la tête de cet os, ou mieux à l'articulation *incudo-stapéale* ; ce mouvement représenterait ainsi un levier interpuissant. L'étrier ayant des connexions intimes avec

---

Tous les journaux ont cité avec éloge le passage suivant du discours récent de Me Marie, bâtonnier de l'ordre des avocats (Ouverture des conférences de 1840-1841) :

« Il me semble que notre constitution pourrait servir de type à l'organisation de tous les travailleurs, à quelque sphère d'activité qu'ils appartiennent.

» Il me semble que si, au sein de notre grande société, tous les intérêts identiques se classaient ainsi en corps tout à la fois disciplinés et *indépendans*, la morale individuelle y gagnerait quelque élévation et quelque pureté, et qu'enfin, de l'union de ces corps distincts, mais moralisés, pourrait sortir une France nouvelle, qui, ressaisissant, dans l'harmonie même des intérêts privés, le secret aujourd'hui perdu de l'harmonie sociale, réchaufferait ainsi les intelligences sceptiques, les cœurs découragés, et en affermissant les croyances ébranlées redonnerait de l'éclat et de la puissance aux grands noms de patriotisme et de nationalité. »

Ces paroles sont en effet nobles et généreuses ; mais, hélas ! quelle société pourrait jamais présenter, plus que la nôtre, toutes les garanties désirables d'ordre, de moralité, de stabilité ? Cependant, la demande d'autorisation que nous avons soumise une première fois au conseil-d'état a été repoussée !

Espérons que, grâce aux résultats utiles que nous avons déjà obtenus, grâce surtout à la puissante protection et au zèle de notre président, une seconde demande sera plus favorablement accueillie que la première !

Nous avons eu, dans l'année qui vient de s'écouler, plusieurs pertes à déplorer : les honorables praticiens Rougeot-Desessarts, Vanvelsnaer, Manseau, le jeune et savant Capitaine, le célèbre Cullerier, et l'estimable Sanson, professeur de cette Faculté.

Sanson, qui s'est surtout distingué par son jugement droit, son austère probité et sa profonde répugnance pour tout ce qui pouvait être bassesse, intrigue et charlatanisme ! Il est triste d'ajouter que ces qualités, qui de nos jours ne peuvent plus malheureusement être dites inséparables de la dignité du médecin, n'ont eu pour récompense qu'une honorable pauvreté ! Faible encouragement pour ceux auxquels un peu d'effort serait nécessaire pour imiter une pareille conduite !

Que cet exemple nous serve du moins de réponse aux paroles d'attaque et de mépris trop souvent lancées de haut contre ces travailleurs obscurs et pourtant consciencieux et méritans auxquels on reproche, comme pour leur faire injure, qu'ils ne sont que des avocats *sans causes*, ou des médecins *sans malades !* Pour estimer un pareil reproche à sa juste valeur, il faut voir si les *causes* et les *malades*, en d'autres termes (car c'est bien là ce qu'ont voulu dire ces cyniques détracteurs de la pauvreté), si le succès et la fortune sont bien réellement aujourd'hui le partage du mérite et de la probité, et s'il ne se rencontre pas dans les rangs obscurs de toutes les professions, des pauvretés honorables et bien préférables assurément à certains succès et à certaines fortunes !

Mais je me hâte, Messieurs, de mettre un terme à des réflexions qui pourront sembler amères à quelques esprits patiens et indulgens...., et qui, d'ailleurs, ont pour but principal de rendre plus évidente à vos yeux la nécessité de resserrer les liens de confraternité qui nous unissent, afin d'arriver, avec le temps, à fonder sur des bases plus solides et plus étendues une association destinée à protéger les

toute la chaîne des osselets, ses mouvemens se communiquent nécessairement à cette dernière. Voici comment :

La tête de cet os, tirée en dehors et un peu en avant, entraîne avec elle la branche antérieure et inférieure de l'enclume; par cette impulsion, cet os exécute : 1° un mouvement de bascule à peine sensible; 2° un mouvement de rotation autour d'un axe qu'on peut placer dans l'angle rentrant, formé par la réunion de ces deux branches. Alors la branche antérieure est entraînée en arrière et un peu en dehors, la branche supérieure en haut et un peu en dehors aussi, et le corps directement en avant.

Le marteau exécute à son tour un mouvement assez sensible de bascule d'avant en arrière. La tête, qui s'articule avec le corps de l'enclume est poussée par ce dernier en avant. Comme le marteau est fixé par sa partie moyenne à l'anneau *tympanal*, cette articulation devient le point fixe de tous les mouvemens dont cet os est susceptible.

Dans ce cas, la tête étant portée en avant, le manche devra se porter en arrière; c'est ce qui a lieu.

La membrane du tympan subit à son tour la conséquence de ce mouvement; elle est tirée d'avant en arrière et un peu de haut en bas. Toute la partie de cette membrane qui se trouve en avant de son articulation avec le manche du marteau est tendue et la partie postérieure relâchée. D'après ce que nous venons de dire, on voit que la membrane du tympan se tend à la partie antérieure et se relâche à la partie postérieure du point où s'insère le manche du marteau, sous l'influence du muscle *pyramido-stapéal*. Nous avons observé un effet contraire par l'action du muscle *pétro-malléal*.

Ces deux muscles sont donc congenères, quant à leur action, comme tenseurs de la membrane du tympan; mais ils sont antagonistes quant à la manière dont ils la tendent séparément; ce n'est que sous l'influence simultanée de ces deux puissances que la membrane se trouve totalement tendue, parce qu'alors la résultante de ces deux forces, passant juste à l'articulation *malléo-tympanale*, il s'ensuit que le manche du marteau est porté directement en dedans.

Nous ne dirons rien sur l'action du muscle *sphéno-malléal*, puisque nous n'avons encore pu parvenir à l'analyser, malgré tous les efforts que nous avons faits. Quant au muscle supérieur externe du marteau, nous le considérons comme un ligament élastique destiné à fixer le marteau dans sa position, et pouvant, par son élasticité, se prêter aux différens mouvemens de cet os, c'est-à-dire qu'il peut s'allonger et se raccourcir, selon l'urgence de ces mouvemens.

Malgré la dissidence qui règne entre les physiologistes sur la propriété contractile des tissus élastiques, nous pensons que celui-ci est seulement élastique et nullement contractile : que ces mouvemens de tension et de relâchement sont tout à fait passifs et entièrement soumis à l'étendue du déplacement qu'éprouve le marteau par l'action d'autres puissances actives qui le mettent en mouvement.

Après ce court exposé, essayons de tirer quelques conséquences physiologiques, relatives à l'audition, des mouvemens partiels ou généraux de tension et de relâchement qu'éprouve la membrane du tympan.

Nous croyons cette membrane composée de fibres divergentes qui partiraient toutes de l'articulation *malléo-tympanale*, et iraient, en divergeant, se terminer à l'anneau *tympanal*, de la même manière que les raies d'une roue partent du moyeu et vont se fixer aux jantes, qui représentent très bien l'anneau *tympanal*. Si les moyens que j'ai employés ne m'ont pas permis de constater cette organisation, il me semble, d'après les mouvemens de cette membrane et le rôle qu'elle me paraît destinée à remplir, qu'il doit en être ainsi. Déjà Dumas, Kesner et Autenrieth avaient avancé qu'elle était composée de plusieurs cordes qui entraient en vibration sous l'influence de tel ou tel son.

J'avoue qu'à Alger, où, en 1832, j'ai commencé à me livrer à ce genre de recherches, me trouvant dépourvu de bibliothèque et n'ayant à ma disposition qu'un petit nombre d'ouvrages classiques, il pourrait arriver que les opinions que j'émets dans ce mémoire fussent semblables à celles émises par d'autres auteurs que j'ignore. Aussi je déclare que toutes les idées que j'énonce m'appartiennent exclusivement, et ce n'est qu'après coup que j'ai vu les noms de Dumas, Kesner, etc., avoir la même opinion que moi sur l'organisation de la membrane du tympan. Il en est de même de l'idée d'introduire la lumière dans l'intérieur des cavités; ce n'est qu'après avoir montré mon instrument à plusieurs personnes qu'un médecin m'apprit que M. Ségalas avait fait construire un spéculum dans le même but. N'ayant pu encore me procurer l'ouvrage de cet auteur, j'ignore sur quels principes et sur quelles lois de l'optique repose la construction de l'instrument de M. Ségalas. C'est pour cela que j'ai jugé convenable de ne faire connaître le dessin du mien que lorsque j'en aurai pris connaissance (1). Ce qu'il y a de bien positif, c'est qu'avec mon spéculum je vois distinctement la membrane du tympan, tout le manche du marteau, et, chez quelques individus, j'ai pu distinguer, à travers la transparence de cette membrane, l'enclume et la corde du tympan. Dans un autre mémoire, je ferai connaître les résultats que j'ai déjà obtenus de mes expériences sur l'homme vivant (2).

(1) Depuis 1835, époque où je terminai ce mémoire, ayant été jusqu'à ce jour constamment détaché d'Alger, pour être chargé du service de santé des ambulances des expéditions qui se sont faites dans les provinces d'Oran, de Bône et de Constantine, je n'ai pu reprendre encore la série d'observations que j'avais commencée pendant que j'étais chargé du cours d'anatomie à l'hôpital d'instruction d'Alger, dont la suppression a entraîné et le temps et les moyens de continuer les recherches.

(2) Entre les découvertes que mon spéculum m'a fait faire, j'en citerai une seule digne de l'attention des anatomistes et des physiologistes, et qui prouvera jusqu'à quel degré ce nouveau moyen d'investigation me permet de porter mes recherches.

Désirant observer la membrane du tympan pendant qu'elle serait fortement impressionnée par des sons variés, je me rendais, avec deux ou trois personnes, dans un petit cabinet attenant à une grande salle où la musique d'un des régimens qui étaient en garnison à Alger faisait ses répétitions. Là, pendant qu'elle jouait, j'examinai avec soin la membrane du tympan, afin de découvrir les vibrations indiquées hypothétiquement par les auteurs. J'avoue que je n'ai pu les apercevoir, quelle que fût la condition où je plaçais l'oreille pour recevoir les sons des instrumens, et quelque grande que fût l'impression qui devait en résulter. Mais, en place des vibrations de la membrane, voici un phénomène non moins curieux que j'ai observé sur deux personnes soumises à cette expérience pendant que la musique exécutait une ouverture à grand orchestre. Mon regard fixé sur la membrane du tympan, je commençais à être un peu impatient de n'y rien apercevoir, lorsqu'une ligne rouge qui suivait la direction du manche du marteau jusqu'à son articulation avec la membrane arrêta mon attention. Cette ligne, filiforme, décrivant de petites sinuosités près l'extrémité du manche du marteau, disparut tout à coup aussitôt que la musique cessa de jouer. Frappé de ce phénomène, je renouvelai l'expérience, et j'acquis la certitude que

---

intérêts de notre profession contre les abus qui tendent à l'avilir et à la dégrader!

La plupart de ces abus résistent malheureusement à tous nos efforts et à toutes nos réclamations.

Dès 1834, nous avions demandé l'abolition de l'institution vicieuse des officiers de santé; nous avions signalé l'abus de la délivrance des brevets d'invention accordés pour remèdes, qui ne servent qu'à donner aux charlatans un moyen plus efficace de tromper la crédulité publique; nous avions réclamé contre l'autorisation d'exercice donnée si facilement par l'autorité à des charlatans étrangers (1). Presque tous ces abus se sont perpétués jusqu'à présent, sans que rien indique qu'on doive y mettre un terme (2)!

Ne croyez pas cependant, Messieurs, que votre commission soit restée inactive. Efficacement secondée par les comités d'arrondissement, parmi lesquels il faut citer comme le plus zélé le comité du septième arrondissement; aidée et dirigée par l'intervention puissante de M. Orfila, la commission générale n'a cessé de déférer à l'autorité ceux des abus que la législation actuelle peut atteindre; et, quant aux autres, bien plus nombreux encore, elle les a flétris toutes les fois qu'elle en a trouvé l'occasion.

Ainsi, elle s'est plaint de ce que des charlatans notoires continuaient d'exercer, grâce à l'autorisation administrative; de ce que des brevets avaient été encore tout récemment accordés à de prétendus *préservatifs* dont l'annonce salit les lieux les plus fréquentés de la capitale; de ce que des officiers de santé usurpaient des fonctions publiques et administratives qui, d'après le vœu de la loi, devraient être le partage exclusif des docteurs : elle est intervenue pour mettre un terme au scandale donné par quelques médecins connus qui ne craignent pas de mettre leur signature à des ordonnances de *somnambules*, ou qui permettent que leur nom serve d'enseigne à des annonces de remèdes insérées dans les journaux. Enfin, elle a appuyé de ses conseils, de son crédit et des deniers de l'association, un de ses membres condamné par un jugement de police, mais acquitté par le tribunal de première instance (1). . .

Nous avons obtenu un arrêt qui soustrait les médecins aux exigences outrées du public, et qui établit que nous ne pouvons être passibles d'aucune peine, tant que nous n'avons pas été requis *légalement* (c'est-à-dire par l'intervention directe d'un officier public) de prêter le secours de notre ministère dans un cas regardé comme urgent.

(1) Voir le rapport de M. Jolly inséré dans le tome II, 1834, de la REVUE MÉDICALE.

(2) Nous devons ajouter ici, sur la juste réclamation de notre président : 1° que depuis la fondation de notre association, l'autorité a été beaucoup plus avare de permis d'exercice, et que de nouvelles garanties ont été exigées; 2° que, sur les plaintes de l'association, une ordonnance royale du 9 janvier de cette année a retiré l'autorisation accordée au sieur Vieséké.

(1) A M. Jolly, notre conseil judiciaire, nommé substitut du procureur du roi en province, a succédé M. Amable Boullanger, avocat connu, parent de membres distingués de notre association.

Afin qu'on puisse mieux comparer mes idées avec celles des auteurs qui sont relatées dans le traité de physiologie que j'ai consulté, nous avons jugé convenable de reproduire très succinctement les opinions généralement professées dans les ouvrages, relativement au mécanisme de la chaîne des osselets et de la membrane du tympan. Au milieu de la grande dissidence qui règne entre toutes les explications données, on verra que celles de Cotugno et Chaussier sont celles qui se rapprochent le plus de la nôtre. Ayant rédigé ce mémoire avec les pièces anatomiques devant les yeux, sans aucun ouvrage, et par conséquent loin de toute influence que les auteurs exercent sur l'esprit, j'ai été on ne peut plus satisfait de trouver que mes idées (à quelques exceptions près) ne paraissent être que le complément de celles émises par ces deux célèbres physiologistes. Beranger de Carpi a dit que, mus par l'air agité, les osselets frappent l'un sur l'autre, et forment ainsi le son. Massa prétendit que le marteau seul frappait, non sur l'enclume, mais sur la membrane du tympan. Ingrassias pensait que l'air extérieur, mu en cercle par le corps sonore, comme l'eau frappée par une pierre, heurte la membrane du tympan, agite l'air inné enfermé dans la caisse qui, aidé des oscillations de la membrane et de l'action d'un muscle, met en mouvement le marteau, puis l'enclume et l'étrier. Manfredi a cru, au contraire, que les osselets ne sont susceptibles d'aucun mouvement. Duverney pensait que le manche du marteau se portait en dedans par l'action du muscle interne seul, ou agissant de concert avec le muscle externe; il croyait tous ces mouvemens indépendans de la volonté. Selon Arauzi, le muscle interne porte le marteau en avant et en dedans, loin de l'enclume restée immobile, tandis qu'au moyen de l'apophyse recourbée de cet osselet, la membrane du tympan, poussée en dehors, se met en rapport avec l'air extérieur. Cotugno a fait voir que le manche de cet osselet est dirigé dans le vestibule par l'action de son muscle interne, tandis que sa tête est dirigée en dehors avec la base de l'enclume, de telle sorte que l'extrémité libre du marteau se trouve parallèle à la paroi interne du tympan, et que l'os, lenticulaire et l'étrier sont disposés sur une ligne horizontale. L'étrier est tiré en dedans et en arrière par son muscle propre, et la partie postérieure de sa base pénètre dans le vestibule sans que sa partie antérieure s'éloigne en aucune façon du bord de la fenêtre. Enfin, l'illustre Chaussier avait pressenti l'action que le muscle de l'étrier pouvait exercer sur toute la chaîne des osselets, quand il dit que ce levier agit par un mouvement de bascule, et que c'est le muscle de l'étrier qui porte son action sur la membrane du tympan et ceux du marteau sur la membrane vestibulaire.

L'auteur de la physiologie que nous avons sous les yeux, M. Adelon avoue que, dans la dissidence de toutes ces explications, il y a encore beaucoup de choses ignorées. Itard, dont le nom ne peut être trop avantageusement cité pour tout ce qui a trait à l'oreille, n'a donné, que nous sachions, d'autre explication que celle que nous venons d'annoncer sur le mécanisme de la chaîne; mais il pense que la membrane du tympan doit exécuter de légers mouvemens sous l'influence des osselets avec lesquels elle s'articule.

Ce célèbre praticien réfute très heureusement l'opinion de ceux qui considèrent les osselets de l'ouïe et la membrane du tympan comme n'étant qu'à l'état rudimentaire, et entièrement inutiles à l'audition. Partageant l'avis d'Itard, nous considérons le petit appareil locomoteur de l'oreille moyenne, non comme un rudiment, mais comme étant dans le plus parfait développement nécessaire au mécanisme de l'ouïe, et que son intégrité nous paraît si nécessaire au sens auditif, que, du moment où il y survient quelque altération, elle est suivie d'un dérangement dans la perception des sons. Itard, que nous aimons à citer souvent, parce que son témoignage est on ne peut plus authentique, par les nombreuses et savantes recherches qu'il a faites à cet égard, dit que la perte des osselets est toujours suivie de surdité, sinon complète, au moins sensible. Il a la même opinion relativement aux lésions de la membrane du tympan, puisqu'il dit : « Lorsque cette membrane est déchirée dans une grande étendue, et *surtout* au voisinage de l'articulation malléo-tympanale, il en résulte un changement notable dans l'audition; la personne ne peut plus entendre alors, dit-il, la voix basse. » J'aurais désiré qu'Itard eût précisé l'endroit où la membrane était lésée, c'est-à-dire si la lésion existait à la partie antérieure ou à la partie postérieure de l'articulation malléo-tympanale. J'aurais été curieux de savoir si mon opinion s'accordait avec celle de cet auteur. D'après cela, il est très probable qu'Itard aura cherché à bien préciser le siége de ces lésions, et qu'il n'aura été arrêté dans ses investigations que par le manque de moyens qui permissent de les voir. Dans la suite de ce mémoire, on verra quelle est la portion lésée de la membrane qui doit ôter à l'oreille la faculté de percevoir la voix basse.

Quelques auteurs, afin de soutenir leur opinion sur le peu d'utilité des osselets et de la membrane du tympan pour le mécanisme de l'audition, ont avancé que certains animaux dont l'oreille paraît moins complète que celle de l'homme ont cependant l'ouïe plus fine et plus délicate, quelques-uns pouvant entendre certains sons à des distances plus éloignées que l'homme, pendant que d'autres perçoivent des vibrations si basses qu'elles échappent complètement à l'oreille de celui-ci. Doit-on conclure de là que l'oreille de ces animaux est plus perfectionnée que celle de l'homme? Non, sans doute, car la plupart d'entre eux ne jouissent que de la faculté d'entendre les bruits, et non de coordonner les sons, comme l'oreille de l'homme.

Ecoutons un peu M. Virey, lorsqu'il dit : « L'ouïe paraît également moins subtile chez l'homme que dans le lièvre, la taupe, les chauves-souris, les oiseaux de nuit, surtout les espèces timides ou vivant dans l'obscurité; elles avaient, en effet, besoin de se tenir aux aguets, soit pour être averties de l'approche de leurs ennemis, soit afin d'entendre de loin les mouvemens de leur proie au milieu des ténèbres. Les oiseaux chanteurs

cette ligne rouge était un vaisseau sanguin très ténu, qui s'injectait sous l'impression musicale, et qui, à la manière des vaisseaux des tissus érectiles, se dégorgeait et disparaissait avec la cause qui produisait son injection. Je répétai plusieurs fois l'expérience, et toujours avec le même résultat. Mais je n'en demeurai pas là; je fus curieux de savoir quels étaient les sons sous l'influence desquels l'injection s'opérait, et s'il lui fallait constamment l'impression résultant de l'accord d'un grand nombre d'instrumens pour se produire. Voici, après un grand nombre de séances, ce que j'ai obtenu. En général, les sons graves n'amènent pas l'injection : sont exceptés ceux de quelques instrumens à vent quand ils sont produits avec force, comme ceux de l'ophycléide. Je n'ai jamais pu l'obtenir en soumettant l'oreille à l'influence de ceux des instrumens à cordes, comme basses et contrebasses, quelque force qu'on donnât au coup d'archet. Tous les sons très aigus, au contraire, n'importe de quel instrument, la produisaient instantanément.

J'en étais là de mes expériences, lorsque la première expédition de Constantine vint suspendre mes travaux, que je n'ai pu reprendre depuis, faute de temps.

De son côté notre président a, comme vous le savez, obtenu plusieurs améliorations dans l'enseignement et les réceptions des docteurs. Ces améliorations ont eu pour résultat la diminution graduelle du nombre des réceptions, comme vous pouvez en juger par le tableau statistique suivant, dressé par les soins de M. Orfila :

TABLEAU STATISTIQUE DES RÉCEPTIONS DES OFFICIERS DE SANTÉ ET DES DOCTEURS, PENDANT CES DERNIÈRES ANNÉES, DANS LES TROIS FACULTÉS DU ROYAUME.

OFFICIERS DE SANTÉ.

	Paris.	Montpellier.	Strasbourg.	Total.
1837	174	144	30	348
1838	189	163	29	382
1839	169	143	23	335
1840	124	146	53	323

DOCTEURS.

	Paris.	Montpellier.	Strasbourg.	Total.
1837	481	175	23	679
1838	376	186	23	585
1839	431	162	16	612
1840	385	150	28	563
1841 (16 novemb.	284	109	19	412

Ce résultat, très satisfaisant, sans doute, quant au chiffre des docteurs, donne lieu à des craintes fondées si on met en regard de ce chiffre celui des officiers de santé. Si, en effet, les améliorations demandées, de concert avec nous, par notre président, dans cette dernière institution, n'étaient point obtenues, il y aurait lieu de craindre que le nombre des officiers de santé ne se soutînt et ne s'accrût, tandis que celui des docteurs diminuerait seul... Et ce serait assurement là un bien triste résultat pour une époque qui se vante d'être, par excellence, l'époque de lumières et de progrès!

Espérons que la pétition de l'association provoquera des mesures qui préviendront un pareil mal; espérons aussi que les démarches faites, en conséquence de votre décision de l'année dernière auprès des préfets de police et du département amèneront l'exécution plus fidèle de la loi relativement aux listes officielles des docteurs et des officiers de santé (1).

Nous nous sommes plaint plusieurs fois des entraves apportées aux autopsies

(1) Nous devons ici encore consigner une juste remarque de M. Orfila; c'est que, d'une part, si le projet de loi élaboré eût été présenté, les mesures corrélatives eussent été prises pour mettre en harmonie les réceptions des officiers de santé avec les nouvelles conditions exigées pour celles des docteurs; et, d'autre part, qu'il est encore néanmoins satisfaisant de voir que le nombre des premiers ait légérement diminué au lieu de s'accroître; enfin, que les renseignemens pris près des écoles secondaires donnent lieu d'espérer que cet accroissement n'aura pas lieu.

ont encore reçu une ouïe très développée pour saisir un grand nombre d'intonations des sons; cependant, si l'homme ne peut pas entendre d'aussi loin les bruits faibles que font la plupart de ces animaux, il n'est aucun être plus sensible que lui à l'harmonie musicale, aux rapports des consonnances et des dissonnances, à l'expression agréable ou pénible des accens, enfin, à la parole articulée. De là vient qu'il mêle tant d'idées et de sentimens aux sons reçus par son oreille; de là l'empire que l'éloquence et le charme de la mélodie s'arrogent victorieusement sur son cœur. On voit par là que la pluralité des sons qui peuvent être perçus par l'oreille de l'homme suppose nécessairement une organisation plus parfaite que celle des animaux, qui ne peuvent recevoir l'impression que de quelques-uns seulement. »

Quant à la manière de considérer la membrane du tympan comme composée de plusieurs cordes, elle me paraît être la conséquence immédiate de la découverte des mouvemens partiels de cette membrane, et si la plupart des auteurs regardent cette hypothèse comme complètement erronée, c'est que ne connaissant point les divers degrés de tension et de relâchement partiels de cette membrane, ceux qui l'avaient énoncée les premiers ne purent l'appuyer sur aucune disposition anatomique accessible aux sens. En adoptant cette manière d'envisager la structure de la membrane, il nous sera facile d'analyser, presque *à priori*, la fonction de chaque corde, la mettre à l'unisson avec les sons qui viendront la frapper en la faisant passer par les divers degrés de tension et de relâchement qu'elle est susceptible d'éprouver sous l'influence des muscles de la chaîne des osselets.

Les différences de longueur que présentent ces cordes, depuis l'articulation du marteau jusqu'à l'anneau tympanal, semblent être une disposition toute naturelle, et on ne peut plus avantageuse pour remplir le rôle que nous leur assignons. Si jusqu'à présent on n'a pas examiné sous ce point de vue la membrane du tympan, cela tient évidemment à l'ignorance où on est jeté sur les véritables usages des muscles qui menvent la chaîne des osselets. Le manche du marteau ne s'articule pas, comme on sait, ou centre de la membrane; cette articulation se fait un peu plus vers la partie postérieure et interne, d'où il résulte que l'espace qui se trouve entre la partie antérieure et externe de l'extrémité du manche du marteau et l'anneau tympanal est un peu plus considérable que celui qui se trouve à la partie postérieure et interne. De là aussi une différence notable dans la longueur des cordes de la membrane : celles qui s'étendent dans l'intervalle antérieur du marteau et du cercle du tympan sont plus longues que celles qui se trouvent dans l'intervalle postérieur.

Cette articulation n'éprouve que de fort légères variétés : il est facile de prévoir maintenant toutes les conséquences physiologiques que nous pouvons déduire de cette disposition importante pour nous rendre raison de la faculté dont jouit l'oreille d'admettre plusieurs sons en même temps.

Nous n'entrerons dans aucune considération anatomique concernant la chaîne des osselets et les différentes parties de l'oreille moyenne, sur laquelle, jusqu'à présent, nous n'avons rien trouvé qui n'ait été noté par les anatomistes. Nous ne nous occuperons dans ce mémoire que de la membrane du tympan sous les rapports anatomique et physiologique et de l'action qu'exécute la chaîne des osselets, sous l'influence des muscles pétro-malléal et pyramido-stapéal pour la transmission des sons.

Nous ne parlerons pas non plus des différens usages que les auteurs ont assignés au pavillon de l'oreille pour transmettre les sons dans le conduit auditif. Nous lui laisserons jouer, comme le prétend Favard, le rôle d'organe vibratoire, ou, comme le veulent la plupart des physiologistes, de cornet acoustique. Nous, nous considérerons l'air comme le véhicule chargé des ondes sonores émanant des différens corps et les conduisant, au moyen du conduit auditif, jusqu'à la membrane du tympan. Que les sons se soient renforcés en traversant les différentes parties de l'oreille externe, c'est ce que nous ne saurions mieux démontrer que toutes les savantes théories qui ont été émises à ce sujet par les physiologistes et les physiciens célèbres que j'ai longuement médités. Nous prenons les sons au moment où ils viennent frapper la membrane du tympan, et nous les conduisons jusqu'à la membrane vestibulaire pour les abandonner de nouveau à toutes les hypothèses qui cherchent à expliquer leur mécanisme dans les parties obscures et vraiment désespérantes de l'oreille interne. Pour aller du simple au composé, nous supposerons l'air chargé d'un seul son et venant frapper la membrane du tympan. Suivant que le son produit sera grave ou aigu, les mouvemens de la membrane différeront. Si c'est un son grave, par exemple, ce sera le muscle pyramido-stapéal qui entrera en action pour mettre à l'unisson du son une des cordes les plus longues de la membrane, qui se trouvent dans l'intervalle antérieur du manche du marteau et du cercle du tympan. Nous avons précédemment démontré que c'est aussi cette partie qui se trouve sous l'influence du muscle pyramido-stapéal; selon que le son grave sera rendu avec plus ou moins de force, le muscle se contractera plus ou moins pour mettre la corde à l'unisson de son produit. Le même mécanisme s'opérera pour la transmission des sons aigus relativement au muscle pétro-malléal.

De même que la membrane de l'iris se contracte ou se dilate pour mettre l'ouverture pupillaire à l'unisson de la lumière qui doit aller frapper la rétine; de même les cordes de la membrane du tympan se tendent plus ou moins pour se mettre à l'unisson des sons qui leur sont transmis par l'air pour qu'à leur tour elles soient aptes à les faire parvenir, au moyen de la chaîne des osselets, à l'oreille interne; mais il y a cette différence : l'iris étant doué d'une sensibilité qui lui est propre se contracte lui-même par l'impression de la lumière, tandis que la membrane du tympan étant entièrement inorganique et par conséquent dépourvue de toute sensibilité, est, quant à ses mouvemens, sous la dépendance immédiate des muscles qui meuvent la chaîne des osselets. Or, d'après cette théorie, qui nous paraît fondée sur l'organisation des parties, il résulte que la membrane du tympan ne joue qu'un rôle tout à fait passif et qu'aux muscles seuls appartient celui d'agiter toute la chaîne des osselets.

Ne trouvons-nous pas, en effet, dans l'oreille moyenne, un appareil complet de locomotion composé 1° d'organes actifs, les muscles; 2° d'organes d'impression, les nerfs; 3° enfin, d'organes passifs, les osselets, et, en dernière analyse, la membrane du tympan?

Cette membrane, sèche, privée de vaisseaux sanguins et de nerfs, par conséquent inorganique, ne saurait être destinée, comme l'ont avancé tous les physiologistes, à mettre en mouvement la chaîne des osselets, puisque par sa nature elle ne peut jouir de semblables propriétés. Que dirait-on si, dans tout autre appareil locomoteur de l'économie, celui du larynx, par exemple, quelqu'un avançait que ce tuyau se dilate ou se resserre suivant les modulations que la voix doit éprouver, en le traversant, sans la participation des muscles nombreux qui s'y attachent? C'est

---

de la pratique civile... Que pouvons-nous dire aujourd'hui, qu'on s'efforce d'étendre ces entraves jusque dans la pratique des hôpitaux? Vous avez tous eu connaissance de la résistance opposée par notre président à des mesures qui tendraient à replonger l'art dans les barbaries d'un grossier empirisme... Associons-nous à ses efforts et tâchons d'éclairer l'administration sur les effets nuisibles d'une charité qui ne prend pas assez conseil des lumières de la science (1).

Vous pouvez voir, Messieurs, par le résumé qui précède, que votre commission n'a pas négligé la partie morale et et administrative de sa gestion. Quant à la partie financière, elle offre toujours les résultats les plus satisfaisans, grâce au zèle de notre trésorier, à celui des membres de nos comités, et à la bonne direction imprimée à nos réunions, par la prudence de notre président.

Depuis son institution, l'association a reçu 227 demandes de secours, parmi lesquelles on a choisi celles qui s'appuyaient sur des titres bien établis. Grâces à la protection de M. Orfila, nous avons obtenu le placement de quelques vieillards dans les hospices de Paris. Nous avons secouru, dans les limites de nos revenus, la misère et la maladie, mais toujours après une enquête judicieuse et sévère.

Voici le tableau de notre gestion financière de cette année, dressé par les soins de M. Vosseur.

(1) L'arrêté du conseil conseil-général des hôpitaux a été rapporté par le ministre, et, par conséquent, il ne sera pas donné suite à cet arrêté, qui avait excité de si justes réclamations.

TABLEAU DE LA SITUATION DE LA CAISSE DU 1er JANVIER AU 31 DÉCEMBRE 1841.

RECETTES.	F.	DÉPENSES. EMPLOI.	F.	C.	BALANCE.	F.
Le 1er janvier 1841, en caisse...............	106	Secours sur le sixième des cotisations......	1,124	00	Recettes........	8,476
Cotisations.............	4,824	Secours à un sociétaire.	400	00	Dépenses........	8,433
Dons et admissions......	1,521	Dépenses judiciaires, gestion, frais d'impression, etc.......	592	10	RESTE.....	43
Rentes : deux semestres.	2,025	Achat de 275 f. de rentes................	6,316	90		
TOTAL......	8,476	TOTAL.....	8,433	00	Le 1er janv. 1842, il reste en cais.	43

L'association possède aujourd'hui 2,150 fr. de rentes sur l'état, représentant, au taux actuel, un capital de 50,000 fr.

Nous avons encore eu cette année quelques démissionnaires; mais le nombre des admissions nouvelles, qui s'est élevé pour l'année à trente-cinq, est bien supérieur à celui de nos pertes; et il faut noter que ces admissions sont entourées aujourd'hui de nouvelles garanties et de nouvelles précautions.

cependant cette opinion qui est généralement professée à l'égard des organes mobiles de l'oreille moyenne.

Tous les anatomistes, ainsi que la plupart des physiologistes, disent que les sons mettant en vibration la membrane du tympan, celle-ci à son tour ébranle toute la chaîne des osselets. Mais si le mécanisme se passe ainsi, si la membrane est l'organe actif du mouvement, à quoi servent les muscles? Feraient-ils ici exception pour le rôle qui leur est assigné dans tous les autres appareils de l'économie? Nous ne le pensons pas; car la simple analogie nous fait croire que dans le mécanisme de la chaîne des osselets, comme dans toutes les autres fonctions, ils constituent les puissances actives des mouvemens.

Voici comment le mécanisme de l'audition est décrit dans un ouvrage d'anatomie vétérinaire que j'ai entre les mains (1). L'auteur, après avoir décrit avec soin les muscles des osselets, ainsi que les différentes parties de l'oreille, dit : « Étant maintenue redressée, l'oreille externe rassemble avec plus d'avantage les rayons sonores dont elle augmente l'intensité, et qu'elle dirige sur la membrane du tympan; celle-ci est d'autant plus facilement ébranlée qu'elle est maintenue entre deux airs, et qu'elle présente une concavité à l'abord des rayons sonores; elle transmet son mouvement vibratoire au manche du marteau qui la traverse et forme le commencement de la chaîne *tympanique*. Le mouvement se propage du marteau à l'enclume, de l'enclume à l'os lenticulaire, et de celui-ci à l'étrier, dont la base ferme la fenêtre ovale. » Dans cette description, comme dans toutes celles que j'ai lues, les muscles ont été complètement oubliés.

Ici se présente une question importante : celle de savoir comment les muscles de la chaîne, qui sont placés au delà de la membrane du tympan, reçoivent l'impression des sons avant la membrane? Mais l'iris n'est-il pas aussi placé derrière des parties que la lumière doit traverser avant d'arriver à lui? Et n'est-ce pas en se dilatant ou en se contractant d'une manière convenable que l'image vient frapper la rétine, afin d'être perçue nettement par le cerveau? Tandis que, sans cette dilatation ou contraction de l'iris, l'objet ne serait perçu que confusément par le trop ou le trop peu de lumière qui arriverait à la rétine? Pourquoi ne pourrait-on pas admettre que les sons traversent la membrane sans l'impressionner, et qu'une fois parvenus à l'oreille moyenne, ils excitent les petits filets nerveux qui se distribuent aux muscles de la chaîne, les font contracter, et ceux-ci, mettant en mouvement les osselets, tendent ou relâchent certaines parties de la membrane, suivant la nature des sons qui viennent les exciter? Par exemple, si les sons appartiennent aux cinq premières octaves qui contiennent les sons les plus graves, ce sera le muscle pyramido-stapéal qui entrera en action pour tendre et faire vibrer les cordes de la partie antérieure de la membrane. Si les sons appartiennent aux trois derniers octaves, et par conséquent les plus aigus, ce sera le muscle pétro-malléol qui, par son action, tendra les cordes de la partie postérieure qui sont les plus courtes.

Ce qu'il y a de bien positif, c'est que la nature n'ayant rien fait en vain aura vraisemblablement assigné un rôle à chacune des parties qui se rencontrent dans la caisse du tympan. Pourquoi ces nombreux filets nerveux qui vont se distribuer aux muscles et aux osselets? et ce long filet, connu sous le nom de corde du tympan, a-t-il été placé là inutilement? Non, certes, et nous sommes portés à croire que le ganglion otique d'Arnold, et les nombreux filets qui en partent, jouent un rôle très important dans le mécanisme de l'audition et que nous allons chercher à analyser.

Dans l'audition, comme dans les autres sens, il y a deux sensibilités : 1° sensibilité générale tenant à la cinquième paire encéphalique seule et se distribuant, comme dans les autres sens, aux parties accessoires de l'audition et présidant à leurs mouvemens; 2° sensibilité spéciale appartenant au nerf acoustique, organe de l'ouïe, comme l'olfactif et l'optique le sont de l'odorat et de la vue. Ne sont-ce pas des filets de la cinquième paire qui président aux contractions de l'iris? N'est-ce pas encore elle qui, en se distribuant aux différentes parties du nez, fait que l'ouverture antérieure des fosses nasales jouit de la faculté de se resserrer ou de se dilater, selon le besoin qu'on éprouve d'introduire une plus ou moins grande quantité d'air dans cette cavité? Et comment pourrait-on se refuser à lui faire jouer un rôle semblable dans l'oreille lorsque tout porte à croire le contraire?

Les belles expériences de M. Magendie sur la cinquième paire, ne prouvent-elles pas que son intégrité est nécessaire pour que le nerf acoustique puisse percevoir les sons? Et d'ailleurs, si l'action de la lumière agit sur la cinquième paire pour faire contracter l'iris; si c'est encore elle qui fait dilater ou resserrer les narines, selon le besoin ou la satiété d'air que les poumons éprouvent, je ne vois pas pourquoi cette même paire de nerfs ne jouirait pas de la même propriété à l'égard des sons qui viennent frapper l'oreille. Voici comment je conçois son rôle dans le mécanisme de l'audition.

Les sons, ayant pénétré dans le conduit auditif externe, traversent la membrane du tympan, qui, n'étant nullement tendue, ne peut exécuter que des mouvemens vibratoires excessivement faibles; arrivés dans la caisse, ils impressionnent tel ou tel nerf qui se distribue aux muscles pour faire contracter celui qui doit mettre dans un degré de tension convenable les cordes correspondantes de la membrane, pour de là être transmis, au moyen de la chaîne des osselets, jusqu'à la membrane vestibulaire. Si les sons sont aigus, le nerf qui se distribue au muscle pétro-malléal sera impressionné. Si les sons sont graves et appartiennent aux cinq premières octaves, le nerf du muscle pyramido-stapéal recevra l'impression; et si les sons sont assez nombreux pour exiger la tension de toutes les cordes de la membrane, les deux muscles entreront en action.

On ne peut pas être étonné de la faculté qu'aurait chaque filet de nerfs de recevoir seul l'impression, et de mettre en action telle partie, indépendamment des autres, puisque tous les nombreux filets nerveux qui se distribuent aux différentes parties de l'œil jouissent de propriétés semblables, quoique appartenant au même tronc. Les mouvemens variés du globe de l'œil suffisent pour nous en démontrer l'évidence.

Je serais très porté à croire aussi que les sons peuvent, en s'introduisant dans la bouche, impressionner le nerf vidien au moment où il se perd au ganglion sous-maxillaire, et de là, l'impression serait transmise, par la corde du tympan, aux muscles des osselets, à l'aide des deux petits filets qui en émanent pendant que ce nerf est accolé au nerf facial dans la caisse du tympan. La manière dont nous ouvrons la bouche lorsque nous écoutons attentivement ou lorsque des sons très faibles viennent nous frapper, me paraît avoir pour but de laisser passer plus facilement les sons dans

(1) Par J. Girard, t. II, p. 488 et 89.

Je dois maintenant vous soumettre, Messieurs, la proposition réglementaire délibérée par la commission. Cette proposition consiste dans l'amendement suivant à l'art. 25 de nos statuts :

« La commission est autorisée, dans le cas où un souscripteur, avant les cinq ans exigés par le règlement, ferait une demande suffisamment motivée, à lui délivrer sur le fonds consacré aux sociétaires un secours, qui, toutefois, ne pourrait excéder pour l'année la somme de quatre cents francs. »

L'art. 25 établit que les secours alloués à cette classe de souscripteurs devront être pris sur le sixème affecté aux étrangers.

Par cette disposition on avait voulu empêcher que quelqu'un ne fût tenté de faire de son admission une spéculation pécuniaire. On avait prévu le cas où un médecin qui se trouverait dans un besoin actuel de secours ou pressentirait un besoin prochain, demanderait à être reçu sociétaire, dans l'espoir d'obtenir, un ou deux ans après, le décuple ou le centuple de la somme qu'il aurait versée.

On ne s'était pas dissimulé qu'avec le produit de nos modiques cotisations annuelles, il était impossible d'étendre indéfiniment nos libéralités; qu'il fallait user d'une prudente économie pour conserver et améliorer notre petit capital. Enfin, on avait senti que, pour réussir à fonder une œuvre durable, il fallait d'abord s'attacher à consolider les bases de notre gestion financière. Les prévisions qui avaient dicté les art. 23, 24 et 25 de votre règlement se sont réalisées. Notre réserve s'est progressivement accrue, et elle est arrivée aujourd'hui à une somme qui doit contribuer à donner une consistance durable à notre institution.

Vous avez à examiner, Messieurs, s'il convient de changer les prudentes dispositions auxquelles nous sommes redevables d'un commencement de prospérité, ou si le temps est arrivé de faire une concession aux sentimens généreux qui ont dicté la modification réglementaire adoptée par la majorité de la commission générale.

Pour ma part, je ne saurais dissimuler que je suis enclin à respecter l'état actuel des choses, comme offrant de plus sûres garanties pour l'avenir, et comme sanctionnant justement la priorité des droits acquis par les plus anciens souscripteurs.

J'ai terminé, Messieurs, le compte-rendu de la gestion de l'an 1841; il ne me reste plus qu'à vous prier d'accueillir avec votre indulgence accoutumée le résumé annuel de votre secrétaire : pardonnez-lui la censure un peu vive de quelques abus.... Je sais bien qu'il est une époque de la vie où, du moins pour un grand nombre d'hommes, la vue de l'injustice et des abus cesse d'exciter les transports de l'indignation....

Mais je sais aussi, et je le proclamerai sans détour, que, comme l'a dit énergiquement un auteur moderne, cette époque n'arrive qu'au moment où des deux moitiés qui composent le corps de l'homme :

« C'est la boue qui l'emporte sur l'ame! »

Nota. L'impression et la distribution de ce Compte-rendu aux médecins de la capitale ont été votées par l'assemblée.

cette cavité, afin qu'ils impressionnent plus sensiblement le nerf vidien, et par suite les muscles de la chaîne, qui, dans ces deux cas, tendraient plus fortement les cordes de la membrane pour les rendre plus aptes à transmettre tous les sons. La membrane se conduit ici de la même manière qu'une corde vibrante; plus elle est tendue, plus elle est sensible aux sons qui viennent la frapper. Si ceci n'était pas physiquement démontré, un seul fait suffirait pour nous convaincre de cette vérité. Qu'un instrument de cordes, une harpe ou une guitare, soit suspendu dans une chambre fermée, ayez soin de relâcher quelques cordes et de tendre un peu fort les autres; imprimez, au moyen d'un cri ou par tout autre moyen, une forte percussion dans l'air, aussitôt vous entendez, si vous avez eu soin de vous placer assez près de l'instrument, les cordes tendues entrer en vibration et résonner selon leur degré de tension, tandis que celles qui seront relâchées resteront insensibles et muettes.

D'après cette théorie, chaque fois que la membrane du tympan est déchirée, il doit y avoir, sinon surdité, au moins dérangement dans l'audition. Nous croyons aussi que la perception des sons différera selon la partie de la membrane lésée. Ainsi, si la déchirure arrive à la partie antérieure de l'articulation malléo-tympanale, les sons faibles ne seront pas perçus, l'individu n'entendra pas à voix basse. Si la lésion siége à la partie postérieure, les sons aigus ne seront point perçus par cette portion de la membrane; mais dans ce cas, comme la tension plus forte d'une corde un peu plus longue peut, dans un temps donné, faire exécuter autant de vibrations qu'une corde plus courte et moins tendue, il en résulte que le muscle de l'étrier, en se contractant plus fortement, peut tendre les cordes antérieures à un tel degré qu'elles puissent se mettre à l'unisson des tons aigus. Dans l'un et l'autre cas, l'harmonie étant détruite dans les cordes de la membrane, elle devra l'être aussi dans la perception d'un grand nombre de sons différens, et pour peu que la lésion soit considérable, la personne ne sera plus susceptible de goûter le plaisir produit par l'accord d'un grand nombre de sons; en un mot, elle ne sera plus sensible à l'harmonie et ne pourra pas avoir ce qu'on appelle *l'oreille musicale*. Je serais très tenté de croire que cette dernière qualité, qui constitue tout le talent de l'artiste, est due presqu'exclusivement à l'harmonie parfaite qui existe entre les différentes parties de l'oreille moyenne et surtout dans l'articulation *malléo-tympanale*. Il doit y avoir dans cette articulation un degré de perfection tel qu'il rende les cordes de la membrane aptes à se mettre à l'unisson et à répéter de la manière la plus juste les sons qui viennent les frapper pour les transmettre à l'oreille interne, où, en traversant les contours du limaçon, ils se brisent et se divisent à l'infini, pour être perçus par les nombreux filets du nerf acoustique. Telles sont les conditions qui nous semblent devoir être exigées pour constituer l'oreille musicale.

Tandis que, lorsque l'articulation du manche du marteau se fait un peu plus en avant, un peu plus en arrière, en haut et en bas, l'oreille ne sera pas également sensible à tous les sons; et, selon la variété qui existera dans l'articulation *malléo-tympanale*, les cordes de la membrane se mettront justement à l'unisson des sons graves, tandis que les sons aigus seront rendus d'une manière fausse à l'oreille interne, et *vice versâ*; c'est ainsi que certaines personnes sont affectées péniblement par les sons aigus, tandis que les sons graves leur font éprouver des sensations agréables. D'autres, au contraire, se plaisent à l'impression que produisent les sons aigus pendant que les sons graves agitent désagréablement le petit appareil vibrant. Ne voit-on pas journellement des personnes qui, avec un appareil vocal régulièrement développé, ne peuvent rendre avec justesse certains sons, tandis qu'elles chantent très agréablement tous les autres? Cela ne peut-il pas dépendre, comme nous l'avons annoncé, du défaut d'harmonie qui existe dans les cordes de la membrane? C'est cette disposition qui me paraît constituer ce qu'on appelle *l'oreille fausse*.

Je terminerai ce petit mémoire par deux observations, qui paraissent militer en faveur de notre théorie; la première m'a été fournie par un artilleur, il y a environ deux mois; la seconde m'a été communiquée par M. Ladurelle, artiste vétérinaire au train d'artillerie en garnison à Alger.

Obs. I. — Un ouvrier artilleur, étant à travailler à l'arsenal, faisait chauffer une large plaque de fer; son camarade, en la retirant rouge du feu, la passa à peu de distance de son oreille droite. Cet ouvrier ressentit aussitôt une forte sensation de chaleur et un léger craquement dans l'oreille. Depuis il éprouve des étourdissemens, et quand il parle, il lui semble que sa voix s'échappe par son oreille; aussi porte-t-il instinctivement la main contre le pavillon de l'oreille, pour empêcher, dit-il, la voix de s'échapper. Il n'entend pas la voix basse de ce côté. Je l'ai examiné avec mon spéculum et j'ai aperçu distinctement une légère déchirure à la partie antérieure de la membrane du tympan, avec une phlegmasie chronique de la muqueuse du conduit auditif externe.

Obs. II. — M. Ladurelle a donné, il y a quelques années, des soins à un cheval qui était entièrement sourd. Comme il succomba au bout de quelques jours à une affection indépendante de la surdité, nous fûmes curieux d'examiner les oreilles, et nous trouvâmes des deux côtés la membrane du tympan épaissie et les articulations de la chaîne des osselets ankylosées. L'oreille interne ne présenta rien de particulier.

La première observation vient à l'appui du rôle que nous avons assigné aux différentes parties de la membrane du tympan, et la seconde prouve, contre l'opinion de beaucoup de physiologistes, que les osselets ne sont point inutiles dans le mécanisme de l'audition, puisque leur défaut de mouvement a entraîné, dans ce cas, la surdité.

Toutes les observations que nous avons recueillies depuis chez des individus affectés de déchirures de la membrane du tympan nous ont convaincu que cette lésion n'existe jamais sans être suivie d'une aberration plus ou moins grande dans l'audition. Nous reviendrons, d'ailleurs, sur ce sujet quand les documens que nous coordonnons seront assez variés et assez nombreux, pour en déduire des conclusions applicables à la physiologie, à la pathologie et à la thérapeutique des maladies de l'oreille.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

I. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

Les numéros d'octobre, novembre et décembre 1841 contiennent les mémoires originaux suivans: 1° *Notice topographique et médicale sur la ville d'Hyères*; par M. Barth. 2° *Mémoire sur les étranglemens her-*

M. Orfila et M. Fouquier ont été réélus président et vice-président aux acclamations de l'assemblée.

La commission générale est ainsi composée pour 1842 (1) :

Premier arrondissement. — MM. Letalnet, Bardoulal, Duval, Bois de Loury.

Deuxième arrondissement. — MM. Miquel, Renouard, Goupil, Mège.

Troisième arrondissement. — MM. Meurdefroy, V. Andry, Bourgeois, Janin.

Quatrième arrondissement. — MM. Grollet, Godart, Pillon, Ollivier (d'Angers.)

Cinquième arrondissement. — MM. Lebreton, Pertus, Campardon, Ollinet.

Sixième arrondissement. — MM. Thillaye (Ant.), Bernardin, Erambert, Ledeschault.

Septième arrondissement. — MM. Marx, Jacquemin, Duclos, Labarraque.

Huitième arrondissement. — MM. Maurue, Belhomme, Augonard, Maindrault.

Neuvième arrondissement. — MM. Thierry, Déville, Hatin, Chailly.

Dixième arrondissement. — MM. Paulin, D. Beaumetz, Fuster, Boullard.

Onzième arrondissement. — MM. Gasnault, Vasseur, Ricord, Adelon.

Douzième arrondissement. — MM. Devilliers, Lemoine, Ratier, Clément.

(1) Pour devenir souscripteur ou donateur, il faut s'adresser, soit à M. le docteur Vosseur, trésorier de l'association (rue de Lille, 4), soit à l'un de MM. les membres de la commission générale chargée de la collecte des souscriptions.

— D'après les observations de M. le préfet de police, le ministre de l'intérieur vient de charger M. le docteur Donné de faire l'inspection de tous les bureaux particuliers de nourrices existant dans Paris. Cette inspection a pour but de s'assurer de l'état de ces bureaux qui n'ont été soumis jusqu'ici à aucune surveillance médicale, et d'aviser aux moyens d'assurer aux familles les garanties que réclame le choix des nourrices.

M. Donné devra adresser un rapport sur cette importante question d'hygiène publique.

— M. Delestre reprendra le 2 février prochain ses leçons cliniques, théoriques et pratiques des affections des dents, tous les jours, de dix à onze heures, les jeudis et dimanches exceptés, quai Conti, 5.

niaires; des pseudo-étranglemens ou de l'inflammation simple dans les hernies; par M. Malgaigne. 3° *Recherches sur la cause physique du tintement métallique ou râle amphorique;* par M. de Castelnau. 4° *Phlegmon rétro-œsophagien, ayant fait croire à l'existence d'une angine laryngée œdémateuse, et ayant déterminé la mort par asphyxie;* par M. Ballot. 5° *Nouvelles recherches sur la maladie appelée angine aqueuse, œdème de la glotte, laryngite sous-muqueuse;* par M. Bricheteau. 6° *De l'empoisonnement par l'acide cyanhydrique; consultation médico-légale relative à la mort de J.-F. Pralet;* par M. Orfila. 7° *Recherches expérimentales sur les fonctions de l'épiglotte et sur les agens d'occlusion de la glotte dans la déglutition, le vomissement et la rumination;* par M. Longet. (La Gaz. Méd. a donné une analyse fort étendue de ce mémoire, v. 1841, n° 42, p. 667.) 8° *Mémoire sur quelques points de l'histoire des angines et des gangrènes du pharynx chez l'enfant;* par MM. Rilliet et Barthez. 9° *Observations et recherches nouvelles sur la morve chronique et sur les ulcérations morveuses des voies aériennes chez l'homme et les solipèdes;* par M. A. Tardieu. 10° *Mémoire sur le cancer du poumon;* par M. Marshall Hughes.

NOTICE TOPOGRAPHIQUE ET MÉDICALE DE LA VILLE D'HYÈRES; par le docteur BARTH.

La reconnaissance de l'auteur de cette communication pour la ville d'Hyères, où il paraît avoir retrouvé la santé, lui a dicté cette notice topographique, où l'on chercherait en vain l'indication de la moindre circonstance défavorable. Sans adopter tous les éloges donnés ici, soit au climat, soit à la température, soit à la population de la ville d'Hyères, et parmi lesquels le mistral, si satisfaisant pour les poitrines faibles, a été presque oublié, on ne peut nier qu'Hyères et ses environs ne soient remarquables par une température douce pendant l'hiver, et ne promettent quelque soulagement à ceux pour qui le séjour dans des climats plus rudes serait défavorable. Cependant ce n'est pas tant de la rigueur d'un climat que de la rapidité avec laquelle s'opèrent les variations de température que se plaignent la plupart des valétudinaires de nos contrées froides et humides. Or, si à Hyères la température s'abaisse rarement en hiver de plus de 2 ou 3 degrés au-dessous de zéro, elle y est très variable, comme dans la plupart des pays méridionaux, et en général n'y est pas corrigée par un bon système de ventilation et de chauffage.

MÉMOIRE SUR LES ÉTRANGLEMENS HERNIAIRES; DES PSEUDO-ÉTRANGLEMENS OU DE L'INFLAMMATION SIMPLE DANS LES HERNIES; par M. MALGAIGNE.

Le travail de M. Malgaigne a déjà été reproduit en presque totalité dans la GAZETTE MÉDICALE (v. 1841, n° 30, p. 620). Mais notre tâche ne serait remplie qu'à moitié si nous nous bornions au rôle d'analyste. L'importance et l'actualité du sujet, le nom de l'auteur, le genre d'intérêt tout particulier que présentent en général ses productions, tout nous impose l'obligation d'un examen plus approfondi; et c'est ce que nous allons faire, en renvoyant le lecteur, pour l'exposé détaillé de la doctrine, à l'article que nous lui avons déjà consacré (v. Loc. cit.).

L'œuvre de M. Malgaigne se divise naturellement en deux parties: l'une consacrée à la critique, l'autre au dogme. Il examine d'abord les théories régnantes; puis il propose la sienne en leur place. Cette marche est sans doute la plus logique; mais il faut se défier des erreurs où elle peut conduire. Trop souvent une réfutation solide ne sert qu'à fonder une doctrine spécieuse: et c'est là un défaut dont l'écrivain et les lecteurs peuvent se partager le blâme; car tous les deux s'y laissent prendre également. Il importe donc, nous ne saurions trop le rappeler, de bien songer que, déblayer le terrain et élever l'édifice sont deux choses tout à fait distinctes, deux fonctions nécessitant chacune une capacité spéciale, une aptitude qui est rarement dévolue à la même intelligence.

Tous les auteurs classiques admettent deux variétés d'étranglement dans les hernies: l'un inflammatoire, ou étranglement proprement dit; l'autre par engouement, ou résultant de l'accumulation des matières fécales dans la portion d'intestin herniée. M. Malgaigne nie cette seconde espèce. D'après lui, l'accumulation d'excrémens dans l'anse intestinale n'est qu'une hypothèse sans fondement, et qu'aucun fait jusqu'ici n'est venu justifier. Pour le prouver, il cite d'abord l'histoire de quatre vieillards, affectés de hernies anciennes et volumineuses, chez lesquels on a pu vérifier, soit pendant la vie, soit à l'autopsie, que les parties du tube digestif situées hors du ventre ne contenaient pas plus de matières que celles restées dans l'abdomen. Ceci, à la vérité, ne prouve pas grand'chose; car ce qui n'était point arrivé à l'époque de la mort aurait pu survenir plus tard; et conclure de l'absence du fait dans une circonstance donnée, à son impossibilité absolue, n'est-ce pas comme si l'on disait, par exemple, à un malade: votre hernie ne s'est jamais étranglée jusqu'ici, donc elle ne s'étranglera pas à l'avenir? Mais l'expérience générale qu'invoque M. Malgaigne est un argument bien autrement probant en faveur de la proposition qu'il défend. « Je n'ai rencontré, dit-il, dans tous les ouvrages, dans les nombreux recueils d'observations publiés sur les hernies, qu'un seul exemple de hernie distendue par des matières stercorales. » Ce n'est donc pas dans cette circonstance qu'on doit chercher la cause des accidens attribués à l'engouement; car ils sont loin d'être aussi rares, et se présentent au contraire journellement. La pratique de M. Malgaigne, depuis longtemps déjà dirigée vers cet ordre de recherches, et singulièrement enrichie, sous ce rapport, depuis son séjour à Bicêtre, dépose dans le même sens et fait foi que jamais les hernies dites engouées n'offrent ces amas de fèces, ces excrémens durcis, à l'influence desquels la théorie en vigueur nous avait habitués à croire aveuglément.

Sans contredit, il y a, dans un résultat aussi inattendu, de quoi faire réfléchir, et ce n'est pas là le coup le moins rude dont la doctrine de l'engouement ait été frappée dans ces derniers temps. Avant de se rendre, néanmoins, ses partisans pourraient invoquer certaines considérations assez puissantes. Ils ne manqueront vraisemblablement pas de dire à M. Malgaigne que, si la rétention des matières liquides et solides dans la hernie, paraît en effet problématique, il n'en est pas ainsi de celle des gaz. Dans l'état qu'on appelle engouement, comme dans l'étranglement véritable, l'anse intestinale herniée est ordinairement remplie de gaz; c'est là un fait irrécusable, et nous ne voyons pas comment on le pourrait contester. Ne forme-t-il pas, de l'aveu de tous, le caractère distinctif de l'entérocèle étranglée d'avec l'épiplocèle? N'est-ce point par le *gargouillement*, c'est-à-dire par la rentrée de ces gaz, jusque-là retenus dans la hernie, que s'annonce presque toujours la réduction des viscères? Sur ce terrain, les adversaires de M. Malgaigne tourneraient avec avantage contre lui les détails de quelques-unes de ses observations, de la quatorzième, par exemple, où la tumeur était dure, tendue, *élastique par en haut, comme une vessie remplie de gaz;* ce plus loin, son langage est bien plus explicite encore, lorsqu'il dit que, dans les efforts inutiles faits pour réduire cette hernie, *des gargouillemens indiquaient la présence de gaz et de liquides qui refluaient dans le canal sans rentrer dans l'abdomen.* N'est-ce pas là la description claire et précise de l'accumulation de matières *gazeuses*, que M. Malgaigne niait tout à l'heure? La sonorité de la tumeur herniaire se trouve encore mentionnée dans plusieurs des faits qu'il rapporte (Voy. obs. 1, 13, 15). Et quand, plus tard, il donne la percussion plessimétrique de M. Piorry comme le meilleur moyen de diagnostiquer l'entérocèle; quand il avoue que les alimens flatueux, tels que choux, haricots, etc., sont une des causes les plus actives des accidens dits d'engouement; quand enfin il avoue que *l'anse intestinale herniée demeure encore distendue par des gaz après que l'inflammation est passée, et oppose encore une résistance légère aux efforts de réduction*, je le demande, ne fournit-il pas lui-même aux partisans de l'engoucment les raisons les plus plausibles qu'ils puissent désirer pour mettre en évidence le rôle que l'accumulation gazeuze joue dans les phénomènes d'engouement? A la vérité, M. Malgaigne alléguera que *ces gaz sont sécrétés par l'anse intestinale elle-même*, vu son état d'irritation; et il argue même de leur présence dans la hernie pour prouver que la phlegmasie du péritoine a envahi les tuniques muqueuses et musculeuses de l'intestin. Nous ne contestons pas la réalité du phénomène, et souvent, nous le savons, la fluxion gazeuse tient à une entérite plus ou moins étendue, plus ou moins intense. Mais, avant de chercher dans ce signe une preuve d'inflammation, M. Malgaigne n'aurait pas dû oublier qu'il avait d'abord à démontrer que les gaz ne viennent pas d'une autre voie, c'est-à-dire de la décomposition des alimens dans le canal intestinal. Or, cette seconde explication méritait au moins d'être discutée; car s'il est vrai que, dans l'étranglement, les gaz remplissent ordinairement le bout supérieur de l'intestin, aussi bien que l'anse herniée, si cette distension est assez constante, assez perceptible pour qu'on ait pu récemment (M. Laugier, voy. BULLET. CHIRURG.) baser sur elle un excellent moyen de reconnaître la partie du tube digestif qui constitue la hernie étranglée, assurément, il y a lieu, au moins, d'hésiter entre l'hypothèse qui attribue la présence de ces gaz à une rétention, et celle qui les regarde comme un produit d'exhalation; et cette dernière ne paraîtra sans doute à personne assez plausible pour pouvoir se passer de démonstration.

On voit, par ce qui précède, qu'en différant sous quelques rapports de M. Malgaigne, nous sommes d'accord avec lui sur le fait principal qu'il voulait établir dans la première partie de son mémoire. La théorie de l'engouement, telle qu'on l'a conçue jusqu'ici, est défectueuse et à revoir. Voyons maintenant ce que notre auteur propose de lui substituer. Mais, avant de parler de l'explication, il ne sera pas inutile de définir nettement

les faits à expliquer. Cette précaution est indispensable; car la maladie qu'on a jusqu'ici comprise sous le nom d'engouement n'est point une fiction. Elle a ses symptômes, sa phénoménalité spéciale, son évolution bien différente de celle de l'étranglement; et si sa dénomination doit être changée, au moins les faits matériels et leur description clinique ne peuvent perdre leur place dans le cadre nosologique. Or, ce qui caractérise et distingue l'engouement, c'est surtout l'espèce de hernies où il survient, la lenteur de sa marche, une fois que l'affection est établie, le peu de réaction qui l'accompagne, et principalement l'apparition de la constipation et de la tuméfaction de la hernie, avant que celle-ci soit douloureuse. Ces signes, je le répète à dessein, appartiennent à une classe nombreuse d'affections; et en supposant qu'on ait erré jusqu'ici sur leur explication, on ne peut les révoquer en doute, et la théorie qui voudra en rendre raison sera toujours forcée de les accepter tels qu'ils ont été reçus, sauf quelques variantes, par tous les auteurs, et constatés par l'observation de tous les temps et de tous les lieux. Cela posé, on trouvera peut-être que le nom d'*inflammation, péritonite du sac herniaire*, que M. Malgaigne donne à cette réunion de symptômes, n'est pas heureusement imaginé pour désigner un état semblable à celui dont nous venons de rappeler les traits. Quoi! le pouls est tranquille, la face calme, la tumeur reste indolente, et vous attribuez tout à une inflammation de cette même tumeur. Voyez d'ailleurs les conséquences où vous vous trouvez engagé : puisque les vomissemens et la constipation qui surviennent dans ces cas ne tiennent pas à l'étranglement (que vous niez), il faut bien admettre qu'ils sont un effet purement sympathique de la péritonite locale. Or, comment une inflammation assez intense pour causer par son retentissement ces graves désordres, peut-elle les produire sans ébranler l'organisme, qui cependant est ici l'intermédiaire obligé entre la cause et les effets? Comment, encore une fois, comprendre l'absence de phénomènes généraux, dans une pareille phlegmasie?

Ce n'est là, toutefois, qu'une considération préliminaire, et, quelle qu'en soit la valeur, il convient d'étudier en détail la doctrine de M. Malgaigne et les preuves dont il l'a étayée. Il établit d'abord qu'il y a, dans les étranglemens, trois élémens principaux :

« 1° L'étranglement pur et simple, qui est rare, qui a lieu sans inflammation, et qui produit la gangrène en quelques heures. »

« 2° L'inflammation pure et simple, très commune, et qui, presque toujours, est limitée à la séreuse de la hernie. »

« 3° Enfin, l'inflammation en masse des viscères contenus dans la hernie..., ce troisième élément ne vient guère qu'à la suite de deux autres, soit par l'effet propre de l'étranglement, soit par les manœuvres irrationnelles du taxis, dans les cas de simple péritonite herniaire. »

M. Malgaigne déclare ensuite ne vouloir traiter pour le moment que de cette péritonite herniaire, à laquelle il rapporte tous les symptômes attribués par les auteurs à l'engouement. Cependant la phlegmasie n'est pas pour lui, dans ces cas, si essentiellement circonscrite au péritoine, qu'elle ne puisse, comme nous l'avons vu plus haut, envahir les deux autres tuniques de l'intestin.

A ne considérer cette doctrine que sous le rapport pratique, nous pensons, comme M. Malgaigne, que, dans quelques circonstances, des symptômes plus ou moins analogues à ceux de l'étranglement et de l'engouement reconnaissent effectivement pour cause une inflammation toute locale. Mais il n'y a là rien de nouveau; et le passage suivant montrera que le principe était depuis long-temps déjà acquis à la science, et que M. Malgaigne n'a ici à revendiquer que l'idée d'en avoir étendu l'application à tous les cas d'engouement. C'est P. Pott qui, traitant de l'inflammation des hernies, se demande si l'on peut rapporter les accidens de l'étranglement à cette cause. Voici sa conclusion : « Je suis convaincu par quelques exemples que j'ai vus, que les personnes affligées de vieilles hernies qui ont été longtemps dans le scrotum sans occasionner aucune incommodité, et dans lesquelles la quantité de l'intestin est souvent très considérable, l'ouverture tendineuse très dilatée, et le sac herniaire épais et solide, sont celles à qui l'accident en question (l'inflammation produisant des symptômes analogues à ceux de l'étranglement) est arrivé, et que l'on trouvera y être réellement le plus sujettes, lorsqu'on considérera leurs cas avec toute l'attention nécessaire; car, en effet, il n'est point de raison dans la nature pour faire concevoir comment cette portion de l'intestin qui est contenue dans une hernie telle que celle dont je viens de parler, ne serait pas exposée à tous les accidens ou à toutes les maladies qui peuvent attaquer toute autre partie du canal intestinal. Je pense d'autant plus volontiers de cette manière que j'ai rencontré plusieurs personnes attaquées de ces hernies anciennes, qui avaient tous les symptômes d'un étranglement, et chez lesquelles je suis sûr qu'il n'y avait aucun étranglement occasionné par le tendon, quoique l'intestin restât dans le scrotum. » (ŒUVRES CHIRUR. DE P. POTT, 2e édit., 1777, t. I, p. 364.)

Ce passage est assez significatif. Aussi, nous l'avons dit, ce qui appartient à M. Malgaigne, c'est seulement cette proposition générale que l'engouement est un mot sans valeur, et que les accidens décrits sous ce nom sont causés par l'inflammation de la hernie et du sac. Son premier argument porte sur les adhérences dont la formation, dit-il, dénote clairement l'existence d'un certain degré d'inflammation. C'est aussi l'explication que Pott, Lawrence et Scarpa ont donnée de ces fausses membranes qu'on rencontre si fréquemment dans les sacs herniaires. Mais montrer sur un cadavre des traces d'inflammation ne suffit pas pour établir que le sujet a eu de son vivant des accidens d'engouement. En accordant même que cela ait été, qu'est-ce qui prouve que l'inflammation a existé à l'époque de ces accidens? Qu'est-ce qui prouve que nulle autre cause n'agissait alors pour les produire? Et les adhérences des plèvres qui ont parfois une telle étendue chez des sujets morts sans avoir offert, pendant leur vie, de maladie de poitrine grave, ne doivent-elles pas rendre réservé sur les conséquences qu'on voudrait tirer des vestiges bien moins considérables qu'offrent les vieux sacs herniaires?

La péritonite herniaire étant ainsi constituée une maladie spéciale, il fallait faire son histoire complète. Aussi M. Malgaigne s'est-il d'abord préoccupé de déterminer ses causes. Mais ici une difficulté se présentait : Les symptômes d'engouement co-existent si souvent avec la sortie d'une hernie jusque-là contenue, leur début est parfois si brusque, et leur cessation tellement instantanée aussitôt après la réduction, qu'il est impossible de méconnaître le rapport qui lie ces accidens avec l'état de gêne ou de liberté des viscères. Malgré le dommage qu'en recevait sa théorie, M. Malgaigne a franchement reconnu ce fait; sans s'expliquer néanmoins très catégoriquement sur ce point, il admet que *souvent l'inflammation paraît le résultat du déplacement unique des viscères et que leur réduction a suffi pour la dissiper;* et ailleurs, que *la cause la plus essentielle de la phlogose est l'issue des intestins mêmes.*

Une telle déclaration ne peut que faire beaucoup d'honneur à la loyauté de M. Malgaigne ainsi qu'à son jugement. Nous regrettons cependant qu'il l'ait formulée en termes aussi concis; car elle ne peut se comprendre sans un commentaire, et son explication aurait besoin d'être expliquée elle-même. L'inflammation, dites-vous, résulte du déplacement des viscères! c'est fort bien; mais comment le déplacement agit-il pour produire cet effet? Est ce en déterminant la rétention des matières? Nous savons que M. Malgaigne rejette positivement cette manière de voir. Est ce parce que les viscères sortis en trop grande quantité se trouvent gênés dans leur circulation par l'étroitesse de l'ouverture? Mais il y aurait alors étranglement véritable, et ce n'est pas non plus l'opinion de notre auteur. Nous demanderons donc à M. Malgaigne de vouloir bien préciser quel est, d'après lui, le mode d'action suivant lequel un déplacement des viscères abdominaux peut amener leur inflammation; car nous ne concevons pas que le fait pur et simple de leur sortie, sans rétention des matières, sans striction exercée par les anneaux, soit capable de causer d'aussi grands désordres. Il y a plus (et ce n'est pas une des moindres difficultés que présente cette doctrine) : la hernie étranglée sort aussi elle; eh bien! elle ne s'enflamme point; du moins, c'est M. Malgaigne qui le dit (v. ci-dessus) : « L'étranglement pur et simple, qui est rare, qui a lieu sans inflammation... » D'où vient donc cette différence? Quoi! deux hernies s'échappent de l'abdomen, l'une s'étrangle, l'autre ne s'étrangle pas; et c'est la dernière qui sera frappée d'inflammation! et la première en sera toujours exempte! M. Malgaigne, nous l'espérons, conviendra que quelques explications sont tout à fait nécessaires pour que sa pensée soit bien comprise.

Nous avons montré que le groupe de symptômes qui caractérisent l'engouement des auteurs n'a rien dans son mode d'apparition, sa marche, son cortége réactionnel, qui porte à l'attribuer à une inflammation locale. On peut arriver a la même conclusion par une voie opposée, en considérant combien ces symptômes diffèrent des effets qu'on observe tous les jours dans les cas où une lésion mécanique doit nécessairement produire une affection franchement inflammatoire du sac herniaire. Voyez, par exemple, ce qui se passe dans la cure radicale des hernies par suture du sac, ou par implantation d'épingles à travers son orifice; songez encore à ce que produit une injection irritante faite pour guérir l'hydrocèle siégeant dans une tunique vaginale qui communique avec l'abdomen. Dans ces circonstances, n'y a-t-il pas une inflammation locale bornée au péritoine du sac? Ne sont-ce pas les mêmes conditions que celles auxquelles M. Malgaigne rapporte les phénomènes d'engouement? Et cependant quelles différences entre les symptômes, dans un cas et dans l'autre!

Passons maintenant aux observations que M. Malgaigne rapporte à l'appui de sa doctrine. Nous ne les analyserons pas longuement, car quelques mots suffisent pour donner une idée de leur valeur. Elles ont rapport à des hernies anciennes et volumineuses, où des vomissemens,

de la constipation, des coliques, des symptômes généraux plus ou moins intenses, tous accidens coïncidant avec une augmentation de la hernie, ont cédé à des applications émollientes, aidées par des émissions sanguines. Notons que, dans tous les cas d'entérocèle, la réduction n'a été obtenue que par l'emploi du taxis, quelquefois même assez prolongé.

Nous avons indiqué d'une manière un peu générale les symptômes offerts dans ces observations. C'est qu'en effet il y a beaucoup de variétés entre elles, sous ce rapport; et ceci même mérite d'être pris en considération. Tandis que dans quelques-unes l'appareil morbide semble être bien véritablement celui d'une hernie engouée, d'autres, au contraire, présentent tous les traits de l'étranglement le mieux caractérisé. Ainsi, dans l'observation 14me, on voit une hernie sortir brusquement chez un jeune homme de 21 ans; vomissemens survenant immédiatement; deux heures après, les douleurs étaient telles que le malade se roulait dans son lit. Le lendemain matin, entrée à l'hôpital; tumeur dure et tendue en haut, rouge, douloureuse à la pression; soif vive, langue sèche et rouge à la pointe; vomissemens à chaque ingestion de liquide; face pâle, lèvres violacées, traits tirés, respiration accélérée, voix déjà affaiblie, pouls fort, développé, à 80 pulsations. Le même jour, saignée de six palettes, cataplasme froid. Le taxis est fait pendant trois quarts d'heure. Au bout de ce temps, la réduction eut lieu et les accidens se dissipèrent. Et M. Malgaigne intitule cette observation : « *Hernie inguinale simulant l'étranglement!* » Certes, la ressemblance est grande et c'est, en effet, à s'y méprendre! Quant à nous, nous confessons qu'aujourd'hui même, et quoique prévenus, nous persisterions à regarder comme étranglée toute hernie qui offrirait cet ensemble de symptômes, car nous ne voyons pas où est la différence, et ce qui, cliniquement parlant, pourrait distinguer cette prétendue inflammation de l'étranglement proprement dit.

On pourra maintenant comprendre les succès dits aux antiphlogistiques. Que, dans des cas plus ou moins semblables à celui-ci, une saignée, des sangsues, des bains, des émolliens, aient contribué à la réduction et préparé la réussite du taxis, il n'y a rien là qui répugne à l'esprit, mais aussi il n'y a rien qui fasse sentir le besoin d'une nouvelle explication; car c'est le mode de traitement que le moindre élève suit de routine dans tous les hôpitaux de Paris, lorsqu'une hernie se présente à lui dans des conditions semblables, et même dès qu'elle est devenue irréductible et douloureuse. Comme M. Malgaigne, il ajouterait encore les lavemens purgatifs et quelquefois l'eau de Sedlitz, si les accidens plus lents rapprochaient le cas des symptômes de l'engouement.

Nous ne terminerons pas cette analyse sans mentionner la statistique à laquelle M. Malgaigne s'est livré pour déterminer la mortalité de la herniotomie dans les hôpitaux de Paris : 114 morts sur 185 opérations! Voilà le chiffre auquel il est arrivé. Nous avions nous-mêmes déjà obtenu d'une statistique, à la vérité plus restreinte, un résultat exactement identique : 14 morts sur 24 opérations. (V. Gaz. Méd., 1839, p. 692.)

Pour résumer en quelques mots ce qui ressort de ces considérations sur le travail de M. Malgaigne et sur la question de l'engouement herniaire en général, nous dirons :

1° Les hernies anciennes et volumineuses sont sujettes à des accidens particuliers, qui offrent avec l'étranglement quelque analogie par leur nature, mais beaucoup de différence quant à leur marche.

2° Il n'est pas démontré que l'accumulation des matières, et surtout des gaz, ne soit pas souvent la cause de ces accidens.

3° Le plus fréquemment, les symptômes de suspension du cours des matières apparaissent, dans ces cas, avant toute réaction générale, et avant que la tumeur soit douloureuse; les accidens coexistent avec une augmentation de volume de la hernie, et la réduction suffit en général pour les dissiper. Toutes ces circonstances sont contraires à l'idée qu'une inflammation locale est le point de départ de l'état morbide.

4° Il existe cependant des cas où la sensibilité de la tumeur et les bons effets des antiphlogistiques dénotent un certain degré d'inflammation. Mais c'est encore une question que de savoir s'il n'y a pas alors en même temps un étranglement plus ou moins considérable, primitif ou secondaire, et dont l'inflammation ne serait que l'effet.

5° Si l'on rapporte les accidens à une inflammation, on doit proscrire le taxis comme une manœuvre capable seulement d'ajouter à l'irritation; et cependant c'est lui qui réussit le plus ordinairement, et il est, de l'aveu de M. Malgaigne, *le premier de tous les moyens*. C'est là une inconséquence que la doctrine de l'inflammation ne fait pas totalement disparaître, en avouant que le déplacement des viscères est la cause la plus essentielle de la phlegmasie; car on ne voit pas clairement le rapport qui existe entre cette cause et l'effet que lui attribue cette doctrine.

6° Enfin la doctrine de l'inflammation, qui peut trouver d'heureuses applications dans la pratique, aurait aussi ses dangers, si l'on adoptait ses conséquences comme règle générale de conduite. En effet, elle tend essentiellement dans les cas de son ressort à faire ajourner l'opération, qu'elle remplace par les émissions sanguines; or, comme (ainsi que nous l'a montré l'obs. 14 de M. Malgaigne), les signes de l'étranglement le plus évident passent dans cette théorie pour de simples effets d'inflammation, n'est-on pas exposé, vu l'absence de tout moyen de diagnostic entre ces deux états, à laisser sans secours efficace une hernie véritablement étranglée, et qui réclamerait quelque chose de plus que le traitement antiphlogistique?

Recherches sur la cause physique du tintement métallique et du râle amphorique; par M. de Castelnau.

La cause de la résonnance métallique si prononcée que prennent la plupart des sons produits dans la poitrine dans certaines affections thoraciques, a été avec raison attribuée à la compression exercée sur le poumon et à la tension des parois de la poitrine par un fluide aériforme introduit dans la plèvre; mais on n'est pas d'accord sur la nature de chacun des bruits qui prennent ce caractère métallique si appréciable, et le *tintement métallique* surtout à été rapporté à des causes très variées, depuis Laënnec qui l'attribuait à la résonnance de l'air agité par la respiration, la toux ou la voix, jusqu'aux auteurs les plus récens. MM. Barth et Roger. Ces derniers admettent toutes les théories proposées avant eux, mais comme applicables dans certains cas seulement, considérant néanmoins, comme la plus générale, celle de Dance, qui attribuait ce bruit à la rupture d'une bulle gazeuse à la surface de l'épanchement. M. de Castelnau s'est proposé dans cette communication, non seulement de faire la critique de toutes les théories émises jusqu'ici sur la production du tintement métallique; mais encore d'offrir de ce phénomène une explication générale et qui soit applicable dans tous les cas.

Nous ne le suivrons pas dans la première partie de cette discussion qui est toute critique, et dans laquelle, s'appuyant sur des faits empruntés soit à la physique générale, soit à l'organisation animale, il démontre ou l'insuffisance ou l'erreur de ces théories, et nous nous bornerons à signaler l'explication qu'il donne lui-même de ce phénomène. « Pour donner une explication qui satisfit, dit-il, à l'exigence de tous les faits apportés dans cette discussion, il suffit tout simplement de se demander si un râle muqueux ou un râle caverneux, retentissant dans une cavité spacieuse, ne donnait pas lieu au tintement métallique? Cette question posée, la réponse était facile à trouver, et toutes les recherches qu'on aurait tentées dans ce but auraient manifestement prouvé que le tintement métallique n'est autre chose qu'un râle muqueux ou caverneux, retentissant dans une cavité spacieuse à la faveur d'une communication établie entre cette cavité et les bronches; c'est ce que prouveront les expériences qui suivent. » Mais l'auteur démontre auparavant que la présence d'un liquide dans la cavité où le phénomène se passe n'est pas indispensable pour que le phénomène soit produit, comme on le croit généralement.

Expérience. — On adapte à une seringue une sonde de gomme élastique, dans laquelle on met deux ou trois gouttes d'eau, ou même d'une solution de gomme ou de mucilage pour en mouiller les parois; si l'on fait alors jouer le piston on entend dans l'aspiration et l'expiration une sorte de râle fort analogue au râle muqueux. Si l'on introduit l'extrémité de la sonde dans un vase d'une certaine capacité (une bouteille, une cruche) le râle se change en véritable tintement métallique, au point que l'on pourrait s'y méprendre, et ce tintement métallique s'entend exactement de même, soit qu'il y ait, soit qu'il n'y ait pas de liquide dans le vase où se fait l'expérience, sauf les changemens qui dépendent de ce que l'espace occupé par l'air est plus ou moins considérable.

Cette expérience, répétée sur le cadavre, fournit les mêmes résultats. Si, après avoir fait une perforation aux parois thoraciques, on injecte de l'air dans la cavité pleurale, et si on opère avec la seringue et la sonde comme dans l'expérience précédente, on entend de même un tintement métallique des plus caractérisés. Si l'on injecte ensuite de l'eau, on continue encore d'entendre le tintement métallique sans aucune modification.

M. de Castelnau pense que ces expériences suffisent pour prouver que le tintement métallique ne peut être rapporté qu'au râle muqueux, et il trouve que cette théorie se concilie très bien avec toutes les autres particularités que l'on observe dans la manifestation de ce phénomène. Ainsi, comme le râle muqueux, il existe, dans l'expiration et l'inspiration, ou seulement dans l'un de ces deux temps; il peut disparaître pendant plus ou moins de temps, pour reparaître ensuite; un effort de toux peut le provoquer ou le faire disparaître. Nous admettons avec lui que le râle muqueux peut, lorsqu'il est produit près de la surface d'un poumon en contact avec une certaine quantité de fluide aériforme, en arrivant à l'oreille de l'observateur, appliqué à la surface du thorax, offrir le caractère du tintement métallique le mieux prononcé, mais nous ne pensons

pas que l'on doive désigner ce bruit sous le nom de râle amphorique, et cela pour deux raisons : la première, c'est que déjà on a beaucoup trop multiplié les dénominations des différens bruits pectoraux que révèle l'auscultation, et qu'on devrait s'attacher plutôt à en diminuer le nombre qu'à l'augmenter. La seconde, c'est que l'auteur nous semble, avec quelques autres médecins de l'époque actuelle, donner une signification beaucoup trop large au mot métallique, appliqué aux bruits pectoraux, et que, sous cette dénomination, il paraît comprendre tous les retentissemens sonores, par quelque cause qu'ils soient produits, depuis la plus légère trace de résonnance bronchique jusqu'au frémissement métallique le plus prononcé. Aussi sommes-nous peu étonnés de l'erreur de diagnostic dont l'auteur rapporte un exemple, et où une large excavation tuberculeuse a été prise pour un cas de pneumo-thorax. Des erreurs de ce genre, peu importantes, il est vrai, pour la pratique, ont été assez fréquemment commises depuis quelques années.

NOUVELLES RECHERCHES SUR LA MALADIE APPELÉE ANGINE AQUEUSE, ANGINE LARYNGÉE ŒDÉMATEUSE, ŒDÈME DE LA GLOTTE, LARYNGITE SOUS-MUQUEUSE; par M. BRICHETEAU, médecin de l'hôpital Necker.

Après avoir donné quelques mots sur l'historique des travaux dont l'œdème de la glotte a été l'objet depuis le commencement du siècle, M. Bricheteau rapporte trois observations à l'appui de l'opinion émise par la plupart des derniers auteurs qui se sont occupés de cette affection, savoir, que l'angine laryngée œdémateuse ne diffère presque jamais, eu égard à sa nature du moins, de l'angine laryngée inflammatoire des auteurs, et que l'étude des faits les plus récemment recueillis ne permet pas d'accorder au groupe de symptômes réunis par Bayle le caractère de maladie primitive; aucun d'eux n'étant exempt de ces lésions graves et profondes du larynx qui entraînent consécutivement l'œdème des bords de la glotte. Les trois observations rapportées ici par M. Bricheteau présentent des cas complexes des maladies du larynx, qui paraissent avoir déterminé l'œdème de la glotte. Dans ces trois cas, deux choses ont surtout frappé l'attention de l'observateur. Le peu de durée de l'œdème accidentel et le petit nombre de symptômes propres qui le caractérisent, ce qui le porte à douter de l'exactitude de la description donnée par Bayle. « Je ne comprends pas bien, dit M. Bricheteau, comment un esprit aussi exact, aussi rigoureux que celui de Bayle a pu trouver la matière à une aussi longue description. Il est vrai qu'il assure avoir observé l'angine œdémateuse dix-sept fois en six ans, et qu'il a eu des tableaux nombreux et variés à mettre en œuvre. Je puis me tromper, mais je crains qu'il n'ait composé un tableau surchargé et artificiel... » Cette accusation grave, élevée contre un homme d'une aussi grande valeur que Bayle, aurait eu besoin, nous pensons, d'être mieux appuyée. Les observations de MM. Trousseau et Belloc, celles de M. Bouillaud et de M. Bricheteau lui-même ne peuvent pas détruire celles qu'avait recueillies Bayle ; peut-être même nous inspireraient-elles moins de confiance que celles de ce dernier, en raison surtout du besoin de systématiser les faits, de les rapporter à une seule et même origine, à l'inflammation, qui a dominé tous les hommes de l'époque actuelle. Nous ne nions pas, cependant, que l'œdème de la glotte ne soit le plus fréquemment un simple épiphénomène d'une autre affection plus ou moins grave, et que l'œdème par et simple de cette partie ne soit, comme au reste pour toutes les autres parties du corps isolées, une affection très rare ; mais cet épiphénomène, par sa gravité, souvent plus considérable que celle de l'affection première, nous paraît mériter réellement une place à part et une dénomination particulière.

Dans l'un des cas rapportés par M. Bricheteau, et où la maladie avait résisté au traitement antiphlogistique le plus énergique, la salivation obtenue en vingt-quatre heures par l'emploi des frictions mercurielles amena un soulagement immédiat, puis la guérison complète au bout de quelques jours. Dans un autre cas, la trachéotomie fut pratiquée avec succès. Dans le troisième, cette opération, pratiquée à une époque en apparence peu avancée de la maladie, n'empêcha pas la mort. Le larynx offrit, chez ce sujet, à l'autopsie, une suppuration de mauvaise nature qui avait détruit l'articulation crico-aryténoïdienne et ses dépendances.

MÉMOIRE SUR QUELQUES POINTS DE L'HISTOIRE DES ANGINES ET DES GANGRÈNES DU PHARYNX CHEZ L'ENFANT ; par les docteurs RILLIET et BARTHEZ.

Nous reconnaissons volontiers, avec les auteurs, que la science est loin d'être fixée sur tous les points de l'histoire des angines chez l'enfant, et que leur communication sur ce sujet, bien que reposant sur des faits incomplets ou incomplètement racontés, et bien que ne s'occupant que de quelques points isolés de cette étude, et qui peut-être auraient gagné à ne pas être détachés du reste, peut cependant encore jeter quelque jour sur plusieurs des points les plus controversés.

1° ANGINE PSEUDO-MEMBRANEUSE ULCÉREUSE. — Il est assez généralement admis que, dans l'angine pseudo-membraneuse du pharynx, la tunique interne qui tapisse cette cavité est rarement le siége d'altérations intenses; des érosions superficielles, un ramollissement, sont ordinairement les lésions les plus graves que présente la muqueuse du pharynx sur les points où elle était recouverte par de fausses membranes. MM. Rilliet et Barthez rapportent n'avoir pas non plus observé des *escarres* dans cette forme particulière d'angine, mais avoir trouvé, chez deux malades dont ils ont recueilli l'histoire, de larges et profondes ulcérations de la tunique interne du pharynx, et qui avaient envahi, non seulement la membrane muqueuse, mais encore le tissu sous-muqueux, en sorte que les fausses membranes reposaient immédiatement sur les fibres charnues.

2° GANGRÈNE DU PHARYNX. — La gangrène du pharynx se présente sous deux formes très distinctes. Ou bien la lésion est nettement circonscrite, ou bien elle est diffuse; mais comme cette distinction n'a, jusqu'à ce moment au moins, d'importance que sous le point de vue anatomique, nous allons noter rapidement les principaux caractères de ces deux espèces de gangrène, et quelques considérations générales que les auteurs présentent à leur occasion.

1° GANGRÈNE CIRCONSCRITE. — Elle occupe la partie inférieure du pharynx, dans le point où il s'unit à l'œsophage, ou sa face antérieure au niveau de l'angle rentrant que forme le cartilage thyroïde. On ne l'a pas observée dans les points du pharynx accessibles à la vue pendant la vie. Elle se présente sous la forme de plaques, tantôt ovales, tantôt parfaitement arrondies, et dont l'étendue varie depuis celle d'une petite lentille jusqu'à celle d'un franc. Ces plaques, qui sont déprimées, ont une teinte d'un gris foncé, noirâtre, ou même entièrement noire, exhalent l'odeur caractéristique et ont leurs bords taillés à pic et jaunâtres. Elles envahissent ordinairement la membrane muqueuse et le tissu sous-muqueux, et laissent les fibres musculaires à nu.

2° GANGRÈNE DIFFUSE. — Les escarres n'ont rien de régulier et envahissent dans toute leur étendue le voile du palais, ses piliers, les amygdales et le pharynx. Tantôt elle n'est que superficielle, et bien que très étendue en surface, ne dépasse guère la membrane muqueuse; tantôt au contraire elle est tout aussi étendue et beaucoup plus profonde, et l'épaisseur tout entière des tissus est gangrénée; cette forme de gangrène tend constamment à s'étendre; elle peut dépasser les limites du pharynx et gagner la membrane muqueuse de la partie supérieure du larynx, tout en conservant sa forme diffuse ou la paroi interne de la joue. Dans le plus grand nombre des cas, on trouve dans d'autres points de l'économie des traces de gangrène. On en a trouvé à la bouche, à la vulve, dans les poumons.

Voici les seules circonstances étiologiques que les auteurs aient indiquées : les sujets étaient âgés de deux ans et demi à cinq ans; il y avait plus de filles que de garçons; à l'époque où ils étaient frappés par la gangrène, leur constitution était profondément débilitée par des maladies antérieures. Tous les enfans avaient été atteints de fièvre éruptive, soit rougeole, soit scarlatine, soit variole, ou de plusieurs de ces éruptions successivement; mais dans aucun de ces cas, les exanthèmes n'avaient revêtu l'apparence adynamique ou typhoïde; ils avaient parcouru leurs périodes sans offrir aucun caractère qui pût faire prévoir ou expliquer le développement ultérieur de la gangrène. Sans nier absolument que la gangrène puisse être quelquefois la terminaison d'une inflammation suraiguë du pharynx, dans les cas surtout où l'angine complique une fièvre éruptive et la scarlatine en particulier, les auteurs disent n'avoir jamais vu, chez les enfans qu'ils observaient, les signes d'une phlegmasie intense de l'arrière-gorge. Cette inflammation, au contraire, était toujours assez modérée. En outre, c'est à une époque éloignée du début de l'affection éruptive qu'ont paru les premiers signes de la gangrène, et chez le seul de leurs malades, chez lequel il n'y avait pas eu d'exanthème (la gangrène chez lui était venue à la suite d'une pneumonie en récidive), il n'y avait eu aucun symptôme d'angine. Ils pensent donc que dans la grande majorité des cas la fièvre éruptive détermine dans l'organisme un état particulier qui prédispose éminemment à la gangrène.

Sans penser que les auteurs attachent une grande importance à cette conclusion, nous devons cependant faire ressortir qu'elle ne peut être prise à la lettre; car ces accidens ne s'observent pas dans toutes les épidémies de fièvres éruptives, et qu'il faut probablement chercher la vraie cause dans quelque condition locale, dans quelqu'influence épidémique ou contagieuse. Nous regrettons que MM. Rilliet et Barthez n'aient pas porté plus loin leur investigation, ce qui aurait donné une bien plus grande valeur à leur travail.

II. REVUE MÉDICALE.

Les numéros d'octobre, novembre et décembre 1841, se composent des mémoires originaux suivans : 1° *Nouveaux aperçus sur la physiologie de la vision et sur quelques phénomènes remarquables de vision binoculaire observés par Ch. Wheatstone ;* traduit par M. Peyron. 2° *Recherches pour servir à l'histoire des maladies des os ;* par M. Malespine. 3° *Autopsies et lésions cadavériques remarquables ;* par M. Payan. (Un fait intéressant contenu dans ce travail, l'ankylose des deux articulations temporo-maxillaires, a déjà été consigné par l'auteur dans le n. 45 de la Gazette Médicale pour l'année 1841.) 4° *Lettre sur une ascension au Faulhorn ;* par M. Ch. Martins. 5° *Quelques opérations de lithotritie, avec des considérations pratiques ;* par M. Payan. (Réflexions judicieuses, mais qui n'ajoutent aucune donnée nouvelle à l'histoire de la lithotritie.) 6° *Mémoire sur la marche et la nature de l'angine de poitrine, ou névrose du cœur ;* par M. Bouchut. 7° *Tumeur fibreuse interstitielle de l'utérus, du volume d'un œuf d'autruche, extirpée avec succès par M. Amussat ;* observation recueillie par M. Filhos. (La Gazette Médicale (1841, n. 50) a déjà donné connaissance de ce fait et des réflexions dont M. Amussat l'a accompagné.) 8° *Observation relative à l'efficacité de la cévadille* (veratrum cevadilla) *dans le traitement de la rage ;* par M. Foulhioux.

Recherches pour servir a l'histoire des maladies des os ; par M. Malespine.

Le travail de M. Malespine se compose d'observations sur la nécrose du calcanéum et de quelques considérations générales sur la pathologie du système osseux. Bien que l'auteur n'indique pas lui-même cette division, nous la suivrons cependant dans notre analyse, parce qu'elle nous permettra d'établir une distinction entre des aperçus pratiques aussi judicieux qu'importans, et des propositions théoriques qui, fort intéressantes en elles-mêmes, sont loin toutefois de présenter le caractère positif de la première partie.

M. Malespine s'étant trouvé en position d'observer un grand nombre de nécroses du calcanéum, a pu se convaincre que la lésion, quoique née ordinairement sous l'influence d'une cause interne, reste longtemps locale, et ne se transmet aux os voisins qu'à une époque très avancée de son évolution. Aussi est-il d'avis que, dans la plupart des cas, l'extraction du séquestre suffirait, sans qu'il fût besoin de recourir à l'amputation de la jambe. Si l'on pratique fréquemment cette dernière opération, c'est que la tuméfaction quelquefois énorme du tissu cellulaire, la situation des ouvertures fistuleuses loin du calcanéum, la mobilité du pied en travers, si facile à comprendre lorsque la destruction du calcanéum fait perdre au talon toute sa résistance, c'est que toutes ces circonstances, dis-je, en imposent aux praticiens et leur font considérer la maladie comme plus avancée et plus étendue qu'elle n'est en réalité. M. Malespine ne se borne pas à annoncer cette proposition. Il la prouve en rapportant les détails de plusieurs cas où il lui a été donné de prendre la nature sur le fait à diverses époques du travail pathologique, et de constater à la fois la lenteur de la nécrose, l'intégrité des os voisins, même longtemps après le début du mal, et les ressources que l'organisme possède pour réparer les désordres les plus profonds. Les résultats de ces observations méritent d'être connus, et nous allons en donner un aperçu sommaire.

Les os du tarse ont toujours été trouvés exempts de nécrose. Ils ne présentaient qu'une raréfaction de tissu, sur laquelle nous reviendrons plus tard, et qui était d'autant plus marquée qu'on examinait un os plus rapproché du calcanéum. Quant à celui-ci, quoique l'ancienneté du mal fît nécessairement varier les conditions où il se trouvait, on a reconnu : 1° que l'absorption du séquestre est en général très rapide. Dans un cas, l'os était réduit à deux séquestres du volume d'une petite aveline. Dans un autre, il ne restait de l'ancien calcanéum qu'un seul fragment gros comme l'extrémité du doigt auriculaire; et il avait été chassé par le développement des bourgeons vasculaires entre le tendon d'Achille et le bord postérieur de l'astragale. 2° Relativement à l'os nouveau, on comprend que son développement était en rapport avec la période plus ou moins avancée de l'affection. Cependant il ressort des observations de l'auteur que la sécrétion de matière osseuse nouvelle se fait toujours dans un certain ordre, ou plutôt se dépose en premier lieu sur quelques points particuliers et toujours les mêmes du périoste. C'est ainsi que les lamelles osseuses de récente formation, par lesquelles commence la régénération, se rencontrent toujours au niveau de l'insertion du tendon d'Achille, ainsi que dans les points qui correspondent aux articulations calcanéo-cuboïdiennes et astragalo-calcanéennes. C'est donc dans les parties où s'attachent les muscles, et où existent les cartilages d'incrustation, que s'opère primitivement le dépôt osseux destiné à reconstituer ultérieurement l'os éliminé. 3° Les cartilages articulaires ne sont pas détruits, et ils restent en général très longtemps intacts avec leurs caractères normaux. 4° L'appareil ligamenteux qui unit le calcanéum aux os contigus a été trouvé friable, ramolli, épaissi. Dans un cas où les ligamens calcanéo-astragaliens avaient disparu, on a observé des élémens susceptibles d'organisation fibreuse, et aptes à reproduire ce trousseau ligamenteux détruit : en effet, la portion non articulaire de la face inférieure de l'astragale donnait naissance à des bourgeons vasculaires très rapprochés des productions de même nature qui s'élevaient sur la face correspondante du calcanéum de nouvelle formation ; séparés seulement par des débris osseux très divisés et par une couche peu épaisse de pus semi-concret, ces bourgeons, dit M. Malespine, n'auraient point tardé à se réunir et à former entre l'astragale et l'os nouveau un puissant moyen d'union.

Tous ces faits sont utiles à connaître ; car l'instruction qui en découle ne se borne pas à satisfaire un intérêt de simple curiosité. Ils montrent d'abord que les signes extérieurs de la maladie sont souvent plus alarmans que la lésion osseuse elle-même et peuvent donner au praticien une idée exagérée de son étendue. Il résulte, en second lieu, des observations de M. Malespine, que le séquestre du calcanéum tend à disparaître, même assez rapidement, sous l'influence des seuls efforts de la nature, et que le travail réparateur destiné à remplacer l'ossification primitive marche avec une régularité et une promptitude très rassurantes pour le pronostic. Conclusion générale ; la nécrose du calcanéum nécessite l'amputation de la jambe beaucoup moins souvent qu'on ne l'a pensé jusqu'ici ; car, bien que ses symptômes apparens en imposent souvent pour une carie de tout le tarse, l'altération reste longtemps bornée à un seul os, et n'indique qu'une opération toute locale, toute conservatrice, l'extraction du séquestre. Notons en terminant que toutes les observations de M. Malespine ont rapport à des enfans ; ce qui doit être pris en considération dans le jugement qu'on porte sur la rapidité avec laquelle l'affection parcourt ses périodes.

Nous insisterons moins sur les considérations générales qui terminent le travail de M. Malespine; car outre leur caractère dogmatique qui les rend moins susceptibles d'une application immédiate, elles ne nous ont pas semblé non plus assises sur des preuves assez solides pour mériter, quant à présent du moins, un examen très approfondi. L'auteur, du reste, se propose de les présenter de nouveau dans un mémoire plus étendu, et sans doute il n'a voulu ici que prendre date pour ses idées, renvoyant à son prochain travail les développemens et la démonstration. En attendant, nous dirons que, pour lui, beaucoup des altérations décrites sous le nom de tubercules des os, sont seulement des abcès circonscrits ayant succédé à une nécrose centrale du tissu spongieux. Ce qu'on a appelé matière tuberculeuse ne serait que la partie grumeleuse et consistante du pus de ces abcès, qui s'est déposée sur les parois du kyste. Et ce qui prouve, suivant lui, que cette déposition de matière concrète a été précédée d'une nécrose, c'est qu'elle est en général, et hors quelques cas très-rares, mêlée de débris terreux plus ou moins divisés, d'un véritable résidu osseux qui indique son origine ; c'est qu'on trouve quelquefois, dans d'autres points du même os, des nécroses bien caractérisées ; c'est que de l'aveu même de M. Nélaton, la conséquence nécessaire de toute infiltration tuberculeuse est une nécrose du tissu osseux infiltré; c'est enfin que lui, M. Malespine, n'a jamais pu rencontrer, dans le tissu spongieux des os cylindriques, de productions qui méritassent réellement le nom de tubercule cru.

Cette opinion de M. Malespine ne nous paraît que difficilement admissible; et alors même qu'elle serait émise sous une forme moins absolue, elle soulèverait une foule d'objections sérieuses. Nous ne nions pas que pour des observateurs inexpérimentés ou distraits, la cavité qui succède à une nécrose n'offre quelque ressemblance avec une excavation tuberculeuse. Mais les différences entre ces deux affections n'en sont pas moins tranchées et radicales. La nécrose attaque la substance compacte des os, les tubercules, le tissu spongieux. Le tubercule cru surtout ne saurait être pris pour la partie solide du pus d'un abcès de nécrose; car sa consistance est plus grande, et d'après M. Nélaton, dont les observations méritent ici toute confiance, la matière tuberculeuse, contrairement à l'assertion de M. Malespine, *ne contient aucune parcelle osseuse.* M. Malespine invoque la nécrose qui accompagne nécessairement une infiltration tuberculeuse. Mais ici encore, les caractères sont très différens entre le produit d'une nécrose simple et celui de la mortification due aux tubercules; car tandis que la première maladie ne fait éprouver aucune modification intérieure au tissu osseux qu'elle frappe de mort, l'infiltration tuberculeuse détermine dans ce même tissu une hypertrophie interstitielle qui persiste après sa séparation et sert à faire reconnaître la cause spéciale à laquelle celle-ci

est due. Enfin, sans donner ici toutes les autres considérations que nous pourrions développer à ce sujet, sans vouloir répondre à cet argument de M. Malespine « qu'il n'a jamais vu de tubercule enkysté », nous demanderons seulement si, après avoir jeté les yeux sur la première figure des planches qui accompagnent la thèse de M. Nélaton, on peut conserver des doutes sur la réalité de cette affection, comme maladie distincte de la nécrose et de ses suites. Rappelons encore, et c'est ici une considération d'un ordre plus général, et bien supérieure, par conséquent, à toutes celles qui précèdent, que les sujets affectés de tubercules des os en présentent souvent dans les poumons, le foie, etc. Par quelle prérogative le système osseux échapperait-il donc constamment à une lésion qui envahit tous les tissus, tous les parenchymes?

M. Malespine présente en terminant quelques idées sur la nature de la carie. D'après lui, la carie est une inflammation qui s'exerce sur des os préalablement malades et prédisposés par conséquent à se laisser désorganiser sous l'influence d'une cause légère. Or, l'altération qui précède et favorise l'invasion de la carie est une sorte d'appauvrissement, de raréfaction du tissu osseux, une atrophie interstitielle, suivant l'expression de l'auteur, qui prive l'os d'une partie de ses sels terreux et le réduit à un état tel, qu'au lieu d'avoir des aréoles étroites, multiples, circonscrites par des cloisons nombreuses et rapprochées, il ne présente plus que des lamelles extrêmement rares, peu résistantes, et n'ayant pas assez de dureté pour s'opposer à la pénétration du doigt dans son épaisseur. La conséquence qu'il déduit de ces réflexions, c'est que si la carie offre des caractères particuliers et produit des ravages très étendus, c'est parce qu'elle affecte des os qui ne sont pas susceptibles de résister aux maladies elles-mêmes, et non parce que l'inflammation qui la constitue est de mauvaise nature.

Nous nous contentons pour le moment de mentionner ces idées qui empruntent un nouveau degré de vraisemblance à la mauvaise constitution et même à l'état pathologique général que l'on observe si souvent, surtout chez les enfans, avant l'invasion de la carie. Ces conditions, ainsi que la simultanéité de début de la maladie sur plusieurs points, chez le même sujet, portent en effet à penser qu'une modification spéciale du système osseux préexistait à la carie déclarée; mais cette modification constitue-t-elle une affection distincte, ou n'est-elle au contraire qu'un premier degré de la carie? Voilà ce qu'il faudrait déterminer; et le problème, nous l'avouons, est plus aisé à poser qu'à résoudre.

MÉMOIRE SUR LA MARCHE ET LA NATURE DE L'ANGINE DE POITRINE OU NÉVROSE DU CŒUR; par M. E. BOUCHAT.

Si l'angine de poitrine ne compliquait pas dans certains cas différentes altérations de l'organe central de la circulation, les opinions ne seraient pas aussi divisées sur sa nature et sa cause qu'elles le sont encore aujourd'hui, et il serait impossible de méconnaître les caractères de névrose qu'elle présente souvent à un point si remarquable. Pour l'auteur de cette communication, comme pour la plupart des écrivains qui se sont livrés à de sérieuses études sur ce sujet, l'angine de poitrine est due à un trouble nerveux particulier qui constitue ce que l'on appelle ordinairement la névralgie. Trois ordres de preuves sont apportés ici à l'appui de cette opinion et puisés, l'un dans le caractère négatif fourni par l'insuffisance des altérations organiques auquel on l'a attribué, l'autre dans la marche même que suit la maladie qui vient par accès; le troisième enfin dans le caractère de la douleur. Quant aux altérations du cœur et des vaisseaux qu'on rencontre fréquemment chez les sujets qui ont offert les symptômes de l'angine de poitrine, elles ne sont, d'après M. Bouchat, que de simples coïncidences et doivent être considérées comme des complications toujours fâcheuses, puisque plusieurs par elles-mêmes peuvent occasionner la mort.

Quatre observations d'angine de poitrine, recueillies depuis peu de temps dans les hôpitaux sont rapportées ici à l'appui des opinions que nous venons de faire connaître. Trois se sont terminées par la guérison et une par la mort. La suivante nous paraît surtout intéressante.

OBS. — M. A., âgé de 23 ans, élève en pharmacie, doué d'une excellente constitution, assez robuste, très irritable, offrant tous les attributs d'un tempérament nerveux, a été somnambule pendant sa jeunesse. Il a eu une fièvre cérébrale il y a quelques années, et se porte très bien depuis cinq ans. En septembre 1839, il est pris au milieu de la nuit et sans cause appréciable d'une vive douleur à la région précordiale; il se débat beaucoup, perd connaissance, et criait d'une voix altérée: Otez-moi ce poids; j'étouffe. La face était pâle, la peau froide et couverte de sueur. Battemens du cœur faibles; pouls serré, à 80; respiration difficile à 28 par minute. Au bout d'une demi-heure, il reprend ses sens et reste faible et brisé. Le matin, la douleur avait entièrement disparu. (Saignée, potion antispasmodique.)

Un mois après, pendant la nuit et à la suite d'un dîner copieux, faisant quelques exercice de corps, M. ... est pris subitement d'une douleur précordiale vive, moins forte cependant qu'à la première attaque; on le transporte dans son lit; une heure après, tout était terminé; il reposait paisiblement. Au bout de deux mois, nouvelle attaque aussi forte que la première, qui dure pendant sept heures, et cesse sans apporter de trouble à la santé. Cinq ou six mois plus tard, et à la suite de quelques inquiétudes à l'occasion d'un mariage, deux nouveaux accès se succèdent à vingt-quatre heures d'intervalle, avec des symptômes terribles. La mort fut imminente, et une faiblesse excessive avec une pâleur prononcée persistèrent pendant plusieurs jours. Le mariage fut conclu, et depuis quinze mois la santé n'a pas été un instant troublée.

Dans l'observation suivante, les accès ont été plus caractérisés, et ont acquis une telle intensité que la maladie s'est terminée par la mort.

OBS. — Mad. Buisson, 48 ans, blanchisseuse, d'une bonne constitution, ayant de l'embonpoint, sujette à des palpitations qu'exagèrent la fatigue et les contrariétés, ressentit il y a deux mois et après un travail excessif, un sentiment de douleur vive et de contraction sous le sternum; puis cette douleur se dissipa en laissant de l'abattement, de la dyspnée et une gêne thoracique continuelle. Les accès se reproduisent les jours suivans, et la malade, obligée d'interrompre ses travaux, est reçue à l'hôpital Saint-Antoine le 22 juillet. Les accès sont fréquens et provoqués, par une émotion même légère, un mouvement brusque. Leur invasion est brusque; la figure de la malade exprime l'angoisse et la douleur; des pleurs coulent de ses yeux; une sensation de brûlure avec douleur et forte contraction, ayant son point de départ dans la région précordiale, remonte à la gorge, s'étend aux deux épaules, sur la face externe des bras, jusqu'à l'extrémité des doigts. La respiration se fait cependant bien, et la malade a observé que de larges inspirations abrègent la durée de l'accès. En même temps, les mouvemens du cœur sont irréguliers, tumultueux.

Le 24, six accès. (Potion antispasmodique; saignée de 3 palettes.)

Le 25, grand soulagement; trois accès moins forts. (Sulfate d'alumine et de potasse, 4 grammes. Ces poudres occasionnent un sentiment de brûlure à l'épigastre, on en diminue la dose.)

Le 28, saignée de 2 palettes.

Le 5 août, les accès sont devenus plus fréquens et la région précordiale est douloureuse entre les accès (Saignée de 3 palettes). La douleur est diminuée, mais les accès se rapprochent de plus en plus; la malade est fatiguée. Six ventouses scarifiées sont appliquées et suivies d'un accès pendant lequel la malade succombe.

NÉCROPSIE. — Adhérence légère de la dure-mère au cerveau, et teinte opaline de l'arachnoïde à la partie supérieure des hémisphères. Les nerfs du thorax sont exempts d'altération.

Le cœur est à l'état normal pour la consistance et le volume. Les artères coronaires sont saines et perméables. Les orifices du cœur ont leur dimension naturelle. Léger épaississement à la base des valvules aortiques; les valvules mitrales sont saines. L'endocarde est colorée en rouge. L'aorte présente la même coloration jusqu'à sa courbure.

Cette observation est intéressante, surtout en ce que l'autopsie n'a révélé aucune des lésions indiquées par les auteurs comme causes de l'angine de poitrine. Nous en exceptérons cependant la coloration rouge de l'aorte; l'inflammation de ce gros vaisseau ayant été considérée par M. Gintrac comme la cause de l'angine de poitrine; mais nous ne trouvons pas, dans la description de cette nécropsie, les détails qui seraient nécessaires pour éclaircir cette question.

OBSERVATION RELATIVE A L'EFFICACITÉ DE LA CÉVADILLE (VERATRUM CEVADILLA) DANS LE TRAITEMENT DE LA RAGE; par le docteur FOULHIOUX, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

On ne doit attendre que de l'expérimentation la connaissance des moyens propres à combattre les affections dont la nature nous est inconnue. C'est à ce titre seulement que se recommande la communication du docteur Foulhioux, qui, ayant lu dans le récit d'un voyageur anglais (REVUE BRITANNIQUE, 1830) que la cévadille était employée par les indigènes du Mexique contre la rage, résolut de l'essayer à la première occasion. Le fait suivant ne tarda pas à la lui fournir. Nous allons l'analyser avec tous les développemens nécessaires.

OBS. — Claude Ollier, domestique, âgé de 44 ans, est mordu au poignet droit par un chien enragé, vers le commencement de l'hiver de 1838. La blessure, peu profonde et peu étendue, ne tarda pas à se cicatriser, et un an s'était à peu près écoulé sans que le blessé eût éprouvé aucun effet de cet accident, lorsque, le 26 novembre 1839, il fut pris tout à coup, étant en route pour Lyon, à dix heures et demie du matin, de picotemens sur toute la surface du corps, et de malaises indéfinissables, avec envie de mordre, besoin irrésistible de marcher, et horreur, soit pour les liquides, soit pour la lumière. Arrivé à Lyon, il y éprouve un accès violent et se jette sur quelqu'un pour le mordre à l'épaule. Il est saisi et amené à l'Hôtel-Dieu à neuf heures du soir, ayant déjà eu cinq ou six accès, et où il offre l'état suivant: face injectée, langue humide, rosée, céphalalgie légère augmentant au commencement des accès, vertiges de temps en temps, constriction à la gorge, chaleur de la peau normale, impossibilité de supporter une lumière artificielle, qui provoque même les accès à travers ses paupières baissées; la langue ne présente pas de traces de vésicules; le malade engage les personnes qui l'entourent à s'éloigner ou à le tenir fortement; puis il pousse des cris déchirans,

grince des dents, secoue, agite violemment la tête comme pour mordre, et cherche à mordre le banc sur lequel il est étendu. Il n'y a que peu d'écume à la bouche; l'accès dure environ une minute et laisse le malade très fatigué, mais avec tout son bon sens. (On lui fait prendre immédiatement 30 centigrammes d'extrait gommeux thébaïque.)

Deux autres accès ont lieu en peu d'instans. Le malade demande qu'on le fasse mourir, disant qu'il souffre trop et qu'il sait ne pouvoir guérir. (Neuf autres pilules de chacune 5 centigrammes d'extrait gommeux thébaïque sont données à dix heures et demie.) Les accès semblent diminuer de force et de fréquence. La face étant très injectée, on pratique une saignée d'un kilogramme. Elle est suivie d'un accès léger, puis de bâillement, avec sentiment de défaillance; une demi-heure se passe sans nouvel accès, tandis qu'avant il y en avait un de cinq en cinq minutes. (A une heure du matin, 10 pilules, chacune de 5 centigrammes d'extrait gommeux thébaïque.) Chaleur âcre et brûlante à l'épigastre, faiblesse, assoupissement, sommeil apparent, qui est interrompu par des cris et des mouvemens convulsifs.

Le malade paraissant hors d'espoir, on accueille la proposition de M. Fouilhoux de le soumettre au traitement par la cévadille, dont 60 centigrammes sont administrés à neuf heures et demie. L'ardeur épigastrique augmentant, on retire, par des ventouses appliquées à l'apophyse mastoïde, un demi-kilogramme de sang.

A une heure après midi, le malade se plaint de faiblesse, avec constriction, chaleur brûlante à la gorge et difficulté de respirer. A trois heures, encore un accès. A dix heures du soir, il n'y a pas eu d'accès depuis celui de trois heures. Sommeil de trois heures de durée. Le malade boit un peu et souffre moins de la gorge et de l'épigastre.

Le 28 au matin (troisième jour), pas de nouvel accès. Le malade a bu plus d'un demi-litre de tisane.

Les jours suivans, le mieux se soutient; une céphalalgie a lieu de temps en temps et disparaît à l'aide de sinapismes appliqués aux jambes.

Ollier sort le 7 décembre de l'hôpital, bien convaincu qu'il n'a pas eu la rage.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 25 JANVIER. — PRÉSIDENCE DE M. FOUQUIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

REMÈDES SECRETS.

M. Hamel lit un rapport sur un remède secret proposé pour la guérison de l'hydrocèle et du sarcocèle. L'auteur de ce remède, dit M. le rapporteur, montre une telle ignorance de l'anatomie et des plus simples notions de médecine, que nous croyons devoir proposer de répondre au ministre qu'il y a lieu d'interdire au pétitionnaire d'exercer un art dont il ignore les premiers élémens. (Adopté.)

FALSIFICATION DU LAIT AVEC DE LA MATIÈRE CÉRÉBRALE.

M. Henry lit, au nom de MM. Rochoux, Soubeiran et au sien, un rapport sur le travail de M. Gauthier de Claubry relatif à cette question, et présenté à l'Académie dans sa séance du 7 décembre 1841 (v. Gaz. Méd., n° 50). Il importait, dit M. le rapporteur, de rassurer le public qui avait été alarmé par l'annonce de cette nouvelle falsification du lait; et l'on doit savoir gré à M. Gauthier de Claubry de s'être chargé de ce soin.

Le procédé chimique indiqué par l'auteur pour découvrir le mélange de la matière cérébrale a été répété par la commission, qui en a reconnu l'exactitude. Néanmoins comme son emploi est long, nous nous sommes livrés à quelques essais pour trouver un moyen aussi sûr et plus expéditif. Or, il est certain d'abord que le microscope, surtout avec un grossissement de deux à trois cents diamètres, fera voir à un observateur attentif des débris de membranes et de vaisseaux, dont l'aspect ne lui laissera aucun doute sur la réalité et la nature de l'altération. Une seconde manière d'arriver au même résultat est de calciner le beurre résultant de ce lait suspect. On obtient ainsi de l'acide phosphorique qui dénote la présence de la substance cérébrale.

Nous n'en dirons pas davantage sur ce point; et l'Académie doit comprendre les motifs de notre réserve; car nous craindrions, en insistant sur les moyens de découvrir la fraude, de fournir, au contraire, des armes à ceux qui l'exercent.

Les conclusions du rapport sont d'adresser des remercîmens à l'auteur, et d'insérer son mémoire au Bulletin.

M. Delens : On se fait en général une fausse idée de l'usage du microscope. Beaucoup de personnes s'imaginent y voir d'autant mieux qu'elles se serviront d'un grossissement plus considérable; c'est une erreur; la perception devient, au contraire, alors confuse.

M. Chevallier : J'appuie fortement les observations judicieuses de M. Delens. Depuis que je m'occupe d'études microscopiques, j'ai été à même d'en vérifier la justesse.

M. Pelletan : Je crois que, ordinairement et à moins qu'on ne se propose d'observer des infusoires, il ne faut pas prendre un grossissement qui dépasse deux à trois cents diamètres.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

EFFETS DES BOISSONS FROIDES SUR LE CORPS EN SUEUR.

M. Londe, au nom de MM. Espiau et Jolly, et au sien, lit un rapport sur le travail présenté sous ce titre à l'Académie, dans sa séance du 30 novembre 1841, par M. Guérard (v. Gaz. Méd., n° 49). Des effets instantanés, dit M. le rapporteur, une mort immédiate a parfois été la suite de boissons froides prises dans cette circonstance. Mais pour expliquer ce phénomène, il n'est pas nécessaire d'admettre, comme le veut M. Poiseuille, qu'il y a eu asphyxie. M. Guérard le rapporte à une lésion du système nerveux, et cette interprétation peut suffire.

M. Guérard, analysant les causes qui augmentent l'influence fâcheuse des boissons froides, cite : 1° l'échauffement auquel le corps avait été préalablement soumis; 2° l'état de vacuité de l'estomac, au moment où on a avalé la boisson; 3° la quantité du liquide ingéré; 4° la basse température de ce liquide. Ce n'est pas sans raison, ajoute M. Londe, que M. Guérard a placé en dernière ligne la température du liquide; car mes propres observations m'ont appris que cette condition est presque sans importance en comparaison des trois autres.

Le mérite particulier que nous reconnaissons à l'auteur, c'est d'avoir substitué sur ce sujet des notions précises à des idées vagues et sans fondement, d'avoir montré que les effets des boissons froides sont plus vitaux que physiques. Il serait à désirer que toutes les questions de l'hygiène fussent ainsi remaniées par les écrivains consciencieux et ramenées à la stricte observation des faits.

Les conclusions du rapport sont d'adresser des remercîmens à l'auteur, et de s'engager à continuer ses utiles travaux. (Adopté.)

M. Cornac demande qu'on vote l'insertion du mémoire de M. Guérard dans le Bulletin de l'Académie.

M. Ollivier d'Angers fait observer que ce travail a déjà été publié dans les Annales d'hygiène et de médecine légale.

APPRÉCIATION DES TITRES DES CANDIDATS AUX PLACES VACANTES.

M. Cornac : Messieurs, les rapports sur les travaux des candidats à la place vacante sont maintenant terminés; et nous devons être en mesure de procéder à la nomination, puisque nous avons laissé entre la dernière et celle-ci un intervalle de dix mois. Nous sommes même un peu en retard; car vingt membres étant morts, il y en a actuellement six à nommer. Je viens vous proposer un remède à toutes les longueurs qu'entraînent ordinairement les élections. Sans doute, c'est une bonne habitude que de faire lire des mémoires par les médecins qui aspirent à faire partie de l'Académie. Mais ne pourrait-on pas se dispenser de faire un rapport sur chaque candidat en particulier? Et ne suffit-il pas, pour juger leur travail, d'en avoir entendu la lecture? Outre la perte de temps qu'entraîne la composition des rapports, il y a encore d'autres inconvéniens personnels au candidat; et M. Nacquart a fait observer avec raison, dans la dernière séance, que, soit dans le rapport, soit dans la discussion, il s'agitait des questions trop délicates pour ne pas devenir quelquefois irritantes. Je propose donc qu'à l'avenir les travaux présentés par les candidats aux places vacantes ne soient pas renvoyés à une commission.

M. Bousquet : Ce qui retarde surtout l'élection, c'est que MM. les candidats ne se hâtent pas de faire leurs lectures. Il faudrait que ces travaux fussent présentés dès que la place est déclarée vacante; et l'on aurait alors tout le temps nécessaire pour faire les rapports. (Réclamations.) Messieurs, nous sommes liés par le réglement : il dit formellement que toute lecture faite par une personne étrangère à l'Académie devient de droit l'objet d'un rapport.

M. Cornac : L'habitude de soumettre à un rapport les mémoires des candidats a un grand inconvénient : c'est que celui qui n'est pas élu est, en outre de ce désagrément, exposé à subir un blâme qui est quelquefois très sévère. Qu'attendez-vous de ce rapport? Est-il bien nécessaire pour fixer votre jugement? Et ne pouvez-vous pas vous-mêmes apprécier l'œuvre qu'on a lue devant vous? Pour moi, Messieurs, je le pense; car je suis convaincu de l'intégrité de toutes vos facultés intellectuelles. Je renouvelle ma proposition.

M. Chevallier : Ce que M. Cornac demande est impossible; car ce serait la violation du réglement. Il vous dit que c'est bien assez pour un candidat de n'être pas nommé, sans qu'il ait encore à courir le risque d'un jugement défavorable; mais, en revanche, celui qui aura échoué dans sa candidature ne trouvera-t-il pas aussi quelquefois une consolation dans un rapport laudatif? Cela arrivera, n'en doutez pas; car vous savez comment se font les élections, et ce n'est pas toujours le plus digne qui réussit.

M. Bouley : N'y aurait-il pas moyen de tout concilier en arrêtant que, si le rapport n'a pu être lu en séance publique à l'époque où doit avoir lieu la nomination, il sera communiqué à la section chargée de présenter les candidats, qui pourra le consulter et établir son jugement sur ses conclusions.

M. Renauldin réclame pour l'observation du réglement.

M. Moreau : La proposition de M. Cornac ne viole pas le réglement. (Murmures bruyans.) Je vais le prouver par un exemple. Tous les jours l'Académie reçoit des communications relatives, soit aux épidémies, soit aux eaux minérales. Fait-elle un rapport séparé sur chaque mémoire? Pas le moins du monde. Ils sont renvoyés à une commission permanente nommée à cet effet, qui les examine, mais ne prononce pas sur chacun d'eux isolément. Eh bien! dans la mesure qu'on vous propose au sujet des candidats, il ne s'agit que d'appliquer la même coutume. Renvoyez leurs travaux à la section dans laquelle est la place vacante; et, en présentant les candidats par ordre sur sa liste, cette section fera un rapport général sur l'ensemble de leurs titres.

M. Adelon : Il n'y a que deux partis à prendre en cette circonstance : ou passer à l'ordre du jour, ou renvoyer la proposition de M. Cornac au conseil d'administration, qui sera chargé de l'examiner.

L'ordre du jour est adopté.

CONTAGION DE LA FIÈVRE JAUNE.

M. LE PRÉSIDENT appelle M. Bégin à la tribune pour la lecture d'un mémoire.

M. CHERVIN : Depuis un an, je suis inscrit pour lire un mémoire. Comment donc se fait-il que M. Bégin obtienne la parole avant moi ? Je m'élève de toutes mes forces contre cet acte arbitraire ; car cela a l'air d'un parti pris pour étouffer ma voix. Ma réclamation, du reste, n'a rien de personnel contre l'honorable confrère qui est appelé avant moi, et je ne voudrais pas désobliger M. Bégin ; ce que j'en fais est seulement pour maintenir intact mon droit.

M. LONDE : Et le droit de tous les membres de l'Académie !

M. CHERVIN lit un mémoire sur les quarantaines, dans lequel il critique le travail de M. Bertulus relatif à la transmission de la fièvre jaune, dont il a déjà été question.

Cette lecture sera continuée à la prochaine séance.

M. BOUSQUET : L'insertion du mémoire de M. Chervin au BULLETIN est de droit ; mais je demanderai à l'auteur la permission de retrancher de son manuscrit quelques expressions un peu vives qu'il adresse à M. Bertulus. Je suis d'autant plus fondé à le lui demander, qu'il m'a semblé singulier que M. Chervin prétende connaître l'état de propreté de la corvette *la Caravane*, lui qui ne l'a pas vue, mieux que M. Bertulus, qui y a fait un long séjour.

M. Bousquet lit ici un passage extrait du mémoire de M. Bertulus, et dans lequel ce médecin donne des détails minutieux sur la manière dont ce bâtiment fut nettoyé avant son départ de Toulon, sur la composition de son lest, et sur le soin avec lequel on s'attacha à entretenir la propreté à bord pendant la traversée.

M. CHERVIN : Vous voyez, Messieurs, d'après le passage même que M. Bousquet vient de lire, que, parmi les précautions dont il parle, M. Bertulus en a oublié une des plus importantes. La membrure d'un vaisseau est très épaisse, et, dans le vide qui existe entre la surface extérieure et l'intérieure, il s'introduit des matières susceptibles de décomposition, et qui peuvent, lorsqu'on les y laisse séjourner trop longtemps, devenir une cause d'infection. Eh bien ! M. Bertulus ne nous a pas dit s'il a fait nettoyer cette partie du bâtiment. C'est cependant là un soin dont l'omission entraîne souvent les plus graves conséquences ; car les miasmes que dégagent ces matières putréfiées peuvent déterminer diverses affections et même la fièvre jaune. Je pourrais en citer un exemple remarquable : un vaisseau, dans lequel cette précaution avait été négligée, ayant débarqué, on s'occupa d'en opérer le curage ; mais les blancs ne purent résister aux émanations infectes qui s'échappaient, et l'on dut confier à des nègres le soin de continuer cette opération. Eh bien ! quoique les nègres soient très peu susceptibles de contracter la fièvre jaune, plusieurs d'entre eux en furent atteints. Ceci vous prouve que M. Bertulus a eu tort de ne pas donner de détails sur ce point ; car si cette partie du curage n'a pas été faite, il n'est pas surprenant que la fièvre jaune se soit manifestée à bord de son bâtiment.

M. BÉGIN : Il me semble que l'Académie n'a pas pour mission d'écouter des discussions de polémique, surtout lorsque le débat a lieu entre un membre de l'Académie et un médecin qui lui est étranger, et qui ne peut, par conséquent, plaider aussi sa cause devant nous. Les développemens dans lesquels M. Chervin vient d'entrer sont sans doute très intéressans, mais l'Académie ne peut intervenir dans une affaire de ce genre.

M. CHERVIN : Je ne demande pas que l'Académie intervienne en aucune manière ; je ne viens pas la sommer de se prononcer entre M. Bertulus et moi. Seulement, au moment où l'on annonçait un fait aussi grave que l'importation de la fièvre jaune, j'avais cru qu'il ne serait pas inopportun de montrer que cette nouvelle reposait sur des observations inexactes.

M. PARISET : M. Bertulus a été absent de France durant six mois. Pendant ce temps, M. Chervin n'a cessé de le poursuivre de ses attaques ; et c'est seulement en abordant à Toulon qu'il a appris les critiques, les imputations dont il avait été l'objet, qu'il s'est trouvé compromis dans sa réputation, dans son honneur.

M. CHERVIN vivement : Jamais je n'ai attaqué l'homme ; je n'ai considéré que les choses.

M. PARISET : Vous avez dit qu'il avait méconnu ses devoirs ; c'est le plus grand tort que l'on puisse faire à un homme.

M. CHERVIN : M. Pariset, sans doute, aime mieux laisser passer l'erreur !

M. PARISET, dans la plus grande agitation : Non ; mais c'est la forme de vos critiques que j'attaque. Vous vous livrez, contre un confrère, aux personnalités les plus offensantes ; puis, vous venez les lire devant nous ; vous voulez faire de l'Académie une matrone dont le manteau couvre tous les scandales !.....

M. LONDE, interrompant : Je ne comprends vraiment pas le motif d'une pareille dispute ; du moment qu'un mémoire est publié, n'a-t-on pas le droit de l'examiner, d'en discuter les principes ? Et M. Chervin a-t-il fait autre chose en nous lisant sa réfutation du travail de M. Bertulus ?

Les membres restans quittent leurs places et entourent le bureau. On entend, au milieu du bruit, la voix de M. Pariset, qui cherche à expliquer ses paroles.

La séance est levée à cinq heures et quart.

BIBLIOGRAPHIE.

MÉMOIRE SUR LE LAIT ; par QUEVENNE, pharmacien en chef de l'hôpital de la Charité. — 125 pages in-8°. Paris, 1841. Chez J.-B. Baillière, libraire, rue de l'École-de-Médecine, 17.

Le lait a été, depuis quelques années, le sujet de nombreux et intéressans travaux, dans lesquels il serait facile de suivre les progrès qu'a faits, pendant le même temps, la chimie organique, dans ses applications à l'étude de ce produit, si précieux ; et telle est la rapidité avec laquelle marche cette belle science, qui nous promet tant d'applications pratiques, qu'à quelques mois de distance, chaque nouvelle publication contient des faits nouveaux, d'utiles découvertes. Il est vrai que le lait, qui est d'une si grande importance sous les points de vue de l'hygiène et de l'économie domestique, a plus occupé l'attention des chimistes modernes qu'aucun des autres produits des deux règnes. Dans les grandes villes surtout, où la fraude sur les objets de consommation ordinaire est si facile et si profitable, et où l'on admet avec tant de crédulité les causes les plus absurdes sur les falsifications du lait, tout ce qui se rattache à cette question est d'un intérêt immense. M. Quevenne nous apprend qu'il fut porté à fixer son attention sur ce sujet par l'appel que fit le conseil-général des hôpitaux de Paris aux pharmaciens des hôpitaux, à la fin de 1839, dans le but de trouver un moyen de mieux apprécier la qualité du lait que l'on reçoit chaque jour dans ces établissemens.

La solution de cette question toute pratique supposait celle d'une foule d'autres questions jusqu'ici encore indécises, et devant le nombre et la gravité desquelles l'auteur n'a pas cru devoir reculer ; ainsi, il devait, avant de chercher un moyen de reconnaître la pureté du lait, déterminer d'abord avec précision quelle était réellement la qualité de celui qui est fourni par les vaches de Paris et des environs, et si les laits produits dans d'autres pays et par des vaches nourries à l'herbage offriraient les mêmes variétés. Nous n'indiquerons pas la nature des précautions qu'il dut prendre pour arriver à des résultats exacts, le nombre des expériences qu'il dut faire pendant une année entière qu'il se livra à ces recherches, les personnes auxquelles il s'adressa pour les expériences qui devaient être faites loin de Paris ; nous nous bornerons à dire que l'étude de la qualité du lait ainsi faite lui ayant démontré que la pesanteur spécifique de ce liquide varie beaucoup moins qu'on ne le pense, il a cru à la possibilité d'établir, en se basant sur cette propriété, un lactomètre qu'il croit pouvoir servir, à l'aide des notions qu'il donne et du nouveau système qu'il propose, à faire apprécier la valeur de cet aliment d'une manière suffisamment exacte ; nous signalerons en outre quelques-uns des faits les plus saillans qui se sont offerts à son observation pendant cette longue étude, et qu'il a distribués en trois parties.

Il n'est pas possible d'établir en moyenne les quantités de lait que fournissent les vaches des divers pays ; mais, pour celles de Paris et des environs, cette moyenne est à peu près de onze litres par jour pour toute l'année.

En considérant le lait des divers pays pris en masse, on voit qu'il faut, en moyenne, 14 litres de lait pour faire 500 grammes de beurre, ce qui donne 35 grammes par litre, tandis que, pour le lait de Paris, il n'en faut que 12 litres pour faire la même quantité de beurre, ce qui donne pour ce dernier 40 grammes par litre. Le lait de Paris et des environs, considéré sous le point de vue de sa richesse en beurre, dépasse donc la moyenne des laits de divers pays, et cela dans la proportion de 1/8 ; envisagé au contraire sous le rapport de la qualité comme aliment, il est inférieur à celui des campagnes : il manque d'arôme et de ce goût savoureux qui caractérisent celui des vaches qui vivent en liberté dans les herbages.

Le lait de Paris est loin d'offrir des variations aussi grandes qu'on le croit sous le rapport de la densité. En opérant sur des échantillons pris dans les circonstances les plus différentes, cette densité ne varie, dans la très grande majorité des cas, que de 1029 à 1033 pour le lait avec la crême, et de 1033 à 1037 pour le lait écrémé ; le lait de la campagne, comparé à celui de Paris sous ce rapport, offre très peu de différence.

Une observation importante qui appartient à M. Quevenne, c'est que le lait des vaches auxquelles on donne de la drèche comme aliment, en reçoit la propriété de cailler bien plus promptement.

Un autre fait non moins important que M. Quevenne a reconnu au milieu de ses nombreuses expériences, c'est que, non seulement l'eau ajoutée au lait change sa teinte blanche jaunâtre en une autre teinte bleuâtre, et diminue sa qualité, comme personne ne l'ignore, mais c'est

qu'elle hâte son altération. Ainsi, il a constaté généralement que, dans chaque série d'expériences à ce sujet, le lait qui se caillait le premier était celui qui contenait le plus d'eau, puis successivement les autres, jusqu'à l'échantillon le plus pur.

Nous ne pouvons entrer dans de longs détails sur l'instrument que propose M. Quevenne pour peser le lait et qu'il emploie chaque jour à l'hôpital de la Charité pour la réception du lait. Cet instrument qu'il nomme *lacto-densimètre* a été construit d'après le densimètre et non d'après l'aréomètre de Baumé dont les indications sont arbitraires. Le point de départ est dans le poids d'un litre d'eau à la température de 15°, en sorte que le chiffre de ce lactomètre indique combien un litre de lait pèse plus qu'un litre d'eau distillée. Quand donc on aura un lait qui marquera 30 à la température de 15, cela indiquera qu'un litre de ce lait, pesé à la balance et à cette température, aurait un poids de 30 grammes de plus que la même quantité d'eau distillée, c'est-à-dire qu'il pèserait 1,0 30 grammes. Or, comme nous avons vu que la moyenne de la densité du lait pur était de 1029 à 1033, il est évident que chaque dixième d'eau mêlée au lait abaissera sa densité d'environ 3 degrés.

Nous trouvons dans la troisième partie, *commerce de lait à Paris*, quelques faits dignes de fixer l'attention du lecteur.

Considéré sous le point de vue de son origine, le lait qui se vend à Paris est divisé en deux grandes classes, celui des nourrisseurs de l'intérieur de la ville et celui des campagnes environnantes ou éloignées. Le premier qui se vend 40 centimes le litre a été trouvé, par M. Quevenne, généralement pur; mais il ne voudrait pas se porter garant de la pureté du lait de tous les nourrisseurs de Paris, et même il loue la *prudente habitude* des acheteurs qui vont le voir traire eux-mêmes. Tout ce que nous avons dit du lait de Paris jusqu'ici n'a rapport qu'à cette première classe.

Le lait de la seconde classe qui est fourni par la campagne voisine de Paris est recueilli sur des points dont la distance de Paris va en augmentant en raison de l'amélioration des moyens de transport. De très grandes masses de lait sont apportées chaque jour des points éloignés de 30, 40 et 60 kil. (8, 10 et 15 lieues) où il a été recueilli chez les fermiers et vendu sous les deux qualités suivantes : 1° le lait à 30 centimes le litre, qui est bien rarement pur, mais contient de 1 à 2[1]10 d'eau et de plus a été parfois légèrement écrémé; ce lait est surtout tenu par les crémiers; 2° le lait à 20 centimes le litre, c'est celui que vendent toutes les marchandes de lait qui se tiennent aux coins des rues; ce lait n'est jamais pur; il contient toujours une grande quantité d'eau et a presque toujours été écrémé.

On vend, sous le nom de *crème double*, de la crème pure; mais elle est rarement employée, sinon pour les fromages frais, la crème fouettée, etc.; mais il y a un autre produit dont on vend une grande quantité, c'est la *crème à café* qui est composée de lait pur, auquel on a ajouté plus ou moins de crème pure également. Ce produit doit marquer au lacto-densimètre, avec toute la crème qu'il contient en plus et qui le rend plus léger de 27 à 31.

Le lait des environs de Paris passe donc avant d'arriver au consommateur par trois mains différentes; or en supposant que chacun de ces intéressés y ajoute une certaine quantité d'eau, on conçoit à quel degré il doit être altéré. Cependant M. Quevenne ne pense pas que les producteurs du lait ou les fermiers l'altèrent au moins d'une manière appréciable, parce qu'il leur serait difficile de tromper sur ce point les marchands en gros, qui, en raison de leur habitude de goûter le lait, se laisseraient difficilement tromper; il ne nie pas que ces derniers eux-mêmes ne participent à la fraude; mais là où le lait, dit-il, est le plus altéré, c'est chez le détaillant, qui n'a plus affaire lui à un autre marchand. Il faut donc croire que l'habitude qui s'est établie dans le commerce de donner du lait à bas prix, nécessite et justifie l'affaiblissement du lait avec l'eau. Ainsi il est impossible de donner au détail du lait pur et non écrémé à 20 centimes le litre, prix auquel on le vend tous les jours en grande quantité.

Quant aux autres altérations du lait dont on parle journellement, telles que l'addition du sucre, de la gomme arabique, de la gomme adragante, de l'amidon, de l'albumine, M. Quevenne assure n'en avoir jamais rencontré aucun cas dans le commerce. Les seules altérations qu'il ait constatées, celles que le lacto-densimètre peut facilement mettre à découvert, sont la soustraction de la crème et l'addition d'une certaine proportion d'eau. La dernière de ces altérations est la seule contre laquelle il s'élève; la première, au contraire, lui paraît devoir amener un heureux résultat; car si, dans le commerce, on se bornait à écrémer le lait après six à sept heures de repos seulement, et de manière à ce qu'il retînt encore au moins un tiers de la crème, *mais sans ajouter d'eau*, on pourrait avoir ainsi une deuxième qualité de ce liquide, qui, outre l'avantage du bas prix, offrirait encore celui de ne pas s'altérer avec autant de promptitude que le lait qui a conservé toute sa crème. Si le lacto-densimètre a toute la sensibilité que son auteur lui attribue, nous espérons qu'on pourra arriver à la solution d'un des problèmes les plus importans pour l'hygiène des grandes villes, et à régulariser le commerce du lait en en excluant la fraude. Nous joignons ici nos vœux à ceux de M. Quevenne, dont le travail sera lu avec intérêt par tous les lecteurs; car il est rempli de faits pratiques dont nous avons à peine signalé, et rapidement, un très petit nombre.

VARIÉTÉS.

— Traité pratique des accouchemens; par F.-J. Moreau, professeur d'accouchement, des maladies des femmes et des enfans, à la Faculté de médecine de Paris, etc. — Tome II et dernier. — 1 vol. in-8 de 500 p.

L'ouvrage complet, 2 vol. in-8.......... 14 fr.
Avec l'atlas de 60 belles planches in-fol., fig. n.......... 60 fr.
Et fig. col.......... 120 fr.

— Annuaire de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacie et de toxicologie pour 1842, contenant le résumé des travaux thérapeutiques et toxicologiques publiés en 1841, et les formules des médicamens nouveaux; suivi d'observations sur le diabète sucré et d'un mémoire sur une maladie nouvelle, l'hippurie; par le docteur Bouchardat, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu. — 1 vol. gr. in-32 de 320 pages. Prix : 1 fr. 25 c.

— Traité élémentaire d'anatomie générale, descriptive et physiologique; par E. Rambaud, docteur en médecine, premier lauréat d'honneur de la Faculté de médecine de Strasbourg, chirurgien-major du 5e cuirassiers. — 1 v. in-8 de 468 pages, 6 fr.

— De la prostitution et de ses conséquences dans les grandes villes, dans la ville de Lyon en particulier; de son influence sur la santé, le bien-être, les habitudes de travail de sa population; des moyens d'y remédier (ouvrage couronné en 1841 par la société de médecine de Lyon); par A. Potton, docteur en médecine, médecin désigné de l'hospice de l'Antiquaille. — 1 vol. in-8 de 308 p., 6 fr.

— Agenda médical et pharmaceutique, ou Tablettes de poche à l'usage des médecins et des pharmaciens pour 1842. — 1 vol. in-18 br., 1 fr. 50 c.

On peut se procurer cet ouvrage relié en portefeuille au prix de 3 à 12 fr.

A Paris, chez Germer-Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

— Influences du tabac sur l'homme; précédées de l'histoire du tabac, son commerce, des considérations relatives à sa culture, sa fabrication, sa vente et son régime de perception, suivies de ses actions vénéneuses et médicales. — 1 vol. in-8; prix : 3 fr.

Paris, chez Destoges, éditeur, rue Saint-André-des-Arcs, 39.

— Précis sur le redressement des dents, ou Exposé des moyens rationnels de prévenir et de corriger les déviations des dents; suivi de quelques réflexions sur les obturateurs du palais; par J.-M.-A. Schange, médecin dentiste, membre de plusieurs sociétés savantes. — 1 vol. in-8; prix pour Paris, 2 fr. 50 c., et 3 fr. franco par la poste.

Paris, chez Béchet jeune et Labé, libraire de la Faculté de médecine, place de l'Ecole-de-Médecine, 4,

Et chez l'auteur, rue de l'Hôtel-de-Ville, 35.

— Guide du médecin praticien, ou résumé général de pathologie interne et de thérapeutique appliquées; par F.-L.-J. Valleix, médecin du bureau central des hôpitaux, etc. In-8°; t. 1er, 2e livraison : janvier 1842.

Conditions de la souscription. — L'ouvrage entier se composera d'environ 6 vol. in-8°, qui paraîtront tous les dix mois par livraisons de six feuilles chacune, formant chaque année un volume de près de 600 pages.

On souscrit pour un an ou pour six mois.

Prix pour six mois, ou trois livraisons : 6 fr.
Prix pour un an, ou six livraisons : 12 fr.

Les abonnemens commenceront à dater du 1er novembre ou du 1er mai.

Paris, à la librairie de veuve Lenormant, rue de Seine, 8.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* el *Clinique des Hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an; 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre.— On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

MÉMOIRE SUR LA MYOTOMIE OCULAIRE PAR LA MÉTHODE SOUS-CONJONCTIVALE; lu à l'Académie des sciences, le 18 octobre 1841; par le docteur Jules Guérin.

Lorsque j'annonçai mes premiers essais de myotomie oculaire par la méthode sous-conjonctivale, je me bornai à une indication générale destinée seulement à appeler l'attention des chirurgiens sur cette nouvelle application de la méthode sous-cutanée, et à prendre date pour l'idée première de cette application. Je savais, en effet, que ces premiers essais, quoique réalisant immédiatement le principe de la méthode générale, auraient, avant d'arriver à leur perfectionnement, à parcourir une série de développemens que l'expérience seule pouvait inspirer et réaliser. Je savais, d'autre part, que, quelle que soit la bonté d'une méthode, il existe toujours des cas et des conditions devant lesquels elle doit s'arrêter, sous peine de perdre, par quelques applications arbitraires, les avantages qu'elle possède réellement dans les limites de sa convenance et de son opportunité. J'ai donc cru devoir attendre, pour publier la méthode sous-conjonctivale, que l'observation et l'expérience me permissent de la compléter dans toutes ses parties, aussi bien dans ses principes que dans ses moyens d'exécution, dans ses indications, que dans ses résultats.

ART. I. — PRINCIPES DE LA MÉTHODE.

Cette méthode consiste à faire la section des muscles de l'œil sous les enveloppes fibreuses et muqueuses qui les recouvrent. Elle n'est pas seulement caractérisée par des particularités d'exécution manuelle, mais elle repose sur des principes essentiels; elle a un but, elle emploie des moyens, elle produit des résultats qui lui sont propres. C'est une appli-

Feuilleton.

EXPOSITION DES TRAVAUX DE GEORGES ET DE FRÉDÉRIC CUVIER PAR M. FLOURENS (1).

La popularisation de la science est une des tendances les plus marquées de notre époque. Jusqu'à quel point ce but peut être atteint, c'est ce qu'il est impossible de déterminer d'une manière précise; mais il est évident qu'on s'en approche de plus en plus. Il suffit, pour s'en convaincre, de considérer historiquement le développement extérieur de la science, depuis l'origine de la civilisation occidentale. Enfermée d'abord dans les temples, la science n'est qu'une branche de la religion; ses doctrines sont alors des mystères; ses moyens d'expression des oracles, des symboles, des mythes; son enseignement une initiation secrète; ses professeurs des prêtres. Dans cet isolement primitif, qui dure plusieurs siècles, son caractère est l'immobilité. Son premier signe de vie, après ce long repos, est sa sortie du sanctuaire, ce qu'on pourrait appeler sa sécularisation. Mais cette sécularisation n'est pas d'abord complète, el conserve en partie les formes de l'ancienne organisation. Elle n'est plus précisément un mystère, mais elle est toujours un monopole. Les *écoles* des philosophes remplacent les *colléges* des prêtres; son enseignement n'est plus une révélation religieuse, exclusivement transmise à quelques privilégiés sous le sceau du secret; mais il n'est pas non plus entièrement libre. Pendant longtemps le principe hiératique se maintient dans les écoles, à côté du principe populaire; car on y voit enseigner concurremment une doctrine publique (*exoterique*), c'est-à-dire destinée et accessible à tous, et une doctrine privée (*esoterique*) réservée à quelques-uns. Cette distinction n'a peut-être même jamais été entièrement abolie dans l'antiquité. Au moyen-âge, cette marche s'est reproduite. La science, primitivement concentrée entre les mains du clergé et des ordres religieux, se sécularise d'abord imparfaitement dans les écoles carlovingiennes, puis plus complètement dans les universités. Aux universités s'ajoutent bientôt les académies, et enfin, de nos jours, une multitude d'institutions particulières. Les moyens de transmission ont eu un développement parallèle et proportionné à celui de l'esprit scientifique. D'abord, de simples communications individuelles, des révélations d'homme à homme, puis un enseignement oral donné à plusieurs, ensuite à tous, plus tard les livres manuscrits, puis les livres imprimés, puis les journaux. Dans

(1) Analyse raisonnée des travaux de Georges Cuvier, précédée de son éloge historique; par M. Flourens, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, etc., etc. Un vol. in-12. Chez Paulin, rue de Seine, 33.

Résumé analytique des observations de Frédéric Cuvier sur l'intelligence et l'instinct des animaux; par P. Flourens; sécr. perpét. de l'Académie des sciences, etc. in-12. Chez Pilois et Leclercq, 81, rue de la Harpe.

cation de la méthode générale que j'ai fait connaître sous la dénomination de MÉTHODE SOUS-CUTANÉE. Bien que les muscles de l'œil ne soient pas en réalité placés sous la peau, ni atteints en traversant cette dernière, ils sont logés sous des tégumens, et la méthode sous-conjonctivale va les diviser avec les conditions et suivant les principes de la méthode sous-cutanée. Or, son but est de soustraire la plaie au contact de l'air; ses moyens consistent à faire de petites ouvertures au fascia sous-conjonctival, ou au moins des ouvertures extérieures qui ne correspondent pas, après l'opération, aux plaies musculaires, plus profondément situées. Enfin, ses résultats sont d'affranchir la plaie de tout travail d'inflammation suppurative, et de lui procurer, comme à toutes les plaies sous-cutanées, le bénéfice de l'organisation immédiate.

Je ne m'étendrai pas davantage sur ces caractères de la méthode sous-conjonctivale : ce serait reproduire ce que j'ai dit et développé ailleurs (1) à l'occasion de la méthode sous-cutanée. Que cette méthode soit employée à la section des muscles de l'œil ou à celle des muscles de toute autre partie du corps, son but, ses moyens et ses résultats ne diffèrent de ceux de la méthode générale qu'en raison des dispositions anatomiques, des rapports et de l'organisation propres des parties sur lesquelles elle est appliquée.

Ces dispositions n'avaient pas été suffisamment précisées; elles sont relatives : 1° aux enveloppes fibreuses de l'œil et à leurs rapports avec le système musculaire; 2° au système musculaire lui-même; 3° aux rapports du globe oculaire avec l'orbite. Sans la connaissance de ces particularités, la méthode sous-conjonctivale n'est pas praticable, et ce n'est qu'à partir du jour où j'ai pu m'en rendre compte parfaitement que la section des muscles sous les membranes de l'œil est devenue pour moi une méthode aussi facile que certaine. Faisons remarquer d'ailleurs que la connaissance de ces particularités ne sert pas seulement de base à la méthode sous-conjonctivale; elle doit être encore d'un grand secours pour toutes les méthode de myotomie oculaire.

§ I. — ENVELOPPES FIBREUSES DE L'ŒIL (2).

Le globe oculaire n'est pas, comme l'avaient dit la plupart des auteurs, directement en rapport avec du tissu cellulaire, de la graisse et des vaisseaux. Ainsi que l'avaient déjà entrevu quelques anatomistes, au nombre desquels je citerai maître Jan et Tenon (1), l'œil est séparé de toutes ces parties par un système d'enveloppes fibro-celluleuses qui le protège et le recouvre dans toute sa portion intra-orbitaire, et qui fournit des expansions nombreuses et compliquées aux muscles, aux nerfs, aux vaisseaux et aux paupières.

Ce système n'a, à proprement parler, ni commencement ni fin, ni point de départ ni point d'arrivée. Il ne représente pas une poche membraneuse régulière et continue, diversement repliée sur elle-même, comme le sont les membranes séreuses; mais il est composé de feuillets distincts, dont la forme, la direction, l'étendue, les points d'attache varient, et sont déterminés par la forme, la direction, l'étendue des parties qui leur sont contiguës ou qu'elles enveloppent, ainsi que par le sens des tractions que les mouvemens de l'œil leur font subir.

Ces feuillets doivent être étudiés, en premier lieu, dans leurs rapports avec les parties environnantes; en second lieu, dans leurs rapports entre eux, de manière à avoir à la fois une idée du système sous le point de vue de ses différens modes de distribution, et une idée de l'ensemble de ce système, abstraction faite des parties autour desquelles il se distribue.

Pour plus de commodité et de clarté dans la description, et non pour obéir à une réalité anatomique, on peut donner à l'ensemble de ces feuillets deux points de départ principaux, deux souches pour ainsi dire; l'une au pourtour de la partie antérieure de la sclérotique, l'autre dans l'épaisseur des paupières, en avant du cartilage tarse. Le fascia sous-conjonctival se diviserait ainsi en deux portions : une portion *oculaire* et une portion *palpébrale*.

A. PORTION OCULAIRE DU FASCIA SOUS-CONJONCTIVAL.

Cette portion se compose de deux feuillets, l'un *superficiel* et l'autre *profond*, lesquels peuvent être eux-mêmes dédoublés en deux lamelles réunies par du tissu cellulaire.

Le feuillet superficiel s'insère à tout le pourtour du bord antérieur de la sclérotique où il est recouvert immédiatement par la conjonctive. D'abord peu apparent et consistant en un tissu cellulaire mince et dense, adhérant à la surface de la sclérotique avec laquelle il se confond, il de-

(1) ESSAIS SUR LA MÉTHODE SOUS-CUTANÉE, 1841.

(2) Il existait déjà, dans les auteurs, des indications plus ou moins précises sur les enveloppes fibreuses de l'œil. A l'époque où j'ai constaté pour la première fois l'existence de ce système, personne, parmi les contemporains, n'en avait dit mot. Tout le monde confondait les fascias oculaires avec la conjonctive ou le tissu cellulaire, et tout le monde ignorait comme moi ce qu'avaient dit sur ce sujet Tenon et ses prédécesseurs. Cependant, à partir du mois d'octobre 1840, époque de la première application, sur le vivant, de mon procédé de myotomie oculaire par ponction, j'ai fait connaître publiquement, soit dans mes conférences cliniques, soit dans des conférences particulières, les dispositions anatomiques du système fibreux de l'œil, telles qu'elles sont décrites dans ce mémoire, et telles qu'il fallait que je les connusse pour rendre *possible* l'exécution de mon procédé. Comme cela arrive souvent lorsque plusieurs personnes s'occupent d'un même sujet, divers chirurgiens ont aperçu, de leur côté, quelques-unes des particularités anatomiques dont il s'agit, mais assez longtemps après moi, à en juger du moins par la date de leurs publications. Entre autres personnes, je citerai M. Bonnet (de Lyon), qui a adressé une communication sur ce point d'anatomie à l'Académie des sciences, dans le mois de février 1841. Je n'ai pas réclamé publiquement; mais j'ai écrit directement à M. Bonnet pour lui faire connaître la date de mes observations sur le même sujet. MM. Dubowitski et Pétrequin, qui avaient assisté à mes conférences, ont bien voulu confirmer mes assertions auprès de M. Bonnet. Cet honorable confrère m'a répondu immédiatement, et a loyalement reconnu que je m'étais occupé avant lui des fascias de l'œil, en faisant toutefois des réserves sur quelques points particuliers. Je publierai, dans un appendice à ce mémoire, les lettres et descriptions de M. Bonnet en regard des miennes, ainsi que les indications données par d'autres auteurs morts ou vivans. Je ne me bornerai pas à établir la date précise de mes recherches, je tâcherai de mettre le lecteur à même de juger entre les différentes descriptions; car si, comme cela est déjà arrivé, on m'objectait que je n'ai pas écrit en temps, que je n'ai fait que parler, je laisserais la question de date pour en appeler à la valeur des observations. Or, ainsi qu'on pourra aisément s'en convaincre, mes descriptions ne ressemblent pas à celles des autres : la question de priorité disparaît donc pour faire place à la question d'exactitude; et si l'on conteste que j'aie vu le premier, il restera encore à juger qui a le mieux vu.

(1) Nous donnerons les extraits des auteurs à la fin de ce mémoire.

---

cette marche, nous voyons s'opérer, avec lenteur il est vrai, mais avec une irrésistible et indéniable force de progression, la diffusion croissante de la science et son indéfinie extension. Notre science paraît avoir la mission de réaliser ce progrès sur la plus grande échelle possible.

Il ne faut pas cependant se faire illusion sur la nature et la portée de cette popularisation de la science. On ne doit pas oublier que la science ne peut gagner en surface sans perdre en profondeur, et que, semblable à l'or, on ne peut l'étendre sans l'amincir. Aussi, n'est-ce pas proprement la science qui se popularise, mais ses applications pratiques. Ce sont ces applications seules qui, distribuées dans tous les arts, deviennent le patrimoine de l'humanité. La science pure, à son état de connaissance réfléchie et rationnelle, restera toujours et nécessairement circonscrite. La participation des masses à l'instruction scientifique serait même une véritable chimère, si on s'imaginait qu'elle peut aller au-delà de quelques notions extrêmement simples sur les objets qui tombent journellement sous les sens, et passivement acceptées sous la forme d'une croyance. Aussi, la dispersion de la science doit moins consister, et consiste moins en fait, en une ampliation des connaissances qu'en leur épuration; elle porte moins sur leur nombre et leur complication que sur leur justesse. L'essentiel n'est pas que le peuple sache tout ce qu'on peut savoir sur toutes choses, mais que les notions qu'il a soient exactes.

C'est d'après ces considérations, un peu trop oubliées peut-être aujourd'hui, qu'il faut apprécier les efforts tentés maintenant pour disperser les connaissances scientifiques sur de larges surfaces, au moyen des livres dits populaires ou élémentaires, et par l'introduction dans l'enseignement public et privé de tous les degrés, de matières de plus en plus nombreuses et variées. Ce système d'instruction encyclopédique, exagération irréfléchie d'un principe libéral louable, pourrait avoir de fâcheuses conséquences, s'il ne rencontrait dans l'exécution des difficultés heureusement insurmontables.

Les deux écrits dont nous avons transcrit le titre en commençant sont le prétexte plutôt que l'objet des réflexions qui précèdent. Ils sont destinés l'un et l'autre sans doute à la vulgarisation de doctrines scientifiques de premier ordre, mais ils ne s'adressent pas pour cela à la foule. La science y est exposée sous sa forme rationnelle, avec ses méthodes et sa langue propres.

Quant au premier de ces écrits, qui traite des travaux de Georges Cuvier, nous nous réservons d'en faire très prochainement l'objet d'une analyse spéciale et d'un examen étendu. Nous dirons seulement aujourd'hui qu'il offre un tableau complet de l'ensemble des doctrines de ce grand naturaliste. Cuvier n'avait pas besoin d'être éclairci ni développé, mais il avait besoin d'être systématisé. C'est donc une systématisation que M. Flourens a voulu faire, et il a exécuté cette tâche avec la profondeur philosophique et la hauteur de vues qu'on pouvait attendre d'un tel interprète.

Le second travail de M. Flourens, sur les recherches de Frédéric Cuvier relatives à l'instinct et à l'intelligence des animaux, ne portant que sur une seule question, nous fournira dès aujourd'hui l'occasion de quelques remarques. Mais le sujet, bien que tout spécial et circonscrit, est cependant si difficile que nous ne pouvons guère songer à l'aborder directement. Nous nous bornerons à un petit nombre d'indications isolées.

« L'étude positive des instincts et de l'intelligence des animaux, dit M. Flou-

vient très distinct et acquiert de l'épaisseur, et la véritable consistance fibreuse à 2 ou 3 millimètres de la cornée transparente. A ce point, les deux lamelles qui composent ce feuillet se dédoublent, et il en résulte deux expansions séparées, l'une *directe* qui continue à se porter vers le fond de l'orbite ; l'autre *réfléchie* qui se dirige vers les paupières.

L'expansion directe rencontre d'abord les insertions des quatre muscles droits qu'elle recouvre ; puis se prolongeant jusqu'au fond de l'orbite où elle se perd autour des insertions des muscles droits, elle forme ainsi à ces muscles et à toutes les parties molles situées dans les intervalles de ces derniers, un surtout aponévrotique. Cette expansion, considérée sur le trajet des muscles droits, est d'autant plus épaisse qu'on l'examine dans ses portions les plus antérieures.

L'expansion réfléchie, née, comme nous l'avons dit, à 2 ou 3 millimètres du bord de la cornée transparente, du dédoublement du feuillet superficiel, se porte d'abord d'une certaine quantité d'avant en arrière, puis se replie sur elle-même en avant et se dirige, recouverte par la conjonctive, jusque dans l'épaisseur des paupières où elle tapisse la face interne du muscle orbiculaire, et va enfin se confondre avec l'origine de la portion palpébrale du fascia, près du bord libre des paupières, en avant du cartilage tarse.

Envisagée de cette manière, l'expansion réfléchie peut être considérée comme un composé de deux portions, une portion palpébrale et une portion oculaire, s'appliquant l'une contre l'autre par leurs faces correspondantes, et formant un cul-de-sac par leur réunion en arrière au point où commence leur duplicature. A ce point de vue, il n'y avait pas de raison pour faire dépendre l'expansion réfléchie plutôt de la portion oculaire que de la portion palpébrale du fascia ; et l'on aurait pu également envisager cette expansion comme un lien intermédiaire entre ces deux portions, et, par conséquent, comme fournie par moitié par chacune d'elles. Quoi qu'il en soit, cette dépendance, commune si l'on veut, offre des particularités de position et de rapports curieuses à noter, en ce qu'elles varient suivant que l'œil est tourné dans un sens ou dans un autre.

Dans l'état de rectitude de l'œil, nous venons de voir que l'expansion directe et l'expansion réfléchie de la portion oculaire du fascia sont appliquées l'une contre l'autre dans une certaine étendue, puis s'écartent l'une de l'autre jusqu'à leur terminaison respective. Mais l'œil ne reste pas toujours dans cette position. Si, par exemple, il est tourné de haut en bas, une plus grande étendue de sa face supérieure est découverte et portée en avant. Ce mouvement ne peut avoir lieu sans qu'une nouvelle portion de l'expansion réfléchie ne quitte la paupière pour s'appliquer contre la portion directe, et n'augmente d'autant la portion oculaire de cette expansion aux dépens de la portion palpébrale. En vertu de ce changement de rapports, la duplicature des deux portions a donc toujours lieu, mais dans une étendue d'autant moins grande que l'œil est plus tourné de haut en bas ; d'où il résulte que le cul-de-sac formé par le fond de cette duplicature change de place et se rapproche de l'insertion palpébrale. L'inverse a lieu dans le mouvement de l'œil de bas en haut, c'est-à-dire que c'est la portion oculaire de l'expansion réfléchie qui diminue d'étendue pour accroître d'autant la portion palpébrale, laquelle n'est plus alors appliquée contre la portion oculaire que par sa partie postérieure, et s'applique en outre contre une partie de la cornée. Enfin des phénomènes analogues ont lieu vers les angles interne et externe de l'orbite, dans les mouvemens de l'œil en dedans ou en dehors. C'est surtout à l'angle interne, plus ouvert, plus dégagé que l'externe, qu'ils deviennent manifestes. Là, en effet, on peut voir, pendant le mouvement d'abduction, la partie interne de l'œil se revêtir, non seulement de la portion oculaire du fascia recouvert par la conjonctive, mais encore de la presque totalité de la portion palpébrale, et, par suite, du dédoublement complet de la duplicature, le repli falciforme s'effacer à peu près complètement ; tandis que dans le mouvement d'adduction la même portion du globe oculaire, se décoiffant de plus en plus, d'arrière en avant, de toute la portion correspondante de l'expansion aponévrotique, et la portion palpébrale gagnant en étendue aux dépens de la portion oculaire, le repli semi-lunaire devient de plus en plus prononcé, ainsi que le sillon qui le sépare de la surface de l'œil.

On peut se faire une idée assez exacte de ce qui se passe dans le glissement des deux portions de l'expansion réfléchie dans les mouvemens de l'œil par ce qu'on observe dans une feuille de papier pliée en double, dont on fait glisser les deux feuillets l'un sur l'autre, et alternativement en deux sens contraires. Le feuillet qu'on fait glisser en l'attirant à soi, l'autre restant fixe, perd une partie de son étendue au profit de ce dernier, qui le déborde alors d'une quantité proportionnelle, et le pli de séparation des deux portions voyage de la partie moyenne de la feuille vers l'une ou l'autre de ses extrémités.

La disposition que nous venons de décrire, très délicate, et aussi difficile à bien exprimer qu'à bien saisir, était indispensable pour permettre le mouvement de l'œil dans tous les sens ; elle est, comme nous l'avons dit, le résultat de l'organisation particulière du tissu cellulaire dont émanent toutes ces membranes, et qui a la propriété de prendre toutes les formes et d'obéir à toutes les directions. Nous ferons de suite remarquer l'utilité que peuvent offrir ces observations appliquées à l'opération du strabisme. En effet, dans cette opération, l'œil est plus ou moins attiré dans le sens opposé à la déviation et porté au-delà de sa rectitude. Or, dans ce mouvement de rotation provoqué, ces glissemens des feuillets du fascia sont les mêmes que dans les mouvemens spontanés, c'est-à-dire que l'expansion réfléchie du feuillet superficiel s'applique contre l'expansion directe dans une étendue d'autant plus grande que l'œil est plus porté au-delà de la ligne médiane. Nous verrons plus loin que la connaissance de cette disposition n'est pas sans importance dans la pratique de l'opération.

Le *feuillet profond* de la portion oculaire du fascia sous-conjonctival naît immédiatement en arrière des insertions des quatre muscles droits. Il ne consiste alors qu'en un tissu cellulaire très ténu et très lâche, à peine apparent, et adhérant à la surface scléroticienne. A 4 millimètres de la naissance des muscles, et à 6 ou 7 millimètres du bord de la cornée, il devient plus épais et plus résistant. En ce point, les deux lamelles qui le composent se dédoublent comme celles du feuillet superficiel. L'une de ces lamelles continue à adhérer à toute la partie postérieure du globe oculaire, au moyen d'un tissu cellulaire fin et très lâche, et lui forme ainsi une enveloppe propre et immédiate, qui peut jouer jusqu'à un certain point sur la surface de la sclérotique. L'autre quitte cette surface, se rapproche de la face profonde des muscles droits qu'elle tapisse ou double dans toute leur longueur. Elle se confond, dans les intervalles qui les séparent les unes des autres, avec le feuillet superficiel, et va se perdre avec lui dans les attaches orbitaires des muscles droits. Cette lamelle, à l'inverse de la lamelle correspondante du feuillet superficiel, devient

---

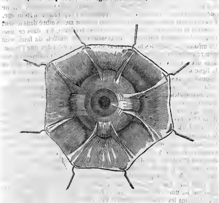
rens, *commencée* par Buffon et par Réaumur, a été, pour la *première fois* peut-être, indiquée comme une science propre par Georges Leroy (p. 11). » « Cette science, ajoute-t-il plus loin, est toute *nouvelle*. Non, assurément, qu'on ne se soit beaucoup occupé, *depuis Descartes*, de la question métaphysique de l'âme des bêtes. Je ne sais, au contraire, s'il est une seule autre question de ce genre sur laquelle on ait plus écrit. Mais, je le répète, pour l'étude positive et d'observation, pour l'*étude des faits*, elle *commence* avec Réaumur, avec Buffon, avec G. Leroy, se continue depuis par quelques observateurs habiles, nommément par les deux Huber, et reçoit enfin, de nos jours, un certain ensemble et comme une vie nouvelle des travaux de Fréd. Cuvier (p. 13). »

Les mots soulignés dans ces passages indiquent la nature de l'objet de notre première remarque ; elle est purement historique. Cet exposé ne nous semble pas tout à fait exact. Sans doute l'hypothèse de Descartes donna un grand retentissement à la question de *l'âme des bêtes*, comme on disait alors, et par suite à l'étude psychologique des animaux ; mais ni cette étude ni cette question n'étaient nouvelles. Sans compter les nombreux témoignages des anciens rassemblés par Bayle (art. Rorarius) et surtout par Georges-Henry Ribovius (1), ce sujet avait, bien avant Descartes, attiré l'attention des savans. Un écrivain que tout le monde a lu, Montaigne, en a longuement disserté à sa manière dans son APOLOGIE DE RAIMOND DE SABONDE. Il y conte, avec un charme inimitable, une multitude d'anecdotes dont les bêtes sont les héros, et par lesquelles il cherche à prouver qu'elles sentent, pensent, jugent et raisonnent. Il y combat vigoureusement le système qui ne leur accorde que des impulsions aveugles et machinales. « Je dis doncques, pour revenir à mon propos, qu'il n'y a point d'apparence d'estimer que les bestes facent par inclination naturelle et forcée les mesmes choses que nous faisons par notre choix et industrie..... » « Par ainsi le renard, de quoy se servent les habitants de la Thrace, quand ils veulent entreprendre de passer par dessus la glace de quelque rivière gelée, et le laschent devant eux pour cet effect ; quand nous le verrions au bord de l'eau approcher son aureille bien prez de la glace pour sentir s'il orra, d'une longue ou d'une voisine distance, bruire l'eau courant au dessoubs, et, selon qu'il trouve par là qu'il y a plus ou moins d'espesseur en la glace, se reculer ou s'advancer, n'aurions-nous pas raison de juger qu'il lui passe par la teste ce mesme discours qu'il ferait en la nostre, et que c'est une ratiocination et conséquence tirée du sens naturel : — ce qui faict bruit se remue ; ce qui se remue n'est pas gelé ; ce qui n'est pas gelé est liquide, et ce qui est liquide plie soubs le faix ? — Car d'attribuer cela seulement à une vivacité du sens de l'ouïe, sans discours et sans conséquence, c'est une chimère et ne peult entrer en nostre imagination. » Montaigne va si loin dans son admiration qu'il ne fait pas difficulté de conclure que « ce n'est pas par la raison, par le discours, et par l'âme que nous excellons sur les bestes. » Cette question si profondément mystérieuse de la psychologie animale avait du reste préoccupé les philosophes de tous les temps. Dans l'antiquité, c'était un des lieux communs sur lesquels roulaient les disputes dans les écoles ; et pendant le règne de la philosophie scholastique, le dogme chrétien de la rédemption, dont l'âme humaine

(1) DISSERTATIO HISTORICO-PHILOSOPHICA DE ANIMA BRUTORUM. (Helmstadt, 1729, in-12.)

d'autant plus épaisse qu'on l'examine dans ses portions plus postérieures.

En vertu de ces dispositions, les quatre muscles droits sont logés entre deux feuillets qui leur forment, dans presque toute leur étendue, une véritable gaîne. Ces gaînes, incomplètes en avant, et remplacées plutôt en ce point par un espace auquel nous avons donné le nom de *loge musculaire*, ne sont pas fermées vers les deux bouts de chacun des muscles qu'elles enveloppent par des cloisons latérales, mais seulement par l'adossement et la réunion de leur paroi superficielle et de leur paroi profonde. Cependant si, après avoir détaché l'extrémité antérieure du feuillet oculaire superficiel, on le renverse d'avant en arrière, les muscles restant en place, on aperçoit de chaque côté de l'orifice antérieur de la gaîne un repli falciforme qu'on pourrait prendre d'abord pour l'extrémité antérieure d'une cloison latérale, et qui se prolonge obliquement d'arrière en avant jusqu'au niveau de l'insertion musculaire; mais il devient bientôt évident que ce repli résulte du soulèvement du feuillet superficiel, et, par suite, du soulèvement des portions latérales du feuillet profond qui adhèrent à la sclérotique. A l'aide de cette manœuvre, l'espace qui renferme la portion antérieure des muscles droits, et qui précède la gaîne proprement dite, en un mot, la *loge musculaire*, apparaît et se circonscrit d'une manière très évidente. Cette loge est bornée superficiellement par la partie antérieure du feuillet superficiel de la portion oculaire du fascia : profondément, par le prolongement adhérent du feuillet profond ; en avant, par l'adhérence du fascia au pourtour du bord scléroticien ; et en arrière, par l'orifice antérieur de la gaîne proprement dite. On peut s'en faire une idée par la figure suivante, propre tout à la fois à montrer la portion antérieure ou oculaire du fascia détachée du globe oculaire, et la disposition des loges musculaires.



Enfin, outre les dispositions que nous venons de signaler, la portion oculaire du fascia sous-conjonctival offre encore, au niveau des muscles droits supérieur et inférieur, et près de leur insertion oculaire, une disposition spéciale en vertu de laquelle les deux muscles obliques se trouvent, comme tous les autres muscles de l'œil, pourvus d'une gaîne membraneuse qui les isole complètement des parties environnantes. Cette disposition varie pour ces deux muscles, en raison de la différence de rapports qui existe entre le droit supérieur et le grand oblique d'une part, et, d'autre part, entre le droit inférieur et le petit oblique. On sait, en effet, que le tendon réfléchi du grand oblique passe sous le droit supérieur, entre ce dernier et le globe oculaire, tandis que le petit oblique laisse le droit antérieur entre lui et le globe oculaire avant de s'engager sous le droit externe.

Dans le point où le tendon du muscle grand oblique pénètre sous le droit supérieur pour se terminer à la sclérotique, le feuillet profond de la gaîne de ce dernier muscle offre un dédoublement pour embrasser le tendon du grand oblique, et lui former une gaîne propre qui remonte ensuite, et se prolonge sur toute la longueur du muscle. Les parois de cette gaîne, déjà très apparentes à leur origine, deviennent plus épaisses et plus consistantes, à mesure qu'elle se rapproche de la poulie cartilagineuse, puis s'amincissent graduellement en se prolongeant sur la portion directe du muscle, pour se perdre vers son insertion orbitaire en un tissu celluleux mince et peu résistant. Mais ces variations dans l'épaisseur des feuillets de la gaîne ne sont pas des modifications de sa propre texture ; elles dépendent de fibres de renforcement qui, nées du tissu cellulaire environnant, condensé pour former la poulie cartilagineuse, se répandent, en s'amincissant et se raréfiant par degrés, sur les portions directe et réfléchie du muscle grand oblique.

La disposition spéciale que nous venons d'indiquer est très utile à connaître sous le point de vue de l'opération; on voit en effet qu'il ne suffirait pas de pénétrer entre les deux feuillets de la gaîne du droit supérieur, dans l'espace libre qui loge l'extrémité antérieure de ce muscle, pour pouvoir atteindre directement le tendon de la portion réfléchie du grand oblique: on aurait encore, pour arriver jusqu'à lui, à traverser la paroi profonde de la gaîne du muscle droit supérieur.

C'est de la même manière, par un dédoublement de la gaîne du muscle droit inférieur, que le petit oblique se trouve enveloppé d'un double feuillet qui lui forme une gaîne particulière. Mais, par cela même que le petit oblique, au lieu de passer, comme le grand oblique, sous le muscle droit correspondant, passe au contraire entre ce muscle et les parois de l'orbite, il reçoit ses lamelles d'enveloppe, non du feuillet profond, mais du feuillet superficiel de la gaîne du droit inférieur. A cette différence près, le dédoublement a lieu comme pour l'oblique supérieur, et la gaîne se prolonge, en s'amincissant, de l'insertion oculaire à l'insertion orbitaire du muscle. Mais ici l'amincissement est graduel et uniforme, et la gaîne ne reçoit, d'aucun côté, de fibres de renforcement.

La remarque que nous avons faite plus haut sur l'isolement complet de la gaîne de l'oblique supérieur, sur son défaut de communication avec la loge du muscle droit correspondant, s'applique également à la gaîne de l'oblique inférieur, et par conséquent doit servir de guide pour mettre ce dernier muscle à découvert.

---

avait été l'objet privilégié, avait donné à cette question un intérêt tout nouveau, et provoqué des spéculations sans nombre sur la vraie nature et la vraie distinction des facultés intellectuelles et morales des animaux comparées à celles de l'homme. L'hypothèse de l'automatisme développée par Descartes n'était même pas nouvelle ; elle avait été soutenue par le médecin espagnol Gomez Pereira dans le seizième siècle. Et quant aux observations sur les animaux, on peut citer, entre autres sources moins importantes, le traité de Jérôme Rorarius (1547) dont le titre seul indique l'esprit et le but : QUOD ANIMALIA BRUTA SÆPE RATIONE UTANTUR MELIUS HOMINE. Ce livre est plein de faits curieux relatifs à l'industrie et à l'intelligence des animaux, et c'est l'arsenal où puisèrent le plus souvent les adversaires de Descartes. Ce philosophe lui-même fut amené à s'occuper de ce sujet par les discussions animées dont il était l'objet au moment où il écrivait. On en a la preuve, notamment dans l'ouvrage de la *connaissance des animaux* de Cureau de la Chambre (1640), livre où la *rationalité* des bêtes est examinée avec une certaine profondeur et une grande sagacité métaphysique. On ne peut guère dès lors adopter cette assertion de M. Flourens : « Que la question métaphysique de l'ame des bêtes est née d'une opinion de Descartes. » (p. 13.) On voit qu'elle fut seulement ravivée par ce philosophe.

Mais nous ne remarquerions pas ces omissions (1), assez peu importantes du reste, si elles n'avaient pas conduit M. Flourens à une autre conclusion qui porte sur le fond même de la question et qui ne nous semble pas non plus tout à fait exacte. « Mais tous ces livres, dit-il, pèchent par les mêmes bases ; le *défaut des faits, les raisonnemens à vide;* le lecteur se lasse de voir que la question n'avance pas, et comment avancerait-elle ? *La question de l'intelligence des bêtes est une question de faits*, une question *d'étude expérimentale ; ce ne peut être une simple thèse de métaphysique*. Or tous ces auteurs, à commencer par Descartes, ne sortent jamais de la thèse métaphysique, etc. » (p. 16). Il est certain qu'aucun des philosophes dont il s'agit, après comme avant Descartes, n'avait porté dans l'étude expérimentale des mœurs et des actions des animaux l'esprit rigoureux d'observation dont Réaumur, Buffon, Bonnet, Huber, Swammerdam et autres savans du dix-huitième siècle, donnèrent des exemples; mais ils n'étaient pas pour cela dépourvus entièrement de faits, et ils ne raisonnaient pas à vide. Ils connaissaient les faits observés de tout temps sur les animaux domestiques ou apprivoisés, tels que le chien, l'éléphant, les abeilles, les oiseaux de chasse, le cheval, le chat, etc..; et ces faits, quoique d'une vulgarité populaire, suffisaient pour motiver leurs raisonnemens. Les faits ultérieurement découverts ou mieux étudiés ne diffèrent pas en nature de ceux qui servaient de base à leurs inductions.

Mais est-il bien sûr d'ailleurs que la question de l'intelligence des bêtes ne

---

(1) On regrette aussi de ne pas trouver, dans l'esquisse historique de M. Flourens, plusieurs ouvrages anciens et modernes, tels que le célèbre traité de J. Reimarus SUR L'INSTINCT DES ANIMAUX (1762), et celui du docteur Jean Gregory : VUE COMPARATIVE DES FACULTÉS DE L'HOMME ET DES ANIMAUX (1766) ; quelques écrivains tout à fait modernes auraient pu aussi être mentionnés.

E. PORTION PALPÉBRALE DU FASCIA SOUS-CONJONCTIVAL.

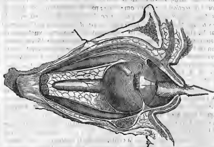
La portion palpébrale du fascia naît, comme nous l'avons dit, en avant du cartilage tarse, dans l'épaisseur du bord libre des paupières où elle se confond avec l'expansion réfléchie de la portion oculaire. Les dispositions qu'elle présente ne sont pas exactement les mêmes à la paupière supérieure et à la paupière inférieure.

A la paupière supérieure, partent, du point que nous venons d'indiquer, trois feuillets superposés qui, d'abord confondus avec le tissu cellulaire palpébral, deviennent plus distincts à quelque distance du bord orbitaire du cartilage tarse. Les deux feuillets inférieurs reçoivent dans leur écartement le muscle élévateur des paupières et lui forment une gaîne analogue à celle des muscles droits. Il y a pourtant sous ce rapport quelques différences. Ainsi, la partie antérieure de l'élévateur n'est pas contenue dans un espace libre comme celle des muscles droits; sa gaîne l'enveloppe dans toute sa longueur, depuis son insertion palpébrale jusqu'à son insertion orbitaire. Ainsi encore, les deux feuillets qui la constituent n'offrent pas une diminution graduelle d'épaisseur et de consistance dans un sens inverse l'un de l'autre, mais s'amincissent simultanément et uniformément de leur partie antérieure à leur partie postérieure, de manière à ne présenter plus, près de l'insertion orbitaire du muscle, qu'une pellicule très fine et facile à déchirer. Le feuillet le plus élevé ou troisième feuillet se réfléchit sur la face postérieure du muscle orbiculaire des paupières, puis l'abandonne presque aussitôt pour se porter directement vers le périoste qu'il rejoint au niveau du rebord de l'orbite et avec lequel il se confond. En bas, le troisième feuillet existe seul, et a la même disposition que le feuillet correspondant de la paupière supérieure.

Cette disposition du feuillet réfléchi de la portion palpébrale du fascia est remarquable, en ce que l'orbite se trouve ainsi complètement fermé en avant par une sorte de diaphragme attaché, d'une part, au pourtour de la sclérotique, et, de l'autre, à toute la circonférence du rebord orbitaire; en sorte qu'il n'y a aucune communication entre le tissu cellulo-graisseux compris dans la cavité de l'orbite et celui qui se répand à l'extérieur autour de cette région. Ce fait en amène un autre; c'est que dans les mouvemens de l'œil, la partie de l'espace sous-conjonctival qui correspond au côté opposé au seos du mouvement se trouve temporairement agrandie, et eat le siége d'une pression moindre que la pression extérieure, ce qui reod compte de la promptitude et de la facilité avec laquelle se font les déplacemens des fluides à l'état physiologique, et les épanchemens sanguins aous le fascia, après l'opération.

Telle est la disposition particulière de chacuo des feuillets qui composeot le fascia sous-conjonctival. On voit qu'il représente dans son ensemble un sac conique dont la petite extrémité répond au fond de l'orbite, et doot la grosse extrémité s'attache à la fois à la partie aotérieure du globe oculaire, au bord libre des paupières en avant des cartilages tarses, et au pourtour de l'orbite, et dont la capacité est divisée en plusieurs compartimens par un certain nombre de feuillets. Ces feuillets, quoique très réels et très appréciables, ne soot cependant pas aussi nettemeot délimités, aussi distincts du tissu cellulaire voisin, que certaines autres membraoes de l'écooomie : par exemple, les membranes dites séreuses. Pour se faire une idée exacte de l'enveloppe aponévrotique de l'œil, coosidérée dans son ensemble et dans sa compositioo, il faut se représenter une masse de tissu celluleux répandue dans l'orbite, enveloppant l'œil, les muscles, toutes les autres parties molles, et qui, sous l'influence de conditions mécaniques que je développerai ailleurs, se condense autour des parties que j'ai indiquées plus haut, de manière à prendre dans ces points, par l'affaissement successif et l'oblitération de leurs cellules, une disposition véritablement lamelleuse.

La figure suivante représentant une coupe verticale du système musculaire et fibreux de l'œil dans le sens antéro-postérieur permet de saisir les différentes distributions du fascia oculaire et de les distinguer des muscles et autres parties qu'elles tapissent ou recouvreot.



Si maintenant nous examinons ces feuillets dans leurs rapports entre eux, abstraction faite des autres élémens renfermés dans l'orbite, voici l'ordre dans lequel ils se superposent en procédant du centre à la circonférence :

1° Le feuillet qui enveloppe directement la partie postérieure du globe oculaire; 2° supérieurement la gaîne propre du muscle grand oblique; 3° les feuillets profonds dea gaînes des quatre muscles droits, circonscrivant un espace conique dont le sommet répood au trou orbitaire, et dont la base embrasse la partie antérieure de la sclérotique; 4° les gaînes propres des quatre muscles droits; 5° inférieurement, la gaîne propre du muscle petit oblique; 6° supérieurement encore, la gaîne propre de l'élévateur de la paupière supérieure séparée du feuillet superficiel de la gaîne du droit supérieur par du tissu cellulo-adipeux; 7° à la partie antérieure de l'orbite et sur toute sa circonférence, les deux feuillets qui se réfléchissent, l'un de la portion oculaire du fascia aux paupières, l'autre des paupières au périoste, et qui ferment l'orbite en avant; 8° et finalemeot le périoste qui peut être considéré comme l'enveloppe géoérale et le poiot d'attache de tous les feuillets du aystème.

(La suite à un prochain numéro.)

---

soit qu'*une question de faits* ? Nous croyoos, ao contraire, qu'elle n'est et ne peut être qu'une queslion de raisonnement, ou, si on aimo mieux parler comme M. Flourens, de métaphysique. De quoi s'agit-il en effet ? Ce n'est pas de savoir si les aoimaux font lels ou tels actes, mais quelle est la vraie source psychologique de ces actes. Il s'agit do déterminer sur l'observation des actions extérieures la nature du mobilo intérieur; or cetto détermination no peut être fournie par l'observation directe; elle ne peut être que la résultat d'une conclusion. Remarquons, en effet, qua la connaissance que l'homme a de lui-même, de son intérieur intellectuel et moral, est directe; ici, le sujot connu et le sujet connaissaot sont ideotiques. Nous savons donc ce que nous sommes par une intuition immédiate et directo; mais la connaissance que nous avons des autres hommes n'est déjà plus directe; elle est une conclusion analogique. Or pour ce qui conceroe nos semblables, l'analogie est si complèto de tout point dans les actes extérieurs, et do plus la parole qui révèle directement la pensée de chaque homme à celle de chaque homme, est une preuve si certaine, que nous sommes invinciblement déterminés à croire à l'identité de la nature intellectuelle et moralo de tous les individus do l'espèce. Mais si nous passons de l'homme aux animaux, l'analogie, qui est encoro ici notre seul guide, nous abandonno en grande partie. Nous sommes réduits à l'observation des actes extérieurs sans jamais pouvoir pénétrer dans l'intérieur. Celte observation no nous donne quo des apparences dont nous no pouvons atteindre les causes que par voio d'hypothèse et d'ioterprétation. Or c'est cetto voie qu'ont suivie uniformément tous les philosophes dont parlo M. Flourens; c'est la voie qu'a suivie Fréd. Cuvier, et c'est aussi celle qu'il suit lui-même. La théorie de Fréd. Cuvier qu'il paraît adopter (et que nous n'oxaminons pas ici) n'est, ainsi que celles de Descartes, de Buffon, de Condillac, qu'uno *hypothèse* explicative des faits, et non, comme il le voudrait, un simple résultat expérimental. La question de l'ame des bêtes n'est donc pas sortie entre les maios des observateurs modernes du terrain métaphysique où l'avaieot placée les ancieos avant et après Descartes, et on peut même prédire qu'elle n'en sortira jamais.

Les travaux, d'ailleurs si intéressans, do Fréd. Cuvior n'ont dont pas, selon nous, déplacé la question; mais ils l'éclaircissent. Fréd. Cuvier a eu le mérito, ainsi que le remarque M. Flourens, do chercher à établir avec plus da rigueur et de clarté qu'on ne l'avait fait la distiction entre l'*intelligence* ot l'*instinct*. La confusion de ces deux choses so montre en effet dans les deux solutions exclusives et contradictoires auxquelles on est toujours arrivé, et dont l'une avec Descartes el Boffon refuse aux animaux toute intelligence, et l'autre, avec Condillac et G. Leroy, leur accorde jusqu'aux opérations intellectuelles les plus élevées. Mais il ne faut pas oublier que si les auleurs do ces systèmes n'ont pas fait cette distinction ce n'est pas qu'ils l'aient positivement méconnue; c'est, au contraire, parce qu'ils oot jugé qu'il n'y avait pas lieu de la faire; et ils l'ont supprimée parce qu'ils no croyaieot pas pouvoir la maintenir sans des difficultés insurmootables, et donl la principale consiste précisément dans l'impossibilité où ils se trouvaieot de poser entre ces deux choses des limites précises; do manière que réduits à choisir entre l'une ou l'autre hypothèse, ils se sont déterminés, avec plus ou moins de vraisemblance, les unes pour celle-ci, et les autres pour celle-là, dans l'interprétation des faits. F. Cuvier essaya donc, et c'est là, dit M. Flourens, le pas le plus heureux qui ait été fait dans cetto recherche, de poser

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

III. ANNALES DE LA CHIRURGIE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

Les numéros de juillet, août, septembre, octobre, novembre et décembre 1841 contiennent les mémoires originaux suivans : 1° *De l'amputation coxo-fémorale;* par M. Sédillot. 2° *Abcès des fosses iliaques; point d'élection pour leur ouverture;* par M. Barthélemy. 3° *Abcès de la fosse iliaque communiquant avec l'intérieur du cæcum et de la vessie;* par M. Sédillot. 4° *Lettre sur un cas de résection de l'humérus;* par M. Hello. (Fracture du col chirurgical de l'humérus compliquée de plaie et de sortie du fragment inférieur, chez un enfant de 15 ans. Résection de l'os et désarticulation de la tête de l'humérus; guérison.) 5° *Observations de chirurgie;* par M. Demeaux. 6° *Rapport sur le traitement de l'ankylose angulaire du genou par la méthode de M. Louvrier;* par M. A. Bérard. (Ce travail a été publié dans la Gaz. Méd., 1841, n° 21.) 7° *Réflexions de M. Bégin sur ce rapport.* (Considérations théoriques dont quelques-unes nous ont semblé fort peu en rapport avec les résultats journaliers de l'expérience.) 8° *De l'amputation dans la continuité de la première phalange du gros orteil;* par M. Marchal. (Après avoir posé en fait l'infériorité des procédés où l'on ne conserve qu'un seul lambeau plantaire, M. Marchal conclut que dans les cas même où l'amputation de la dernière phalange seule serait possible, il faudrait de préférence amputer dans la continuité de la première, parce que ce serait le seul moyen d'avoir deux lambeaux, un dorsal, l'autre plantaire, et parce que d'ailleurs la surface de l'os placé au fond de la plaie serait de cette manière beaucoup plus petite qu'après la désarticulation.) 9° *Tumeur anévrismale particulière;* par M. Tardieu. (Il s'agit d'une tumeur anévrismale développée à l'extrémité d'un vaisseau complètement divisé par le bistouri. L'autopsie a permis de constater le fait.) 10° *De l'extirpation de la glande sous-maxillaire;* par M. Colson. (L'observation que contient ce mémoire a déjà été rapportée dans le n° 21 de la Gaz. Méd. de cette année.) 11° *Observation d'anaplastie par glissement, ou mieux par tiraillement du lambeau, à la suite de l'ablation d'un ulcère cancéreux situé à la cuisse gauche;* par M. Bonnafont. (Rien de nouveau.) 12° *Opération de fistule salivaire du conduit de Sténon, par un nouveau procédé;* par le même. 13° *Leçons de clinique chirurgicale de Dieffenbach analysées par M. Outmont.* 14° *Remarques critiques sur la chirurgie simplifiée de M. Mathias Mayor;* par M. Marchal. 15° *Discours prononcé sur la tombe du professeur Sanson;* par M. Bégin. 16° *Maladies de la prostate;* par M. Vidal de Cassis. (Suite.) 17° *De l'anatomie pathologique d'une nouvelle espèce de variété de luxation du bras;* par M. Sédillot. (Travail déjà relaté dans la Gaz. Méd., 1839, n° 44, p. 700.) 18° *Opération de taille sus-pubienne faite en deux temps, d'après la méthode de M. Vidal, par M. Nélaton;* observation recueillie par M. Dechaut. 19° *Grossesse extra-utérine; kyste pileux; gastrotomie;* par M. Bressoles. (Cette observation est la même que celle qui a été communiquée à l'Académie de médecine (v. Gaz. Méd. du 28 août 1841, p. 558). M. Bressoles qui a été témoin de l'opération en donne une description qui diffère en quelques points de celle de M. Mathieu. La variante la plus importante de son récit est qu'on ne commença pas l'opération par l'ouverture de la poche sous-diaphragmatique, mais bien par l'ouverture de l'abdomen sur la ligne blanche.) 20° *Rapport sur le mémoire de MM. Arnal et Martin sur l'amputation sus-malléolaire;* par M. Velpeau. (Travail déjà reproduit dans la Gaz. Méd., v. 1841, n° 42, p. 669.) 21° *Etudes statistiques sur les luxations;* par M. Malgaigne. 22° *Mémoire sur quelques maladies graves de l'anus et du rectum, et sur les moyens de traitement qu'elles réclament;* par M. Bégin. (Collection de faits bien observés, mais n'offrant pas un genre d'intérêt susceptible d'être conservé dans une analyse.) 23° *Tumeur mélanique de l'orbite;* par M. Giraldès. (Tumeur enkystée, située à l'extérieur du globe oculaire, extirpée avec succès. Sa texture est décrite ainsi : une enveloppe fibreuse, contenant une masse gélatineuse, noire comme de l'encre de Chine, s'écrasant facilement entre les doigts, et laissant un résidu noirâtre, analogue au pigmentum de la choroïde.) 24° *Abcès de la prostate ouvert en faisant des tentatives de cathétérisme;* par M. Bonnafont. (Dans ce cas, l'abcès a été son propre remède ; en oblitérant le canal, il a nécessité le cathétérisme, et l'on conçoit que la base de l'instrument n'a pu toucher la région prostatique sans déchirer la paroi d'un foyer purulent qui faisait saillie dans l'urètre au point d'intercepter complètement le passage de l'urine.) 25° *Polypes des sinus frontaux;* par M. Bouyer. 26° *Nouvelles recherches sur le développement des os ; action de la garance sur les os; formation et résorption des couches osseuses; formation du cal;* par M. Flourens. (Travaux déjà publiés dans la Gaz. Méd.) 27° *Rôle du chirurgien au lit du malade;* par M. Velpeau. (Discours prononcé à l'ouverture du cours de clinique de la Charité.) 28° *Anévrisme de l'aorte;* par M. Breschet. 29° *Mémoire sur l'appréciation de la myotomie appliquée au traitement des déviations latérales de l'épine;* par M. Bouvier. (V. Gaz. Méd., 1842, n° 1, la réponse faite par M. J. Guérin à ce mémoire.) 30° *Priapisme spontané; persistance de l'érection pendant trente heures; rétention d'urine;* par M. Demeaux. 31° *Section du tendon d'Achille, à la suite de l'amputation partielle du pied;* par M. H. Larrey. (Ce fait a déjà été consigné dans la Gaz. Méd., 1841, n° 46, p. 732.) 32° *Des plaies des intestins;* par M. Dechaut. (Rien de bien important.) 33° *Analyse du traité de pathologie externe et de médecine opératoire de M. A. Vidal (de Cassis);* par M. Marchal. 34° *Discours prononcé à l'ouverture du cours de clinique chirurgicale de la Faculté de Strasbourg;* par M. Sédillot. 35° *Lettre sur la ligature sous-cutanée des veines du cordon.* (Dans cette lettre, M. Ricord établit clairement qu'il est le premier qui ait employé le procédé de ligature sous-cutanée des veines du cordon, dont il se sert journellement.) 36° *Lettre sur le traitement des hypertrophies de la prostate;* par M. Mercier. (L'auteur rappelle les procédés particuliers qu'il a imaginés pour déprimer les saillies formées derrière le col de la vessie par les hypertrophies de cette glande.)

ÉTUDES STATISTIQUES SUR LES LUXATIONS ; par M. MALGAIGNE.

En compulsant les registres de réception de l'Hôtel-Dieu, pour seize

---

les limites qui séparent l'instinct de l'intelligence, et de les chercher dans les *faits*. Cette distinction et cette limitation seraient assurément le moyen le plus sûr de résoudre le problème ; car, comme nous venons de le dire, c'est là toute la question. Mais il ne nous est nullement démontré que F. Cuvier ait été plus heureux que ses prédécesseurs dans cette difficile détermination.

Voici en quels termes M. Flourens l'établit d'après F. Cuvier :

« L'opposition la plus complète sépare l'*instinct* de l'*intelligence*.

» Tout dans l'*instinct* est aveugle, nécessaire et invariable; tout dans l'*intelligence* est électif, conditionné et modifiable.

» Le castor qui se bâtit une cabane, l'oiseau qui se construit un nid n'agissent que par *instinct*. Le chien, le cheval qui apprennent jusqu'à la signification de plusieurs de nos mots et qui nous obéissent font cela par *intelligence*.

» Tout dans l'*instinct* est inné : le castor bâtit sans l'avoir appris ; tout y est fatal : le castor bâtit, maîtrisé par une force constante et irrésistible.

» Tout dans l'*intelligence* résulte de l'expérience et de l'instruction : le chien n'obéit que parce qu'il l'a appris ; tout y est libre ; le chien n'obéit que parce qu'il le veut.

» Enfin, tout dans l'*instinct* est particulier : cette industrie si admirable que le castor met à bâtir sa cabane, il ne peut l'employer qu'à bâtir sa cabane ; et tout dans l'*intelligence* est général ; car cette même flexibilité d'attention et de conception que le chien met à obéir, il pourrait s'en servir pour faire toute autre chose.

» Il y a donc, dans les animaux deux forces distinctes et primitives : l'*instinct* et l'*intelligence* (p. 52). »

On ne peut certes nier la réalité de ces distinctions, en tant qu'elles expriment certaines différences entre les actions des animaux, dont les unes sont en effet uniformes, constantes, invariables, indépendantes en apparence de tout enseignement et de toute expérience, comme leurs industries, et les autres, changeantes, variées, intermittentes, conditionnelles et apprises, comme la plupart des actes déterminés par leur société avec l'homme. Cette opposition, sans être toujours aussi nettement formulée que dans ce passage, n'a échappé cependant à aucun observateur. Galien, entre autres (De usu partium, lib. I, cap. 4), en a tiré admirablement parti pour expliquer la supériorité de l'homme sur la bête. Mais en quoi cette distinction avance-t-elle notre connaissance sur la psychologie animale, et peut-elle être donnée comme une solution du problème tant cherché ? C'est ce que nous ne voyons pas. En effet, cela ne nous apprend, sur les lois et le mode d'opération de ces deux forces considérées en elles-mêmes, rien de plus que ce qu'on a toujours su. Nous appelons *instinct* dans la bête ces impulsions internes en vertu desquelles s'exécutent, dans un ordre d'association constant, déterminé et uniforme, une série de mouvemens dont l'individu n'a pas la conscience réfléchie, et à l'égard desquels il est ce qu'est une machine à l'égard de ceux qu'éprouvent ses rouages. Et notre unique raison d'assigner pour cause à certains actes de la bête cet aveugle et obscur sentiment, c'est qu'une foule de nos propres actions ont lieu de la même manière en nous et par nous, mais pour ainsi dire sans nous. Or, comme nous appelons instinct tout ce qui s'accomplit en nous, à notre insu, et hors de toute délibération volontaire et réfléchie, nous avons analogiquement supposé dans les animaux quelque chose de semblable pour ceux de leurs actes qui, par leur uniformité, leur invariabi-

années, M. Malgaigne est parvenu à réunir un total de 530 luxations. Nous allons faire connaître en substance les résultats que lui a fournis le rapprochement de ces faits.

1° *De la fréquence des luxations suivant les saisons.* — Partageant l'année en trois époques, M. Malgaigne a trouvé que les luxations sont beaucoup plus fréquentes dans la saison froide. Ainsi, de décembre à mars, il en a compté 204; d'avril à juillet, 150, et d'août à novembre, 176. C'est, comme on voit, la même observation que celle qui a été faite relativement aux fractures, et qui était passée en principe longtemps avant que les chiffres en eussent démontré la justesse.

2° *De la fréquence des luxations suivant les âges.* — Nous trouvons ici que,

Du 2 à 5 ans, il y a eu....	1	luxation.
5 à 10....................	4	—
10 à 15....................	8	—
15 à 20....................	29	—
20 à 25....................	32	—
25 à 30....................	40	—
30 à 35....................	48	—
35 à 40....................	38	—
40 à 45....................	45	—
45 à 50....................	51	—
50 à 55....................	52	—
55 à 60....................	51	—
60 à 65....................	51	—
65 à 70....................	42	—
70 à 75....................	19	—
75 à 80....................	13	—
80 à 90....................	4	—
90..........................	1	—

Si l'on met maintenant en regard le nombre des luxations avec celui de la population, dans la composition de laquelle, comme on sait, les individus âgés sont en minorité, on voit de suite quelle énorme différence existe entre les divers âges, sous le rapport de la part pour laquelle chacun d'eux figure au total des cas observés.

3° *Quelles sont, dans les diverses saisons de l'année, les âges qui fournissent le plus de luxations?* Il résulte de la comparaison des deux tableaux ci-dessus, que, de 2 ans à 25 ans, les luxations sont plus communes en été. De 25 à 45, l'hiver en fournit plus que l'été; et cette influence de la saison froide va encore en augmentant, à mesure qu'on arrive aux âges les plus avancés : ainsi, de 45 à 55 ans, l'hiver apporte un tiers de luxations en sus de l'été; et au-delà de 55 ans, cette proportion va à la moitié.

4° *De la proportion des luxations dans les deux sexes.* Les hommes ont fourni 395 cas de luxation, et les femmes 135 seulement.

5° *De la proportion des luxations dans les deux sexes, suivant les âges.* On peut exprimer d'une manière générale les conclusions qui ressortent de cette partie de la statistique, en disant que si, à aucune époque de la vie, le nombre des luxations n'est égal dans les deux sexes, c'est, du moins, aux deux périodes extrêmes, dans l'enfance et dans la vieillesse, que l'égalité tend le plus à s'établir. Et cela se conçoit, si l'on réfléchit qu'à ces deux époques, les femmes, surtout dans la classe ouvrière, se rapprochent des hommes par leurs travaux, leurs habitudes, leur genre de vie, se font hommes, pour ainsi dire, quant à la prédisposition aux luxations.

6° *Les luxations sont-elles plus communes à droite qu'à gauche?* Sur le petit nombre d'observations où le côté malade a été indiqué, on trouve que la luxation a eu lieu 50 fois à droite et 39 fois à gauche.

7° *De la fréquence des luxations dans les diverses articulations.* Ici encore, M. Malgaigne a eu à regretter beaucoup d'omissions dans les registres qui servaient d'élémens à ses comparaisons. Cependant, sur 491 luxations dont le siége s'est trouvé spécifié, il en a compté :

De l'humérus..................	321
De la clavicule................	33
Du coude......................	26
Du radius.....................	4
Du poignet....................	13
Du pouce......................	17
Des doigts....................	7
Du fémur......................	34
Du genou......................	6
De la rotule..................	2
Du pied.......................	20
De la mâchoire................	7
Du rachis.....................	1

8° *De l'influence de l'âge pour chaque luxation en particulier.* Cet ordre de considérations a donné lieu à quelques résultats dignes d'attention. Ainsi, la fréquence des luxations de l'épaule chez les vieillards, est vraiment surprenante. Tandis que, de 2 à 15 ans, cette lésion ne se rencontre qu'une fois sur 4 luxations, depuis l'âge de 60 ans, au contraire, elle s'observe une fois sur une luxation et quart (pour parler le langage des statistiques); ou, en d'autres termes, sur 164 luxations observées à cet âge, il y en a eu 131 de l'épaule.

Les luxations de la clavicule paraissent affecter spécialement l'âge adulte, et les enfans en sont très rarement atteints.

Celles du coude se présentent dans des conditions opposées, puisque le tiers des cas a été observé sur des sujets âgés de 10 à 20 ans, et que, passé 54 ans, on n'en retrouve plus un seul.

Sur 17 cas de luxation du pouce, il s'en est offert 12 en hiver, 5 en été, 16 sur des hommes, 1 sur une femme. Et, quant à l'âge, c'est de 30 à 40 ans qu'elles sont le plus communes, et cela dans une proportion très forte.

De 34 luxations du fémur, 18 avaient eu lieu en hiver, 16 en été; 26 sur des hommes, 8 sur des femmes. C'est aussi l'âge adulte qui en a fourni le plus d'exemples.

Telles sont les conséquences auxquelles est arrivé M. Malgaigne.

Nous aurions jugé nécessaire de prémunir le lecteur contre une confiance trop entière dans les résultats qui précèdent, en lui disant quelques mots de l'irrégularité et de l'insuffisance des indications contenues dans les registres où notre auteur a été obligé de puiser ses documens. Mais M. Malgaigne a si loyalement tenu compte de ces causes d'erreur, que nous n'avons rien à ajouter aux réserves qu'il a faites à cet égard contre ses propres conclusions.

---

lité, leur spontanéité et leur infaillibilité apparentes, ont de la ressemblance avec ceux de l'espèce humaine qui ont les mêmes caractères. Mais, de même que nous ignorons la nature interne et les lois de l'instinct humain, de même nous ignorons le secret de l'instinct animal. Il faut remarquer en outre que cette analogie est loin d'être complète. Elle ne porte d'une manière bien exacte que sur les actes de motilité par lesquels s'exécutent certaines fonctions organiques sous l'influence des muscles volontaires, comme la déglutition, la marche, l'exonération, la phonation, etc., actes qui ne sortent pas de l'étroit théâtre de l'organisme même. Mais les opérations *industrielles* des animaux (le nid des oiseaux, la cabane du castor), qu'on rattache à l'instinct, n'ont point d'analogie directe dans notre espèce, et ce n'est que par une analogie d'analogie, s'il est permis de se servir de ce terme, que nous assignons à ces actes une cause semblable à celle par laquelle nous agissons sur notre propre corps, sans connaissance aucune du détail et des moyens de l'opération. En effet, l'homme ne *sait rien* en naissant, ainsi que le dit très bien Galien. Ce n'est donc que dans les *habitudes*, qui sont des sortes d'instincts acquis, que nous pouvons nous faire quelque idée des instincts innés de l'animal. Mais toutes ces analogies sont tirées de trop loin pour nous satisfaire entièrement. Observons en dernier lieu que si l'instinct suffit pour expliquer la détermination de l'animal vers une opération quelconque, telle que le creusement d'un terrier, par exemple, ou la construction d'une habitation, appropriés à ses besoins, il y a entre la détermination instinctive primitive et la réalisation définitive de l'œuvre, une multitude d'actes partiels qui, bien que déterminés dans leur ensemble par les conditions mêmes de l'ouvrage, sont, chacun en particulier, jusqu'à un certain point, libres, et réglés par la volonté et l'intelligence de l'ouvrier. Celui-ci paraît évidemment avoir le choix du lieu, de l'heure, du mode d'exécution, et pouvoir modifier, perfectionner, réparer, et abandonner le travail d'après les nécessités du moment. L'intervention de l'intelligence est donc indispensable pour expliquer chaque pas de l'opération ; car si le but est fatalement déterminé et irrésistiblement poursuivi, la distribution des moyens semble soumise à la direction de l'intelligence. Or, dans les opérations instinctives bornées à la simple action de l'organisme sur lui-même, les seules tout à fait communes à l'homme et à la bête, il n'y a de connu que le but, de volontaire que le désir initial provoqué par le besoin ; tout le détail de l'opération est entièrement soustrait et à la connaissance et à l'empire du sujet. On voit par là combien l'analogie établie entre ces actes organiques et les actions industrielles des animaux est fautive, et c'est pourtant à peu près la seule qui puisse nous apporter quelque lumière.

Quant à l'*intelligence*, à laquelle F. Cuvier rattache tous les actes qui, par leur variété et d'autres caractères, ne sauraient être attribués à un mobile aveugle et mécanique, il n'y aurait pas moins à dire que sur l'instinct. Cette intelligence ne peut être comprise que par son analogie avec celle de l'homme, et, de fait, F. Cuvier et M. Flourens reconnaissent que l'animal perçoit, juge, abstrait, généralise et raisonne ; en effet, faire toutes ces choses, c'est penser, c'est être intelligent. Mais, s'il en est ainsi, où est la différence de l'homme et de la bête? F. Cuvier et M. Flourens la placent dans la réflexion, dans la conscience de la pensée se réfléchissant sur elle-même, dans l'intuition du sujet pensant, qui se sait et se connaît lui-même comme tel. Ils ont raison de la placer là, et nous pensons avec eux que l'animal n'a pas probablement ce privilége. Mais, en même temps,

ANÉVRISME DE L'AORTE; par M. BRESCHET.

Cette observation ne présentant d'important qu'une seule circonstance du traitement mis en usage, nous nous bornerons à en donner le sommaire.

OBS. — Un homme de 72 ans, bien constitué, entra à l'Hôtel-Dieu le 8 juin 1841, pour une tumeur placée au-dessus de la clavicule gauche. Indolente, uniforme, pulsatile, offrant 4 pouces et demi de diamètre, on la regarda comme un anévrisme de la carotide primitive dont les branches faciale et temporale ne présentaient en effet que des battemens très faibles comparativement à ceux des mêmes vaisseaux du côté opposé. Néanmoins, comme il n'y avait pas de place pour une ligature entre la clavicule et la tumeur, comme, d'autre part, la méthode de Brasdor n'aurait pu être appliquée sans forcer de mettre le fil sur un point de l'artère très voisin de l'anévrisme, M. Breschet renonça à traiter ce malade par la ligature et pensa à essayer de produire la coagulation du sang dans le sac au moyen de l'électricité; mais, avant d'agir, il voulut prendre conseil de M. Becquerel, qui, après avoir examiné la tumeur, lui annonça que non seulement il amènerait la coagulation, en faisant agir la pile, mais qu'il carboniserait le sang dans la tumeur. M. Breschet craignit alors que *le sang qui pénétrait dans la tumeur en grande quantité ne vînt successivement recevoir l'action décomposante du courant électrique; l'emploi de l'électricité lui sembla donc un moyen dangereux, et il y renonça*. On craignit aussi que les extrémités des aiguilles se chargeant, pendant l'opération, de matière fibrineuse, ne fussent ensuite trop difficiles à extraire. A la vérité, M. Bowman, présent aux visites, proposait, pour parer à cet inconvénient, d'enduire les aiguilles d'un corps gras non conducteur.

Toute idée de médication active ayant donc été rejetée, on se borna à un traitement palliatif. Bientôt la tumeur s'ouvrit, et une hémorragie mortelle en fut la suite.

On reconnut à l'autopsie que la tumeur était formée par une poche développée sur l'aorte et remontant derrière la clavicule pour venir constituer le sac qu'on avait observé durant la vie. La carotide et la sous-clavière étaient saines.

Les cas d'anévrismes de l'aorte pris pour des tumeurs anévrismales de la carotide abondent dans les archives de la science. Ce n'est donc pas comme exemple d'une pareille méprise, d'ailleurs si difficile à éviter dans la circonstance présente, que nous avons tenu à rapporter cette observation. Elle nous a paru intéressante, surtout à cause de la nature des considérations qui ont porté à rejeter l'emploi de l'électricité. Assurément le jugement porté par M. Breschet sur l'action de ce moyen de traitement paraîtra bien différent de l'opinion qui a cours aujourd'hui; et, malgré l'efficacité que la théorie lui accorde, malgré les résultats encourageans obtenus sur les animaux par MM. Guérard et Pravaz, on conviendra que si les praticiens l'ont abandonné presque généralement, ce n'est certainement pas la crainte de son excès d'énergie qui l'a fait proscrire. Sans nous prononcer pour le moment sur la justesse des appréhensions manifestées par M. Breschet, nous ferons seulement observer qu'elles n'auraient de fondement que dans les cas semblables à celui-ci, lorsque le sac anévrismal est dans des conditions telles, qu'on ne peut, même momentanément, suspendre la circulation entre le cœur et lui. Dans les circonstances opposées (et ce sont les plus communes), cette objection ne saurait être dirigée contre l'emploi de l'électricité; car il serait aisé, par une compression bien faite, de borner au sang contenu dans le sac la coagulation qu'elle détermine. Mais, tout en plaidant pour l'innocuité de cette médication, n'oublions pas de maintenir nos réserves pour ce qui concerne son insuffisance.

PRIAPISME SPONTANÉ; PERSISTANCE DE L'ÉRECTION PENDANT TRENTE HEURES; RÉTENTION D'URINE; par M. DEMEAUX.

OBS. — Un jeune homme de 22 ans, de bonne constitution, blond, à système génital très développé, ayant usé des femmes, mais avec modération, vint à Paris au mois de septembre. Il ne s'était livré précédemment à aucun excès de table, à aucun écart de régime, lorsque, dans la nuit du 10 au 11, à la suite d'un coït modéré, mais qui avait été accompagné d'une sensation de volupté extraordinaire, l'érection persista avec une chaleur vive au périnée et une cuisson extrême le long de l'urètre. Le malade demeura dans cette situation le reste de la nuit et jusqu'au 11, à trois heures de relevée, dans un état de souffrance continue; de temps en temps avaient lieu des exacerbations caractérisées par un spasme général pendant lequel il survenait une espèce d'éjaculation.

M. Demeaux, appelé auprès du malade à trois heures, le trouva dans un grand affaissement, la face anxieuse, crispée, le teint décoloré, la peau brûlante, couverte de sueur, le pouls plein et dur (à 110). Le spasme se manifestait encore par momens, ainsi que l'éjaculation. Le pénis, fortement développé et ramené sur le ventre, offre une tension telle, qu'il a la dureté du bois. Le gland est violacé; les testicules, appliqués contre les anneaux, très sensibles à la moindre pression. Le bulbe est tuméfié au point de former une tumeur dure, du volume d'un œuf. Pressant besoin d'uriner, mais l'émission des urines est impossible. (Traitement: coucher le malade sur un matelas de crin; saignée de quatre palettes; bain de siége froid; quart de lavement avec 2 grammes de camphre; maintenir entre les cuisses une vessie pleine de glace.)

5 heures du soir. Les éjaculations ont cessé depuis le bain, mais l'état local est à peu près le même. (Potion avec 50 centigrammes de camphre; 15 sangsues au périnée.)

11 heures du soir. Les piqûres de sangsues ont ramené les spasmes et les éjaculations; le malade n'a pas uriné; la vessie fait à l'hypogastre une saillie douloureuse à la pression. L'anxiété est extrême; la prostration des forces et l'abattement moral sont au comble. (Applications de sangsues au périnée, répétées de manière à entretenir une perte de sang continuelle.)

On appliqua jusqu'à 60 sangsues, et ce ne fut qu'alors, vers deux heures du matin, que le pénis s'affaissa légèrement. On plaça ensuite le malade dans un bain de siége à la température ambiante, où il éprouva un bien-être indéfinissable. Au bout de dix minutes, il put uriner. Retiré du bain, il s'endormit presque immédiatement.

Depuis ce moment, les accidens sont allés en diminuant, et quoiqu'on ait été obligé de recourir au cathétérisme, l'amélioration a marché si rapidement, qu'au bout de quatre jours, le malade a pu quitter Paris, bien que conservant encore une grande sensibilité du testicule gauche.

DE L'AMPUTATION COXO-FÉMORALE; par M. SÉDILLOT.

M. Sédillot, ayant remarqué qu'on ne compte encore en France aucun exemple de succès avéré et définitif à la suite de l'amputation coxo-fémorale primitive, s'est demandé s'il n'y aurait pas pour cette amputation des conditions particulières qui devraient faire déroger au principe général d'amputer le plus promptement possible. Il attribue les revers survenus en pareil cas à la perturbation considérable que les systèmes nerveux et circulatoires subissent par le fait d'une perte de substance aussi vaste. En conséquence, il propose de ne jamais faire cette opération im-

Il faudra qu'ils conviennent que l'intelligence des animaux devient dès-lors pour nous tout à fait incompréhensible, car, en lui laissant toutes les fonctions de l'intelligence humaine, on lui ôte en même temps la condition *sine qua non* de tout acte véritablement intellectuel et rationnel. L'animal comprend, dit-on, il juge, il raisonne, délibère, prévoit, en un mot, il pense, mais il pense sans le savoir. Si cela est vrai, l'intelligence de l'animal est une force *sui generis* dont le mode d'action sera toujours un mystère. De même donc que ce qu'on appelle instinct dans la bête ne peut être pleinement pénétré, faute d'une analogie suffisante avec ce qu'on appelle instinct dans l'homme, de même l'intelligence animale, ou ce qui porte ce nom, reste pour nous incompréhensible, faute d'une suffisante ressemblance avec l'intelligence humaine; et, par conséquent, les limites qu'on essaie d'établir entre ces deux puissances ne peuvent qu'être très arbitraires.

Ce sont ces difficultés et bien d'autres encore du même genre qui conduisirent les philosophes anciens et modernes aux deux partis extrêmes de refuser toute intelligence proprement dite aux animaux, ou d'assimiler l'intelligence des animaux à l'intelligence humaine, sauf le degré. Le moyen terme proposé par F. Cuvier et par M. Flourens ne paraît résoudre le problème qu'en le supprimant.

Nous avons déjà bien dépassé les bornes que nous nous étions imposées, en entrant ainsi *ex abrupto* dans une discussion si ardue. Mais le courant nous a entraînés. Il nous reste à peine assez de place pour nous excuser auprès de M. Flourens d'avoir, en parlant si longtemps, fait si mal connaître son travail; et pour ne pas faillir tout à fait à notre tâche d'analyste, nous signalerons comme particulièrement digne d'intérêt le chapitre IV qui traite de la liberté, de l'instinct et de l'habitude, et du développement inverse de l'instinct et de l'intelligence dans les espèces. Nous espérons d'ailleurs dans un prochain article consacré à l'examen du beau travail de M. Flourens sur Georges Cuvier, user du notre droit de critique avec plus de mesure, et nous faire pardonner par l'auteur et par les lecteurs la digression métaphysique dont nous venons de nous rendre coupables.

médiatement à la suite de la blessure, mais seulement après les premiers accidens inflammatoires et l'établissement de la suppuration. A l'appui de ce précepte, il cite un cas dans lequel un malade, à qui il a pratiqué l'amputation secondaire dans l'articulation de la cuisse, pour une fracture mal consolidée, a guéri sans accidens.

Nous ne pensons pas que les principes qui font autorité en matière d'amputation doivent subir ici la modification que propose M. Sédillot. Il est bien vrai que l'ablation d'un membre réussit en général d'autant mieux que le malade offre un certain degré de faiblesse et même d'épuisement. Mais on risquerait fo. t de faire un faux calcul, si, en vue de cet avantage futur, on laissait passer le moment de l'amputation immédiate. Ce sont là les seuls préceptes à suivre en fait d'amputations, et bien que la désarticulation coxo-fémorale ait une gravité toute particulière, ce n'est pas un motif pour que ses indications soient soumises à des règles exceptionnelles.

ABCÈS DES FOSSES ILIAQUES, POINT D'ÉLECTION POUR LEUR OUVERTURE; par M. BARTHÉLEMY.

Les abcès extra-péritonéaux des fosses iliaques ont plus de tendance, quand ils ne percent pas l'intestin, à se porter vers les régions lombaires que vers aucun autre point.

Lorsqu'on aura affaire à des abcès de cette espèce, il sera prudent d'examiner et de palper, plus souvent qu'on ne le fait, la région lombaire, et si l'on y constate la présence du pus par des signes positifs, il vaudra infiniment mieux lui donner issue par ce point que de s'exposer, en temporisant, à le voir se porter dans le petit bassin, où il peut causer la mort du malade.

L'ouverture de ces abcès à cette région n'est ni difficile ni dangereuse, en ce que la collection s'interpose entre la paroi abdominale que l'on incise, et le péritoine que l'on doit éviter. M. Barthélemy conseille, en conséquence, de faire une incision verticale d'un pouce et demi environ à quatre pouces et demi en dehors des apophyses épineuses lombaires. On coupera les muscles jusqu'à ce qu'on sente qu'on n'est plus séparé de la cavité abdominale que par la légère toile du fascia transversal; une sonde cannelée suffira alors pour pénétrer jusque dans le foyer, si on a soin de la diriger vers la fosse iliaque. Le malade sera ensuite tenu couché sur le dos; on laissera dans la plaie une mèche de linge, qu'on remplacera le lendemain par des injections émollientes, continuées pendant quelques jours.

Nous n'élevons aucun doute sur les avantages du procédé conseillé par M. Barthélemy. Établissant l'ouverture du foyer à sa partie la plus déclive, il remplit exactement l'indication que Dupuytren avait en vue lorsqu'il conseillait de faire coucher sur le ventre les malades ayant un de ces abcès ouvert à l'aîne. Seulement, comme les parois du foyer ont dans la région lombaire une grande épaisseur, nous craindrions que, faute de pouvoir y sentir de bonne heure la fluctuation, on ne fût souvent exposé à différer beaucoup trop longtemps la ponction; et, sous ce rapport, nous ne voudrions pas que cette région fût considérée comme le lieu *d'élection* pour l'ouverture des abcès de la fosse iliaque, ainsi que le pense M. Barthélemy, mais seulement comme le lieu *de nécessité*, et ne devant être préféré que dans les cas où la collection purulente manifesterait sa présence dans cette partie plutôt que dans une autre.

OBSERVATIONS DE CHIRURGIE; par M. DEMEAUX.

EXTRACTION PAR LA MÉTHODE SOUS-CUTANÉE D'UNE BALLE CONTENUE DANS L'ARTICULATION DU GENOU.

OBS. — Un ancien militaire reçut, en 1813, un coup de feu à la cuisse. La balle pénétra par le bord interne du jarret, à 2 pouces environ au-dessus du niveau de l'articulation du genou droit. Il y eut de la suppuration, des accidens inflammatoires; mais, au bout de trois mois, le malade put marcher et continuer son service. Il y a un an, il commença à éprouver de la lassitude dans l'articulation malade. Un gonflement, accompagné de douleurs, s'empara du genou. Tout à coup le malade sentit un corps dur qui glissait sous ses doigts, et qu'il reconnut pour la balle. Entré à la Charité, le 27 mars 1841, on constate que la jointure contient beaucoup de liquide; le corps étranger est mobile et vient souvent se présenter dans divers points de la circonférence du genou. Comme les accidens avaient assez rapidement augmenté, M. Velpeau se décida à l'extraire, ce qu'il fit le 2 avril de la manière suivante :

Le malade fut couché sur le dos, le membre dans un relâchement complet. La balle, poussée en haut et en dehors, y fut assujétie par les doigts d'un aide. Une incision d'un centimètre et demi fut pratiquée à l'aide d'un bistouri convexe, mais éloignée de la balle de 3 centimètres environ, en haut et en arrière; cette première incision n'intéressa que la peau. Un petit ténotome, introduit à travers les couches cellulaires, pénétra jusqu'à la balle, servit à ouvrir la capsule articulaire et les couches environnantes. Ce temps de l'opération terminé, la balle s'échappa entre les doigts de l'aide, par énucléation, et vint se placer au niveau de la première incision, sans pouvoir franchir la petite ouverture qu'avait occasionée l'introduction du ténotome; elle fut fixée dans ce point par l'anneau d'une clef; la couche cellulaire qui la retenait fut ensuite divisée, et le corps étranger sortit par son propre poids. L'aide continua à exercer une légère compression entre la plaie et l'articulation; il sortit néanmoins un demi-verre environ de synovie rougeâtre. Réunion par les bandelettes agglutinatives; compression légère maintenue sur l'articulation.

Le soir de l'opération il n'y eut ni douleur dans le genou, ni réaction générale. Bien que, les jours suivans, se soient développés les symptômes d'un embarras gastrique, l'état local est toujours resté très bon; il n'y a pas même menace d'inflammation. La réunion immédiate s'est opérée, et le malade est sorti complètement guéri le 18 avril.

Nous avons lu avec plaisir le titre et les détails de l'observation ci-dessus, dans le même journal où nous avions eu à relever, il y a cinq mois à peine, une critique contre cette application de la méthode sous-cutanée (V. GAZ. MÉD. 1841, n° 21, p. 329). Quels que soient les motifs de ce changement, nous ne pouvons qu'en féliciter M. Velpeau ainsi que le malade sur lequel il a si heureusement pratiqué l'opération en suivant quelques-uns des préceptes qu'avait posés M. J. Guérin (V. ESSAIS SUR LA MÉTH. SOUS-CUTANÉE, p. 113). Cependant, malgré les avantages du procédé de ce dernier chirurgien, l'expérience aura à décider lequel de ce procédé ou de celui de M. Goyrand réalise le mieux les véritables principes de la méthode générale et donne le plus de garanties contre l'inflammation articulaire consécutive; en attendant, faisons remarquer que le procédé employé par M. Velpeau ne remplit qu'une partie des précautions recommandées par M. J. Guérin.

OPÉRATION DE FISTULE SALIVAIRE DU CONDUIT DE STÉNON PAR UN NOUVEAU PROCÉDÉ; par M. BONNAFONT.

Les procédés imaginés pour la cure des fistules du conduit de Sténon ont, la plupart, le grave inconvénient d'exiger la présence, dans le trajet fistuleux, d'un fil qui en entrave la réunion. Celui de M. Deguise, le plus parfait de tous, qui ne présente pas ce défaut, a en revanche celui de n'établir le conduit artificiel de la salive dans la bouche, que longtemps après l'époque où l'on a pratiqué la suture de l'orifice fistuleux externe. M. Bonnafont, ayant eu à traiter un cas de ce genre, s'est proposé de faire disparaître ces imperfections, en employant le procédé suivant :

On commence par isoler dans l'étendue de quelques millimètres le bout parotidien du conduit de Sténon, dans le point où il répond à l'ouverture fistuleuse. Puis on prend un petit trocart dont la canule sans pavillon, coupée en bec de flûte à une extrémité, présente à celle qui doit disparaître dans la bouche une coupure très fine comprenant toute l'épaisseur de sa paroi. On perce la joue avec ce trocart, en suivant autant que possible la direction naturelle du conduit. La joue traversée, on retire le trocart en laissant la canule. Avec une aiguille très fine enfilée d'un fil de soie, on embrasse une pordon de la paroi du canal de Sténon qui a été détachée; puis les deux chefs du fil sont passés par la canule dans la bouche, et en les retirant, on engage dans la canule l'extrémité du conduit de Sténon, que l'on arrête en ce point en engageant le fil qui a servi à l'y attirer dans la coupure qui porte la canule du trocart. On réunit ensuite la plaie extérieure au moyen de la suture entortillée.

M. Bonnafont explique nettement le mode d'agir de ce procédé en faisant remarquer que l'insuccès des méthodes ordinaires tient à deux causes représentées : 1° par le conduit de Sténon, qui en se rétractant cherche à revenir sur lui-même, et à abandonner la canule; 2° par la canule qui, obéissant à son propre poids, tend à glisser dans la bouche et à s'éloigner aussi du canal salivaire. Le fil de soie pare à merveille à l'un et à l'autre de ces inconvéniens, puisque le conduit de Sténon ne saurait se rétracter sans entraîner, à l'aide de ce fil, la canule dans le sens de la rétraction, et la canule à son tour, maintenue en place au moyen du même fil, ne peut obéir à son propre poids sans tirer vers elle le conduit. Dans le cas où ce procédé fut appliqué, la cicatrisation de la plaie fistuleuse, qui durait depuis un an, fut complète au bout de 8 jours; on laissa la canule en place jusqu'au quinzième, pour plus de sûreté, et quand on voulut l'enlever, il suffit de dégager le fil de sa coupure et de tirer légèrement.

Quelqu'ingénieux que paraisse ce procédé, il est cependant passible de plusieurs objections que nous ne saurions mieux formuler qu'en reproduisant la note ajoutée par M. Velpeau à la suite de la communication de M. Bonnafont : « N'est-il pas à craindre, 1° que l'isolement du canal de Sténon au milieu des tissus durs et lardacés

ne soit souvent fort difficile; 2° qu'un fil passé au travers de ce canal ne le coupe et ne s'en détache dès le 2° ou le 3° jour, avant la 3° semaine du moins; 3° que le tout ne se réduise alors en définitive à l'une des nuances du procédé de M. Deguise, dont le manuel est assurément plus facile et plus prompt? » Peut-être pourrait-on aussi craindre que le conduit de Sténon, replié à angle droit et aplati contre le bord d'une canule métallique, n'eût ainsi ses parois appliquées l'une contre l'autre et, par là, ne perdît en partie sa perméabilité dont l'intégrité est dans ce cas une condition *sine quâ non* de succès.

OPÉRATION DE TAILLE EN DEUX TEMPS, FAITE PAR M. NÉLATON; observation recueillie par M. DECHAUT.

Les idées que M. Vidal de Cassis a consignées dans la GAZ. MÉD, (V. année 1832) sur les avantages de la taille hypogastrique faite en deux tems, ont reçu l'assentiment de tous les chirurgiens. Quelle que fût cependant la supériorité de cette méthode considérée théoriquement, il pouvait à la rigueur rester encore des doutes sur la facilité de son exécution, et sur la réalité des heureux effets que le raisonnement lui attribue. L'observation suivante est le premier exemple de son application; et bien que le résultat en ait été malheureux, l'insuccès s'explique trop naturellement par les mauvaises conditions où se trouvait antérieurement le malade, pour que nous balancions à considérer ce cas comme entièrement confirmatif des espérances qu'on avait déjà fondées sur la taille en deux tems. C'est du reste, ce dont on pourra s'assurer à la lecture des détails de l'observation et principalement de l'autopsie.

OBS. — Un homme de 73 ans entra le 13 août 1841 à l'hôpital St-Louis, pour une rétention d'urine dont il souffrait depuis longtemps, et pour laquelle il avait été sondé plusieurs fois. On avait même fait récemment une fausse route à la partie moyenne de l'urètre, ce qui avait amené une exacerbation notable des accidens. Son urine est purulente et a parfois contenu du sang; il souffre au bout du gland, au fondement; il se livre de temps en temps à des efforts terribles d'expulsion, efforts comparables à ceux de l'accouchement. Quand il rend les dernières gouttes d'urine, il pousse les hauts cris. Insomnie, fièvre, perte d'appétit; la verge est enflammée, et l'on reconnait que la prostate a un volume énorme. La sonde introduite dans la vessie y constate la présence d'un calcul. Le malade demandant qu'on le délivre de ses souffrances, M. Nélaton pense que la taille hypogastrique en deux temps est indiquée, ou du moins préférable à tout autre procédé, et il la pratique, le 24 août, de la manière suivante:

Une incision de 10 centimètres est faite sur la ligne médiane, à la région hypogastrique; la peau, le tissu cellulaire et la ligne blanche sont incisés; le muscle pyramidal du côté gauche est coupé transversalement et renversé; on tombe sur la boule de tissu adipeux mentionnée par Scarpa, derrière et au-dessus de la symphyse du pubis; on l'enlève avec des ciseaux courbes, de peur qu'en se tuméfiant elle ne vienne à remplir le fond de la plaie. La vessie est mise à découvert dans l'étendue de 5 centimètres, et l'on s'assure que c'est bien la portion située derrière et un peu au-dessus du pubis, à la tumeur qu'elle forme, à sa fluctuation, et parce qu'on touche immédiatement le bec d'une sonde qui avait été introduite dans la vessie. La plaie est épongée et recouverte d'un linge cératé et de charpie. Les jours suivans, on maintient les bords écartés avec de la charpie, et l'on sonde le malade plusieurs fois par jour. Son état n'a pas été aggravé, mais ses souffrances restant les mêmes, il presse pour qu'on en finisse, et M. Nélaton se décide à achever l'opération, quoique l'incision préparatoire ne date que de trois jours.

Le 27 août, le malade étant couché sur le dos, une sonde à dard est introduite dans la vessie; le dard poussé, le bistouri est porté au-dedans, à une petite distance, pour que le bec mousse de la sonde ne sorte pas par l'ouverture et maintienne la vessie tendue et élevée. Une incision de 3 à 4 centimètres est pratiquée dans l'espace qui est à découvert depuis plusieurs jours, et cela sans qu'on touche en rien les bords de la plaie faite lors du premier temps; une sonde cannelée recourbée en crochet retient la vessie dans l'angle supérieur. Le doigt introduit donne la sensation de calculs multiples, qui paraissent tous réunis à la partie supérieure de la vessie, et dans une loge particulière; on en retire quinze du volume d'un noyau d'abricot. Les manœuvres ont été peu douloureuses, l'incision de la vessie peu sensible.

Les jours suivans, le malade est notablement mieux, il ne souffre pas de sa plaie, mais la verge est toujours douloureuse. Les injections faites dans la vessie re-sortent entièrement par la plaie; les urines sont plus claires, elles sortent aussi par la même voie, mais stagnent presque continuellement dans l'excavation de la plaie. Cependant le soulagement a été apporté trop tard; les lésions organiques sont trop grandes, les souffrances ont trop ébranlé les forces du malade déjà affaibli par l'âge; la peau est toujours chaude, le pouls fréquent, la langue se sèche, l'expectoration devient difficile, et la mort arrive le 3 septembre à deux heures du matin.

AUTOPSIE. — Les bords de la plaie sont grisâtres, recouverts de flocons et de lambeaux pseudo-membraneux; le doigt introduit profondément permet de sentir *les bords de la vessie confondus avec ceux de la plaie extérieure*. De chaque côté et derrière la symphyse, *on constate qu'il n'y a ni pus, ni inflammation urineuse*; celle-ci n'était pas possible, car *tout le pourtour de la plaie de la vessie est adhérent à la paroi de l'abdomen*. Vessie épaissie, déformée, ulcérée en certains points, couverte de végétations en d'autres; des collections purulentes existent dans l'épaisseur de ses parois; sa face interne est rouge, livide, inégale; elle présente des colonnes, des loges qui recèlent du pus. La prostate offre le volume du poing. Les reins sont transformés en kystes pleins de pus; la substance est ramollie, hyperémiée, le volume presque double. Toutes ces lésions de la vessie et des reins paraissent exister depuis longtemps.

IV. JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES.

Dans les cahiers d'octobre, novembre et décembre 1841 se trouvent les articles suivans: 1° *Rapport fait à l'Institut au nom de la commission dite de la gélatine*. 2° *Trachéotomie dans la période extrême du croup*; par M. Petel. 3° *Rhumatisme articulaire aigu chez une jeune fille chlorotique, guéri par l'application topique du cyanure de potassium en solution*; par M. Malherbe. 4° *Sur la dentition des enfans à la mamelle, et sur les accidens qui l'accompagnent*; par M. Trousseau. 5° *De la fièvre intermittente qui sévit tous les ans à Ajaccio*; par M. Gouraud père. 6° *Nouvelle méthode de traitement applicable aux hernies crurales, inguinales, étranglées; kélotomie sous-cutanée*; par M. Bouchut. (Une lettre de M. J. Guérin, insérée dans le numéro de janvier du JOURNAL DES CONNAISS. MÉDICO-CHIRURGICALES, a fait justice des prétentions que M. Bouchut élève dans ce travail à l'invention de la kélotomie sous-cutanée.) 7° *Observations pour servir à l'histoire des polypes des fosses nasales*; par M. Fleury. 8° *Entortillement du cordon ombilical*; par M. Gérard. (L'auteur présente sur le mémoire de M. Cade des réflexions critiques à peu près semblables à celles que nous avions formulées nous-mêmes dans la GAZ. MÉD., 1841, p. 729.) 9° *Note sur une nouvelle manœuvre applicable à quelques cas de version*; par M. Godefroy. 10° *Observations et recherches critiques sur les différentes formes des affections puerpérales*; par M. A. Tardieu. 11° *Quel est le régime le plus utile aux malades affectés de diabète sucré?* par M. Bravais. 12° *Nouveau procédé à lambeaux antéro-postérieurs pour l'amputation sus-malléolaire*; par M. Tavignot.

TRACHÉOTOMIE DANS LA PÉRIODE EXTRÊME DU CROUP; par M. PETEL.

Lorsque le croup est arrivé à sa dernière période, et que la mort par asphyxie est imminente, il ne peut y avoir de doute sur l'utilité de la trachéotomie pratiquée alors en désespoir de cause. Mais la dissidence renaît entre les praticiens, quand on veut considérer cette opération non plus comme une ressource extrême, mais comme un moyen rationel, et méritant souvent la préférence alors que d'autres médications plus douces seraient encore proposables. Il y a également désaccord sur la valeur de certaines précautions recommandées pendant et après l'opération. M. Petel apporte le tribut de son expérience sur tous ces points litigieux. D'après le résultat de six opérations qu'il a faites, dont trois avec succès, il pose les conclusions suivantes:

1° Il faut beaucoup craindre en opérant tard; on peut beaucoup espérer en opérant de bonne heure.

2° L'étendue relative de l'ouverture des canules selon les âges et les sexes paraît être le problême le plus important à résoudre aujourd'hui. Le trop facile comme le trop difficile accès de l'air méritent en effet une étude sérieuse.

3° Les injections de nitrate d'argent aux doses usuellement prescrites, sont-elles bien les meilleures? Sous ce point de vue il y aura vraisemblablement perfectionnement.

4° Les soins à donner à un enfant opéré du croup sont de toutes les minutes; éclairés, ils constituent les trois quarts de la cure; mal entendus, ils en compromettent singulièrement l'issue.

M. Petel traite aussi du manuel opératoire; et voici les règles qu'il donne sur la conduite à tenir relativement à l'hémorragie qui suit l'incision des parties molles. Saisissez avec des pinces, sans les tordre ni les lier, tous les vaisseaux qui fournissent du sang, puis confiez les pinces à des aides. Si la syncope menace avant que vous soyez maître du sang, divisez rapidement la trachée. Le conseil de terminer malgré l'hémorragie, dit l'auteur, est fondé 1° sur ce que l'ouverture de la trachée-artère arrête très vite l'hémorragie veineuse, la plus fréquente; celle qui dépend d'une artère s'arrête, vu le peu de calibre du vaisseau, assez facilement sous l'influence de la solution de nitrate d'argent; 2° sur ce que contrairement à ce qu'on croyait jusqu'ici, le sang peut impunément pénétrer dans les bronches, car il se trouve expectoré, comme les mucosités, les injections, etc.

Dans une note ajoutée à ce mémoire, les rédacteurs du journal rappellent que « sur 109 trachéotomies que M. Trousseau a pratiquées chez des enfans atteints de croup, il n'a jamais cru devoir lier ou tordre un seul vaisseau, et toujours l'hémorrhagie s'est arrêtée dès que la canule a été introduite. »

Ajoutons enfin que, dans un rapport lu récemment à l'Académie de médecine (Voy. GAZ. MÉD., 1841, n. 50), M. A. Bérard a donné à cette pratique la sanction de son autorité, en conseillant d'ouvrir la trachée sans attendre que le sang soit arrêté, comme il l'a dit l'avoir fait souvent lui-même avec succès.

La question est grave assurément, mais elle est délicate autant qu'importante; et nous éprouvons une sorte d'embarras à la traiter, car il est toujours pénible d'avoir à rappeler les revers éprouvés par ses confrères. Mais puisqu'on les oublie, puisqu'on paraît ne vouloir citer que des succès, nous sommes bien autorisés aussi à parler des cas où le résultat a été différent. On connaît celui de M. Roux, que ce professeur a rapporté avec sa sincérité habituelle, et où l'opéré serait mort entre les mains du chirurgien, si celui-ci n'avait pas eu l'heureuse idée d'aspirer avec la bouche le sang qui déjà remplissait la trachée (Voy. GAZ. MÉD., loc. cit.). Les autres exemples funestes parvenus à notre connaissance n'ont pas été publiés; aussi nous est-il interdit de les désigner ici par les noms des médecins auxquels ils sont personnels. Seulement, et pour concilier, autant que possible, l'intérêt de la vérité avec les égards qu'on se doit entre confrères, nous pouvons indiquer le nom de médecins qui furent témoins, comme nous, sans être acteurs dans ces opérations à issue malheureuse. Nous nous plaisons donc à faire appel aux souvenirs de nos collègues, MM. Gariel, Aug. Brun, anciens internes des hôpitaux de Paris, et Pétrequin, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon, au sujet de trois cas de trachéotomies, pratiquées sous leurs yeux en 1834, 1837 et 1838, et où l'introduction du sang dans la trachée causa une suffocation mortelle. Nous espérons qu'on se contentera de ces témoignages, et qu'on voudra bien nous dispenser de tout autre détail sur ces opérations, dont deux furent faites par des chirurgiens d'hôpitaux très distingués et exercés, l'un d'entre eux du moins, au manuel de la trachéotomie, par une pratique en quelque sorte spéciale.

L'utilité des ligatures préalables ou de la torsion est donc évidente. Nous ne conseillons pas néanmoins d'insister sur les moyens hémostatiques dans tous les cas et jusqu'à dessiccation complète de la plaie. Jamais on n'est tenu de tarir l'hémorrhagie jusque dans ses dernières sources avant d'inciser la trachée; et, d'autre part, il y a, comme M. Blandin l'a bien reconnu, des conjonctures où le danger presse au point que l'ouverture des voies aériennes est la première indication à remplir; mais il n'en serait pas moins imprudent de fonder sur ces circonstances exceptionnelles un principe absolu, et de prescrire, comme règle générale de conduite, une licence que le péril extrême peut seul faire tolérer.

Remarquons enfin que les exemples de succès n'ont pas ici autant d'importance qu'on est d'abord tenté de le croire; car l'habileté même des chirurgiens qui les citent est une circonstance propre à inspirer du doute sur la valeur qu'il convient de leur accorder dans cette discussion. Un praticien exercé ménage non seulement les artères qui ont une situation déterminée, mais aussi les veines entre lesquelles il sait conduire son histouri de manière à les éviter, malgré leur volume, leur nombre, l'intrication de leurs branches, et les mouvemens qui les agitent. Pour lui, par conséquent, l'hémorrhagie sera moins abondante, le danger de l'introduction du sang moins pressant, et par suite le précepte qui lui enseigne à ne tenir aucun compte de ce danger aura des conséquences moins redoutables que pour l'opérateur novice qui divise presque aveuglément tout ce que rencontre son instrument avec une confiance d'autant plus entière que l'exemple et les leçons des maîtres de l'art lui répondent du succès *quand même*.

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU SUR UNE JEUNE FILLE CHLOROTIQUE; APPLICATIONS DE SANGSUES RÉPÉTÉES; PERSISTANCE DES DOULEURS; APPLICATION TOPIQUE DU CYANURE DE POTASSIUM EN SOLUTION; GUÉRISON EN DEUX JOURS; par M. MALUERUE.

Le titre seul de cette observation suffit pour faire soupçonner que, dans ce cas, on ne devait attendre aucun effet avantageux de l'emploi des émissions sanguines; l'efficacité du cyanure de potassium, si rarement utile dans le traitement des affections réellement rhumatismales, et si utile au contraire dans le traitement des douleurs nerveuses, nous porte à douter que, dans ce cas, les douleurs fussent véritablement de nature rhumatismale.

DEUXIÈME LETTRE À PIERRE BRETONNEAU SUR LA DENTITION DES ENFANS A LA MAMELLE ET SUR LES ACCIDENS QUI L'ACCOMPAGNENT; par le professeur TROUSSEAU.

Soupçonnant que les notions vulgairement admises sur la dentition des enfans à la mamelle n'étaient pas très exactes, M. Trousseau s'est livré à quelques recherches statistiques sur ce sujet. Il est arrivé, d'après, il est vrai, des moyennes peu élevées, à des résultats qui diffèrent un peu de ce que l'on admet généralement.

ÉPOQUE DE L'APPARITION DE LA PREMIÈRE DENT. — Cette époque a été positivement déterminée chez 25 enfans, 13 garçons et 12 filles, ainsi que le montre le tableau suivant :

La première dent a paru

Chez 2 garçons à 3 mois.	...	Chez 1 fille à 2 mois.
2 — à 4 —	...	2 — à 3 —
2 — à 5 —	...	1 — à 4 —
2 — à 6 —	...	1 — à 5 —
2 — à 10 —	...	3 — à 6 —
2 — à 11 —	...	1 — à 7 —
1 — à 14 —	...	2 — à 9 —
		1 — à 14 —
Extrêmes, 3 mois 14 mois	...	Extrêmes, 2 mois 14 mois.
Moyenne, 7 —	...	Moyenne, 6 —

La moyenne générale de l'apparition de la première dent serait donc, d'après ces résultats, à six mois et demi, tandis que l'âge de huit mois est regardé généralement comme l'époque à laquelle apparaît le plus souvent la première dent. L'opinion commune qui attribue aux petites filles une précocité plus grande qu'aux garçons n'est pas démentie par ces résultats, puisque chez elles l'éruption de la première dent paraît avoir lieu à six mois, tandis que chez les garçons elle est plus tardive d'un mois.

La première dent de lait de l'enfant est ordinairement une incisive médiane inférieure. Sur 28 enfans, 25 ont été dans ce cas. Chez 2, une incisive médiane supérieure est sortie la première; chez une petite fille, l'éruption des premières molaires a précédé celle de toutes les autres.

ÉPOQUE DE L'APPARITION DE LA SECONDE DENT. — Les 25 enfans chez lesquels la première dent a été une incisive médiane inférieure ont eu également pour seconde dent une incisive médiane inférieure. L'opinion commune est que cette seconde dent sort presque en même temps que la première. Cette opinion paraît vraie. Sur 25 enfans, l'intervalle qui a séparé la sortie des deux dents a été

4 fois de	1 jour.
2 —	2 —
1 —	3 —
3 —	8 —
7 —	15 —
1 —	30 —
1 —	90 —

et six fois l'époque n'a pu être déterminée par la mère.

Après les incisives médianes inférieures viennent les incisives médianes supérieures. Sur 18 enfans chez lesquels l'ordre d'évolution a été bien observé, 15 ont eu ces deux dents après les incisives médianes inférieures. L'intervalle qui sépare l'éruption des incisives inférieures de celle des incisives supérieures est moins rapproché qu'on ne le pense communément. Chez 13 enfans, chez lesquels M. Trousseau a pu l'apprécier, il a été

2 fois de..........................	8 jours.
3 —	1 mois.
3 —	2 —
1 —	3 —
1 —	4 —
2 —	5 —
1 —	10 —

Il y a donc, en général, un temps d'arrêt assez long après l'évolution des deux premières dents.

On peut établir comme règle qui ne souffre presque pas d'exception qu'après l'éruption de ces quatre premières dents, ce sont les incisives latérales supérieures qui paraissent les premières, et avant les incisives latérales inférieures; de sorte que l'enfant a d'abord deux dents en bas, puis quatre dents en haut. Il est étrange que ce fait, dit M. Trousseau,

qui est connu de toutes les femmes qui ont élevé quelques enfans, soit ignoré des savans, de ceux mêmes qui ont fait des traités spéciaux sur les dents. Tandis qu'il y a entre l'apparition des deux premières incisives inférieures et celle des supérieures un temps d'arrêt considérable ; l'évolution des quatre incisives supérieures semble, au contraire, se suivre à peu de distance.

Après la sortie de ces six dents, il y a encore un temps d'arrêt assez marqué chez beaucoup d'enfans. On dit communément que ce sont les deux incisives latérales inférieures qui succèdent aux quatre incisives supérieures; mais M. Trousseau a été amené par ses recherches à des conclusions bien différentes, et il établit, comme règle générale, qu'une ou plusieurs dents molaires et quelquefois des canines, sortent des alvéoles avant les deux incisives latérales inférieures.

Après la sortie des quatre premières molaires et des deux incisives latérales inférieures, il y a de nouveau un temps d'arrêt bien marqué; alors et successivement sortent les quatre canines; un nouveau temps d'arrêt a lieu, et enfin, de 24 à 30 mois, rarement plus tôt, quelquefois plus tard, les quatre secondes molaires sortent à leur tour.

Dans la seconde partie de son travail, M. Trousseau s'occupe des accidens qui accompagnent la première dentition, et spécialement de la diarrhée qui la complique si fréquemment, et sur laquelle il règne dans certaines familles des préjugés que le médecin a quelquefois bien de la peine à vaincre. La diarrhée qui survient si fréquemment pendant l'éruption des dents, non seulement n'est jamais utile, mais affaiblit les petits malades, les jette bientôt dans le marasme si elle se prolonge, et les conduit à la mort. Il est donc du devoir des médecins de combattre cet accident aussitôt qu'il se présente et lorsqu'il est le produit de l'irritation dentaire seulement.

OBSERVATIONS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DES POLYPES DES FOSSES NASALES; par M. FLEURY.

Dans cette revue clinique des observations de polypes traités à l'Hôtel-Dieu de Clermont, se trouve un fait intéressant sous le rapport du diagnostic de ces tumeurs.

OBS. — Une jeune femme entra à l'hôpital, demandant à être opérée de polypes des fosses nasales; et en effet elle présentait tous les signes apparens de cette affection. On voyait de chaque côté, à 12 millimètres de l'orifice antérieur des narines, une tumeur blanchâtre, arrondie, qui en obstruait complètement la cavité. Un stylet glissé sur la cloison pénétrait avec facilité dans la narine, tandis que du côté correspondant à la paroi externe des fosses nasales, il était arrêté par le pédicule de la tumeur.

La maladie étant reconnue, on chercha à extraire ce polype en tirant sur lui avec des pinces; mais, malgré des efforts assez considérables, il fut impossible d'en opérer l'arrachement; et à chaque traction, la malade accusait des douleurs très vives, qui lui répondaient dans toute la tête. Examinant alors de nouveau la tumeur, ce que la compression qu'elle avait subie permit de mieux faire, le chirurgien reconnut que l'excroissance prise pour un polype n'était autre chose qu'un prolongement de la pituitaire qui s'était recourbée en dedans et qui s'étendait jusqu'à la cloison; c'était le repli de la membrane, qui, dans l'état normal, dépasse le bord libre du cornet inférieur, et qui, sous l'influence d'une cause inconnue, s'était hypertrophiée. On débarrassa la malade de cette excroissance, en la détachant d'un trait à sa base avec des ciseaux courbes. Il ne s'écoula pas une seule goutte de sang.

Nous rappellerons à cette occasion un fait analogue dont nous avons été témoins en 1833. Une vivandière, âgée d'environ 50 ans, se présenta à l'Hôtel-Dieu avec une tumeur à surface rouge et fongueuse, ayant l'aspect d'un polype, qui sortait par la narine gauche. Le stylet pénétrait à une assez grande profondeur entre le contour de l'orifice nasal et la surface de cette tumeur; néanmoins, comme sa base d'implantation paraissait très large, on conçut quelques doutes sur la nature du cas; et, en effet, un traitement topique astringent amena en peu de temps une diminution de volume telle qu'il fut aisé de voir qu'il s'agissait seulement d'un boursoufflement de la membrane muqueuse de la cloison. Dupuytren, dans le service duquel cette malade avait été placée, insista beaucoup à sa clinique sur l'erreur de diagnostic dont une semblable affection aurait aisément pu devenir l'objet.

NOTE SUR UNE NOUVELLE MANŒUVRE APPLICABLE A QUELQUES CAS DE VERSION; par M. GODEFROY.

Tout le monde connaît les difficultés que présente souvent l'extraction des bras du fœtus, dans la version podalique; et si la matrice est dans l'état d'inertie, ces difficultés augmentent au point de rendre l'opération longue et douloureuse pour la mère et dangereuse pour l'enfant qu'elle expose à la fracture des membres supérieurs, à leur luxation, à celle de l'atlas sur l'axis et à l'apoplexie. M. Godefroy propose le procédé suivant, dont une pratique de huit années lui a prouvé les avantages : avec la main qui correspond de nom au côté du fœtus qui regarde en arrière ou en bas, on glisse sur la face antérieure de celui-ci jusqu'à ce qu'on rencontre les bras; on les saisit et on les extrait l'un après l'autre, en commençant par celui qui se trouve en dessus, et en entraînant le membre dans le sens de sa flexion. Les mains arrivées à la vulve, on applique un lacs sur le poignet pour les retenir. On fait alors la version sur les pieds comme à l'ordinaire; les deux membres thoraciques remontent dans l'utérus, mais au moyen de légères tractions exercées sur les lacs, on les maintient appliqués sur les côtés du tronc, et ils sortent en même temps que lui. L'opération, une fois le premier temps accompli, ne présente donc plus rien de remarquable que son extrême facilité.

Nous reproduisons ici les réflexions que M. Capuron a présentées à l'Académie de médecine, dans son rapport sur la communication de M. Godefroy. M. Capuron fait observer qu'en opérant à la manière ordinaire, on évite les deux introductions de la main dans l'utérus, que nécessite la méthode de M. Godefroy pour dégager les bras. Ce médecin prétend, il est vrai, que ces deux introductions sont moins dangereuses, au commencement, que les tentatives nécessaires pour dégager les bras quand l'utérus a été irrité par les manœuvres de la version; mais c'est ce que nie M. Capuron, surtout pour les cas d'inertie qu'on suppose. D'un autre côté, les deux bras amenés n'opposeront-ils aucun obstacle pour aller à la recherche des pieds ? La version se fera-t-elle aussi facilement si l'utérus a été préalablement irrité ? S'il est quelquefois difficile d'amener les bras après le tronc, ne le sera-t-il pas davantage encore d'aller à la recherche de celui-ci, de le pelotonner, lorsque les bras auront été dégagés ? Et, d'ailleurs, quand, dans l'ancienne méthode, on a besoin d'extraire les bras, ceux-ci sont déjà en partie dans le vagin ou même à la vulve.

On pourrait encore ajouter à ces objections, faites par M. Capuron, que les accidens dont la crainte a inspiré à M. Godefroy l'idée de sa nouvelle manœuvre sont excessivement rares, du moins entre les mains de médecins expérimentés. Cependant, à nos yeux, la proposition de M. Godefroy ne mérite pas toute la réprobation que fait peser sur elle l'honorable académicien. D'abord, cette manœuvre est très exécutable; on n'en saurait douter, puisque son auteur dit l'avoir pratiquée 24 fois sans grandes difficultés. Et, d'ailleurs, Péan, Deleurye et M. Champion n'agissent pas autrement, lorsqu'ils conseillent, dans le cas de sortie d'un bras, d'amener l'autre à la vulve, avant d'aller à la recherche des pieds. Nous ne voulons pas dire que cette méthode de version mérite d'être substituée à l'ancienne; mais il importe de ne pas lui chercher des difficultés imaginaires, et de s'en faire une idée juste, afin de pouvoir l'employer dans les cas où elle paraîtrait plus spécialement indiquée, dans ceux, par exemple, qui arrivent quelquefois, lorsque les pieds du fœtus sont très difficiles à atteindre, et qu'au contraire les membres thoraciques se présentent d'eux-mêmes, et opiniâtrement en quelque sorte, sous la main de l'accoucheur. On pourrait alors suivre le conseil de M. Godefroy, et ce serait le meilleur moyen d'abréger la manœuvre.

OBSERVATIONS ET RECHERCHES CRITIQUES SUR LES DIFFÉRENTES FORMES DES AFFECTIONS PUERPÉRALES; par M. A. TARDIEU.

Quatorze observations d'affections puerpérales sont rapportées ici par M. Tardieu comme des exemples des différentes formes sous lesquelles se présentent ces maladies, et qui ont été décrites par les auteurs comme des affections différentes, suivant les théories qu'ils avaient adoptées, depuis la fièvre puerpérale, proprement dite ou essentielle, jusqu'à la péritonite franchement inflammatoire et à la simple métrite. Suivant l'auteur, tous ces faits, réellement différens, seraient tous dominés par un grand caractère commun, l'état puerpéral. Mais, en quoi consiste cet état puerpéral? par quelle voie donne-t-il entrée dans l'économie à tant d'états morbides divers? Ce sont là des questions dont la solution pourrait seule jeter quelque lumière sur ce point si important ; il ne suffit pas de dire, comme le fait M. Tardieu, que les femmes se trouvent, après l'accouchement, dans des conditions physiologiques toutes spéciales, qui agissent à la manière de ces grands empoisonnemens morbides qui président au développement du typhus de tous les pays, des fièvres intermittentes et éruptives; car rien ne nous indique ni le point de contact, ni le mode d'action. Cependant, on ne peut douter qu'il n'y ait, entre ces affections de formes si variées, un point de départ commun, et qu'il ne se lie à l'état puerpéral ; et c'est s'abuser étrangement de ne voir dans ces affections que les organes malades.

QUEL EST LE RÉGIME LE PLUS UTILE AUX MALADES AFFECTÉS DU DIABÈTE SUCRÉ? par le docteur BRAVAIS.

Le régime prescrit par M. Bouchardat pour le traitement du diabète, et qui consiste, non seulement dans l'emploi d'une nourriture animale, mais aussi dans l'exclusion de toute substance gommeuse féculente ou sucrée, a déjà, comme on le sait, échoué entre ses mains; il a eu plus de succès dans celles du docteur Bravais, qui avait déjà observé un cas de guérison de diabète en 1827, dans le service de M. le professeur Récamier, par le traitement qui, à cette époque, était généralement employé, et qui se composait du régime animal et de l'emploi de l'opium et du camphre. M. Bravais n'a pourtant encore observé qu'un cas de guérison par le traitement que conseille M. Bouchardat, et ce cas s'est offert dans des circonstances assez extraordinaires pour que nous en fassions une courte analyse.

OBS. — M. M.., ancien notaire, âgé de 65 ans, doué d'un tempérament lymphatique et de beaucoup d'embonpoint, est resté bien portant jusqu'à 52 ans. A cette époque, il éprouva une attaque d'apoplexie, avec hémiplégie qui disparut entièrement. Depuis trois années, il souffrait d'une dysurie qui ne lui laissait pas de repos; quand, en 1840, à la suite de fortes contentions d'esprit, il fut pris d'une rétention complète d'urine, laquelle céda à une médication convenable; mais, quelques jours après, une soif ardente, des urines aqueuses, inodores, très abondantes, avec insomnie, sécheresse de la langue au centre, et fréquence du pouls, annoncèrent le début d'un diabète. Au bout de trois jours, la quantité des urines rendues en vingt-quatre heures étant de huit litres, le malade est soumis au régime prescrit par M. Bouchardat, exécuté dans toute sa rigueur et continué durant quatre mois et demi.

Dès le 1er décembre, c'est-à-dire treize jours après le commencement du traitement, les urines ont commencé à diminuer environ d'un litre par jour, et, dès le 6, elles étaient réduites à trois litres en vingt-quatre heures. La diminution de la soif, de la fièvre et de l'agitation nerveuse suivait celle des urines. Quelques infractions faites au régime vers le 11 et le 12 sont suivies de l'aggravation de tous les symptômes qui s'amendent aussitôt que le malade rentre dans la sévérité du régime. L'analyse des urines, faite le premier jour du traitement, avait donné 20 grammes de sucre pour 3 litres de liquide; celles du 8 décembre fournirent seulement 22 grammes pour 6 litres d'urine.

Le 12 janvier, la soif avait beaucoup diminué, la quantité des urines était réduite à 2 litres pour vingt-quatre heures; dès-lors, on commença à donner un peu de pain et de riz. Pendant les mois de février et de mars; on accorda quelquefois des pommes de terre et du sucre.

Au 1er avril, M. ... usait de toute sorte d'alimens, et depuis il a joui d'une excellente santé, sans éprouver le moindre ressentiment de l'affection diabétique.

NOUVEAU PROCÉDÉ A LAMBEAUX ANTÉRO-POSTÉRIEURS POUR L'AMPUTATION SUS-MALLÉOLAIRE; par M. TAVIGNOT.

Le procédé que propose M. Tavignot a beaucoup de rapports avec celui de Ravaton, dont il diffère cependant 1° en ce que les lambeaux sont exactement antérieur et postérieur; 2° en ce qu'on fait d'abord les deux incisions verticales, et qu'on ne réunit qu'ensuite leurs extrémités inférieures par des incisions horizontales; 3° en ce que l'on taille le lambeau antérieur plus court que le postérieur, afin d'avoir une cicatrice qui soit placée au centre du moignon; 4° en ce que le bord inférieur des lambeaux, au lieu d'être coupé carrément, doit représenter une ligne convexe, ce qui en facilite beaucoup le rapprochement exact et l'adhésion ultérieure.

On comprend, sans que nous entrions dans une description plus détaillée de ce procédé, quelles différences il présente avec ceux de Salémi, de MM. Lenoir et Blandin. Quant à ses avantages, ils sont loin d'être aussi évidens, et nous laissons aux lecteurs le soin de les apprécier, à l'expérience celui d'en confirmer la réalité. Disons cependant que M. Tavignot cite 3 cas d'amputation où ce mode opératoire a paru exercer une heureuse influence sur la rapidité de la cicatrisation et sur la bonne conformation du moignon.

V. L'EXPÉRIENCE.

Les numéros d'octobre, novembre et décembre 1841, renferment les articles suivans: 1° *Observation d'un utérus bicorne, suivie de quelques considérations physiologiques*; par M. Dumas. 2° *Recherches sur le développement des os*; par M. Flourens. (Mémoires insérés dans la GAZETTE MÉDICALE, 1841, n. 42 et 45.) 3° *Nouvelles recherches sur la diathèse purulente*; par M. J. P. Tessier. 4° *Du redressement des os fracturés et des fractures de l'extrémité inférieure du radius*; par M. A. Thierry. (Deux observations de fractures de l'extrémité inférieure du radius, consolidées avec difformité, et redressées, l'une au bout de vingt-cinq jours, par rupture du cal, l'autre au bout de quarante-cinq, par une pression exercée à deux reprises, pendant une heure, au moyen d'un étau à main.) 5° *Discours de rentrée de la Faculté de médecine*; par M. Gerdy. 6° *Observation d'anévrisme de la crosse de l'aorte*; communiquée par M. Breschet. 7° *Observation de deux tumeurs anévrismales chez le même sujet, et sur la guérison de cette maladie par la compression, aidée de la méthode de Valsalva*; par le même. 8° *Fragmens de philosophie médicale* (Cabanis); par M. Dubois (d'Amiens). 9° *Coup-d'œil historique sur la théorie des hémorragies spontanées*; par M. Arnaud.

OBSERVATION D'UN UTÉRUS BICORNE, SUIVIE DE QUELQUES CONSIDÉRATIONS PHYSIOLOGIQUES; par M. DUMAS.

Ce mémoire de M. Dumas est extrait du JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE DE MONTPELLIER.

A la suite d'un cas d'utérus bicorne observé par lui, l'auteur réunit la plupart des faits semblables, et tire de leur rapprochement les conclusions suivantes:

1° L'évacuation menstruelle peut continuer dans un adutérum vide, pendant l'existence d'un embryon dans l'autre lobe utérin.

2° Les deux cornes sont loin de s'influencer réciproquement, au point que le lobe vide suit toujours sous l'influence immédiate de celui qui est fécondé.

3° La femme peut en même temps être enceinte à droite et vierge à gauche, *et vice versa*, être en couches et grosse.

4° La superfétation doit être admise, non seulement dans les cas d'utérus double à double col et à double museau de tanche, mais encore dans les cas d'utérus bi-lobulaire et bi-cavitaire à col et à museau de tanche uniques.

5° Malgré l'absence de preuves anatomiques constatant l'existence de la superfétation dans les cas d'utérus bicorne ou bicavitaire, elle doit être cependant admise en médecine légale.

6° Dans les cas d'utérus bicorne prononcé, il y aura inclinaison du lobe prolifère du même côté, et ensemble de signes un peu différens de ceux qui caractérisent la grossesse dans un utérus simple.

7° Quoiqu'on ne puisse pas poser en principe que chaque partie d'un utérus double ou bicavitaire ne saurait se développer assez pour contenir un fœtus à terme, il est permis de croire à de fréquens avortemens.

8° Cette organisation bicorne exagérée rend difficile l'accouchement, ainsi que la sortie de l'arrière-faix, et facilite la déchirure des parties.

9° Grâce à la disposition observée par M. Martin St-Ange (dans laquelle la cavité du col de l'utérus communique avec celle du corps par un canal étroit et long de 13 millimètres), on peut expliquer la rétention des secondines et la difficulté que présente leur extraction quand on n'a pas, au préalable, dilaté le canal qui les retient.

OBSERVATION DE DEUX TUMEURS ANÉVRISMALES CHEZ LE MÊME SUJET, ET SUR LA GUÉRISON DE CETTE MALADIE PAR LA COMPRESSION AIDÉE DE LA MÉTHODE DE VALSALVA; par M. BRESCHET.

OBS. — Petit (Adolphe), âgé de 33 ans, fut affecté, en 1832, d'un anévrisme au creux poplité du côté droit; la tumeur avait acquis en un mois le volume d'un œuf de poule, lorsque M. Rogers, chirurgien à New-York, fit la ligature de la crurale au tiers supérieur de la cuisse. Sept semaines après l'opération, la tumeur avait complètement disparu et le malade put reprendre ses travaux.

Sept années s'étaient écoulées depuis la guérison de l'anévrisme poplité droit, lorsqu'en 1839 Petit s'aperçut qu'une tumeur semblable se formait sous le jarret gauche. Ce ne fut cependant qu'après cinq mois qu'elle atteignit le volume d'un œuf de poule.

Le 15 février 1840, M. Nancel, de New-York, lia l'artère fémorale gauche au tiers inférieur de la cuisse. Mais, loin de diminuer, la tumeur continua de croître, et déjà elle menaçait de s'ouvrir lorsque le malade revint en France. Entré à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Breschet, il présentait une tumeur occupant tout l'espace compris entre le tiers inférieur de la cuisse et le tiers supérieur de la jambe. A sa surface, la peau était violacée, sans bosselure, et parcourue par des veines variqueuses, amincie et ulcérée dans un point par où se faisait un suintement sanguin. Du reste, on ne percevait, dans toute l'étendue de l'anévrisme, ni battement, ni mouvement d'expansion, ni bruit de souffle. L'artère fémorale battait au-dessus de la cicatrice indiquant le lieu où avait été placée la ligature; mais, au-dessous de ce point, on ne sentait aucune pulsation. Les battemens des artères de la jambe et du pied étaient faibles, mais appréciables cependant. Le genou, dans sa plus grande circonférence, avait 55 centimètres, celui du côté opposé n'en présentant que 46. Des battemens correspondant à la face postérieure du sternum dans une très grande étendue et un bruit de souffle

très marqué dans la région précordiale dénotaient une affection organique du cœur et une dilatation de l'aorte.

Après une consultation où se trouvaient présens MM. Récamier, Blandin, Lallemand de Montpellier, Michon, Robert, Pétrequin de Lyon, Amussat, M. Breschet commença le traitement en condamnant le malade à un repos absolu au lit, et faisant établir une compression médiate sur la fémorale au-dessous de l'anneau crural. Ces moyens aidés des réfrigérans, et continués pendant trois mois, n'amènent aucune amélioration.

On essaya alors la compression exercée sur la tumeur elle-même avec une bande roulée depuis le pied jusqu'au milieu de la cuisse; le genou fut entouré de vessies remplies de glace; on saigna plusieurs fois le malade à des intervalles rapprochés, diminution successive de la quantité d'alimens; purgations légères mais répétées; administration à l'intérieur de la digitale et de l'acétate de plomb. En même temps, le compresseur de Dupuytren fut appliqué sur l'artère crurale au-dessous de l'arcade fémorale, de manière à empêcher le sang d'arriver dans la crurale profonde. Au bout d'un mois et demi de l'emploi de ces moyens, la tumeur avait diminué de 5 centimètres; mais arrivée là, elle demeura stationnaire.

M. Breschet fit alors ajouter au pansement des compresses graduées, pour rendre la compression plus énergique. Mais ceci ne suffisant pas encore, il mit en usage des bandelettes de diachylon gommé dont les chefs venaient s'entrecroiser au-dessus et au-dessous de la rotule. Ce traitement continué pendant cinq semaines amena encore une réduction de 5 centimètres dans le volume de la tumeur. Mais une inflammation érysipélateuse qui se déclara alors força de discontinuer l'emploi du diachylon.

La compression dut par conséquent être encore modifiée. Aussi, une fois l'érysipèle dissipé, l'on disposa des compresses en forme de coin qu'on appliqua longitudinalement; au-dessus de celles-ci, on exerça une forte compression avec les bandes, pressant ainsi sur la base des coins qui étaient au nombre de trois. Un mois après, il y avait encore diminution de 5 centimètres. On diminua dès lors la compression, et le malade put être considéré comme guéri, le genou gauche n'ayant que 2 ou 3 centimètres en circonférence de plus que celui du côté droit. Examiné au bout de trois mois, l'état était resté satisfaisant, et rien n'annonçait que la tumeur dût reparaître.

Ce fait présente plusieurs circonstances dont l'intérêt justifie suffisamment le soin que nous avons mis à en reproduire tous les détails. Ainsi, 1° il montre l'effet de la diathèse anévrismale poussée à un haut degré; 2° c'est un exemple, et un exemple rare, d'anévrisme n'ayant subi aucune diminution immédiate ni secondaire, après une ligature portée sur l'artère qui l'alimentait; 3° enfin, au point de vue thérapeutique, il apprend, d'un côté, à combiner tous les moyens reconnus efficaces au lieu de s'en tenir systématiquement à un seul, et de l'autre à ne pas désespérer du succès, malgré l'inutilité des premiers efforts et la lenteur de la cure.

FRAGMENS DE PHILOSOPHIE MÉDICALE; par le docteur DUBOIS (d'Amiens).

§ 1. CABANIS. — Les progrès de l'anatomie et de la physiologie ont-ils donné l'explication, comme le prétendent les modernes organiciens de ces grands problèmes de philosophie si longtemps discutés? Toutes les questions sur les points les plus élevés de l'homme et de la nature ont-elles trouvé leurs solutions dans l'étude approfondie de l'organisation? Telles sont les questions que M. Dubois se propose d'examiner dans ces fragmens avec les nouveaux élémens que fournit la science. La lutte que MM. Cousin et Jouffroy ont livrée au sensualisme en se bornant au point de vue purement psychologique, M. Dubois vient la recommencer contre l'organicisme qui n'est après tout que la continuation du sensualisme; mais qui se donne comme plus complet, comme plus satisfaisant, après les travaux de Cabanis, de Gall et de Broussais en anatomie et en physiologie. C'est à l'aide des mêmes armes et en se bornant purement au point de vue organique que l'auteur se propose de démontrer l'insuffisance de l'organicisme.

C'est contre Cabanis d'abord que M. Dubois dirige ses premiers coups, contre Cabanis, qui en sa qualité de médecin et de physiologiste, a tenu compte des accidens de l'organisation et des différens phénomènes de la vie, transportant le combat dans une région où les spiritualistes ne pouvaient le suivre. M. Dubois démontre facilement que toutes les explications de Cabanis n'expliquent rien ou ne font que reculer les difficultés; bien plus, même après l'avoir pris en flagrant délit d'ignorance, sur des faits connus aux époques les plus reculées de la science, et que ce dernier invoque cependant comme des preuves à l'appui de ses théories, il fait voir qu'arrivé aux dernières limites de la discussion, le philosophe matérialiste est obligé d'admettre *un principe ou une faculté vivifiante que la nature fixe dans le germe ou répand dans les liqueurs séminales*, ce qui renverse tout son système et donne gain de cause aux spiritualistes. Cabanis n'est pas plus heureux dans l'application des phénomènes organiques aux phénomènes intellectuels, et M. Dubois n'a besoin que de citer textuellement ses assertions sur les opérations du cerveau qui produit la pensée, de même que l'estomac et les instestins opèrent la digestion, que le foie filtre la bile, etc., etc., pour démontrer leur insuffisance, et cependant ces assertions ont été adoptées comme des preuves, comme le résultat de nouveaux faits acquis à la science!

Vers la fin de son travail, M. Dubois, abandonnant un peu Cabanis et inspiré par l'école spiritualiste allemande, fait voir quelles idées grandes et philosophiques le spiritualisme peut déduire de l'observation intelligente de l'évolution organique. Le passage suivant qui termine ce fragment donnera quelque idée de l'école dont M. Dubois se fait ici le représentant.

« La question est donc posée ici tout autrement que dans l'antiquité et dans la plupart des écoles modernes; il ne s'agit plus de se demander si le principe de l'intelligence doit être considéré comme logé dans telle ou telle partie du cerveau, ou comme un simple accident de la matière, comme une *fonction* dépendant de l'arrangement de cette même matière; placés dans cette alternative, les physiologistes et les philosophes se débattaient depuis des siècles; l'école spiritualiste en physiologie a changé les termes et le fond de ce problème; elle vise à l'honneur de concilier les données de la physiologie, c'est-à-dire de la science avec celles de la morale; elle cherche à établir que le principe de l'intelligence n'est ni l'hôte du cerveau, ni le résultat de son arrangement matériel; elle prétend prouver que le principe de la vie tend continuellement et partout à se manifester, à se réaliser, en poussant la matière dans les mille et mille formes de l'organisation; qu'enfin dans son essence il nous apparaît comme fini dans l'espace; qu'impérissable de sa nature, il nous apparaît comme périssable dans le temps; elle voit aussi l'intelligence, la pensée, l'esprit, l'ame enfin, le ψυχη des Grecs, matériellement réalisés sous la forme de l'organisation cérébrale; sous cette forme elle le voit fini et périssable; mais elle ne s'en croit pas moins en droit de conclure à son immatérialité et à son immortalité. »

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 31 JANVIER.

CHALEUR DEVELOPPÉE DURANT L'INCUBATION DES REPTILES.

M. Duméril lit un extrait du 6e volume de sa *Zoologie générale*, relatif à cette question. Il y a 5 ou 6 mois, dit-il, que M. Valenciennes, professeur au Muséum, vint lire à l'Institut un mémoire, sur un fait très curieux qu'il avait constaté, c'est que la femelle d'un gros serpent boa, en couvant les œufs qu'elle avait pondus, avait développé 6 à 7 degrés de chaleur de plus que n'en manifestait la boîte dans laquelle elle était renfermée et maintenue dans une température qu'on s'efforçait de rendre constante. Ses observations ayant été insérées dans les comptes-rendus de l'Académie, M. Lamare-Picquot qui, en 1833, avait émis des idées semblables et même établi une polémique à ce sujet avec M. Duméril nommé alors rapporteur de son mémoire, a cru pouvoir profiter de cette circonstance pour prier l'Académie de revenir sur le jugement porté à cette époque.

Ce jugement soulevait en effet quelques doutes sur les habitudes qu'auraient les serpens, de têter les vaches et sur leur faculté de développer de la chaleur durant l'incubation. Ces doutes étaient motivés d'une part sur la structure de la bouche des serpens, dont les mâchoires, multiples en apparence, ont des dents dont les pointes acérées sont toujours dirigées en arrière; d'autre part sur le mode de la circulation des serpens et sur l'organisation de leurs poumons qui ne peuvent produire qu'une température variable comme celle du milieu dans lequel ces animaux sont appelés à vivre.

M. Duméril persiste dans sa première opinion et prouve par les détails qu'il met sous les yeux de l'Académie qu'un serpent qui aurait saisi le pis d'une vache pour le sucer ne pourrait se détacher de la peau, puisque nécessairement ses dents y auraient pénétré. Quant à la chaleur que la serpent semble développer lorsqu'il est tapi sur ses œufs, M. Duméril s'est attaché à éclairer cette question avec beaucoup de développemens, dans une dissertation anatomique et physiologique sur l'organisation des serpens et sur celle de leurs œufs.

Voici ses conclusions : aucun reptile ne couve réellement, ou plutôt ne peut chauffer ses œufs par lui-même : tous les reptiles sont à cet égard dans les mêmes conditions que les poissons dont le corps admet et perd le calorique, suivant la température du milieu qui l'enveloppe. Les germes contenus dans les œufs qui ont été échauffés artificiellement, s'y sont évidemment développés; leurs organes sont entrés en fonction; il s'y est opéré une solidification des liquides; les phénomènes qui ont lieu pendant la vie s'y sont manifestés à l'aide de la pénétration du calorique et peut-être de l'électricité. L'absorption de l'oxigène a eu lieu ainsi que l'exhalation de plusieurs fluides; très-probablement le corps de la mère s'est mis en équilibre avec leur température moyenne. Cette chaleur a dû être distribuée ou répartie également entr'eux puisqu'ils étaient empilés ou placés les uns sur les autres, sous une sorte de voûte fermée de toute part, et surtout dans la

partie supérieure qui ne permettait pas à la chaleur de s'échapper de cette espèce de four.

Une expérience positive a même été faite à ce sujet : on avait disposé une couverture de laine, contournée sur elle-même, de manière à former un vide intérieur. Cet ensemble a été placé dans l'une des cages ou boîtes en bois chauffées par le bas au moyen d'une caisse métallique remplie d'eau chaude, et dans le même appareil que celui qui avait servi aux observations de M. Valenciennes. Au bout de quelques heures, deux thermomètres furent placés dans la même caisse, l'un au-dehors de l'espace où était disposée la couverture en laine ; l'autre dans le vide intérieur de cette sorte de four, et ce second thermomètre indiqua 10 degrés centigrades de température en plus que le premier, qui était placé dans l'intérieur de cette caisse, dont l'air était refroidi.

M. Duméril conclut que les œufs du python observé avaient reçu d'abord la chaleur artificielle ambiante ; secondement, que chacun des œufs en a produit un peu ; troisièmement, que la mère et ses œufs ont dû être mis passivement et uniformément en équilibre de température ; que, par conséquent, ce python n'a pas pu développer plus de chaleur animale que ne le peuvent faire les autres reptiles.

RESPIRATION DES ASCIDIENS.

M. Coste lit une note sur ce sujet. Ayant appris que l'on croit généralement que ces mollusques rejettent par l'anus l'eau qu'ils ont introduite dans leurs branchies, il chercha à déterminer par où ce liquide pourrait passer pour suivre cette voie. Il a trouvé à la vérité des ouvertures placées dans les espaces ovalaires du sac branchial ; mais en les examinant avec soin et à l'aide du microscope, il a reconnu qu'elles n'ont ni la régularité de situation, ni la forme d'ouvertures normales. En conséquence, il les regarde comme des éraillemens, des déchirures ; et, en effet, ayant disséqué des ascidiens avec les plus grandes précautions, et sans imprimer de secousse au corps de l'animal, il a vu que ces ouvertures ne sont autre chose que l'orifice d'une poche, dont le fond est constitué par une membrane très délicate, et très sujette à se rompre. M. Coste annonce qu'il mettra prochainement sous les yeux de l'Académie des pièces prouvant que l'appareil branchial des ascidiens est fermé de toutes parts par une membrane continue, et qu'ainsi l'eau ne peut passer à travers ces prétendues ouvertures.

(Commissaires : MM. Flourens, Milne Edwards et de Blainville.)

MORSURE DES SCORPIONS.

M. Guyon, ayant observé plusieurs espèces de scorpions, s'est proposé de déterminer par des expériences quelle est l'influence de leur morsure sur les animaux. Ayant fait mordre des oiseaux, des chats et des cochons d'Inde, il les a vus ordinairement périr ; mais les animaux plus gros, et de la taille de l'homme, ont constamment résisté. A la vérité, il n'expérimentait qu'avec des scorpions d'une petite espèce, qu'il appelle *scorpio occitanus*.

BOUTON D'ALEP.

M. Guyon entre aussi dans quelques détails sur le bouton d'Alep. Cette affection, comme on le sait, est très fréquente en Syrie. Les habitans du pays disent qu'elle est due aux eaux d'une fontaine qui se trouve à 2 lieues environ d'Aleps ; mais M. Guyon pense que cette opinion est dénuée de fondement.

NICOTINE.

M. Barral écrit à l'Académie qu'il est parvenu à obtenir la nicotine pure. Il a expérimenté avec cette substance, qui est l'alcali du tabac, et il a reconnu qu'elle a une capacité de saturation très faible, comparativement aux autres alcalis. Ses effets délétères sur l'économie sont très rapides et très énergiques.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 1er FÉVRIER. — PRÉSIDENCE DE M. FOUQUIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

MOLE HYDATIDIQUE.

M. Boucher, de Versailles, envoie à l'Académie l'observation suivante de môle hydatique, ou faux germe en grappe :

Obs. — La nommée Dallemagne, femme Goret, ouvrière, domiciliée à Versailles, âgée de 23 ans, très blonde, d'une petite stature et d'un tempérament lymphatique, fut réglée à l'âge de 14 ans ; mais depuis les menstrues ne coulaient qu'en petite quantité.

Cette femme primipare eut sa dernière apparition menstruelle le 9 mai 1841. Cette cessation fut suivie de tous les symptômes sympathiques de la grossesse accompagnés du développement régulier de l'abdomen.

Le 10 août, une perte assez abondante, lui faisant craindre une fausse couche, la força de faire appeler la dame Leroux, sage-femme qui lui prescrivit le repos, la diète et la limonade pour boisson.

Le 28 août, nouvelle perte ; la même sage-femme, de nouveau appelée, pratiqua le toucher vaginal et l'examen lui fit reconnaître que le col de l'utérus n'avait éprouvé aucun changement ; mais que le segment inférieur de la matrice était développé. Il lui fut impossible de faire exécuter le mouvement de ballottement ; par le palper abdominal, elle trouva le fond de l'utérus dans la région hypogastrique. Comme cette fois il y avait des symptômes de pléthore bien manifeste, elle pratiqua une saignée dont les résultats furent satisfaisans.

Le 25 septembre, un écoulement plutôt qu'une perte se manifesta de nouveau ; mais il était tout à fait intermittent ; depuis la première perte, le ventre n'avait acquis aucun développement ; il semblait, au contraire, s'affaisser. La femme disait ne sentir aucun mouvement, ce qui lui fit supposer que la grossesse n'était pas aussi avancée qu'elle l'avait cru ou qu'il y avait quelque chose d'anormal ; elle fut donc de nouveau visitée par la sage-femme, et toujours même impossibilité de faire exécuter le mouvement de ballottement.

Les choses restèrent ainsi jusqu'au 12 novembre, neuf heures du soir, heure à laquelle la femme Goret fut prise d'une hémorragie très forte, accompagnée de contractions utérines qui eurent le caractère et la marche ordinaire ; elles durèrent jusqu'au lendemain, six heures du matin. A ce moment, l'expulsion d'une partie de la môle hydatidique vint en arrêter la force et la fréquence ; l'exploration vaginale, de nouveau pratiquée, fit reconnaître que le col utérin était développé, l'orifice dilaté de la largeur d'une pièce de cinq francs ; une masse volumineuse y était engagée.

L'hémorragie continuant, l'introduction des doigts le plus haut possible, puis de légères tractions permirent d'extraire la portion qui était encore contenue dans l'utérus. Ces parties réunies formèrent une môle du poids de 560 grammes (18 onces environ). La perte cessa aussitôt après la sortie du corps étranger. Il n'y eût qu'un léger écoulement lochial qui dura les deux premiers jours.

Il n'y eut aucune sécrétion laiteuse ; seulement des tranchées utérines assez violentes se firent sentir dans les vingt-quatre heures de la délivrance.

Cette femme s'est très bien rétablie et a été en état de reprendre ses travaux au bout de quinze jours.

CORRESPONDANCE.

M. Dubois (d'Amiens) fait hommage à l'Académie de la collection des thèses soutenues devant la Faculté de médecine de Paris, depuis l'année 1835 jusqu'à l'année 1841.

M. Ollivier (d'Angers) dépose sur le bureau un mémoire relatif à cette question : Quelles sont les opérations de chirurgie que les officiers de santé peuvent pratiquer sous la surveillance des docteurs en médecine ?

M. le Président annonce à l'Académie la mort d'un de ses membres correspondans, M. Reynaud, chirurgien de marine à Toulon.

OUVERTURES DE CADAVRES DANS LES HOPITAUX.

M. le Président : J'ai l'honneur d'informer l'Académie que des démarches ont été faites par le bureau auprès du ministre pour appuyer les réclamations qui lui avaient déjà été adressées contre l'arrêté du conseil général des hôpitaux, portant défense de faire les autopsies des sujets morts dans les hôpitaux, à moins d'une permission des parens. M. le ministre a révoqué cet arrêté, ou plutôt l'a supprimé. Les choses resteront donc telles qu'elles étaient par le passé, c'est-à-dire qu'on fera les autopsies, à moins que les sujets n'aient été réclamés par leurs parens, et même, dans certaines circonstances, on pourra ouvrir les individus réclamés. (Marques générales d'approbation.)

RAPPORT SUR LES TITRES DES CANDIDATS A LA PLACE VACANTE.

M. Londe est appelé pour lire le rapport sur les titres des candidats à la place vacante dans la section d'hygiène ; en conséquence M. le président annonce que l'Académie va se former en comité secret.

M. Nacquart : Lorsque l'Académie se forme en comité secret, il serait dans les bienséances que le public en fût prévenu d'avance. Ne pourrions-nous pas, par conséquent, remettre la lecture de ce rapport à la séance prochaine. Rien ne presse de l'entendre aujourd'hui même ; aucun intérêt ne périclite : et nous satisferions ainsi aux égards que nous devons aux personnes qui nous font l'honneur d'assister à nos séances. (Appuyé, appuyé !)

M. Gérardin : Le bureau n'a pas su d'avance que M. Londe lirait son rapport aujourd'hui ; il ne lui a donc pas été possible de prévenir le public.

L'Académie consultée déclare qu'elle entendra aujourd'hui le rapport de M. Londe.

La séance publique est levée à 3 heures et demie.

BIBLIOGRAPHIE.

PARALLÈLE DE DELPECH ET DE DUPUYTREN ; par F. Bouisson. — In-8° de 38 pages. Montpellier, chez Castel, Grand'Rue, 32, et Paris, chez Germer Baillière.

Parmi les réflexions que fait naître l'histoire des hommes élevés, il en est une sur laquelle on aime à s'arrêter souvent, parce qu'elle sert à la fois à tranquilliser sur le sort définitif des découvertes, et à justifier la société du reproche d'ingratitude dont on la charge si fréquemment à l'égard de leurs auteurs. C'est que, dans la carrière qu'ils parcourent, le service n'attend pas longtemps sa rémunération. Le suffrage public est

leur seul but, l'unique récompense qu'ils ambitionnent; aussi voyez comme on s'empresse de la leur décerner! La tombe est à peine fermée, hier l'amphithéâtre retentissait de la parole du maître, et déjà une main toute frémissante encore de la dernière pression de sa main essaie une biographie, qui sera à coup sûr inutile pour les contemporains, et que l'époque même de sa date doit aussi frapper de nullité aux yeux de nos successeurs. Ce n'est pas de si près, en effet, qu'on peut bien écrire l'histoire. Le talent ne passe point parmi nous sans laisser de vives sympathies et des oppositions non moins tenaces; et s'il est vrai qu'on ne doive jamais juger un homme pendant sa vie, il conviendrait d'accorder aux morts illustres un délai prolongé bien au-delà de ce terme, car leur autorité et le prestige de leur nom ne s'éteint pas avec eux. Trop souvent l'enthousiasme posthume des disciples propage l'erreur bien mieux que l'influence d'un talent toujours contesté tant qu'il est debout; et l'amitié, alors même qu'elle ne croit que payer un juste tribut à une mémoire regrettée, devient l'instrument le plus actif d'hérésies qui n'en ont pas moins de danger parce qu'elles sont de bonne foi.

Ce qu'on dit ici des éloges, critiques, notices, biographies, de toute appréciation en un mot, sous quelque titre qu'on la tente, à plus forte raison pourrait-on le dire des parallèles. N'est-ce donc pas assez des préoccupations de l'amitié, ou de passions moins généreuses, de l'inévitable ascendant qu'exerce sur nos opinions une haute renommée ou un beau nom? Est-il si facile enfin d'être juste pour qu'on prenne comme base de son jugement la considération la plus antipathique à toute justice, je veux dire la comparaison continuelle du mérite et des droits d'un rival? Aussi ce genre de composition est rarement entrepris avec une intention d'impartialité complète. Est-il possible d'aimer, est-il possible de connaître deux hommes au même degré? Et, dès-lors, comment la balance pourrait-elle rester égale entre eux, quand tout, passions, préjugés, souvenirs de jeunesse, esprit de secte, sentiment de nationalité même, vient à l'envi faire vaciller la main qui la porte. La candeur de l'historien a vraiment ici à faire à trop forte partie, et malgré le courage et l'abnégation de l'écrivain, malgré tous ses artifices de style, le lecteur ne tarde pas à reconnaître quel est celui de ses deux héros qu'il a voulu placer sur le piédestal; et dès qu'il l'a deviné, le voilà irrévocablement détaché de l'œuvre, quel que soit d'ailleurs le mérite de celle-ci; car s'il y a toujours quelque chose qui répugne à entendre le panégyrique d'un homme, que sera-ce lorsque l'éloge ne lui est accordé qu'aux dépens de ses rivaux!

Telles sont les difficultés qu'avait à surmonter M. Bouisson dans la tâche qu'il s'est imposée. Le nom seul de l'auteur accuse la couleur et les tendances de l'ouvrage. Trop souvent on s'aperçoit, en lisant ce brillant et chaleureux écrit, qu'il ne suffit pas, pour rester juste, de vouloir l'être, et la puissance du souvenir a, dans maint endroit, entraîné la plume un peu au-delà des bornes d'une rigoureuse équité. Faut-il s'en prendre uniquement au disciple? Et le sort de Delpech, si expansif lui-même, ne serait-il point de ne jamais pouvoir être jugé qu'avec le cœur et l'imagination? Quoi qu'il en soit, nous n'accuserons point M. Bonisson d'avoir dissimulé ou affaibli un seul des véritables titres de Dupuytren. Il a également fait œuvre d'équité en passant rapidement sur ces imperfections de caractère, triste fruit de l'amour de la célébrité, que l'envie s'est si souvent plue à rappeler. Ce sont là les événemens de la vie privée, les passions de l'homme, non du chirurgien; et si les amis du professeur de l'Hôtel-Dieu peuvent le plaindre d'en avoir été l'esclave, la critique scientifique n'a pas le droit de lui reprocher des malheurs qui n'influèrent jamais sur la manière dont il savait remplir tous ses devoirs. Soit indifférence, soit mépris pour ses contemporains, Dupuytren resta toujours caché à leurs yeux d'un voile qu'aucun d'eux n'essaya impunément de soulever; nul ne l'a pu connaître, nul ne le doit juger; et ceux qui cherchent aujourd'hui, avec une aigreur mal déguisée, à convertir en crimes des faiblesses plus dignes de pitié que de blâme, n'avouent-ils pas par cela seul que ses vrais droits à la célébrité, ses travaux scientifiques, restent à l'abri de leurs attaques autant qu'au-dessus de leur imitation?

Nous ne pousserons pas plus loin ces réflexions. Bien que le parallèle si bien commencé par M. Bouisson ait, ce nous semble, besoin d'être complété sur plus d'un point, en ce qui concerne Dupuytren, ce n'est pas nous qui voudrions entreprendre cette tâche. A son tour peut être le nom du professeur de Montpellier aurait à souffrir des sentimens d'affection et de respect que nous portons à la mémoire de notre ancien maître, et nous ne nous sentons ni le cœur assez froid, ni la main assez sûre pour accomplir, comme elle devrait l'être, cette œuvre d'appréciation. L'historien ne doit jamais se mettre en position d'avoir à opter entre ses sympathies et son devoir, et quels reproches, par exemple, ne serait-on pas en droit de nous faire, si nous nous laissions entraîner à imiter certains passages de M. Bouisson; celui, par exemple, où il ne craint point d'affirmer que *Dupuytren n'était supérieur à Delpech qu'en science diplomatique.*

Nous ne blâmons point cette partialité; nous savons tout ce qui l'excuse, et elle est trop naturelle chez M. Bouisson pour qu'on puisse songer à lui en faire un sujet de reproche. Il importait seulement de la signaler au lecteur pour lui montrer sous quelles réserves il doit accepter les jugemens formulés dans cet écrit, et le mettre à même de profiter plus utilement des idées fortes et vivifiantes dont il abonde. Si le culte des grands hommes élève l'ame et soutient le courage, quels remercîmens ne doit-on pas à ceux qui savent, par la peinture animée de leur vie, faire payer à la postérité ce juste tribut d'éloges qu'elle aime tant à rendre au vrai mérite. Il est si doux d'avoir à louer que, par un secret mouvement, on associe souvent au nom du héros le nom du panégyriste, et ce ne serait ici que justice; car l'homme qui a si bien fait ressortir les droits différens des deux célèbres chirurgiens et la portée distincte de leurs travaux, ne peut avoir rempli sa tâche aussi habilement qu'il l'a fait, sans s'être inspiré, chemin faisant, du génie de ses modèles. Il les examine sous toutes leurs faces, professeur, savant, praticien, écrivain, tous les traits apparaissent frappans de vérité, aucun aperçu important n'est omis, tout concourt à dessiner la forte individualité que l'écrivain s'est chargé de rendre ressemblante par la fidélité de l'esquisse non moins que par l'effet des contrastes. Voyez, pour ne donner qu'un exemple, comment, dans le sujet le plus difficile, dans l'analyse de la méthode d'enseignement propre à chacun d'eux, M. Buisson est parvenu à découvrir, à signaler l'impulsion première et les moyens secrets qui donnaient, dans les deux chaires de Paris et de Montpellier, des résultats si magnifiques, quoique différens: Delpech et Dupuytren, dit-il, avaient une manière d'enseigner bien distincte. Celui-ci, après avoir élaboré la pensée, l'exposait méthodiquement; il y avait harmonie et esprit de suite dans ses leçons; tout semblait pesé, médité, calculé à l'avance. Delpech s'abandonnait avec plus de verve; sa parole, rapide comme sa conception, tantôt pressait les argumens, tantôt les variait par des tableaux vivement colorés. Dupuytren composait ses leçons avec mesure, et connaissait mieux ce qu'on nomme l'économie du discours; il ralliait toutes ses idées autour de quelques points principaux, et avait le soin d'insister, de revenir même sur les passages dont il connaissait l'importance; ses descriptions de maladies étaient d'une exactitude parfaite. Delpech, sans cesser d'être exact, possédait davantage l'art d'intéresser; il était plus expansif, racontait avec chaleur, et avait toujours le talent d'échapper à la monotonie des divisions classiques, consacrée à l'histoire des maladies. Dupuytren était maître de sa pensée, et la comprimait au besoin; Delpech en était l'esclave; mais l'essor de ses idées le compromettait rarement, parce qu'il était habitué à penser juste. Qu'il était éloquent quand il ne cherchait point à l'être, et qu'entraîné par une subite et profonde émotion il la laissait éclater! Le professeur de Paris, toujours retenu par les lois d'une sévérité dogmatique, trahissait l'uniformité de son génie; celui de Montpellier, moins arrêté dans ses conceptions, jetait ses pensées avec vivacité, multipliait leurs nuances, et décomposait leur exposition de manière à leur donner du relief et de l'originalité. »

P. DIDAY.

M. Ch. Denonvilliers, agrégé à la Faculté, chirurgien du bureau central, a été nommé chef des travaux anatomiques, jeudi 27 janvier. Au premier tour de scrutin, M. Denonvilliers avait obtenu deux voix, M. Lenoir 1, M. Chassaignac 1, M. Huguier, 1. Au second tour, M. Denonvilliers a eu 2 voix, M. Lenoir 2, et M. Hugier 1. Au troisième tour, M. Denonvilliers a réuni 3 voix et M. Lenoir 2.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 7. (TOME X. — 1842.) SAMEDI 12 FÉVRIER 1842.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des Hôpitaux* réunies) parait tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

MÉMOIRE SUR LA MYOTOMIE OCULAIRE PAR LA MÉTHODE SOUS-CONJONCTIVALE; lu à l'Académie des sciences, le 18 octobre 1841; par le docteur Jules Guérin.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

§ II. — DISPOSITIONS RELATIVES AUX MUSCLES DE L'ŒIL.

Parmi les différentes dispositions des muscles de l'œil qu'il importe de spécifier dans leurs rapports avec l'opération du strabisme, il en est plusieurs qu'on avait entièrement méconnues, et d'autres que j'ai cherché à déterminer plus rigoureusement qu'on ne l'avait fait jusqu'ici. Les unes et les autres sont également utiles à connaître, tant sous le point de vue des indications thérapeutiques qu'elles peuvent fournir, que sous celui de l'exécution des procédés opératoires. Nous examinerons successivement ces dispositions dans les muscles droits et dans les muscles obliques, d'abord relativement à la direction de ces muscles, et ensuite relativement au siége précis de leurs insertions oculaires; nous terminerons par quelques remarques physiologiques, celles surtout qui nous paraîtront avoir un rapport direct avec le strabisme et la myotomie oculaire.

REMARQUES ANATOMIQUES.

A. MUSCLES DROITS.

Direction. — Considérés dans leur direction générale, les quatre muscles droits représentent autant de courbes qui se regardent par leurs concavités, et qui, réunies en un même point à leurs extrémités postérieures, restent écartées l'une de l'autre à leurs extrémités antérieures. En effet, ces muscles, partis d'un point commun du fond de l'orbite, divergent d'abord en formant entre eux quatre angles presque égaux, puis s'infléchissent, s'enroulent sur le globe oculaire, en passant à peu près par les extrémités de ses diamètres vertical et transversal, et tendent, jusqu'à leur insertion à la sclérotique, à coverger et à se rapprocher par leurs extrémités antérieures.

Mais si l'on considère la direction des muscles droits de l'œil, non plus dans leur ensemble, mais dans chacun d'eux en particulier, non plus d'une manière générale, mais dans les rapports de cette direction avec la direction de l'axe antéro-postérieur de l'œil d'une part, et de l'axe antéro-postérieur de l'orbite de l'autre, on voit que ces muscles présentent entre eux des différences importantes à noter, dépendant d'une disposition spéciale des cavités orbitaires.

En effet, les orbites représentent deux cônes irréguliers dont les bases

---

Feuilleton.

DE LA MUSIQUE DANS LE TRAITEMENT DE LA FOLIE.

> La musique est peut-être le seul plaisir des sens dont il ne soit pas possible d'abuser.
>
> (Addison.)

La guérison de la folie offre l'un des problèmes les plus difficiles qui aient exercé la sagacité des observateurs de tous les temps. On s'accorde cependant assez généralement aujourd'hui à reconnaître qu'il importe avant tout d'attirer et de fixer l'attention des malades sur des objets étrangers à leur délire. Mais. que d'opinions dans la science sur le choix des moyens propres à conduire au but! La plupart des médecins, préoccupés sans doute de leurs recherches d'anatomie pathologique, et guidés par je ne sais quelles idées d'altérations matérielles appréciables, dans une maladie qui ne se traduit cependant à nos yeux que par des désordres intellectuels et moraux, ont épuisé tout l'arsenal pharmaceutique sans obten r des résultats bien satisfaisans. Ce n'est pas que je veuille nier que parfois le délire ne soit le résultat de lésions organiques. Non sans doute. Mais, est-ce bien là de la folie? Et si, lorsque vous aurez fait cesser, par une médication active, les symptômes qui annonçaient une lésion de la substance même du cerveau, le délire persiste encore, continuerez-vous à lui opposer des saignées ou des purgatifs? Il faut distinguer avec soin l'agitation, le besoin de mouvemens et la congestion cérébrale, si commune chez le maniaque, de l'exaltation et de l'incohérence de ses idées et de ses passions. Il faut encore distinguer, de la perversion et de la fixité de leurs idées, cet état de malaise de l'estomac et des intestins qu'on observe si souvent chez les mélancoliques. Aux symptômes physiques, qu'on oppose des remèdes physiques, et aux symptômes moraux des remèdes moraux. Ordonnera-t-on des bains ou des sangsues à un homme qu'on croira dans l'erreur? Non sans doute. Et pourquoi donc se conduirait-on ainsi avec un aliéné? Qu'est-il, si ce n'est un homme qui se trompe? Ne vaut-il pas mieux raisonner, discuter avec lui, quand il en est encore capable; attirer violemment son attention lorsqu'elle est trop mobile; opposer aux passions, aux idées qui sont le point de départ de son délire, des idées, des passions plua vives, plus fortes, plus variées? On connaît l'immense influence que les passions exercent les unes sur les autres, et la réaction réciproque des idées et des sentimens. Apprenons donc à les employer à propos, à les faire réagir dans un but salutaire. Un grand écrivain a dit, avec beaucoup de justesse : « Les aliénés sont de grands enfans qui ont besoin d'être surveillés sans cesse et d'être dirigés avec bonté et bienveillance souvent, avec sévérité et rigueur quelquefois, avec fermeté et justice toujours. »

La logique et l'observation la plus attentive des phénomènes de la folie ont donc conduit nécessairement les médecins imbus de ces idées et de ces principes

s'écartent en avant, et dont les sommets, convergeant l'un vers l'autre, se réuniraient par leurs prolongemens, en arrière de la selle turcique. Les axes antéro postérieurs des deux orbites, quoique situés sur le même plan horizontal, sont donc obliques d'avant en arrière et de dehors en dedans. Par conséquent, pour que ces axes se confondissent avec les axes antéro-postérieurs des deux yeux, il faudrait que les yeux fussent portés dans un certain degré de divergence. Or, comme à l'état de repos les deux yeux sont droits, c'est-à-dire que leurs axes antéro-postérieurs sont parallèles entre eux et perpendiculaires au plan transversal de la face, il s'en suit que les axes correspondans des orbites, au lieu de se confondre avec ces derniers, les coupent, en un point de leur trajet, sous des angles plus ou moins ouverts. Si maintenant l'on se rappelle que les quatre muscles droits s'insèrent en un point commun, au sommet du cône représenté par l'orbite, en dedans de l'extrémité correspondante de l'axe antéro-postérieur de l'œil, on comprendra facilement, qu'en vertu de la double disposition que nous venons d'indiquer, aucun d'eux ne peut être exactement parallèle à cet axe, mais qu'ils doivent tous lui être plus ou moins inclinés dans des sens différens.

Le muscle droit interne, dont les deux extrémités sont situées en dedans de l'axe antéro-postérieur de l'œil, est presque parallèle à cet axe, ou du moins s'incline à lui sous un angle extrêmement aigu, ouvert en avant, en formant ainsi presque un angle droit avec l'axe transversal. Il résulte de cette disposition que le muscle droit interne n presque la direction d'une tangente, ce qui fait qu'il s'enroule à peine autour de la sphère oculaire.

Le muscle droit externe, au contraire, a son insertion postérieure en dedans de l'axe antéro-postérieur de l'œil, et son insertion antérieure en dehors de cet axe. Il coupe donc ce dernier obliquement dans sa partie postérieure, et a une direction sensiblement oblique de dedans en dehors et d'arrière en avant. Comme il s'insère, d'autre part, à peu près à l'union du tiers antérieur du globe oculaire avec son tiers moyen, il est obligé, en vertu de ces diverses dispositions, de s'enrouler autour de l'œil bien plus que le droit interne. Le siége et l'étendue de cet enroulement ne sont pas indifférens à considérer. Il occupe un arc de cercle d'un tiers environ de la sphère oculaire, et cet arc correspond autant à la partie *postérieure* qu'à la partie latérale de cette sphère. Cette disposition devient bien plus appréciable, et acquiert une nouvelle importance, lorsqu'on la considère dans ses rapports avec les différens mouvemens de l'œil. Ainsi, pendant la rotation en dedans, l'enroulement du droit externe augmente de toute la quantité dont son insertion antérieure se rapproche de l'extrémité antérieure du diamètre antéro-postérieur de l'orbite. Cet enroulement occupe de plus en plus la portion postérieure de la sphère oculaire. Or, qu'on suppose que pendant cet enroulement il y ait en même temps pression du muscle sur les points qu'il recouvre, et l'on verra que la pression aura lieu surtout d'arrière en avant, en même temps que latéralement, et que la direction de cette pression variera avec la direction du muscle, c'est-à-dire avec les mouvemens de l'œil. On appréciera plus loin de quelle importance peut être cette considération.

Enfin, les deux muscles droits supérieur et inférieur, considérés sous le point de vue de leur inclinaison par rapport au plan vertical et antéro-postérieur de l'œil, tiennent pour ainsi dire le milieu entre le droit interne et le droit externe. En effet, leur extrémité postérieure est située en dedans de cet axe, et leur extrémité antérieure ne le déborde ni en dedans, ni en dehors, mais tombe exactement dans le même plan vertical antero-postérieur. Les muscles droits, supérieur et inférieur, situés ainsi dans toute leur longueur en dedans de l'axe antéro-postérieur de l'œil, s'inclinent donc à son plan vertical antéro-postérieur, de manière à former avec lui, par leur extrémité antérieure, un angle aigu à sinus postérieur, dont l'ouverture est susceptible d'augmenter ou de diminuer suivant que l'œil est tourné en dedans ou en dehors.

Nous verrons plus loin les conséquences physiologiques de ces dispositions, ainsi que les indications qu'elles peuvent fournir pour la recherche de la loge musculaire, et pour la détermination précise du point où l'instrument peut atteindre le muscle.

Siége précis des insertions oculaires. — Le siége précis des insertions oculaires des muscles droits est facile à déterminer. Ces insertions étant à peu près transversales et linéaires, leur siége peut être exprimé par la distance qui sépare leur partie moyenne du centre ou du bord de la cornée, d'une part, et de l'entrée du nerf optique, de l'autre; quoique, ainsi que nous le dirons plus loin, nous ne regardions point le point de terminaison du nerf optique comme répondant exactement à celui qu'occupe en avant le centre de la cornée. Le tableau suivant exprime la moyenne des résultats auxquels nos recherches à ce sujet nous ont conduit.

DISTANCE des INSERTIONS DES MUSCLES.	AU CENTRE de la CORNÉE.		AU BORD de la CORNÉE.		A L'ENTRÉE du NERF OPTIQUE.
	C.	M.	C.	M.	
Droit interne	1	5	0	7	
Droit externe	1	7	0	9	
Droit supérieur	1	5	0	8	
Droit inférieur	1	4	0	7	(1)

On voit par ce tableau que les quatre muscles droits s'insèrent tous en avant de la partie moyenne du diamètre antéro-postérieur de l'œil, et par conséquent du centre de cet organe; le droit interne, un peu plus en avant que l'externe; le droit inférieur un peu plus en avant que le supérieur.

B. MUSCLES OBLIQUES.

Les muscles obliques présentent des dispositions fort différentes de celles des muscles droits, tant sous le point de vue de leur direction que sous celui du siége précis de leurs insertions oculaires.

(1) Nous avons laissé celle colonne en blanc parce que, ayant trouvé des variations trop considérables dans les cas que nous avons examinés, nous avons cru indispensable de faire de nouvelles observations pour rendre nos moyennes plus rigoureuses.

à substituer, dans un grand nombre de cas, à un traitement physique, un traitement purement moral. Ce n'est pas ici le lieu de parler des divers moyens mis en usage depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours, dans cette voie nouvelle ouverte à la science; j'y reviendrai peut-être plus tard. Je n'ai à m'occuper aujourd'hui que de l'emploi du chant et de la musique contre la folie. Il n'est pas besoin de dire combien est puissante l'influence que la musique exerce sur nos sens, sur notre organisation et sur tout notre état physique et moral. Personne n'ignore de quelles gracieuses et poétiques allégories les anciens avaient embelli l'histoire de cet art enchanteur. On sait toutes les merveilles qu'ils ont attribuées à la lyre d'Orphée et d'Amphion. Sa théorie et sa pratique se liaient à toutes les institutions antiques. « L'harmonie est céleste, de nature divine, et d'une beauté plus qu'humaine », a dit Aristote. Les médecins, les philosophes de la Grèce et de l'Egypte étaient tous musiciens. Les poètes chantaient leurs vers et les gravaient ainsi dans la mémoire des peuples. Est-il besoin de répéter, avec Athénée, qu'autrefois toutes les lois divines et humaines, les exhortations à la vertu, la vie et les actions des hommes illustres, étaient écrites en vers et chantées publiquement par des chœurs au son des instrumens.

La musique n'a rien perdu de nos jours de son influence sur notre organisation, surtout dans certaines contrées. Carpani raconte le fait suivant dans sa biographie de Haydn : On représentait, sur un des premiers théâtres de Rome, l'*Artaxerces* de Métastase, dont la musique est de Bertoné. A la fameuse scène du jugement, après ces touchantes paroles : *E eppur sono innocente*, Arban s'aperçoit du silence trop prolongé de l'orchestre, et, s'adressant au chef, lui dit avec humeur : Eh bien! que faisons-nous? — Celui-ci, revenant à lui, répond en sanglottant : Nous pleurons. — En effet, tout l'orchestre, entraîné par ce charme séduisant, s'était oublié, restait immobile et pleurait.... Il était donc permis d'espérer, dans la musique, un précieux auxiliaire pour le traitement des maladies, et surtout des affections nerveuses. Aussi les ouvrages des médecins qui nous ont précédé offrent-ils un grand nombre d'exemples extraordinaires, je dirais presque miraculeux obtenus à l'aide du chant et des instrumens. Et, pour ne pas sortir de notre sujet, qui ne connaît l'histoire de Saul, dont la noire mélancolie ne pouvait être dissipée que par les chants de David et par les sons harmonieux de sa harpe? et celle de Philippe V, roi d'Espagne, qui, étant atteint de folie, dut sa guérison aux concerts du célèbre virtuose Farinelli?

On pourrait multiplier presque à l'infini les exemples de guérisons obtenues à l'aide de la musique. Aussi M. le docteur Esquirol, qui a consacré toute sa vie au soulagement des aliénés, ce qui a fait faire tant de progrès à la science, ne pouvait manquer de porter son attention sur un sujet aussi important. Après quelques essais isolés, il résolut, pendant l'été de 1824, de tenter des expériences sur une grande échelle à l'hospice de la Salpétrière dont il était alors médecin en chef. Laissons-le parler lui-même.

« Je sais que quelques auteurs, les anciens surtout, ont écrit sur le pouvoir de la musique. J'ai lu des faits rapportés par des médecins dignes de foi. J'ai dû essayer de la musique comme moyen de guérir les aliénés. J'en ai essayé de toutes les manières, et dans les circonstances les plus favorables au succès. Quelquefois elle a irrité jusqu'à provoquer la fureur; souvent elle a paru distraire; mais je ne puis dire qu'elle ait contribué à guérir : elle a été avantageuse aux convalescens.

DIRECTION. — La portion réfléchie de l'oblique supérieur se dirige, comme l'ont dit les anatomistes, d'avant en arrière, de dedans en dehors et de haut en bas, et s'engage sous le droit supérieur, en coupant l'axe antéro-postérieur de l'œil, sous un angle de 45° environ. L'oblique inférieur se dirige d'avant en arrière, de dedans en dehors et de bas en haut, passe pardessus le muscle droit inférieur, et s'engage sous le droit externe, en coupant l'axe de ce dernier à pen près aussi sous un angle de 45°.

SIÉGE DES INSERTIONS OCULAIRES. — Pour déterminer avec précision le siége des insertions oculaires des muscles obliques, il faut avoir égard aux dispositions particulières que présentent ces insertions. Elles ne sont pas linéaires, comme celles des muscles droits, mais bien *diffuses*, et se font par un certain nombre de languettes aponévrotiques séparées, occupant par leur réunion un espace de 8 à 10 millimètres d'avant en arrière, et de 1 centimètre transversalement. Ces languettes ne se confondent complètement que dans le tissu de la sclérotique, dans lequel elles se perdent. Les insertions de ces muscles ne sont pas non plus *transversales*, ni directement *antéro-postérieures*, mais *obliques* : celles du supérieur sont obliques d'avant en arrière et de dehors en dedans; celles de l'inférieur sont obliques d'avant en arrière, de dehors en dedans et de has en haut. L'ensemble des insertions de chaque muscle représente un triangle irrégulier, dont la disposition varie pour chacun d'eux. Pour l'oblique supérieur, un des côtés de ce triangle regarde en arrière et en dehors, un autre en dedans et en arrière, et le troisième en dehors et en avant. Les fibres les plus internes s'insèrent à la sclérotique, à 2 millimètres en dedans du bord interne du muscle droit supérieur, et les plus externes dépassent de la même quantité le bord correspondant de ce muscle. Pour l'oblique inférieur, le triangle représenté par son insertion oculaire est plus irrégulier. Un des deux côtés regarde en arrière, en haut et en dehors; le second en arrière, en has et en dehors, et le troisième en avant, en haut et en dedans. Les fibres les plus internes s'insèrent à 3 ou 4 millimètres au-dessous du bord inférieur du muscle droit externe, et les fibres les plus externes dépassent de 2 millimètres son bord supérieur.

De cette diffusion et de cette obliquité de l'insertion oculaire des muscles obliques, il suit que, pour déterminer le siége précis de cette insertion, en prenant comme point de repère le centre ou le bord de la cornée et le point d'immersion du nerf optique, il faut la considérer successivement aux deux points extrêmes de son étendue. Or, voici à cet égard la moyenne des résultats que nous avons obtenus.

L'INSERTION DU GRAND OBLIQUE EST ÉLOIGNÉE :

	DU BORD DE LA CORNÉE.		DU NERF OPTIQUE.	
	C.	M.	C.	M.
Par son extrémité antérieure.......	2	3	1.	5
Par son extrémité postérieure......	3	3	0	5

L'INSERTION DU PETIT OBLIQUE EST ÉLOIGNÉE :

	DU BORD DE LA CORNÉE.		DU NERF OPTIQUE.	
	C.	M.	C.	M.
Par son extrémité antérieure.......	1	7	1	3
Par son extrémité postérieure......	2	5	0	5

On voit par ces tableaux que le centre d'insertion des muscles obliques est situé, à l'inverse de ce qui a lieu pour les muscles droits, en arrière de la partie moyenne du diamètre antéro-postérieur de l'œil, et par conséquent en arrière du centre de cet organe; et cette insertion, considérée dans toute son étendue, occupe un segment de sphère représentant environ son tiers postérieur. Celle de l'oblique supérieur est un peu moins large que celle de l'oblique inférieur, et celle-ci est un peu plus rapprochée de l'extrémité postérieure de l'axe antéro-postérieur de l'œil.

En outre, les deux muscles obliques, considérés dans leurs rapports respectifs, sont très rapprochés l'un de l'autre par leurs insertions les plus postérieures, et leurs fibres moyennes sont situées sur la même ligne circulaire; de telle sorte que, si ces fibres se prolongeaient transversalement dans l'espace qui sépare les insertions des deux muscles, elles se rencontreraient à peu près en ligne directe. Cette disposition s'observe même d'une manière très manifeste chez quelques animaux, et je l'ai particulièrement constatée chez le bœuf et le mouton, où les bords antérieurs des deux muscles se joignent et se continuent, et forment une bande distincte du reste du muscle.

Ainsi, en résumé, quatre points de vue principaux à considérer dans les dispositions anatomiques des muscles obliques: 1° leur obliquité relativement à l'axe antéro-postérieur de l'œil; 2° le siége de leurs insertions en arrière du plan transversal qui passe par le centre de cet organe; 3° leur diffusion sur une certaine étendue de la surface oculaire; 4° l'opposition de leurs insertions respectives presque aboutées l'une à l'autre sur une même ligne circulaire, concentrique à l'axe antéro-postérieur.

Notre intention n'est pas de déduire longuement ici les conséquences physiologiques résultant des diverses dispositions anatomiques des muscles de l'œil. Il est certain, ainsi que je l'ai souvent répété, que toutes les difformités musculaires en général, et le strabisme en particulier, ne sont et ne peuvent être que la représentation permanente et plus ou moins exagérée des formes imprimées normalement aux parties par l'action physiologique des muscles, et que chaque forme particulière de la difformité est subordonnée à l'action particulière d'un muscle ou d'un système de muscles. Sous ce double point de vue, l'étude des fonctions des muscles de l'œil est de la plus haute importance, et je l'ai faite avec soin pour

» L'hospice de la Salpêtrière m'offrait un champ immense pour des essais thérapeutiques; je n'ai pas à me reprocher de l'avoir négligé. Plus de douze cents femmes aliénées sont réunies dans cet hospice; plus de deux cents sont soumises tous les jours à une observation particulière, et subissent un traitement plus ou moins actif. J'avais fait tant d'applications partielles de la musique, je voulus en essayer sur les masses. Mes expérimentations furent faites pendant l'été de 1824 et celui de 1825; plusieurs musiciens très distingués de la capitale, M. Henry, professeur au Conservatoire, M. Brod, etc., secondés par les élèves du Conservatoire de musique, se réunirent plusieurs dimanches de suite dans notre hospice. La harpe, le piano, le violon, quelques instrumens à vent et des voix excellentes concouraient à rendre nos concerts aussi agréables qu'intéressans.

» Quatre-vingts femmes aliénées choisies par moi parmi les convalescentes, les maniaques, les monomaniaques tranquilles et quelques lypémaniaques étaient assises commodément dans le dortoir dit des convalescentes, en face des musiciens réunis dans une pièce qui précède ce dortoir et qui sert d'atelier. Des airs sur tous les tons, sur tous les modes, sur toutes les mesures, furent joués et chantés en variant et le nombre et la nature des instrumens; plusieurs grands morceaux de musique furent aussi exécutés. Mes aliénées étaient très attentives; leurs physionomies s'animaient; les yeux de plusieurs devenaient brillans, mais toutes restaient tranquilles; quelques larmes coulèrent; deux d'entre elles demandèrent à chanter un air et à être accompagnées : on se prêta à ce désir. Ce spectacle nouveau pour nos malheureuses malades ne fut point sans influence; mais nous n'obtînmes point de guérison, pas même d'amélioration de leur état mental. On m'objectera peut-être que la musique n'étant pas à l'usage des femmes de la Salpêtrière devait produire peu d'effet sur elles; mais j'avais essayé et j'ai essayé constamment de la musique sur des aliénés qui l'avaient cultivée avec succès pendant toute leur vie et même sur des musiciens très habiles. Je n'ai point été plus heureux; je ne conclurai pas de cet insuccès qu'il soit inutile de faire de la musique aux aliénés, ou de les exciter à en faire eux-mêmes. Si la musique ne guérit pas, elle distrait, et, par conséquent, elle soulage; elle apporta quelque allégement à la douleur physique et morale; elle est évidemment utile aux convalescens; il ne faut donc pas en repousser l'usage. »

Ces conclusions de M. Esquirol n'étaient pas encourageantes pour ses successeurs. Aussi personne n'avait été tenté de renouveler ses expériences jusqu'à ces dernières années. A peine si quelques essais isolés avaient été faits; et nous lisons dans un article publié récemment dans le journal l'ESCULAPE (12 décembre 1839) par un ancien élève de Charenton : « Des observations authentiques de guérisons d'aliénés dues à la musique, ont fait exagérer son importance dans le traitement de la folie. Ces guérisons doivent être regardées comme des exceptions comparables à celles qui ont suivi de fortes émotions, telles qu'une chute d'un lieu élevé, l'annonce d'une bonne ou mauvaise nouvelle, la perte d'une personne chère, etc. »

On aurait donc raison de conclure de tout ce qui précède que l'influence curative de la musique dans la folie est nulle ou presque nulle. Serait-ce donc qu'on doive ranger parmi les fables toutes les observations de nos devanciers? ou bien serait-ce que la musique a perdu de son influence sur notre organisation? Non, sans doute. La musique, comme nous l'avons vu plus haut, a encore le pouvoir



ce qui concerne spécialement les muscles obliques, dans une conférence de l'hôpital des enfans, rapportée par l'EXAMINATEUR MÉDICAL (1). Mais dans le présent mémoire ou les dispositions anatomiques sont spécialement considérées dans leurs rapports avec le strabisme et avec les principes de la méthode sous-conjonctivale, je dois me borner à indiquer sommairement les considérations physiologiques qui peuvent éclairer l'histoire de cette difformité et servir de fondement à notre méthode; je renvoie pour le surplus à ma conférence de l'hôpital des enfans.

REMARQUES PHYSIOLOGIQUES.

Pour bien comprendre la part que prennent les différens muscles de l'œil aux mouvemens de la sphère oculaire, il importe de déterminer le centre de mouvement de cette sphère, question qui n'avait pas été résolue, que je sache, jusqu'ici. Or les expériences auxquelles je me suis livré à ce sujet ont montré que ce centre n'est pas situé à l'extrémité postérieure de l'axe antéro-postérieur de l'œil, comme on l'a dit et soutenu encore récemment, et encore moins à l'insertion du nerf optique, mais correspond au centre même de cet organe. Ceci posé, et la démonstration s'en trouve dans le mémoire déjà cité (EXAMINATEUR MÉDICAL), indiquons successivement les fonctions des muscles droits et celles des muscles obliques.

A. MUSCLES DROITS.

Les muscles droits isolément ou simultanément contractés impriment à l'œil, soit des changemens de direction, soit des changemens de forme.

En ce qui concerne les changemens de direction, chacun des muscles droits, agissant isolément, porte alternativement l'œil en dedans ou en dehors, en haut ou en bas. Comme, d'autre part, le siége de leurs insertions est situé en avant du centre de mouvement, leur action s'exerce sur la partie antérieure de l'œil, en faisant voyager la partie postérieure en sens opposé.

Les muscles droits, interne et externe, passant par les extrémités du diamètre transversal de l'œil, leur action est directe, et le mouvement a lieu sur un axe vertical et sur un plan horizontal de dehors en dedans, et de dedans en dehors. Cependant leur contraction pouvant occuper exclusivement les fibres qui forment les bords de ces muscles et qui sont situées par conséquent au-dessus ou au-dessous des extrémités de l'axe transversal, ces fibres ne tirent plus l'œil directement en dedans ou en dehors, mais dans une direction intermédiaire, c'est-à-dire obliquement en haut et en dedans, ou en bas et en dedans; en haut et en dehors, ou en bas et en dehors.

Mais l'action des muscles droits supérieur et inférieur n'est pas aussi directe que celle des muscles précédens. Nous avons dit tout à l'heure que, dans l'état de rectitude de l'œil, ils sont inclinés au plan vertical antéro-postérieur du globe oculaire, et forment avec ce plan, à leur extrémité antérieure, un angle aigu à sinus postérieur. Le degré d'ouverture de cet angle tend, ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer, à augmenter ou à diminuer à mesure que l'œil se porte dans l'adduction ou l'abduction; et il s'efface complètement lorsque les axes antéro-postérieurs de l'œil et de l'orbite arrivent à se confondre. Il suit de là que, dans toutes les positions de l'œil où les muscles droits supérieur et inférieur restent en dedans de l'axe antéro-postérieur du globe oculaire, ces muscles ne portent pas l'œil directement en haut ou en bas, mais tendent à lui imprimer en même temps un certain degré d'adduction. Or, comme à l'état de rectitude des yeux, cette inclinaison continue, il en résulte que les deux muscles droits supérieur et inférieur entrant simultanément en contraction, peuvent remplir jusque un certain point le rôle d'adducteurs. C'est, en effet, ce que l'observation et l'expérience confirment. Ainsi, après l'opération du strabisme convergent, quand le fascia a été disséqué dans une large étendue, quand le muscle a été bien positivement et complètement divisé, quand enfin l'œil, dégagé de ses liens, s'est porté dans la divergence, on le voit non seulement se redresser pour regarder, mais encore se porter légèrement en dedans pour suivre l'objet regardé et s'harmoniser avec l'œil du côté opposé. Or, quelle action autre que l'action combinée du droit supérieur et du droit inférieur pourrait, en l'absence du droit interne, imprimer ce mouvement au globe oculaire? Ces deux muscles peuvent donc devenir des auxiliaires du droit interne, et le suppléer même, jusqu'à un certain point, dans son action, quand la division en a été opérée.

En ce qui concerne les changemens de forme du globe oculaire, nous avons déjà fait pressentir leur liaison nécessaire à l'enroulement des muscles droits. Pendant leur contraction, ils dépriment la portion la plus excentrique de la sphère contre laquelle ils sont appliqués, pour se placer dans le même plan, entre leurs deux points d'insertion. Cet effet est d'autant plus prononcé, que ces deux points d'insertion sont plus écartés par la rotation du globe oculaire en sens opposé à l'action de chaque muscle. Ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer, le muscle droit interne étant, de tous les muscles droits, celui qui s'enroule le moins autour du globe oculaire, exerce, pendant sa contraction, une dépression moins forte, et se creuse une gouttière moins profonde sur le globe oculaire. En vertu de la même disposition, si, l'œil étant accroché avec une érigne, comme on le fait pour l'opération du strabisme convergent, on le tire d'arrière en avant, sans le tourner en dehors, le muscle se tend en ligne droite; et au lieu de se creuser, dans toute sa longueur, une gouttière à la surface de l'œil, il tend à s'en écarter en arrière, dans une assez grande étendue, et offre en ce point une grande facilité pour faire glisser l'instrument entre l'œil et lui.

Au contraire, la direction générale du muscle droit externe étant très oblique, relativement à l'axe antéro-postérieur du globe oculaire, et ce muscle s'enroulant complètement sur ce dernier avant d'atteindre son insertion antérieure, il le déprime pendant sa contraction, et s'y creuse une gouttière à peu près dans toute sa longueur. En outre, dans la traction directe de l'œil en avant, et surtout quand il est porté dans l'adduction, comme cela est nécessaire pour l'opération du strabisme divergent, le muscle ne peut se tendre en ligne droite sans déprimer plus fortement encore la surface externe du globe oculaire: d'où une plus grande difficulté pour faire glisser l'instrument entre le globe oculaire et lui.

Ces différences entre la direction et le degré d'enroulement des muscles droit interne et droit externe, sont utiles à noter, en ce qu'elles doivent servir de base à l'emploi de l'un ou de l'autre des procédés de la méthode sous-conjonctivale. Nous n'insisterons pas ici sur les conséquences

(1) Numéros 5, 7 et 8 1841.

---

d'exciter ou d'adoucir nos passions, de nous arracher des larmes de joie ou de tristesse. Elle est encore vraie cette belle pensée d'Addison: « La musique est peut-être le seul plaisir des sens dont il ne soit pas possible d'abuser. » Il faut donc chercher ailleurs les causes de cette indifférence plus apparente que réelle des aliénés aux influences de cet art divin.

Les expériences de M. Esquirol n'ont peut-être pas été aussi variées, ni aussi multipliées qu'elles auraient pu l'être. Les malades de la Salpêtrière n'ont fait qu'entendre de la musique; elles n'en ont pas fait elles-mêmes; elles en ont entendu seulement une fois par semaine, c'est-à-dire à sept jours de distance. Mais n'est-il pas permis de croire que, dans ce long espace de temps, les émotions qu'elles avaient éprouvées, les sensations de plaisir et de joie qui étaient venues les distraire pendant quelques instans de leur délire, avaient eu le temps de s'effacer dans ces imaginations si mobiles et si impressionnables? Que serait-il arrivé, si, au lieu d'en agir ainsi, on avait entretenu, par le retour plus rapproché des mêmes émotions, le calme et la diversion qui avaient été produits? Si, au lieu de faire faire de la musique devant ces pauvres malades, on leur eût donné quelques notions de chant ou commun et que leurs exercices se fussent répétés chaque jour? Ces questions étaient encore à résoudre, et méritaient d'attirer l'attention des médecins chargés du traitement des aliénés. Aussi M. le docteur Leuret, presque aussitôt après sa nomination de médecin en chef à Bicêtre, dans les premiers mois de 1840, crut-il devoir instituer de nouvelles expériences.

Il y avait alors, dans son service, un ancien ménétrier, que des craintes exagérées avaient plongé dans l'accablement le plus profond. A la suite d'une plaisanterie de quelques-uns de ses amis, il devint triste et taciturne; il se crut déshonoré, poursuivi par la police; bientôt il ne vit partout que gendarmes et sergens de ville, et pour leur échapper il se jeta dans le canal de l'Ourcq. On l'en retira heureusement, et le lendemain de sa tentative de suicide, on le conduisit à Bicêtre. Pendant trois mois, il resta plongé dans la plus profonde apathie. Ordinairement assis sur sa chaise et le corps couché en avant, il restait là des heures entières, non pas avec l'air d'un homme qui s'attriste et qui réfléchit, mais conservant une apparence de calme stupide, que n'interrompaient aucune sensation ni aucune pensée. Pour le faire lever et le faire marcher, pour le nourrir, il fallait employer la contrainte. Enfin, un jour, M. Leuret, après s'être procuré un violon, propose à notre mélancolique de faire de la musique. Celui-ci s'y refuse. On le conduit à la salle de bains où se trouvait un autre malade qui reçoit la douche devant lui, et on lui laisse le choix du violon ou de la douche. Après de longues hésitations, il se décide pour le premier, et de son propre mouvement il joue la MARSEILLAISE. Après le premier couplet il s'arrête. Cependant sans trop se faire prier, il se décide à jouer les autres. Cette concession obtenue était déjà beaucoup; mais ce n'était pas assez. P. est conduit dans une salle particulière où se trouvaient réunis quelques autres malades. Il se présente des chanteurs: on le charge de les accompagner sur son violon, et pendant plus d'une heure il ne cesse de se livrer à cet exercice. Les jours suivans, il continua, quoique d'abord d'assez mauvaise grâce; mais bientôt sa figure s'anima, son jeu prit de l'activité, ses manières devinrent plus libres; il consentit volontiers à servir de guide à quelques-uns de ses camarades que M. Leuret voulait faire chanter en chœur. Enfin, deux mois après avoir pris un violon par contrainte et de fort mauvaise

qui peuvent résulter, pour l'exercice de la vision, des changemens imprimés à la forme de l'œil et aux rapports de ses humeurs entre elles, sous l'influence de la contraction de chaque muscle droit, par suite de son enroulement, et en vertu du siége variable de cet enroulement. Bornons-nous à faire remarquer que, plus l'œil regarde les objets rapprochés, plus il converge, et plus il converge, plus l'enroulement et la pression du droit externe s'exercent, et plus cette pression s'exerce à la partie postéro-externe de la sphère oculaire.

Enfin, quand les quatre muscles droits se contractent simultanément, ils tendent à porter l'œil en arrière et à l'enfoncer dans l'orbite, en déprimant le coussinet graisseux sur lequel il appuie. La résistance de ce tissu augmentant proportionnellement à la pression qu'il subit, et cette résistance s'accroissant par l'afflux des fluides (1), elle devient bientôt assez considérable pour fournir à l'œil un point d'appui solide. Si, alors, l'action des muscles continue, elle tend à rapprocher la partie antérieure de l'œil de sa partie postérieure, et il en résulte un raccourcissement du diamètre antéro-postérieur de cet organe, en même temps qu'une pression sur ses parties postéro-latérales dans les points correspondans à l'enroulement des muscles. Mais ces efforts de raccourcissement de l'œil ne peuvent avoir lieu sans accroître en même temps la saillie de la cornée transparente. Celle-ci correspond en effet à la portion de la sphère oculaire qui reste libre au milieu des tractions exercées par les muscles droits; c'est contre elle que viennent se presser les humeurs de l'œil comprimées de toute part. C'est ainsi que les muscles droits produisent la myopie mécanique, c'est-à-dire le raccourcissement permanent du globe oculaire, avec saillie ou conicité plus grande de la cornée. C'est du moins ce qu'on est autorisé à penser, en voyant les yeux myopes devenir plus proéminens, et leur portée s'allonger quelquefois au point de devenir presbytes, par la section des muscles droits.

a. MUSCLES OBLIQUES.

De même que les muscles droits, les muscles obliques impriment à l'œil, soit des changemens de direction, soit des changemens de forme.

CHANGEMENS DE DIRECTION. — En vertu des dispositions anatomiques que nous avons indiquées, le grand oblique imprime à l'œil un mouvement de rotation de dehors en dedans et de haut en bas, autour de l'axe antéro-postérieur, un mouvement d'abduction et un mouvement d'abaissement; trois mouvemens élémentaires qui se résolvent dans un mouvement composé qui porte l'œil à la fois en dehors et en bas. L'oblique inférieur imprime à l'œil un mouvement de rotation de haut en bas et de dehors en dedans, un mouvement d'abduction, et un mouvement d'élévation; trois mouvemens élémentaires se résolvant également dans un mouvement composé qui porte l'œil à la fois en dehors et en haut.

Si les deux obliques agissent simultanément, les mouvemens de rotation, dans un sens ou dans l'autre, autour de l'axe antéro-postérieur, et les mouvemens d'élévation et d'abaissement, qui sont des résultats de forces *antagonistes*, se détruisent, et il ne reste que le mouvement d'abduction qui résulte de deux forces agissant dans le même sens; mouvement à l'épuisement duquel l'œil est légèrement porté en avant.

(1) Nous ne faisons qu'énoncer ici ce fait; mais nous en démontrerons l'existence en temps opportun.

CHANGEMENS DE FORME. — Quant aux changemens de forme, ils ont lieu pendant la contraction simultanée des obliques, et résultent tout à la fois de la diffusion de leurs insertions sur une certaine étendue de la surface oculaire, et du siége de ces insertions en arrière du diamètre transversal de l'œil. Ces changemens consistent dans une dépression du segment postérieur de la sphère oculaire, oblique suivant le plan de la direction des muscles, c'est-à-dire d'arrière en avant et de dehors en dedans.

En vertu de cette pression antéro-postérieure, les muscles obliques concourent aussi pour quelque part à la saillie plus grande de la cornée transparente, que nous avons dit résulter surtout de la contraction simultanée des muscles droits. C'est sans doute de cette manière qu'ils peuvent contribuer, dans quelques cas, à produire la myopie, et non, comme on l'a dit, en déprimant latéralement le globe oculaire et en allongeant son diamètre antéro-postérieur. Faisons remarquer à cette occasion que, chez beaucoup d'animaux, chez certains poissons, par exemple, le pourtour de la sclérotique devient cartilagineux, ou même osseux, et par conséquent incompressible, tandis que les parties antérieures et postérieures de l'œil conservent leur texture et leur compressibilité normales. Comment concilier ce fait avec la pression latérale et le prétendu allongement du globe oculaire par les obliques?

Enfin si les muscles obliques se contractent, non plus simultanément, mais alternativement, il résulte de la disposition de leurs insertions sur une même ligne circulaire et à une petite distance l'un de l'autre, que le globe de l'œil éprouve un mouvement alternatif de rotation de gauche à droite et de droite à gauche, ou une sorte de balancement dans lequel, le centre de la pupille restant en place, les deux extrémités du diamètre transversal de l'œil s'élèvent et s'abaissent alternativement.

Mais indépendamment des fonctions propres aux muscles obliques, isolément ou simultanément contractés, nous en avons fait connaître d'autres que nous avons appelées *fonctions d'association* (1), et qui résultent de la combinaison de leur action avec celle des autres muscles de l'œil. En vertu de cette combinaison, les muscles obliques peuvent agir soit comme *auxiliaires*, soit comme *antagonistes* des muscles droits.

A. En agissant comme auxiliaires, les muscles obliques interviennent comme agens des *changemens de direction* du globe de l'œil, et soit qu'ils agissent ensemble ou séparément, leurs fonctions d'association, sous ce point de vue, sont la conséquence matérielle du changement de rapport des points d'insertion mobiles de ces muscles, et de leur transport en avant ou en arrière du centre de mouvement, sous l'influence des différens déplacemens des axes oculaires, préalablement produits par l'action des muscles droits. Dans l'adduction portée à un certain degré, l'insertion des deux obliques est transportée, soit au niveau du centre de mouvement de l'œil, soit dans un plan plus antérieur. Dans le premier cas, ces muscles, agissant simultanément, contribuent à maintenir l'action des droits internes et deviennent ainsi des *fixateurs* de l'œil en dedans. Dans le second cas, ils font plus que maintenir ce résultat, ils contribuent à l'exagérer et deviennent ainsi des *adducteurs directs*. Si le globe oculaire est porté dans l'abduction par l'action du droit externe, l'insertion des deux obliques qui, dans l'état de rectitude de cet organe, est déjà située en arrière du plan transversal, est portée plus en arrière encore; et ces

(1) Voir les articles déjà cités de l'EXAMINATEUR MÉDICAL.

---

grace, P., complètement rétabli, sortit de l'hospice sans y avoir subi aucun traitement physique. Il y a de cela deux ans, et depuis lors il n'a pas cessé de travailler à son ancienne profession.

Pour entretenir les bonnes dispositions de son malade, M. Leuret le chargea de guider et même de former quelques chanteurs. Peu nombreux d'abord et peu dociles, ils furent cependant au bout de quelques jours en état de chanter avec assez d'ensemble. Des chansons choisies avec beaucoup de soin parmi celles qui étaient le mieux appropriées à leur position furent apprises, et il fut possible d'organiser quelques récréations musicales, auxquelles on admit tous les malades tranquilles. Le nombre des chanteurs s'accrut tous les jours. M. Leuret ne craignit pas d'imposer le chant à tous les malades qui lui semblèrent dans des conditions favorables pour en retirer quelque avantage, comme il imposait à d'autres la lecture, l'exercice de la mémoire, les travaux manuels, etc. Après quelques semaines, encouragé par l'amélioration qu'il observait dans l'état de plusieurs de ses malades, il essaya de mettre un peu de régularité dans sa nouvelle institution. Il fit faire un peu de musique tous les jours après sa visite, et deux fois par semaine des réunions plus solennelles mirent en présence les chanteurs et tous les autres malades. Ces réunions eurent lieu dans une vaste salle, et lorsque le temps le permettait, dans un grand et agréable jardin où les malades étaient assis commodément à l'ombre de grands arbres. Les progrès de cette institution naissante furent suivis avec intérêt et favorisés de tout leur pouvoir par MM. le comte Hervé de Kergorlay, Cochin et Halphen, membres du conseil général des hôpitaux et hospices de Paris. M. Masson, directeur de l'hospice de Bicêtre, s'y associa en engageant par de légères faveurs quelques aveugles admis dans l'asile des indigens à assister à ces concerts de nouvelle espèce et à accompagner le chant. Leur présence donna plus d'attrait à ces réunions d'où les malades se retiraient toujours avec quelques idées et quelques sensations agréables qui, en se multipliant, ne pouvaient pas manquer de favoriser leur retour à la raison. Admirable résultat de cet art divin à qui il est permis de réunir dans une même sensation de bonheur des fous et des aveugles, et de faire oublier pendant quelques instans les deux plus déplorables infirmités de la nature humaine!

Le départ de Nicolas P. jeta un peu de perturbation dans la nouvelle école de chant. Le maître n'étant plus là, les élèves chantèrent avec moins de zèle et d'ensemble. Il fallait se hâter de le remplacer sous peine de perdre le fruit des premières tentatives. M. Leuret jeta les yeux sur un autre mélancolique dont l'état était encore aggravé par un peu d'embarras dans la parole, triste symptôme qui annonçait le début de la paralysie générale, cette complication si fréquente et si fâcheuse de la folie. François C. était instituteur dans un village voisin de Paris. L'ivrognerie, ce vice honteux qui suffirait à lui seul pour peupler nos maisons d'aliénés, l'avait plongé depuis longtemps dans un état bien voisin de la stupidité la plus complète, lorsque sa famille se décida à solliciter son entrée à Bicêtre. Là sa maladie avait offert dès l'abord des caractères si graves qu'on avait à peu près désespéré de le guérir et même d'obtenir un peu d'amélioration. Il vivait seul et restait presque complètement étranger aux impressions du dehors. Il passait la plus grande partie de ses journées dans une immobilité presque absolue, faisant à peine quelques pas pour aller chercher sa nourriture. Tout n'était qu'isolement, faiblesse et ruine dans son intelligence. Un jour, cependant, il sembla se réveiller un peu de sa léthargie. Il avait entendu parler d'une école qui existait à Bi-

muscles agissant alors plus perpendiculairement sur le levier à l'extrémité duquel ils s'insèrent, produisent un mouvement d'abduction plus rapide, et deviennent ainsi des auxiliaires puissans du droit externe.

Quand l'un des deux muscles obliques seulement associe son action à celle de l'un des muscles droits interne ou externe, le mouvement produit est *indirect* ou *oblique*. L'action combinée du grand oblique et du droit interne, du grand oblique et du droit externe, porte l'œil en bas et en dedans, ou en bas et en dehors. L'action combinée du petit oblique et de l'un de ces deux muscles porte l'œil en haut et en dedans, ou en haut et en dehors.

Dans la déviation de l'œil en haut par l'action du droit supérieur, l'insertion du petit oblique est transportée en avant du centre de mouvement, en même tems que son action s'exerce plus transversalement sur le levier à l'extrémité duquel il s'insère; il joint donc son action à celle du droit supérieur pour porter l'œil en dedans et en haut. Dans la déviation de l'œil en bas, c'est l'insertion du grand oblique qui passe en avant du centre de mouvement; il joint donc son action à celle du droit inférieur pour imprimer à l'œil, par un mécanisme analogue au précédent, un mouvement composé qui le porte en bas et en dedans.

B. En agissant comme antagonistes des muscles droits, les obliques interviennent comme agens des *changemens de forme* du globe oculaire. En effet, les premiers tirant plus ou moins directement d'avant en arrière sur le segment antérieur de cet organe, et les seconds d'arrière en avant sur son segment postérieur, tendent à rapprocher les deux extrémités de l'axe oculaire, ainsi attirées l'une vers l'autre, et il en résulte un raccourcissement de l'œil dans le sens antéro-postérieur.

Telles sont les fonctions propres et les fonctions d'association des différens muscles de l'œil. Nous nous bornerons à rappeler ici, relativement à l'action *auxiliaire* des muscles droits supérieur et inférieur et des muscles obliques, qu'elles ne sont qu'une expression particulière d'une loi physiologique très générale, dont j'ai déjà fait l'application aux muscles qui desservent les principales brisures du squelette, à savoir : que leur direction et leurs angles d'insertion varient à chaque temps du mouvement, et que ces variations entraînent à leur tour des changemens corrélatifs dans les fonctions de ces muscles, soit par rapport au degré, soit par rapport au caractère même de leur action; en sorte que tel muscle, considéré jusqu'ici comme fléchisseur exclusivement, devient tour à tour fléchisseur, applicateur ou extenseur, suivant les changemens de rapports de leurs points d'insertion avec le centre de leur mouvement.

(La suite à un prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

I. MEDICINISCHE JAHRBUCHER DES OESTERREICHISCHEN STAATES.

Les cahiers de mars, mai, juin, juillet, août, septembre et octobre (celui d'août a déjà été analysé) contiennent les articles originaux suivans : 1° *Sur la tendance de la médecine de notre époque*; par le docteur de Feuchtersleben. (Fin.) 2° *Rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné en avril et mai 1840 dans un régiment d'infanterie*; par le docteur Mayssl. (Rien de saillant.) 3° *Observations sur la ponction de la poitrine*; par le docteur Skoda. 4° *Quelques remarques sur l'opération du strabisme*; par le docteur Fabini. (Du résultat obtenu dans trois opérations, l'auteur conclut que le strabisme est rarement une infirmité assez grave pour exiger une opération sanglante, et que le succès n'est pas toujours sûr.) 5° *Sur le fongus médullaire*; par le professeur Hauser. (Rien d'inconnu.) 6° *Guérisons obtenues par les eaux minérales d'Ischl pendant la saison de 1840*; par le docteur Brenner. 7° *Sur les ombres dans l'œil*; par le docteur Engel. 8° *Sur un appareil de résorption dans les organes galactophores de la vache et de la jument*; par le professeur Hoermann. (L'auteur croit avoir trouvé dans les mamelles de quelques animaux domestiques des vaisseaux lymphatiques d'une forme particulière, destinés à absorber le lait surabondant.) 9° *Sur les instincts dans les maladies*; par le docteur Weiglein. 10° *Matériaux pour servir à une nouvelle théorie des congestions sanguines et des inflammations*; par le docteur Harmenjk. (Fin.) 11° *Observation d'un épanchement pleurétique*; par le docteur Moos. (L'individu est mort dans un état de marasme cinq mois après la ponction de la poitrine. A l'autopsie, on a trouvé des tubercules dans les poumons. Les longues réflexions de l'auteur sur la valeur de la percussion et de l'auscultation sont aujourd'hui des vérités généralement connues et admises. 12° *Considérations théoriques sur la douleur*; par le docteur Wagner. (Article d'une portée médiocre.) 13° *De la peste qui a régné dans la Roumélie en 1837 et 1838*; par le docteur Muller. 14° *Sur la nature et la guérison radicale du pied-bot*; par le docteur Zoehrer. (Mémoire fort long, qui ne contient rien d'inconnu : pourtant on y trouve quelques observations intéressantes, surtout de pieds-bots survenus à la suite de convulsions.) 15° *De la santé et de la maladie chez l'homme sous le point de vue médico-légal*; par le professeur Zanger. 16° *De la force de volonté comme moyen préservatif, curatif et palliatif dans un grand nombre de maladies*; par le docteur Fischer. (Rien d'inconnu.) 17° *Sur la fièvre intermittente*; par le docteur Onderka. (Rien de saillant.) 18° *Aperçu général des autopsies faites à l'amphithéâtre d'anatomie de Vienne, depuis le 1er décembre 1840 au 31 avril 1841*; par le docteur Engel. 19° *Sur le mode de développement des tubercules dans les poumons*; par le docteur Haller. (L'auteur ne paraît pas être très au courant des travaux modernes sur cette maladie.) 20° *Trois cas de fièvre typhoïde guéris par le chlore liquide*; par le docteur Fischer. 21° *Sur la constitution médicale de Pesth pendant le premier trimestre de 1841*; par le docteur Eckstein. 22° *Rapport de l'hôpital des aliénés de Prague depuis 1835-1840*; par le docteur Riedel. 23° *Observations recueillies à l'hôpital de Vienne pendant 1840*; par le docteur Seeburger. 24° *Méthode opératoire pour la ligature de polypes volumineux dans les fosses nasales, et faisant saillie dans le pharynx*; par le docteur Schreiber. (Ce procédé consiste simplement dans l'excision de la plus grande partie du corps étranger, immédiatement après avoir serré la ligature sur son pédicule.) 25° *Sur l'abus de l'eau-de-vie et sur les moyens d'en prévenir les suites funestes*; par le docteur Riedel. (Peinture vive des misères causées par cette boisson prise

---

cêtre, il demanda la permission d'y entrer, par réminiscence peut-être de son premier état. Il s'y montra d'abord presque aussi indolent que partout ailleurs; mais peu à peu sa démarche devint plus assurée, ses mouvemens plus vifs. Il fut bientôt en état de rendre quelques services. L'amour-propre et l'émulation s'en mêlant, il se vanta de pouvoir mieux faire que le maître d'école nommé par l'administration, et en peu de temps il réussit au moins à l'égaler. Cet heureux changement fut soigneusement entretenu. On apprit qu'il savait un peu de musique, et sans différer on lui offrit la place de Nicolas P. qui venait de partir. Il accepta, et se livra avec ardeur à ses nouvelles attributions. Les soins de tous les instans que demandaient les malades qu'il était chargé de diriger, l'exercice et le travail continuels auxquels il se livrait, et sans doute aussi la musique, tout contribua puissamment à améliorer son état. Plus lettré que son prédécesseur, meilleur musicien, et doué d'une voix juste et agréable, il rendit de véritables services à cette institution naissante. M. Leuret profita de son zèle pour organiser des chœurs assez remarquables par l'ensemble et la justesse. Il se trouva parmi les malades de belles voix qu'il ne fallut que cultiver et assouplir pour rendre agréables. On ne saurait croire tout le bien que de semblables exercices produisirent, particulièrement sur ceux qui y prirent part. Déjà, dès le mois de mai 1840, les malades furent en état de chanter plusieurs morceaux en présence de quelques étrangers. Depuis lors une nouvelle impulsion fut donnée aux premiers essais de M. Leuret par un de ses amis, M. Guerry, qui s'occupe depuis longtemps de recherches importantes sur la statistique des aliénés. Convaincu, lui aussi, de l'heureuse influence qu'une semblable institution peut avoir sur l'état des pauvres aliénés, il voulut concourir autant que le lui permettaient ses occupations à introduire à Bicêtre cette partie du traitement moral de la folie. Sous cette direction, les malades parvinrent à apprendre quelques morceaux de cette belle musique religieuse si bien faite pour donner de l'élévation et du calme à leurs idées, et préparer leur cœur au retour des sentimens affectifs. Deux mois plus tard, cinquante malades environ se rendirent à l'église de l'hospice dans un ordre parfait, et là, durant et après la messe, ils chantèrent quelques morceaux d'ensemble qui produisirent un effet auquel on était loin de s'attendre, tant sur eux-mêmes que sur les assistans malades comme eux ou infirmes et indigens. C'était en effet une chose étrange et touchante à la fois que d'entendre de pauvres aliénés chanter en chœur et sans aucun accompagnement de belles strophes de Racine, de Lamartine ou de J.-B. Rousseau. Et ce résultat était bien fait pour engager M. Leuret à persister dans ses premières tentatives. Nous avons déjà vu tout le bien que de semblables exercices avaient fait à Nicolas P. et à François C. Avant d'aller plus loin, il ne sera pas inutile sans doute de faire en peu de mots l'histoire de quelques-uns des malades qui ont été soumis à l'influence bienfaisante de la musique, et qui paraissent s'en être bien trouvés.

L'un des plus curieux et des plus remarquables, c'est sans contredit Emile F.; c'est un homme d'une taille athlétique, mais d'une constitution molle et lymphatique; sa figure pâle est sans expression; son regard vague et impassible. A peine si parfois un sourire presque imperceptible vient annoncer qu'il n'est pas tout à fait étranger au monde extérieur; mais ce sourire est le seul signe de vie qu'il ait donné depuis son entrée à Bicêtre. Il paraît comprendre ce qu'on lui dit, et cependant il n'a pas encore été possible d'en obtenir la moindre parole. On le harcèle, on le tourmente, sans lasser sa patience et sans l'émouvoir. Et pour-

à l'excès.) 26° *Description d'un cathéter à galeries rabattues pour l'opération de la taille*; par le docteur Ivanchich. 27° *Sur le bain de Hofgastein pendant les années* 1839 *et* 1840; par le docteur Tallavania. 28° *Souvenirs d'une longue pratique*; par le docteur Buchmuller. 29° *Guérison d'une hernie étranglée avec excision d'une portion assez considérable d'épiploon dégénéré*; par le docteur Hauser. 30° *Traité chimico-médical sur l'acide lactique et le lactate de fer*; par le docteur Netwald. 31° *Rapport médico légal sur la léthalité d'une plaie de tête*; par le professeur Bernt. 32° *Etat statistique de la population de Graetz*; par le docteur Weiglen. 33° *Sur une épidémie de scarlatine qui a régné à Lemberg de* 1838 *à* 1839; par le docteur Barach. (Article non achevé.) 34° *Observation de tumeur enkystée chez un enfant de dix mois*; par le professeur Hauser. (Le kyste, qui avait son siége à l'occiput, fut enlevé avec une portion de tégument.) 35° *Revue de la polyclinique des enfans à l'Université de Prague pendant l'année scolaire de* 1840 *à* 1841; par le professeur Quadrat. (Article non achevé.) 36° *Compte-rendu des autopsies juridiques qui ont été faites à Prague pendant l'année scolaire de* 1840; par le professeur Puppel. 37° *Coup-d'œil sur les constitutions médicales de notre époque*; par le docteur Gugger.

OBSERVATIONS SUR LA PONCTION DE LA POITRINE; par le docteur SKODA.

OBS. — Une ponction du péricarde fut faite sur une servante âgée de 24 ans, affectée d'anasarque et menacée de suffocation pour cause d'épanchement dans les plèvres et le péricarde. Une première ponction, pratiquée entre la troisième et la quatrième côtes, ne donna issue qu'à quelques gouttes de sérosité rougeâtre; immédiatement après, on enfonça le trocart entre la quatrième et la cinquième côtes, et on obtint un abondant écoulement de liquide, au grand soulagement de la malade; celle-ci put de nouveau dormir; l'œdème des extrémités disparut, la respiration devint plus libre, les forces et l'embonpoint revinrent peu à peu. Quatre semaines après la ponction, on s'aperçut d'une tumeur qui s'éleva de dessous le *manubrium sterni*, envahit les os et les parties molles, et finit par enlever la malade, dans un état de maigreur extrême, au bout de quelques mois.

A l'autopsie, on trouva un encéphaloïde énorme occupant le médiastin, le sternum, les clavicules et les glandes du cou; on trouva encore de la substance encéphaloïde dans le cœur et le foie.

Il n'y a pas de doute que, lors de la première ponction, on n'ait pénétré dans un lobe du fongus médullaire déjà formé, et il est réellement curieux que la malade ait été si sensiblement soulagée pendant tout un mois par l'évacuation du liquide faite par la seconde ponction. Quoique le succès ne fût que palliatif, il porte toujours en faveur de la paracenthèse du péricarde dans les cas les plus désespérés.

Cette observation est suivie de 11 cas d'épanchemens dans les plèvres; la ponction qui fut faite une, deux et même trois fois dans un cas, n'a été suivie de guérison que chez 3 malades; cependant, il est important de dire que, chez presque tous les autres qui ont succombé, on a trouvé à l'autopsie des tubercules dans les poumons. La ponction fut faite d'après le procédé de M. le docteur Schuh. (GAZ. MÉD., p. 489, 1841.)

SUR LES OMBRES DANS L'ŒIL; par le docteur ENGEL.

Sous cette dénomination, l'auteur comprend l'affection connue sous le nom de mouches volantes, scotôme, etc., et il dit que les figures que les malades voient sont formées, tantôt à la surface externe de la cornée, telles que les ombres projetées par des gouttelettes de larmes, de mucus de la conjonctive, de la matière sébacée des glandes de Meibomius ou de bulles d'air renfermées dans ces humeurs; tantôt à l'intérieur du globe, telles que les ombres projetées par les vaisseaux et les extravasations sanguines. Les malades sont incommodés par ces images, principalement lorsqu'ils regardent fixement un objet, et alors les ombres leur paraissent placées entre eux et l'objet, et jamais derrière celui-ci.

La rétine, en percevant ces images, les voit souvent plus grandes que l'objet que le malade fixe, et celui-ci les croit, au commencement, en dehors de l'œil; ce n'est que plus tard qu'il parvient à s'assurer que ces images se forment dans son œil. Sous le rapport pratique, il est important de ne pas les confondre avec les vues d'étincelles, etc., qu'on indique comme les précurseurs de l'amaurose, et de ne pas les traiter comme tels. Les images persistent souvent pendant toute la vie, sans autre conséquence que celle d'être incommodes; ainsi l'idée principale qui domine cet article, assez bien développé, consiste à démontrer que les mouches volantes, les filamens et les ombres fuyantes que certaines personnes voient lorsqu'elles fixent des objets éclairés sont produits par la réfraction de la lumière à travers quelques portions du milieu de l'œil lui-même.

RAPPORT DE L'HÔPITAL DES ALIÉNÉS DE PRAGUE, DEPUIS 1835-1840; par le docteur RIEDEL.

Le nombre des aliénés qui ont été reçus à l'hôpital s'élève à 751, dont 330 *parurent* guérissables et 421 non guérissables. Des 751 malades, 261 furent complètement guéris; chez 95, il y eut de l'amélioration; 182 moururent et 231 restèrent à l'hôpital; mais comme on ne pouvait espérer une guérison que chez 330, il résulterait que les guérisons étaient de 100 : 78. Il est évident, dit l'auteur, que des malades qui ont été regardés comme non guérissables lors de leur entrée à l'établissement sont sortis guéris, et que d'autres qui ont été regardés comme guérissables se trouvent encore dans l'hospice.

Sur les 751 malades, il y avait 425 hommes et 326 femmes, 335 mariés et 416 non mariés. D'après l'auteur, on compte en Bohème toujours plus d'hommes que de femmes affectés d'aliénation mentale, ce qu'il attribue à la manière de vivre des femmes de ce pays, qui s'occupent moins de politique, d'affaires littéraires et sociales, etc., et ne sont pas aussi adonnées à ce luxe raffiné qui corrompt les mœurs de Paris, Lyon, etc.; pourtant, depuis six ans, l'esprit du siècle envahit de plus en plus la Bohême; aussi remarque-t-on que le rapport des hommes aliénés à celui des femmes devient toujours moindre.

AGE.

De 1 à 10 ans il y avait	6.
11 à 20	75.
21 à 30	230.
31 à 40	193.
41 à 50	144.
51 à 60	73.
61 à 70	25.
71 à 80	5.
	751.

tant il chante toutes les fois que M. Leuret l'en prie, et cela avec une justesse d'intonation et une expression admirables. Alors, sa physionomie s'anime, il se fait dans tout son être une transformation complète. Mais, lorsque le chant est fini, le malade retombe dans son apathie ordinaire. Que se passe-t-il donc dans cette intelligence capable encore de sentir et d'exprimer avec énergie des émotions et des sentimens, et que le chant seul a le pouvoir d'animer?

Voyez maintenant cet homme gros et sanguin, âgé de 50 ans environ, d'une taille élevée et d'une figure commune et disgracieuse. C'est un pauvre sacristain dominé par un amour insensé et un orgueil ridicule, qui contrastent singulièrement avec sa tournure grotesque et sa démarche prétentieuse. Frappé de la beauté d'une jeune dame qu'il voyait souvent à son église, il ne craignit pas d'aller la demander en mariage à sa famille, l'une des plus anciennes du faubourg St-Germain. Repoussé avec dédain et moquerie, Etienne P. fut saisi d'une violente indignation; il se crut méconnu et gravement outragé; il devint soupçonneux et se vit en butte aux persécutions d'ennemis puissans; il craignit d'être empoisonné, et vit celle qu'il aimait persécutée à cause de lui. Alors il voulut obtenir par la force ce qu'on avait refusé à ses prières. Il écrivit à M. de ... une lettre pleine d'injures et de menaces. Celui-ci déposa une plainte devant le procureur du roi, qui, après avoir interrogé Etienne P., le fit conduire à Bicêtre. Depuis lors, il n'a pas été possible de le faire renoncer complètement à ses prétentions à la main de mademoiselle de ... Il a toujours une réponse prête pour les justifier. Si on lui objecte sa triste position, il répond sans hésiter : Rien de plus facile à arranger; je suis un homme de génie, qu'on me fasse pair de France! Cependant, il est devenu plus calme; sa gaîté est revenue; il a une belle voix de basse-taille; et en excitant son amour-propre, on l'a décidé facilement à chanter avec ses camarades. Depuis lors, on a pu remarquer chez lui un changement plus notable encore; son humeur est devenue plus égale; ses préoccupations paraissent oubliées. Il conserve bien encore un fonds de vanité insupportable; ainsi, il chantera faux pour se faire remarquer au milieu des autres chanteurs. Cependant, il est permis d'espérer qu'avant longtemps il sera possible de le rendre à la liberté.

A côté de lui est un jeune homme que les passions politiques ont conduit à Bicêtre. Partisan fanatique de Henri V, il s'en alla un jour se poster sur le passage du roi, un pistolet à la main. Il fut arrêté avant d'avoir pu mettre son projet à exécution, et son exaltation portée jusqu'au délire détermina l'autorité à le traiter en malade plutôt qu'en criminel d'état. Depuis son entrée à l'hospice, qui date de près de quatre ans, Charles a donné des signes non équivoques de folie, même en dehors de ses idées politiques. Doué d'un tempérament très sanguin et d'une constitution robuste, son délire se porta naturellement vers les idées érotiques, et quoique son physique soit peu agréable, il se crut l'objet des adorations de toutes les actrices de Paris. Cependant, son séjour à Bicêtre se prolongeant, ses passions sont peu à peu devenues plus calmes, son exaltation s'est appaisée, et toutes ses idées d'amour et d'ambition se sont reportées sur une femme qu'il a vue, dit-il, aux heures de son travail, et qui probablement n'existe que dans son imagination. Maintenant il travaille et chante avec ses camarades, quoique avec un peu de répugnance. Il se laisse aller à une apathie d'assez mauvais augure, et il est à craindre que sa maladie ne prenne bientôt tous les caractères de l'incurabilité. C'est une de ces natures molles et nonchalantes, qui s'abandonnent à toutes les impressions, sans avoir la force de réagir contre elles,

D'après ce tableau, c'est l'âge de 20 à 30 ans qui compte le plus de malades, tandis que d'autres relevés indiquent l'âge de 30 à 40 ans.

La proportion des aliénés de l'âge de 20 à 50 ans serait de 1 à 13 mille individus, et de 1 à 32 mille individus en faisant abstraction de l'âge et en prenant pour base les six dernières années.

SOUVENIRS D'UNE LONGUE PRATIQUE; par le docteur BUCHMULLER.

Entre autres faits, l'auteur parle de treize femmes, âgées de plus de 45 ans, qui ont été opérées pour des cancers au sein; chez toutes l'ablation promettait des chances de succès, et pourtant douze succombèrent à cette maladie.

Parmi les nombreuses opérations de la taille, l'auteur se rappelle deux cas où après avoir pratiqué la cystotomie, l'opérateur ne trouva rien dans la vessie, quoiqu'auparavant il crût avoir reconnu la présence de la pierre; par contre, une autre fois, la vessie fut ouverte et la pierre se trouva si grande qu'elle ne put être extraite par le périnée. A l'autopsie de l'individu mort huit heures après l'opération, on s'est assuré que la pierre n'aurait pu passer que par une plaie faite à la région hypogastrique.

Suivent quatre opérations d'anévrisme faites avec succès; un cas de ligature de prétendu polype de l'utérus; la femme succomba. A l'autopsie, on vit qu'on avait lié le fond de la matrice renversée en dedans. D'autres méfaits rapportés par l'auteur prouvent que les ignorans et les charlatans exploitent les malades en Autriche comme partout ailleurs.

II. OESTERREICHISCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

OBSERVATION DE PHTHIRIASE; par le docteur JEITTELES, de Prague.

OBS. — Un paysan, âgé de 49 ans, de constitution lymphathique, a souffert beaucoup dans sa jeunesse d'ulcères superficiels aux extrémités et de transpiration fétide aux pieds. Quoiqu'il sacrifiât souvent à Bacchus et à Vénus, sa santé fut très florissante pendant un grand nombre d'années. Il y a déjà quelques mois, il eut à tout le corps, mais principalement au dos, un prurit désagréable et un sentiment de brûlure qui le força à se gratter continuellement et l'empêcha même de dormir. En l'examinant de près, on vit sur toute la peau, couverte d'écailles, de petits boutons et des vésicules, et dans leurs intervalles des poux. Ceux-ci sortirent surtout en grande quantité des ulcères superficiels qui se formèrent principalement aux endroits de la peau où il y a beaucoup de graisse et où les pustules s'étaient rompues. Les ulcères sécrétèrent un fluide qui avait une odeur fétide, semblable à celle de la transpiration aux pieds. Sauf l'anorexie et l'insomnie, les fonctions paraissaient à l'état normal. Une foule de moyens, tels que des antimoniaux, des mercuriaux, des purgatifs, des toniques, des bains de sel, de tabac, de sublimé, etc., ayant été employés sans résultat, l'auteur eut recours à une solution de créosote, dont il fit laver plusieurs fois par jour les endroits affectés; mais il a eu soin d'appliquer auparavant des ventouses aux différentes parties du corps qui contenaient beaucoup de tissu cellulaire. En outre, il ordonna deux fois par jour des douches chaudes avec de l'eau de créosote sur les parties malades, afin d'y produire une vive réaction. Ces moyens continués pendant cinq semaines furent suivis d'un succès complet: la peau qui était couverte d'un enduit blanc, produit par l'eau de créosote, se desquamma, les poux disparurent complètement, ainsi que les boutons et les vésicules; les ulcères se couvrirent d'un épiderme, il est vrai, bien délicat, mais normal; l'appétit et le sommeil revinrent, ainsi que les forces. Pourtant on employa plus tard avec avantage des bains froids astringens pour raffermir la peau très lâche.

Dans l'observation que nous venons de citer, la maladie paraissait plutôt locale que dépendant d'une cachexie générale, à moins qu'on ne veuille trouver une connexion entre la phthiriase et les ulcères et la transpiration fétide des pieds dont l'individu a été affecté pendant sa jeunesse. L'emploi externe de la créosote qui a été suivi de succès vient encore confirmer cette manière de voir. Il est aussi intéressant de voir ce médicament réussir là où une foule d'autres agens énergiques avaient échoué; peut-être devrait-on encore le recommander dans beaucoup d'autres ulcères impétigineux et herpétiques.

OBSERVATIONS D'INDIVIDUS HÆMATOPHILES; par le professeur QUADRAT, de Prague.

La GAZETTE MÉDICALE a recueilli un grand nombre de faits qui démontrent des prédispositions aux hémorragies dans certaines familles; il est remarquable que ces prédispositions affectent plus particulièrement, d'après quelques auteurs, les hommes, rarement ou jamais les femmes. (SCHOENLEIN'S VORLESUNGEN, v. II, p. 89, Hérisau 1834; LEREBOULLET GAZ. MÉD., p. 599, 1836.) Les deux observations qui suivent, encore très intéressantes sous d'autres rapports, vont nous fournir des exceptions à cette règle.

PNEUMORRHAGIE; MENSTRUATION COPIEUSE, COÏNCIDANT AVEC UNE HÉMORRAGIE PAR L'INDEX DE LA MAIN DROITE; ÉTAT HÉMORROÏDAL DE L'UTÉRUS.

OBS. I. — Une femme, âgée de 34 ans, sans enfant, est affectée depuis quatre ans d'une métrorrhagie, dépendant d'une pléthore abdominale, caractérisée principalement par une turgescence des veines du rectum et du col de l'utérus. La mère de la malade et deux de ses sœurs souffrent de pareilles indispositions. A l'âge de 16 ans, elle eut ses menstrues qui furent copieuses; la première se fit remarquer par des hémorragies pulmonaires qui survinrent à la suite d'une diminution de l'écoulement menstruel; en outre, à la plus légère blessure, elle perdait beaucoup de sang. A l'âge de 19 ans, il se déclara un phénomène bien extraordinaire qui dura six ans: à la veille de chaque menstruation, la dernière phalange de l'index de la main droite se tuméfiait légèrement et montrait une tache rosée, sensible au toucher seulement; au bout de quelques heures il s'y déclarait une douleur pongitive qui diminuait à l'apparition subite d'un jet de sang rouge vif. L'hémorragie durait ordinairement d'un quart d'heure à une demi-heure, persistait pendant trois à quatre jours, durée ordinaire de la menstruation, et s'interrompait souvent par intervalles d'une heure. Elle ne put être complètement arrêtée par des compresses froides ou par la compression. Le jet mince qui s'élevait à une hauteur de 5 à 11 centimètres devenait plus fort lorsqu'on plongeait le doigt dans l'eau tiède. Pendant l'hémorragie par le doigt, le flux menstruel ne s'écoulait ordinairement que par gouttes et augmentait lorsque l'autre cessait. La peau du doigt devint molle, pour ainsi dire spongieuse, mais ne s'altéra pas. Depuis la dernière apparition de ce phénomène extraordinaire, où l'écoulement avait duré deux heures sans interruption et avec tant de force que la femme tomba presque en syncope, il survint souvent de fréquentes épistaxis non périodiques qui sont remplacées par l'état hémorroïdal de l'utérus. La dernière phalange de l'index de la main droite est actuellement tuméfiée et non douloureuse.

OBS. II. — Cette seconde observation a pour objet une femme, âgée de 23 ans, qui, dans deux de ses couches, a eu des épistaxis tellement copieuses qu'il a fallu

---

et, par suite, offrent bien peu de prise aux moyens énergiques qu'on pourrait employer pour les guérir.

C'est une histoire bien touchante, et cependant bien ordinaire que celle du voisin de Charles. Orphelin avant l'âge auquel il aurait pu se suffire à lui-même, il se trouva confié aux soins d'un ami de son père, instituteur dans sa ville natale. Celui-ci le battit et le maltraita tellement que son élève le quitta et vint se réfugier à Paris, chez un frère de son père. Six mois après, une cause assez futile le fit renvoyer honteusement par son oncle. Quelques jours plus tard, sans ressources, sans asile, ayant vendu tous ses effets, le pauvre jeune homme fut arrêté comme vagabond dans les carrières de Montmartre. Un cousin qu'il avait encore le réclama, le recueillit auprès de lui et lui procura de l'ouvrage; mais il se laissa bientôt entraîner par de mauvais conseils, se brouilla avec son cousin, ne tarda pas à retomber dans la position dont il venait à peine de sortir, et fut condamné à six mois de prison. Alors il se laissa aller à un violent désespoir. Il fut gravement malade pendant plus de quatre mois, et lorsqu'après l'expiration de sa peine il fut enfin rendu à la liberté, il n'avait encore pu gagner que 6 fr. Cette somme fut bientôt dissipée, et le malheureux P. revint encore sur les bancs de la police correctionnelle. Ses juges eurent égard sans doute à sa triste position, et ne le condamnèrent qu'à un mois de prison. Pendant ce dernier séjour à la Force, il fut en butte à toute espèce de tracasseries de la part des autres condamnés. « J'étais entouré, dit-il dans une lettre qu'il adressait à M. Leuret, d'une foule d'hommes indignes de vivre, qui, me voyant bien affligé, me conseillaient de faire comme eux et de leur enseigner quelque bon coup à faire. Mais, lorsqu'ils virent que j'étais inflexible, ils firent de moi leur jouet. Lorsque la nuit arrivait, ils me tourmentaient jusqu'à ce que le sommeil les domptât; ils dormaient tranquilles et sans souci, tandis que j'étais là pensant et pleurant, sans pouvoir fermer l'œil jusqu'au lendemain, où mes souffrances recommençaient. »

Lorsque le pauvre orphelin sortit de cet enfer, sa raison avait reçu de rudes atteintes. Il était tombé dans un désespoir sans bornes; il se voyait sans pain et sans asile; il ne connaissait personne qui pût lui donner ou lui procurer du travail; ses parens étaient irrités contre lui, et il n'espérait pas pouvoir les fléchir. Son âme honnête se révoltait à la seule pensée de demander au crime de quoi apaiser sa faim. Il ne lui restait donc plus de refuge que dans le suicide. Le malheureux allait en effet se précipiter dans la Seine, lorsqu'il fut arrêté au milieu de l'exécution de son funeste dessein. Mais, cette fois, on le conduisit à Bicêtre, où il est resté plus d'un an. Pendant ce long espace de temps, P. n'a pas cessé de s'occuper activement dans l'hospice. Il a été pour le maître de chant un aide précieux et intelligent. Enfin, M. Leuret lui a accordé sa sortie il y a deux mois, après lui avoir trouvé un emploi qui le mettra à l'abri du besoin et sans doute aussi d'une rechute.

On peut juger d'après ce qui précède de ce qu'il a fallu de temps et de patience pour établir, entre toutes ces âmes rongées par la défiance et l'égoïsme, un lien commun, une espèce de terrain neutre, sur lequel elles pussent se rencontrer sans se repousser. Tous ces hommes perlés, sans cesse vers l'isolement et la solitude par leurs idées délirantes et leurs tristes passions, auraient besoin pour ne pas s'y abandonner entièrement de retrouver dans les asiles qu'ils habitent momentanément les habitudes de la société qu'ils viennent de quitter. Et quoi de plus propre que la musique et les chants en chœur pour les réunir ainsi dans une

recourir chaque fois au tamponnement par la sonde de Bellocq; sa mère, ainsi que ses sœurs, étaient aussi sujettes aux épistaxis, aux crachemens de sang et à des hémorragies abondantes; mais ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que le second enfant de cette femme mourut le troisième jour après sa naissance à la suite d'une hémorragie par l'ombilic et les gencives, précédée d'une inflammation des vaisseaux ombilicaux, de la vessie, du scrotum, du testicule gauche et d'ecchymose à l'avant-bras gauche.

Nous lisons, dans le même journal, un article du même auteur sur les fièvres intermittentes, dans lequel nous trouvons une remarque qui nous paraît intéressante: c'est que la fièvre intermittente franche est extrêmement rare chez les femmes enceintes et en couche. Sur 1,619 malades, observées à la clinique d'accouchement de Prague, depuis 1831 à 1837, il n'y eut que deux fièvres intermittentes, tandis que cette maladie est d'ailleurs très fréquente dans le pays.

CROUP GUÉRI PAR DES FOMENTATIONS FROIDES; par le docteur Moos, de Vienne.

L'observation suivante est un bel exemple de guérison de croup dans un cas désespéré, par un moyen qui, quoique depuis longtemps connu, est peut-être encore trop négligé.

OBS. — Un enfant de quatre ans fut pris de croup; immédiatement après, on appliqua quatre grandes sangsues au-devant du larynx, et on ordonna des boissons chaudes, un demi-grain de calomel toutes les heures et une émulsion. La maladie ayant fait des progrès, on appliqua de nouveau quatre sangsues; mais bientôt l'enfant tomba dans un état d'anémie, et la respiration devint toujours plus inquiétante, les selles étaient verdâtres. On prescrivit quatre grains de sulfate de cuivre dans deux onces d'eau, à prendre une cuillerée à bouche toutes les demi-heures. Chaque dose produisit des vomissemens. 36 heures après le commencement de la maladie, le danger était devenu extrême; on se décida à pratiquer la trachéotomie. Pendant qu'on faisait les préparatifs de cette opération, on appliqua des fomentations froides sur la tête et le cou, qu'on changea toutes les trois minutes, et on fit boire de l'eau froide au petit malade. Trois heures après, il était plus calme, la respiration moins pénible, la toux plus rare, le sifflement moins aigu et la suffocation moins imminente. On continua le traitement; de plus, on fit toutes les demi-heures des affusions froides, chaque fois pendant deux minutes. 15 heures après, l'enfant était sauvé. Les symptômes diminuèrent peu à peu, et ils disparurent complètement le cinquième jour de la maladie; il ne resta qu'un léger enrouement, qui ne cessa qu'au bout de quinze jours.

III. JOURNAL DER CHIRURGIE UND AUGEN-HEILKUNDE;

PAR GRÆFE ET WALTHER.

Les troisième et quatrième cahiers du trentième volume contiennent: 1° *De la nature et du traitement de l'amaurose;* par le professeur de Walther. (Monographie complète et très étendue.) 2° *Observation d'une fistule considérable au cou;* par le professeur Albers. 3° *Remarques sur le rhumatisme articulaire de la colonne vertébrale;* par le docteur Arnoldi. 4° *Sur les gémissemens et les soupirs;* par le docteur Hoppe. 5° *Cas d'érysipèle phlegmoneux, guéri par l'emploi externe de l'iode;* par le docteur Helmbrecht. 6° *Fracture de deux vertèbres, suivie de mort;* par le docteur Brunslow. 7° *Que savons-nous aujourd'hui de la syphilis;* par le docteur Hoppe. (Article d'érudition.) 8° *Section des ligamens sacro-sciatiques pour faciliter l'accouchement dans un cas d'étroitesse du détroit inférieur;* par le docteur Frantz. 9° *Notice biographique sur de Græfe;* par de Walther. (Ce dernier s'est adjoint le célèbre rédacteur de l'ancien JOURNAL D'OPHTHALMOLOGIE, qui remplacera à l'avenir M. de Græfe.)

OBSERVATION D'UNE FISTULE CONSIDÉRABLE AU COU; par le professeur ALBERS DE BONN.

OBS. — L'individu qui porte cette fistule, âgé de 41 ans, a été longtemps militaire et reçut un coup de sabre dans la région sus hyoïdienne, lors de la prise de Constantine; à la suite de cette blessure, il lui resta une fistule d'un pouce de diamètre dans un sens et de deux dans l'autre. Elle permet de voir l'épiglotte et les deux piliers du voile du palais. Cet homme ne peut faire entendre que les sons labiaux la fistule étant ouverte; il parle, au contraire, très distinctement lorsqu'il la ferme; il a également besoin de la couvrir pour avaler des alimens, mais il fait bien la déglutition de la salive, et alors on voit l'épiglotte faire peu de mouvement. La respiration a lieu par la fistule lorsqu'elle est ouverte, et alors il ne passe d'air ni par le nez ni par la bouche. Le sujet, qui est, au reste, bien portant et bien nourri, couvre sa fistule avec un morceau de cuir, recouvert de linge, et depuis qu'il la porte, il a encore fait deux années de service.

REMARQUES SUR LE RHUMATISME ARTICULAIRE DE LA COLONNE VERTÉBRALE; par le docteur ARNOLDI, de Winningen.

La maladie dont il est question dans ce mémoire n'est, d'après l'auteur, ni la *myélite*, ni *l'irritation spinale*, mais bien un état rhumatismal des vertèbres, qui a beaucoup d'analogie avec ces deux maladies; nous serions même tentés de les regarder comme identiques, si l'auteur, outre les symptômes appartenant à la myélite et à l'irritation spinale, n'indiquait pas comme signe pathognomonique le gonflement des apophyses épineuses des vertèbres, et le déplacement d'une ou de plusieurs vertèbres, qui sont souvent soulevées, rarement déprimées. A ce signe, il joint encore ceux tirés de l'étiologie et du traitement; en ce que les mêmes causes qui produisent les rhumatismes articulaires des membres font aussi naître celui de la colonne vertébrale, surtout l'humidité et le refroidissement des pieds. Le traitement dit anti-rhumatismal, est aussi celui qui réussit le mieux, rarement les saignées. Parmi les remèdes qu'il indique, il insiste surtout sur l'emploi de ceux qui rappellent la transpiration aux pieds et applique des irritans sur la colonne vertébrale.

Il énumère un grand nombre de maladies, entr'autres toutes celles qui ont été indiquées par les auteurs comme des irritations spinales, et les donne comme des exemples de rhumatisme vertébral, ou du moins comme maladie coïncidant avec ce dernier; et, chose remarquable entr'autres, l'auteur dit avoir toujours constaté dans la grippe et dans une épidémie de coqueluche une douleur des vertèbres, soit cervicales ou dorsales, selon que les individus se plaignaient des voies respiratoires ou digestive. Nous ne rapporterons pas les nombreuses observations données par l'auteur comme exemples de rhumatisme vertébral, et qui lui sont évidemment étrangères. Ce que nous aurions surtout désiré, c'est un parallèle du rhumatisme vertébral avec la myélite et l'irritation spinale.

---

communauté sympathique de sensations douces et agréables? Mais qu'on n'aille pas croire qu'il suffira de leur dire de chanter ou de prendre des leçons de chant pour en être obéi aussitôt! Souvent il faut leur arracher cette concession par des sollicitations de tous les instans, et par des tracasseries continuelles. Il semblera peut-être étrange et tyrannique au premier abord qu'on exige d'un malade chagrin, apathique, qu'il chante, et surtout qu'il chante des chansons gaies et des airs d'un mouvement vif et rapide. Cependant si ce moyen réussit et il a réussi, comme nous l'avons vu, chez plusieurs, pourquoi le rejeter et lui préférer des moyens de temporisation pendant l'emploi desquels la maladie marche sans cesse vers l'incurabilité? D'ailleurs ne pourrait-on pas regarder la musique chez le mélancolique comme le contrepoison de ses idées folles? La lutte qui s'établira nécessairement en lui-même, entre ces deux influences contraires, ne peut que lui être très utile, et si la musique l'emporte n'est-il pas permis d'espérer que les idées folles seront repoussées pour ne plus revenir? Aussi c'est surtout chez les monomaniaques à idées mélancoliques, à passions oppressives, que la musique paraît devoir exercer une influence véritablement salutaire.

Ce n'était pas tout que d'avoir trouvé des chanteurs, il fallait encore leur faire apprendre des chants convenables, des poésies dont les paroles et la musique pussent leur apporter de douces émotions, sans cependant leur rappeler les idées et les passions qui avaient amené ou entretenaient encore leur délire. On comprendra facilement qu'un choix sévère et éclairé a dû être fait par MM. Leuret et Guerry. Mais ici s'est présenté une difficulté à laquelle on serait loin de s'attendre. Les répertoires de musique, si nombreux, si variés et si riches, ne renferment cependant que bien peu de morceaux qui puissent être chantés sans danger dans une maison d'aliénés. Il a fallu feuilleter bien des recueils avant de pouvoir en former un approprié à l'état intellectuel et moral, comme à la condition des habitans de Bicêtre. M. Guerry ne recula pas devant les nombreuses recherches que nécessitait un semblable travail, et l'administration des hôpitaux, s'associant à ses efforts, en vota l'impression à ses frais.

Les résultats obtenus jusque là étaient trop satisfaisans pour rester stériles. Plusieurs membres du conseil général des hôpitaux allaient à Bicêtre se convaincre par eux-mêmes de l'heureuse influence que les premiers essais de M. Leuret avaient exercée sur tous les malades confiés à ses soins. Eclairé par eux, le conseil général nomma un maître de musique, chargé de régulariser la nouvelle institution et d'en faire une véritable école de chant populaire. Il y a de cela environ dix-huit mois. Depuis lors, l'école de chant de Bicêtre n'a pas cessé de faire des progrès. Le personnel des chœurs s'est souvent renouvelé, et grâce à l'activité de leur jeune professeur, de nouveaux malades sont toujours venus remplacer ceux à qui l'état de leur santé permettait d'accorder leur sortie. Quelques-uns ont dû leur guérison à cette diversion salutaire donnée souvent malgré eux à leurs idées délirantes. Chez un plus grand nombre, la convalescence a été rendue plus courte, et surtout mise à l'abri de l'ennui, souvent si fâcheux, inséparable du séjour dans une maison d'aliénés. Enfin, pour tous, ces chants sont devenus la source de sensations agréables, qui, sans aucun doute, leur font oublier pendant quelques instans leur douleur, et les rendent aux douceurs de la vie sociale, perdue pour eux depuis si longtemps.

Aussi le jour viendra, nous en avons la confiance, où les essais qui se font à Bicêtre porteront leur fruit, et détermineront les médecins placés à la tête de

SECTION DES LIGAMENS SACRO-SCIATIQUES POUR FACILITER L'ACCOUCHEMENT DANS UN CAS D'ÉTROITESSE DU DÉTROIT INFÉRIEUR ; par le docteur FRANTZ.

OBS. — H., âgée de 35 ans, petite, de constitution faible, sujette à un œdème des extrémités inférieures dès son enfance, accoucha il y a environ six ans d'un enfant qui n'est pas parvenu à terme; deux ans après, l'œdème fit tellement de progrès qu'il envahit les cuisses, les parties génitales et le bas-ventre, où il y avait distinctement de la fluctuation. Un traitement diurétique fit disparaître les symptômes; la menstruation continua à bien se faire. On constata par le toucher une ancienne déchirure du périnée qui s'étendait jusque tout près de l'anus; les grandes lèvres étaient dures et tendues; le bassin petit, mais proportionné à la taille de la personne; la portion vaginale de l'utérus était descendue, verticale; les deux lèvres du museau de tanche étaient au même niveau, mais écartées et laissaient facilement pénétrer le doigt explorateur à la profondeur d'un demi-pouce; ces mêmes lèvres étaient frangées et comme couvertes de condylômes clairs, presque cartilagineux; le segment inférieur de l'utérus d'un volume plus grand que normal. Deux ans après, H. avorta au sixième mois de grossesse; mais au moment où le fœtus devait franchir l'orifice utérin, il entraîna le segment inférieur de l'utérus jusque près de la vulve, et on fut obligé d'inciser les bords de l'orifice avec un bistouri boutonné pour vaincre la stricture qui mettait obstacle à la parturition.

Par le toucher pratiqué quelque temps après les couches, on s'assura que les échancrures de l'orifice n'étaient pas plus prononcées qu'avant l'avortement.

En septembre 1840, H. était parvenue à la fin d'une troisième grossesse qui se passa très bien, sauf l'œdème des membres inférieurs et des parties génitales. A l'arrivée de l'accoucheur, les eaux étaient écoulées, et le fœtus présentait les fesses dans la troisième position, et se trouvait déjà engagé dans le petit bassin; les contractions étaient normales, le vagin humide, le bassin ne paraissait pas déformé, et à en juger par le toucher avec un seul doigt il n'y avait qu'au détroit inférieur une étroitesse causée par l'œdème des portions molles. Après avoir laissé agir pendant quelque temps la nature, on s'est assuré que le fœtus se trouvait arrêté au détroit inférieur où les parties molles étaient dures au toucher comme du cartilage, et les ligamens sacro-sciatiques tendus et proéminens comme de grosses cordes de basse; le coccyx n'était pas mobile; dans les intervalles des contractions, les ligamens ne proéminaient pas, et cependant on ne pouvait pas engager quatre doigts entre eux et le fœtus. Par cette tension des ligamens, le détroit inférieur était réduit au diamètre de 2 pouces et quart transversalement et de deux pouces et demi d'avant en arrière. L'accouchement n'avançant pas, on recourut inutilement aux émolliens et aux antispasmodiques, au bain chaud, au castoréum, etc., etc. On chercha vainement à appliquer le crochet mousse dans l'aîne du fœtus pour l'attirer: il fut impossible d'introduire les deux branches du forceps, et il ne restait plus, dit l'auteur, que le démembrement ou l'opération césarienne pour sauver la mère.

Dans cet état de choses, l'opérateur se décida à couper les ligamens sacro-sciatiques; à cet effet, il prit un ténotome de Stromeyer, et après avoir vidé le rectum et s'être assuré de sa position avec un doigt introduit dans le vagin, tandis que le jet de liquide, poussé par la seringue, lui donna la sensation de la place précise occupée par l'intestin, il chargea ensuite la sage-femme de placer un doigt dans le rectum et de l'attirer à gauche, tandis que lui avec l'instrument tranchant glissé sur l'index gauche arriva jusqu'à l'endroit où le ligament était le plus saillant, et en fit la division. Comme l'étroitesse était encore trop forte, il recommanda à la sage-femme de déplacer le rectum à droite et coupa aussi les ligamens sacro-sciatiques du côté opposé.

L'hémorragie était peu abondante; on appliqua ensuite le crochet mousse dans l'aine du fœtus, et on l'attira facilement; il était mort. A l'exception d'une forte fièvre et d'une diarrhée, suite d'une indigestion que l'accouchée s'était attirée au cinquième jour, il n'y eut plus d'autres accidens. Au dix-septième jour, on trouva au toucher les parties molles du détroit inférieur très résistantes; mais il y avait une petite fistule recto-vaginale du diamètre d'un tuyau de plume qui, au bout de quelques semaines, se réduisit au point de ne plus laisser passer que quelques gouttes de matière fécale liquide lorsque la malade avait la diarrhée.

Cette observation, que nous avons donnée avec quelques détails, laisse encore beaucoup à désirer; c'est ainsi que l'auteur n'insiste pas assez sur la cause de l'œdème; il n'indique pas par quelle méthode pelvimétrique il a apprécié les dimensions du bassin; il ne dit rien de l'auscultation, ni des autres moyens propres à faire connaître si l'enfant est mort ou vivant; et après l'accouchement, il ne nous apprend pas quel était le volume de l'enfant, etc., etc. Dans les réflexions qui suivent l'observation, M. Frantz insiste beaucoup sur la possibilité d'écarter les symphyses du bassin et de distendre les ligamens qui les unissent lorsque les ligamens sacro-sciatiques sont divisés.

Nous doutons si réellement la section des ligamens était indispensable pour retirer le fœtus en entier, ou s'il n'aurait pas été préférable de le démembrer après s'être assuré de sa mort; quoi qu'il en soit, cette observation est très importante, en ce qu'elle peut mettre sur la voie d'une nouvelle application de la ténotomie dans les cas de dystocie causée par les ligamens sacro-sciatiques.

IV. NEUE ZEITSCHRIFT FUR DIE GEBURTSKUNDE,

PAR BUSCH, D'OUTREPONT, DE RITGEN ET DE SIEBOLD.

Les deuxième et troisième cahiers du dixième volume et le premier du onzième contiennent les articles originaux suivans : 1° *Observations;* par le docteur Schnackenberg. 2° *Remarques pratiques sur les accouchemens;* par le docteur Rodenstab. 3° *Critique de la conduite de Loewenhard dans le cas d'insertion du placenta sur l'orifice de la matrice donnant lieu à l'hémorrugie utérine;* par le docteur Behm. (GAZ. MÉD., p. 793, 1839.) 4° *Observation de grossesse douteuse;* par le docteur Stein. (Encore un exemple d'illusions chez une femme se croyant enceinte.) 5° *Fœtus monstrueux provenant de parens chinois;* par le même. (Le bassin et les extrémités inférieures se confondaient en une espèce de queue de poisson, ce qui lui donnait l'apparence d'une sirène; la pièce, conservée dans l'eau-de-vie, fut apportée en Europe par le docteur Brunighausen, revenant de Java.) 6° *Sur une épidémie de trismus des nouveau-nés qui a été observée dans l'hôpital de Stockholm en 1824;* par le professeur Cederschjold. 7° *Cas de placenta double dont les vaisseaux aboutissaient à un seul cordon et à un seul fœtus;* par le docteur Ebert. 8° *Théories du professeur Krauel sur l'application du forceps;* communiquées par le docteur Tolt. 9° *Deux cas d'hydrencéphale aiguë guéris par des douches froides sur la tête, d'après la méthode de Formey;* par le docteur Smeetes; communiquées par le docteur de Busch. 10° *Sur les accouchemens prématurés et sur les causes qui font naître les enfans avant terme plutôt par les pieds que par la tête;* par le docteur Stein. (Dans deux cas, l'auteur a pu s'assurer que le fœtus, qui présentait d'abord la tête, s'était ensuite déplacé pour naître par les pieds, d'où il conclut que les déplacemens dans l'utérus se font fréquemment pendant le travail de l'accouchement, et d'autant plus facilement que le fœtus est jeune et petit.) 11° *Sur l'évolution*

---

quelques-uns de nos principaux établissemens d'aliénés à donner à leurs malades le secours d'une diversion morale aussi puissante. Et qu'on ne croie pas qu'un petit nombre d'individus soient seuls appelés à profiter des bienfaits de l'application du chant au traitement de la folie. L'hospice de Bicêtre contient près de neufs cents malades. Celui de la Salpétrière offre une population de plus de seize cents femmes. A Charenton, M. Esquirol comptait cinq cents aliénés, hommes ou femmes. On en trouvait à peu près le même nombre en 1825 à l'hospice de St-You. D'après M. le docteur Boucher, l'hospice de Nantes comptait en 1839 environ sept cents habitans. Additionnez tous ces chiffres, que je pourrais multiplier beaucoup, ajoutez-y la somme des malades renfermés dans des maisons de santé particulières, ou gardés dans leurs familles, et vous trouverez en France une population d'aliénés qui ne s'élèvera pas à moins de *trente mille.* Sur ce nombre, plus de la moitié sont renfermés dans des hospices assez considérables pour qu'il devienne possible d'y organiser des écoles de chant semblables à celle que nous venons d'essayer de faire connaître. Il faut donc espérer que les expériences de M. Leuret ne resteront pas stériles : « car ceux pour lesquels je réclame sont les membres les plus intéressans de la société, presque toujours victimes des préjugés, de l'ingratitude de leurs semblables; ce sont des pères de famille, des épouses fidèles, des négocians intègres, des artistes habiles, des savans distingués ; ce sont des âmes ardentes, fières et sensibles, et la maladie qui est venue les atteindre est la plus redoutable des misères humaines. » (M. Esquirol, DES MALADIES MENTALES.)

E. L.

— M. MAGENDIE a ouvert, vendredi 11 février, à 11 heures, le cours de médecine du collége de France, et le continuera tous les mercredis et vendredis à la même heure.

Le professeur fera cette année l'histoire générale des poisons, et démontrera leur mode d'action.

— LEÇONS DE BOTANIQUE, comprenant principalement la morphologie végétale, la terminologie, la botanique comparée, l'examen de la valeur des caractères dans les diverses familles naturelles, etc.; par AUGUSTE DE ST-HILAIRE, membre de l'Académie des sciences de l'Institut, professeur à la Faculté des sciences de Paris, etc.

Ouvrage adopté par le Conseil royal de l'instruction publique; 1 fort volume in-8° d'environ 900 pages et 24 planches, contenant 446 figures, dont une coloriée. Prix : 14 fr. Le même ouvrage, grand papier : 24 fr.

Paris, chez P.-J. Loss, libraire-éditeur, rue Serpente, 1.

Nous nous empressons d'annoncer la publication de l'ouvrage de M. Auguste de St-Hilaire. Il était impossible d'exposer les faits qui constituent l'histoire du végétal d'une manière plus logique, plus claire et plus élégante.

Le Conseil royal de l'instruction publique vient de décider que les LEÇONS DE BOTANIQUE ET DE MORPHOLOGIE VÉGÉTALE seront envoyées dans les bibliothèques des universités, des colléges et des écoles normales primaires, et pour être données en prix dans ces mêmes établissemens.

spontanée; par le même. 12° *Sur les placentas incarcérés*; par le même. (Article d'érudition.) 13° *Sur la conduite à tenir par l'accoucheur au moment où le fœtus franchit la vulve*; par le docteur de Hoefft. (Monographie très étendue dans laquelle sont passés en revue tous les ouvrages qui traitent cette question.)

OBSERVATIONS; par le docteur SCHNACKENBERG.

1° Sur l'évolution spontanée du fœtus. A l'occasion d'un cas de position transversale du fœtus qui s'est terminée par une évolution spontanée et la sortie des fesses en même temps que celle de l'épaule droite, M. Schnackenberg cite plusieurs cas analogues recueillis dans les auteurs.

2° Accouchement extraordinaire d'un enfant mort qui présenta la tête en même temps que le pied droit, la main gauche et le cordon ombilical. La tête avait le pariétal droit appliqué contre le pubis de la mère, le pariétal gauche était tourné en arrière; sur lui était appliquée la face plantaire du pied droit; celui-ci était recouvert par la main gauche, dont la face dorsale suivait l'excavation du sacrum. Arrivée à la vulve, la main gauche a franchi le détroit périnéal avant la tête; le cadavre du fœtus, après sa sortie, conserva la position qu'il avait dans le sein de la mère.

3° Version d'un enfant de 18 livres. Une femme âgée de 38 ans, multipare, ayant été accouchée les trois dernières fois par la version, pour cause de position transversale du fœtus, est arrivée à la fin de sa grossesse, et même, d'après son dire, à la troisième semaine au-delà du terme ordinaire. Encore cette fois-ci, il fallut recourir à la version, parce que le fœtus était couché en travers. L'extraction était pénible, pourtant on amena un enfant vivant, qui, mis sur la balance, pesait très exactement 18 livres; il avait 25 pouces et demi de long, la circonférence de la tête et des épaules avait chacune 15 pouces, et celle des jambes 14 pouces. Les cheveux de la tête étaient épais, les sourcils de même, et les ongles dépassaient beaucoup la pulpe des doigts.

4° Accouchement forcé pour cause d'hémorragie, avec insertion centrale du placenta sur l'orifice de la matrice. Six semaines avant le terme de sa grossesse, une femme de 30 ans, mère de trois enfans, eut des pertes utérines qui se renouvelèrent souvent à l'occasion de rudes travaux auxquels la femme se livrait; plusieurs fois on les arrêta à l'aide du tamponnement et du repos; enfin, lorsque le travail d'accouchement commença, l'hémorragie devint très forte, et lorsque l'orifice fut trouvé assez dilaté pour introduire les doigts, on rencontra le placenta inséré tout autour; on le décolla à gauche, on rompit les membranes, on arriva aux pieds et on termina l'accouchement avec facilité. La sortie du placenta n'a présenté rien d'extraordinaire. Les jours suivans, des symptômes de métrite avec semi-paralysie des extrémités inférieures se déclarèrent. La femme succomba, l'autopsie ne fut pas faite.

5° Insertion du placenta sur l'orifice donnant lieu à une hémorragie devenant promptement mortelle. La femme était déjà dans un état d'anémie complète lorsqu'on appela les médecins, qui firent aussitôt l'accouchement et amenèrent un enfant dont l'épiderme se détachait déjà.

6° Une femme, âgée de 28 ans, primipare, fut prise, quinze jours avant le terme de la grossesse, de symptômes d'éclampsie; des saignées, des révulsifs furent inutilement employés. On ne pouvait pas compter sur une délivrance prochaine, parce que l'orifice était complètement fermé, et que le col avait encore 9 lignes de long. La femme mourut au bout de deux jours dans un état comateux. En vain fit-on l'opération césarienne vingt minutes après la mort, l'enfant ne donnait plus signe de vie.

7° Insertion centrale du placenta sur l'orifice de la matrice donnant lieu à une hémorragie mortelle chez une femme arrivée à la fin de la grossesse. L'écoulement sanguin a été très fort pendant plusieurs jours; le col de la matrice avait encore un demi-pouce de long; les contractions utérines étaient nulles; le tamponnement n'a arrêté la perte que momentanément. L'opération césarienne donna un enfant mort; l'insertion du placenta fut trouvée mathématiquement centrale sur l'orifice.

8° Une femme, âgée de 42 ans, était arrivée au terme de sa douzième grossesse, lorsqu'avec le commencement du travail il se déclara une hémorragie utérine, on trouva que la tête était en partie coiffée par un segment du placenta; les contractions s'étaient ralenties, on donna quelques doses de seigle ergoté qui hâta l'expulsion de l'enfant.

REMARQUES PRATIQUES SUR LES ACCOUCHEMENS; par le docteur RODENSTAB.

Dans cet article, qui ne contient que des préceptes enseignés dans tous les ouvrages élémentaires, nous n'avons noté qu'un seul fait bien remarquable, c'est celui de la naissance d'un enfant acranien qui a été amené par le forceps. Il est né vivant, et, quinze jours après sa naissance, des points d'ossification se sont développés sur différentes parties de la tête, et, au bout de deux mois, le crâne ressemblait à celui d'un nouveau-né ordinaire. L'enfant, du sexe masculin, a trois ans aujourd'hui, et ne diffère des autres enfans de son âge que par la grande fontanelle, qui est encore très large.

SUR UNE ÉPIDÉMIE DE TRISMUS DES NOUVEAU-NÉS QUI A ÉTÉ OBSERVÉE DANS L'HÔPITAL DE STOCKHOLM EN 1834; par le professeur CEDERSCHJOLD.

On a souvent observé à l'hôpital de Stockholm des cas d'éclampsie des nouveau-nés; mais, en 1834, cette maladie devint si fréquente, qu'elle constitua une véritable épidémie; en peu de mois, 42 enfans en furent atteints et 34 succombèrent. L'auteur attribue la cause de cette épidémie à un changement brusque de l'atmosphère, qui, chaude au mois de mai, devint subitement glaciale dans les premiers jours de juin; chose remarquable, on n'a point rencontré le trismus des nouveau-nés dans les maisons particulières, quoique le nombre des autres maladies fût très considérable, ce que n'expliquerait pas suffisamment l'influence des variations atmosphériques sur l'hospice seulement. La maladie se déclarait ordinairement entre le quatrième et le sixième jour après la naissance, et durait rarement plus de deux jours; sa marche était la suivante : l'enfant agité jetait des cris aigus, surtout lorsqu'on le mettait au sein qu'il prenait avec avidité sans téter; bientôt il contractait la bouche d'une manière spasmodique; quelques heures après survenaient des symptômes appartenant au trismus ou à l'éclampsie, rarement au tétanos. Le plus souvent la maladie débutait par le trismus et passait à l'éclampsie, et lorsqu'on observa le tétanos, ce ne fut ordinairement que vers la fin. Dans le trismus, les spasmes furent continus; intermittens dans l'éclampsie et le tétanos. Les accès d'éclampsie se présentèrent sous trois formes : d'abord par des étouffemens, des contractions musculaires, et enfin par des râles profonds. Dans la première période, la respiration paraissait laborieuse, par suite de spasme du larynx; tout le corps était raide, la face boursoufflée et bleue, les yeux largement dilatés, rouges et saillans; avec le retour de la respiration commençait la seconde période. Sur le corps, raide jusqu'alors, on observait des mouvemens convulsifs, plus aux extrémités supérieures qu'aux inférieures, et principalement à la face et aux yeux. Le boursoufflement et la coloration de la face disparaissaient, ainsi que les mouvemens convulsifs, et enfin la troisième période se déclarait; elle était caractérisée par une respiration pénible, râlante et amenant de l'écume devant la bouche. Dans la forme tétanique, les intervalles des accès étaient plus longs que dans l'éclampsie, et la maladie paraissait moins inquiétante : la tête était renversée en arrière et les membres inférieurs fléchis en arc de cercle vers le dos. Pendant l'accès, surtout de l'éclampsie, les mouvemens du cœur étaient tumultueux, tout le corps était dur au toucher, couvert d'une sueur gluante, surtout à la partie supérieure; fréquemment on observa une éruption miliaire au cou, à la poitrine et ailleurs. A l'autopsie, on trouva les vaisseaux et les sinus des membranes, ainsi que de la substance du cerveau et de la moelle épinière, gorgés de sang, une exsudation plastique à la base du crâne, un peu de sérosité jaune dans le péricarde, le cœur et les gros vaisseaux remplis de sang; les poumons, aplatis, renfermant peu d'air et se laissant facilement insuffler, contenaient peu de sang; la vésicule ordinairement distendue et la bile souvent colorée en rouge.

Le traitement consiste dans l'application de sangsues à la nuque, dans l'administration de vomitifs à dose plus ou moins élevée, de purgatifs, du calomel, des antispasmodiques, tels que des bains tièdes, des fleurs de zinc, du musc, de l'assa fœtida, de la potasse alternant avec de l'opium, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur; enfin de l'électricité. De tous les enfans, chez lesquels la maladie était bien développée, pas un n'a échappé; ceux qui ont été notés comme guéris n'avaient que les prodrômes de la maladie. Comme moyens prophylactiques, on chauffa les salles, on isola les malades, on purgea les nouveau-nés pour les débarrasser promptement du méconium, et enfin on eut recours aux bains et aux lotions d'eau chlorurée.

SUR L'ÉVOLUTION SPONTANÉE; par le même.

Les résultats auxquels l'auteur est arrivé par ses observations sur cette question se résument, en ce que l'évolution spontanée est favorisée par un travail énergique, une ampleur considérable du bassin et la petitesse du fœtus; de plus, la mort de ce dernier qui rend ses tissus plus compressibles. Un bassin ample avec un fœtus de dimension ordinaire n'est pas favorable, tandis qu'un bassin ordinaire avec un enfant petit peut suffire pour donner lieu à une évolution spontanée. Il est difficile de concevoir qu'un fœtus pesant plus de 2 kilog. et demi puisse naître plié sur lui-même, et il est rare surtout d'en voir venir au monde de vivans

lors même qu'ils sont très petits. On ne comprend pas comment l'évolution spontanée se ferait dans les cas où le tronc serait replié en arrière.

V. MEDICINISCHE ANNALEN;

Par PUCHELT, CHELIUS et NÆGELÉ.

Les troisième et quatrième cahier du septième volume contiennent : 1° *Observations d'accouchement;* par le docteur Meissner. (1° Perforation du crâne pratiquée deux fois chez la même femme pour cause de tumeur fibreuse dans le bassin; 2° Trois cas d'abcès intrapelviens chez des femmes en couche; l'une d'elles s'étant fracturé l'os des îles a succombé pendant sa grossesse; chez les deux autres qui ont guéri, l'abcès fut ouvert dans le pli de la cuisse.) 2° *Remarques sur différentes maladies du cœur;* par le docteur Osius. (Rien de saillant.) 3° *Sur l'action du seigle ergoté;* par le docteur Kathriner. 4° *Remarques ophthalmologiques;* par le docteur Kœchler. (1° Sur l'invulnérabilité des yeux comme pronostic favorable pour l'opération de la cataracte; 2° cas d'inflammations graves sans douleur chez un individu âgé de 64 ans opéré de la cataracte; il se développa au bout de cinq jours un iritis avec abcès sans douleur ni photophobie. Le malade ne recouvra plus la vue; la pupille resta trouble, resserrée et couverte d'une exsudation lymphatique. Cas d'ophthalmo-blennorrhée chez un vieillard de 75 ans qui s'est terminée par suppuration et atrophie du globe sans avoir occasionné la moindre douleur. Ophthalmie indolente terminée par la cécité chez une femme opérée de la cataracte. Phlegmon non douloureux du tissu cellulaire intraorbitaire. 3° Exposé succinct de l'opération du strabisme et de la myopie; 4° Discussion sur l'origine et la nature du staphylome, suivie de quelques observations d'un intérêt médiocre; 5° Télangiectasie de la paupière supérieure chez un enfant de neuf mois guérie par l'extirpation après plusieurs autres tentatives inutiles entre autres la ligature de l'artère temporale.) 5° *Exposition succincte et claire de la pratique et de la théorie professée par M. Ricord sur les maladies syphilitiques;* par le docteur Volz. 6° *Observation d'un individu qui a tenté de se suicider avec quatre baies de belladone;* par le docteur Finck. (Après la saignée, suivie d'un vomitif, les symptômes les plus inquiétans de l'empoisonnement diminuèrent et disparurent plus tard complètement.) 7° *Cas de catalepsie;* par le docteur Schaible. (Rien d'inconnu.) 8° *De la pression au creux de l'estomac;* par le docteur Stamm. (Dans cette monographie très longue, l'auteur passe en revue les affections dans lesquelles ce symptôme se rencontre.) 9° *Du pneumo hydrothorax simple et double;* par le docteur Puchelt fils. 10° *Sur une épidémie de dysenterie;* par le docteur Roeser. (Observations qui n'offrent rien de nouveau.) 11° *De l'emploi de l'acétate de morphine par la méthode endermique dans l'angine de poitrine;* par le docteur Szerlecki. (L'auteur rapporte un cas de succès.) 12° *De l'efficacité des ventouses scarifiées dans les maladies aiguës de poitrine chez les enfans;* par le même. (Les sangsues provoquent chez les enfans des hémorragies difficiles à arrêter, et partant des affaiblissemens qui prolongent la convalescence; l'auteur recommande les ventouses scarifiées : 4 chez des enfans au-dessous d'un an, 6 chez ceux d'un à deux ans, et 10 chez ceux de trois à six ans.) 13° *Observation d'un militaire dont le bas-ventre a été traversé par une baguette de fusil qui a pénétré par les lombes et est sortie près de l'ombilic à plus d'un décimètre;* par le docteur Speyer. (Le malade a pu reprendre son service 74 jours après l'accident.)

SUR L'ACTION DU SEIGLE ERGOTÉ; par le docteur KATHRINER.

Outre l'application généralement connue du seigle ergoté pour éveiller les contractions utérines et pour arrêter les pertes de sang, l'auteur recommande encore ce remède comme un moyen précieux contre les tranchées des femmes en couche. En effet, les tranchées utérines ne sont autre chose que des douleurs occasionées par les contractions de l'utérus, qui fait des efforts pour chasser des caillots de sang et les restes du délivre de sa cavité. Lorsque l'utérus possède assez d'énergie pour expulser ces matières avec facilité, il n'y a ordinairement pas de tranchées, mais elles existent dans les cas d'inertie de l'utérus, et alors le seigle ergoté peut être d'une grande utilité et doit agir de la même manière comme avant l'accouchement. M. Kathriner fait prendre ordinairement le médicament de la manière suivante : poudre de seigle ergoté, 2 grains; poudre de cannelle, 5 grains; à répéter la dose tous les quarts d'heure. Le plus souvent, trois à quatre paquets ont suffi ; rarement il a fallu en employer 8 à 10.

DU PNEUMO-HYDROTHORAX SIMPLE ET DOUBLE; par le docteur PUCHELT fils.

Une observation de pneumo-thorax double a donné lieu à ce petit mémoire, dans lequel M. Puchelt fils résume à peu près tout ce qui est connu sur cette maladie, et finit par les conclusions suivantes :

1° La durée du pneumo-thorax double est beaucoup plus courte que celle du pneumo-thorax simple; dans le premier, elle peut être de quelques jours ; dans le second de plusieurs mois, même d'une année.

2° Le début du pneumo-thorax est caractérisé ordinairement par une douleur subite au côté malade et par une forte dyspnée; pourtant ces deux symptômes peuvent manquer.

3° La douleur au côté, qui se déclare dans le courant de la maladie, peut devenir très violente; c'est une douleur pleurétique.

4° Dans le pneumo-thorax double, l'état général est moins marqué par un collapsus, ainsi que cela a lieu dans le pneumo-thorax simple ; mais il se distingue plutôt par des suffocations.

5° La dyspnée est inséparable dans le pneumo-thorax double, à peine sensible dans les cas chroniques de pneumo-thorax simple.

6° Le côté malade étant dilaté dans le pneumo-thorax, l'habitus phthisique est effacé, ce qui rend le diagnostic surtout difficile dans le pneumo-thorax double,

7° Les organes voisins de la poitrine sont déplacés, surtout le cœur et le foie.

8° La percussion du côté malade donne un son tympanique et très clair; pourtant il peut être mat et même normal à quelques endroits.

9° Le niveau du liquide n'est guère possible à indiquer par la percussion.

10° Les causes qui font paraître le son tantôt tympanique, tantôt clair, dépendent, d'après Skoda, de la distension plus ou moins forte des parois de la poitrine.

11° Ce ne sont pas seulement l'air et le fluide qui se trouvent dans la plèvre qui modifient la percussion, mais encore les adhérences des poumons avec les plèvres costales, ainsi que les membranes de celles-ci avec des masses pseudo-membraneuses.

12° Le tintement métallique n'est pas un symptôme pathognomonique du pneumo-thorax; on le trouve aussi dans les cas de grandes cavités tuberculeuses.

13° Le tintement métallique est plus fort dans le pneumo-thorax que dans la caverne.

14° Dans le pneumo-thorax il se trouve le plus souvent dans le milieu de la poitrine, vers la paroi postérieure et dans une grande étendue, tandis qu'il est en haut, à la partie antérieure et plus restreint dans les excavations tuberculeuses.

15° Il y a deux espèces de tintement métallique : l'un, *bullaire*, ressemble à un son clair qui serait produit par une tête d'épingle frappée légèrement contre une plaque mince de métal; l'autre est l'écho métallique de la voix, de la toux et du râle.

16° Le tintement métallique bullaire est produit par le passage de l'air à travers l'exsudation pleurale (si la fistule pulmonaire s'ouvre sous le niveau du liquide), ou à travers le liquide qui se trouve dans la cavité tuberculeuse perforée (si l'ouverture du poumon s'ouvre au-dessus du niveau de l'exsudation pleurale), et doit être attribué à la collision des fluides momentanément séparés par le passage de l'air.

17° Le développement de ce phénomène n'est possible que lorsqu'une bronche perméable s'ouvre dans la caverne.

18° L'écho métallique n'est que la simple résonnance de la voix et de la toux dans le sac pleural rempli d'air et de peu de liquide.

19° Lorsque la fistule pulmonaire s'ouvre au-dessus du niveau de l'exsudation, que la caverne avec laquelle elle communique est petite et sèche, il ne se forme pas de tintement métallique bullaire; et d'un autre côté, si la fistule bronchique est loin de la périphérie du poumon, il ne se forme pas non plus d'écho métallique.

20° L'analyse chimique de l'air contenu dans la plèvre qui communique avec les bronches donne très-peu ou point d'oxigène, un peu d'acide carbonique et beaucoup d'azote.

— Nous trouvons dans les mêmes cahiers, entr'autres faits dignes d'être mentionnés : 1° un cas de grossesse tubaire; le fœtus s'est trouvé à l'endroit où la trompe se continue avec l'utérus. La cavité de la matrice était complètement fermée.

2° L'observation d'un jeune homme mort avec tous les symptômes de l'hydrophobie, développée 98 jours après une morsure par un chien enragé.

3° Un enfant de 18 mois, appartenant à des époux qui avaient déjà

perdu sept enfans d'hydrocéphale chronique, âgés de 6 mois à 3 ans, présenta aussi tous les symptômes de cette dernière maladie. Après avoir employé inutilement plusieurs moyens, le médecin fit usage de la compression avec des bandelettes agglutinatives. Au bout de 5 mois, le volume de la tête était revenu à un état normal, et l'enfant parfaitement guéri. (Voyez sur le même sujet GAZ. MÉD., p. 377, 1828.)

4° Une femme de 27 ans, accouchée depuis 12 jours, eut une suppression des lochies avec diminution de la sécrétion du lait; des symptômes de péritonite se déclarèrent, et des abcès se forma dans la région ombilicale; une ponction, pratiquée avec le trocart, donna issue à deux litres de sérosité blanche, entièrement semblable à du lait. L'écoulement continua encore pendant un mois, et la femme se rétablit complètement.

VI. WOCHENSCHRIFT FUR DIE GESAMMTE HEILKUNDE,

PUBLIÉ PAR CASPER.

SUR LES CORPS ÉTRANGERS DANS LE CANAL DE L'URÈTRE DE L'HOMME; par le professeur DIEFFENBACH.

Les nombreux corps étrangers que le célèbre chirurgien de Berlin a retirés du nez et des oreilles chez des enfans furent des haricots, des pois, des perles de verre, des petites pierres, etc.; il n'en est pas de même de l'urètre où il n'a jamais rencontré des corps de cette espèce; mais ou bien des calculs rénaux ou vésicaux venus de dedans, ou bien des corps très allongés et aigus introduits de dehors, tels que des aiguilles, des bouts de fils de fer, une petite plume, une allumette, un chaume, une bougie de cire, un fragment de cathéter, un assez long morceau de pierre infernale; celui-ci envoyé dans l'urètre par un chirurgien maladroit était heureusement recouvert de suif.

Parmi les moyens proposés pour l'extraction des corps étrangers de l'urètre, sans employer l'instrument tranchant, M. Dieffenbach recommande principalement la pince de Hunter, la curette de M. Leroy d'Etiolles et l'anse de fil métallique de sa propre invention qui consiste dans une portion de fil de fer plié sur lui-même et tombé jusqu'à 2 centimètres de la partie repliée et plus ou moins recourbé en forme de bec à cuiller; mais avec ces instrumens on ne peut retirer que des corps mousses, et dont les aspérités sont peu marquées, tandis que les corps aigus, tels que les aiguilles, ne sont pas aussi facilement saisis; à ce sujet, M. Dieffenbach cite un cas qui s'est présenté, il y a peu de mois, dans sa clinique.

OBS. — Un garçon de 14 ans s'était introduit dans le canal de l'urètre une aiguille à coudre avec l'oeillet dirigé du côté de la vessie; le corps étranger qui avait échappé au doigt du jeune homme avait pénétré jusque dans la portion membraneuse et causé de vives souffrances dans la région du périnée. L'émission de l'urine était très douloureuse, l'embonpoint du sujet ne permettait pas de palper le corps étranger à travers les tégumens du périnée; mais en plaçant le malade dans la position comme pour l'opération de la taille, on pouvait toucher par l'anus l'extrémité mousse de l'aiguille. M. Dieffenbach fit alors avec la main gauche un pli au périnée, et avec l'index de la main droite, introduit dans le rectum, il poussa l'aiguille à travers les tégumens; la pointe de celle-ci étant venue apparaître au dehors, il fut facile de la retirer avec des pinces; elle était longue de 6 centimètres et déjà rouillée. La guérison fut instantanée.

Cet article sur l'extraction des corps étrangers de l'urètre nous rappelle un procédé qui nous paraît très ingénieux pour retirer les anneaux dans lesquels peut se trouver engagé le pénis: un élève d'un collége ayant passé son pénis dans un anneau d'acier, il survint bientôt un gonflement extrêmement fort et des accidens inflammatoires très inquiétans. Deux chirurgiens d'une grande expérience et d'une réputation bien méritée furent consultés; le cas leur parut très embarrassant: l'un d'eux communiqua le fait au garçon d'amphithéâtre de Strasbourg, à M. Michel Hammer; celui-ci indiqua immédiatement et exécuta lui-même avec un plein succès le procédé suivant: avec une aiguille courbe et mousse il passa non sans quelque difficulté un fil très fort dessous l'anneau, puis après avoir pris dans la main gauche le bout de fil dirigé vers la racine de la verge, il saisit de la main droite l'autre bout, et le roula fortement autour de l'extrémité libre de la verge; après avoir ainsi serré la portion de verge gonflée, il déroula le fil, en commençant par le bout dirigé vers la racine de la verge; de cette manière il fit avancer l'anneau sur les spires du fil comme sur une vis. On peut encore appliquer ce procédé pour retirer des bagues des doigts de personnes hydropiques et goutteuses.

ESSAIS DE GALVANISME SUR DES YEUX AFFECTÉS DE MALADIE ORGANIQUE; par le docteur NEUMANN.

Nous avons fait mention dans notre dernière revue des tentatives qui ont été faites à Saint-Pétersbourg, et plus tard en Bavière, avec le galvanisme pour connaître son action sur les différentes parties du globe de l'œil (GAZ. MÉD., p. 776, 1841). M. Neumann nous donne aujourd'hui trois observations où il a expérimenté cet agent sur des yeux malades; quoique le résultat qu'il a obtenu ne soit pas encore brillant, il est cependant de nature à laisser beaucoup d'espoir; nous les rapportons pour servir de guide à ceux qui seraient tentés de répéter les mêmes expériences.

OBS. — Aug. Patz, de Golluh, âgé de 10 ans, est affecté depuis un temps indéterminé à l'œil droit d'une adhérence complète de l'iris avec le cristallin opaque; l'instillation d'une forte dissolution d'extrait de belladone dilatait la pupille à peine du diamètre d'une tête d'épingle et laissait voir le cristallin sous forme d'un corps jaune crétacé et comme couvert de masses. La cornée, au contraire, était saine et nullement adhérente à l'iris; il en est de même de la sclérotique, et d'autres parties de l'œil. Le malade ne pouvait pas distinguer le jour de la nuit. L'œil gauche était affecté de la même maladie; mais il distinguait encore des objets très volumineux. Une foule de moyens ont été employés inutilement. L'œil droit seulement fut soumis au galvanisme; à cet effet, on se servit de deux plaques de 2 pouces carrés, l'une en zinc et l'autre en cuivre, qu'on plaça dans un godet de verre et qu'on couvrit d'acide sulfurique très étendu d'eau. De la plaque de zinc, on fit passer un fil de fer dans la bouche du malade, et un autre fil de fer partant de la plaque de cuivre fut ajusté sur une aiguille à cataracte, dont on fourra le manche dans un tube de verre pour l'isoler de la main de l'opérateur; et on pénétra avec la pointe de l'aiguille à travers le milieu de la cornée jusqu'au centre du cristallin opaque. Le malade éprouva beaucoup de douleur, et s'efforça d'abord de tourner l'œil en haut; mais bientôt l'organe resta en repos, laissa agir sur lui le courant galvanique à peu près pendant une minute; après laquelle on vit se former des bulles de gaz mêlées à une humeur verdâtre s'échappant distinctement de l'intérieur du cristallin; en même temps celui-ci disparut au fond de l'œil, et à sa place on ne vit plus qu'une masse verte noirâtre, semblable à celle qu'on voit dans les yeux affectés de glaucome. Comme les douleurs devinrent très fortes, on retira l'aiguille; pendant deux jours on combattit la réaction inflammatoire par des fomentations froides et des remèdes laxatifs. Le quatrième jour, il n'y avait plus d'inflammation, nulle trace de la plaie de la cornée; la pupille était aussi rétrécie qu'avant l'opération, laissait apercevoir la masse verdâtre mentionnée ci-dessus et plus profondément un peu du cristallin jaune. La cécité était complète. Il est probable qu'outre la cataracte l'œil était encore affecté de glaucome.

OBS. II. — Barbara Schmuhl, de Sierps (en Pologne), âgée de 30 ans, fut opérée aux deux yeux de la cataracte à Varsovie. L'œil droit récupéra la vue; mais avec l'œil gauche la malade distinguait à peine le jour d'avec la nuit; elle consulta à ce sujet M. Neumann, qui instilla l'extrait de belladone dans cet œil gauche; la pupille se dilata un peu et prit une forme semi-elliptique et semi-anguleuse. Au fond, l'on aperçut des fragmens de la cataracte adhérente à l'uvée et ressemblant à des morceaux de minerai. On soumit l'œil gauche au galvanisme; à cet effet, on fit une pile avec deux plaques de cuivre et deux de zinc, chacune de 2 pouces de diamètre; et entre les deux couples on plaça un morceau de flanelle, et on les humecta avec de l'acide sulfurique étendu. Deux fils de fer partirent des deux pôles: celui de cuivre fut mis dans la bouche de la malade, et celui de zinc fut mis en communication avec le cristallin au moyen du procédé décrit dans la première observation. A peine la pile se trouva-t-elle en action pendant une minute que des débris de cataracte se séparèrent et laissèrent voir une zône noire entre eux; mais comme la malade commençait à se plaindre de céphalalgie, on cessa l'opération. Des sangsues, des purgatifs et des fomentations froides sur le front calmèrent l'irritation cérébrale qui s'était déclarée immédiatement après l'emploi du galvanisme. Le cinquième jour, on découvrit l'œil, la malade reconnut, en regardant à travers la zône, des objets de petites dimensions, tels que des doigts, et retourna dans ses foyers, assez contente de son état pour ne pas demander un second essai de galvanisme.

OBS. III. — Melle Rosalie de Mæzkiewicz, de Samplawa, près de Lœbau, perdit presque complètement la vue à l'âge de 4 ans par la variole; elle a actuellement 22 ans, et s'est déjà adressée à beaucoup de médecins qui ont employé une foule de moyens sans succès. M. Neumann lui-même fut dans le temps consulté par elle et l'avait renvoyée comme incurable; alors il ne connaissait pas encore l'emploi qu'on peut faire du galvanisme sur les yeux. L'état de la malade était le suivant: le globe droit était si volumineux qu'à peine pouvait-il être couvert par les paupières; des vaisseaux de la conjonctive étaient considérablement dilatés, et de gros rameaux s'étendaient transversalement par dessus la cornée d'une angle de l'œil à l'autre. On ne pouvait pas distinguer la cornée de la sclérotique, et tout le segment antérieur du bulbe présentait l'aspect d'une vessie bleu foncé, marbrée de blanc, surtout à l'endroit où aurait dû être la cornée transparente. Il existait donc une espèce de staphylome de la cornée avec augmentation du volume de tout le globe de l'œil. La malade pouvait encore distinguer avec cet œil le jour de la nuit et reconnaître le contour de corps très volumineux; ce reste de perceptibilité de la lumière était dû à une petite portion de la cornée restée transparente du diamètre d'une tête d'épingle. L'œil gauche affecté de la même manière que le droit était moins volumineux; mais présentait une cornée plus complètement opaque; aussi la cécité y était-elle si complète que

la lumière la plus vive n'était pas perçue. On fit agir une pile de trois couples; l'un des fils fut placé dans la bouche et l'autre toucha légèrement la cornée. Des larmes abondantes furent sécrétées et tombèrent sur la joue; autour du fil de fer se développèrent des bulles de gaz qui formèrent une véritable écume. Les vaisseaux du globe parurent plus pleins de sang, et il se déclara de la douleur. L'opération fut immédiatement arrêtée.

Pendant un mois, cette expérience fut répétée une et souvent deux fois par jour. Le globe droit a considérablement diminué de volume, et peut facilement être recouvert par les paupières. Les taches crétacées de la cornée sont sensiblement éclaircies, et quelques-unes ont même entièrement disparu; la vue s'est rétablie au point de pouvoir distinguer des petits objets, et la malade peut même coudre et enfiler des aiguilles. Les taches de l'œil gauche sont toutes plus claires, et la perception de la lumière, qui était nulle, est telle aujourd'hui, que la malade voit la flamme d'une chandelle. Le traitement est continué.

Ces observations sont suivies de quelques remarques :

1° L'emploi du galvanisme contre les maladies organiques des yeux demande beaucoup de précautions. Il faut surtout s'assurer que le courant électrique est réellement établi, avant d'en faire usage.

2° La pile doit être tenue avec une grande propreté et être mise en action pendant quelques minutes avant de l'appliquer sur le malade.

3° Les adhérences de la cataracte avec l'iris et les opacités de la cornée sont les affections pour lesquelles le galvanisme est le plus souvent indiqué.

4° L'action du galvanisme est d'autant plus efficace qu'il est mieux supporté.

5° Aussitôt que la douleur de l'œil survient, il faut cesser l'opération, pour ne pas occasionner d'inflammation.

6° Avec un couple de 2 pouces de diamètre, le courant est déjà sensible; avec 2 couples, il est plus fort; pourtant, il est encore supporté par presque tous les malades; il n'en est pas de même d'une pile de trois couples qui provoque facilement une inflammation.

VII. ORGAN FUR DIE GESAMMTE HEILKUNDE,

Par NAUMANN, WUTPER et KILIAN.

Le quatrième cahier du premier volume contient : 1° *Sur la nature des effluves qui se développent par le mélange de l'eau douce avec l'eau de la mer;* par le docteur Gust. Bischof. 2° *Des maladies du placenta;* par le docteur Robert. (Monographie à consulter.) 3° *Observations de colique de plomb;* par le docteur Mallinckroct. 4° *Enumération de toutes les porte-aiguilles connues, suivie de la description d'un nouvel instrument de M. Wutzer;* par le docteur Fischer. 5° *Sur le traitement des fractures du crâne par ou sans trépanation;* par le professeur Wutzer. (Article non achevé.) 6° *Fracture du crâne avec perte considérable de la substance du cerveau, suivie de guérison;* par le docteur Zartmann. 7° *Fracture du crâne avec exfoliation d'une portion de la lame vitreuse; trépanation, convalescence, mort subite au trente-neuvième jour à la suite d'une indigestion;* par le docteur Ernsts. (L'autopsie n'a pas été faite.) 8° *Observation de fracture du crâne avec esquilles, guérie par la trépanation;* par le docteur Velten.

FRACTURE DU CRANE AVEC PERTE CONSIDÉRABLE DE LA SUBSTANCE DU CERVEAU, SUIVIE DE GUÉRISON; par le docteur ZARTMANN, de Bonn.

Obs. — P. W., d'une constitution robuste, âgé de 28 ans, tirait à la cible lorsque l'arme contenant double charge éclata; une portion du canon pénétra dans l'os frontal droit, et fut immédiatement retirée sans aucun ménagement par les assistans. Une demi-heure après l'accident, le blessé fut examiné par le chirurgien qui le trouva avec toute sa présence d'esprit et ne se plaignant que d'un léger mal de tête et de raideur à la nuque. Le pouls était fréquent, petit, régulier, la peau froide. Au-dessus de l'orbite droit à un demi-pouce de la bosse frontale, il y avait une plaie de laquelle il ne s'écoulait pas de sang; mais il s'échappait de la substance cérébrale grise et blanche; l'index pouvait être introduit à une profondeur de 9 lignes à travers une plaie du crâne entièrement ronde; les bords de l'ouverture étaient dentés, et on touchait de la masse cérébrale et beaucoup d'esquilles. Tout autour de la plaie les membranes internes paraissaient décollées des os et les pulsations du cerveau étaient très distinctes (fomentations froides sur la tête, saignée de 30 onces, potion saline). L'écoulement de matière cérébrale entremêlée de sang et de petites esquilles continua encore le lendemain; sauf une forte céphalalgie, le malade se trouva dans un état assez satisfaisant; on débrida un peu les parties molles, et on fit encore une forte saignée. Le deuxième jour après l'accident, l'écoulement était peu prononcé par la plaie, les bords étaient tuméfiés et douloureux; les symptômes de l'inflammation cérébrale se prononçaient davantage, tels qu'insomnie, céphalalgie violente, pulsations vives des artères carotides, temporales et radiales; grande chaleur, bourdonnemens d'oreilles (glace sur la tête, saignée de 10 onces, 12 sangsues autour de la plaie, sinapismes aux mollets, potion saline.)

Troisième jour après l'accident : Ecoulement séreux sanguinolent peu abondant, diminution des symptômes cérébraux, pouls fréquent et peu développé, grande faiblesse. (Glace sur la tête; 2 grains de calomel toutes les deux heures.)

Quatrième jour : Ecoulement plus fort; des portions de dure-mère pendent hors de la plaie du crâne; état général meilleur. (Même traitement que la veille.)

Dès la fin de la première semaine, la suppuration de la plaie devint louable; des bourgeons charnus se développèrent, et, au bout d'un mois, la guérison fut complète, sans qu'on ait observé la moindre altération dans les facultés intellectuelles du blessé; la perte de substance du cerveau était au moins de 3 onces.

C'est encore un fait nouveau à ajouter à tant d'autres que la science possède, qui prouvent que la perte de substance d'une portion du cerveau n'entraîne pas nécessairement la mort, ce qui ne s'accorde guère avec la localisation des facultés intellectuelles.

VIII. ZEITSCHRIFT FUR DIE GESAMMTE MEDICIN;

Par FRICKE et OPPENHEIM.

Les cahiers de novembre et décembre contiennent les articles originaux suivans : 1° *Mémoire sur la guérison radicale des hernies ombilicales chez les enfans à l'aide de la ligature;* par le docteur Nevermann. (Article d'érudition.) 2° *Observation d'une hypertrophie de la rate;* par le docteur Behn. (Le cas a été recueilli sur un jeune homme de 20 ans qui n'avait jamais eu de fièvre intermittente. L'organe hypertrophié pesait 16 livres (poids médicinal), avait 14 pouces et demi de long (mesure de Hambourg), 8 de large et 3 trois quarts d'épaisseur.) 3° *Observations d'iléus communiqué à M. le docteur Droste;* par le docteur Zamby. (Trois nouveaux cas de guérison par des lavemens de belladone d'après le méthode Stanius. (Gaz. Méd., p. 505, 1836; p. 299, 1841.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 7 FÉVRIER.

CHALEUR ANIMALE.

M. Dumas : Messieurs, je viens, comme membre de la commission nommée pour examiner le travail de M. Lamarre-Picquot, vous proposer d'adjoindre quelques commissaires à ceux qui ont déjà été désignés. Plus nous examinons cette question de la chaleur produite par les reptiles pendant l'incubation, plus elle nous semble mériter un examen approfondi. Si, comme le pensent quelques savans, il se développe réellement de la chaleur chez les animaux à sang froid dans cette circonstance; si, d'autre part, on se rappelle que, parmi les animaux à sang chaud, il est une classe entière, les hybernans, qui peuvent, dans certaines conditions, perdre la faculté de produire de la chaleur, il y aura là, on en conviendra, matière à réfléchir; et l'on pourra se demander, par exemple, si les animaux à sang froid ne seraient pas capables de devenir momentanément, dans quelques cas, animaux à sang chaud, et réciproquement.

M. Flourens : Je saisirai cette occasion pour faire une observation que je n'aurais certainement pas présentée si elle n'intéressait que moi seul. On sait que M. Becquerel a imaginé un moyen très ingénieux de mesurer la chaleur animale. Il l'a déjà appliqué avec un plein succès, de concert avec M. Breschet, aux animaux à sang chaud, et il a pu apprécier ainsi la différence de température qui existe entre leur sang veineux et leur sang artériel. Je me suis, depuis lors, occupé avec lui d'expériences semblables sur les animaux à sang froid, et nous sommes arrivés à des résultats dignes d'attention. M. Becquerel a déjà rédigé la partie de ses travaux qui lui est propre. Il ne m'a pas encore été possible d'en faire autant pour celle qui me regarde personnellement; mais je ne voudrais pas que ce retard pût compromettre les droits de M. Becquerel, et c'est pour cela que j'ai cru devoir dire un mot des recherches que nous avons faites en commun, au moment où l'appel de M. Dumas va sans doute diriger dans ce sens les efforts des savans. Au reste, en attendant que nous fassions connaître nos résultats, je puis dire que les expériences auxquelles nous nous sommes livrés, M. Becquerel et moi, tendraient à établir que les animaux à sang froid ont en réalité une température supérieure à celle de l'extérieur de leur corps.

M. le président ajoute cinq membres à l'ancienne commission, qui se trouve ainsi composée de MM. Dumas, Milne-Edwards, Flourens, Becquerel, Breschet, Despretz et Regnault.

MYOTOMIE RACHIDIENNE.

M. Bouvier lit la seconde partie de son mémoire sur l'appréciation de la myotomie rachidienne dans le traitement des déviations de l'épine. Nous reviendrons sur ce travail dans le prochain numéro.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 8 FÉVRIER. — PRÉSIDENCE DE M. FOUQUIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

ÉLECTION D'UN MEMBRE DANS LA SECTION D'HYGIÈNE.

L'ordre du jour est la nomination d'un membre dans la section d'hygiène, de médecine légale et de police médicale.

En attendant que l'Académie soit en nombre, M. le président appelle M. Lagneau à la tribune pour lire un rapport.

M. RICHARD : Il avait été jusqu'ici d'usage de ne pas s'occuper d'autres travaux avant la nomination. Cette observation est toute dans l'intérêt du rapport de M. Lagneau, auquel on ne pourrait que difficilement prêter en ce moment une attention suffisante.

M. BARTHÉLEMY demande que l'on fasse l'appel nominal, et que chaque membre dépose son bulletin au moment où son nom est appelé. (Adopté.)

M. le secrétaire procède à l'appel nominal; 118 membres sont présens.

Sur ce nombre,	M. Royer-Collard a obtenu........	47 voix.
	M. Devergie........................	29
	M. Mélier........................	21
	M. Guérard........................	11
	M. Gauthier de Claubry...........	8
	Billets blancs.....................	2

Aucun candidat n'ayant réuni la majorité, on procède à un second tour de scrutin :

Sur 119 votans,	M. Royer-Collard a obtenu........	66 voix.
	M. Devergie........................	34
	M. Mélier........................	15
	M. Guérard........................	2
	M. Gauthier de Claubry...........	1
	Billet blanc.....................	1

En conséquence, M. Royer-Collard est nommé membre de l'Académie.

PROCÉDÉ POUR L'ÉVACUATION DES KYSTES DE L'ABDOMEN.

M. RAMBAUD présente à l'Académie un instrument qu'il a imaginé dans le but: 1° de donner issue aux liquides contenus dans les tumeurs enkystées de l'abdomen, sans courir le risque d'un épanchement dans la cavité péritonéale ; 2° de déterminer une adhérence entre le feuillet pariétal du péritoine et celui qui forme la paroi externe du kyste ; 3° et d'établir une fistule au moyen de laquelle le liquide sécrété par la surface interne du sac s'écoule au-dehors au fur et à mesure de sa formation, jusqu'à ce que les ressources de l'art ou les efforts de la nature en aient tari la source.

Cet instrument, d'un mécanisme fort simple et de la manœuvre la plus facile, consiste dans l'addition, à la canule du trocart ordinaire, d'une seconde canule extérieure soudée à la première par son extrémité antérieure ; cette canule externe est divisée à 5 ou 6 millimètres de l'ouverture commune, dans une longueur de 25 à 30 millimètres, en quatre branches égales, brisées et articulées à leur partie moyenne et à leurs extrémités.

Le trocart, ainsi disposé, étant plongé dans l'abdomen, la canule externe, poussée en avant, fait développer, à l'instar d'un parapluie, les quatre branches qui s'appuient contre la paroi interne du kyste, de manière à empêcher de sa part tout mouvement de retrait ; après quoi, la tige du trocart est retirée et le liquide s'écoule au-dehors. En même temps, un disque mobile vient s'appliquer et se fixer au moyen d'un écrou contre la paroi externe du ventre, garantie par plusieurs pièces de caoutchouc interposées entre elles et le disque ; l'instrument, qui comprime ainsi *médiatement* les deux feuillets opposés du péritoine, est laissé en place pendant le temps nécessaire pour déterminer leur inflammation adhésive.

Une fois ce résultat obtenu, la double canule est retirée, les branches extérieures étant préalablement fermées ; et elle laisse après son retrait une communication établie entre l'air extérieur et la cavité du kyste.

M. Rambaud pense que son instrument pourrait outre les kystes hydropiques de l'ovaire dont il a eu principalement en vue le traitement, s'appliquer avec succès à l'ouverture des abcès du foie, à la ponction de la vessie dans sa portion péritonéale, et même, en variant la disposition de ses branches et la forme du disque, à l'établissement de certains anus artificiels, comme aussi à l'opération de l'hydrocèle par injection, etc.

M. Rambaud dit avoir simulé, sur plusieurs cadavres, des tumeurs enkystées, en distendant artificiellement la vessie, qu'il a ensuite pu vider en entier, sans qu'une seule goutte de liquide ait pénétré dans la cavité abdominale ; à la seule vue de l'instrument, ce résultat n'a rien qui doive étonner ; néanmoins, l'auteur pense lui-même que ce moyen a besoin de la sanction de l'expérience avant de prendre rang parmi les procédés de l'art, et il se propose d'en faire très prochainement l'application sur le vivant.

Commissaires : MM. J. Cloquet, Bérard, Thillaye et Lisfranc.

La séance est levée à cinq heures et quart.

BIBLIOGRAPHIE.

LA CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANS DE LA FACULTÉ DE STRASBOURG PENDANT LES TROIS ANNÉES SCOLAIRES 1837-1840 ; par le docteur V. STOEBER, professeur agrégé. — 1841.

La Faculté de Strasbourg n'est dotée d'une clinique des maladies des enfans que depuis peu d'années. Il n'est pas de praticien qui ne comprenne toute l'importance d'un pareil service, car il s'en faut de beaucoup que les maladies ne soient chez les enfans que le diminutif de celles des adultes ; il n'est pas possible de soutenir sérieusement une pareille thèse, car on n'a besoin que d'un peu d'observation pour se convaincre que les maladies des enfans diffèrent dans un très-grand nombre de cas de celles des adultes par leurs symptômes, leur plus ou moins de gravité, par les données d'anatomie pathologique, et surtout par le traitement. On comprend à peine qu'une Faculté qui s'est de tout temps distinguée par la direction pratique de ses études ait pu rester si long-temps sans initier ses élèves à cette branche si importante et si délicate de l'enseignement médical. Nous avons donc une clinique des maladies des enfans, mais ce n'est pas à dire qu'elle puisse satisfaire dès à présent toutes les exigences raisonnables ; loin de là, la clinique telle qu'elle existe aujourd'hui est beaucoup trop restreinte, elle se trouve confinée dans un local qui ne présente aucune des convenances que l'on est en droit d'exiger pour un pareil objet. L'administration elle-même a senti que cet état de choses ne pouvait pas se prolonger sans inconvénient, et depuis quelque temps déjà elle s'occupe des voies et moyens nécessaires pour mettre la clinique des enfans à la hauteur des autres services. Nous espérons qu'elle ne fera pas attendre trop long-temps cette amélioration vraiment urgente ; ce n'est pas tout que de vouloir bien faire, il faut surtout agir à temps. Malgré le peu de ressources qu'a offert jusqu'ici cette organisation, M. Stœber a su tirer tout le parti possible de l'enseignement qui lui a été confié par la Faculté ; nous ne pouvons qu'applaudir à ce choix. M. Stœber s'en est rendu digne sous tous les rapports, et surtout par la tendance éminemment pratique qu'il imprime aux études des jeunes gens confiés à sa direction ; nous ne voulons en citer d'autres preuves que la brochure dont nous rendons compte. Entrons en matière : 700 enfans furent traités pendant les trois années scolaires de 1837-40 ; sur ce nombre sont sortis guéris, 194 ; incomplètement guéris ou améliorés, 20 ; non améliorés ni guéris, vu leur trop court séjour, 24 ; ont été évacués sur le service des galeux, 9 ; sont morts, 43 ; restent en traitement le 1er novembre 1840, 10.

AFFECTIONS TYPHOÏDES. — Le nombre des malades affectés de fièvre typhoïde, qu'on croyait il y a encore peu d'années extrêmement rare chez les enfans, était de 26 ; ce qui nous fait presque admettre avec quelques auteurs, Taupin (GAZ. MÉD., p. 236, 1840), Andiganne (GAZ. MÉD., p. 15, 1841), que cette maladie est aussi fréquente, peut-être même plus fréquente chez les enfans que chez les adultes ; de plus, il résulte des observations de ces auteurs, ainsi que de celles de M. Stœber, que cette maladie est moins grave à un âge peu avancé ; en effet, ce médecin n'a perdu qu'un malade sur 26. Quant aux symptômes, remarquons seulement qu'à l'exception de 4, tous ont eu de la diarrhée qui était peu intense, et qui au bout de quelques jours a été remplacée par de la constipation. Les taches rosées lenticulaires n'ont été observées que trois fois ; six contre dix ont présenté des pétéchies. Deux autres particularités notées par les auteurs se trouvent confirmées par les observations de M. Stœber ; c'est la rareté des épistaxis qui, à l'état de santé, s'observent plus souvent dans l'enfance ; trois malades seulement ont présenté ce symptôme ; et enfin c'est que la fièvre est encore plus remittente dans les jeunes sujets qu'à un âge plus avancé. (GAZ. MÉD., p. 275, 1841.)

Nous félicitons de tout notre cœur l'auteur de se borner dans le traitement de la fièvre typhoïde à la méthode expectante, car nous avons la conviction la plus intime que c'est elle qui compte le moins de morts. Cette conviction, que nous avons déjà émise en 1834 (GAZ. MÉD., p. 37), est aujourd'hui basée sur un nombre d'observations assez considérable.

SCARLATINE. — Une épidémie de scarlatine, qui a régné à Strasbourg depuis l'automne 1839 jusqu'au printemps 1840, a été très-meurtrière, pas autant à cause du nombre des enfans affectés qu'en raison des maladies consécutives. Sur 5 cas de scarlatine qui ont été traités à l'hôpital, un seul sujet est mort ; tandis que sur les huit affectés d'hydropisie et de parotides consécutives à la scarlatine, un seul a été sauvé. Chez un de ces cinq scarlatineux, l'auteur a remarqué sur une partie du corps la rougeur scarlatineuse, et sur d'autres parties de petites taches roséoleuses, ce qui constitue pour lui une affection particulière qu'il appelle *scarlatine rubéoleuse* (les *Kœtheln*, *Rubeolæ* des Allemands). Dans un cas de scarlatine typhoïde, il a employé avec un succès très-marqué le carbonate d'ammoniaque, qui est très en vogue en Allemagne. (GAZ. MÉD., p. 27, 1835, et p. 793, 1839.)

De même que plusieurs autres auteurs, M. Stœber a été frappé de la coïncidence de l'urine albumineuse dans l'hydropisie qui se développe à la suite de la scarlatine.

STOMATITE ULCÉREUSE. — Cette affection, très rare chez les adultes, a été observée sur 5 enfans ; l'auteur ne connaît d'autre cause à ce mal que l'incrustation ou la carie des dents ; car, dans tous les cas, l'incrus-

tation correspondait à l'arcade dentaire, et les dents étaient incrustées de tartre ou cariées. L'acide hydrochlorique étendu, appliqué sur les ulcérations deux ou trois fois par jour, au moyen d'un pinceau de charpie, lui a le mieux réussi.

Laryngite aigue. — Elle a été observée une fois et guérie par une application de sangsues et un vomitif. M. Stoeber préconise le sulfate de cuivre comme le vomitif par excellence, surtout dans le croup. (Gaz. Méd., p. 390, 1834; p. 523, 1835; p. 329, 1840.)

Pneumonie. — Sur les 24 pneumoniques, la maladie n'a été primitive que 6 fois. Le diagnostic de cette affection est presque toujours facile chez les adultes; il n'en est pas de même chez les enfans. Deux symptômes importans, la douleur et l'expectoration, manquent dans la pneumonie du premier âge de la vie; de plus, le râle crépitant n'est que rarement perçu, à cause de l'agitation et des cris des enfans. M. Stoeber ne l'a entendu qu'une seule fois.

Sur les 24 malades, 17 ont succombé. Cette mortalité effrayante s'explique en partie, dit M. Stoeber, par l'état de complication dans lequel se trouvaient la plupart des pneumonies; en effet, dans les 6 pneumonies simples, il n'y eut que 2 décès, tandis que, des 18 malades affectés de pneumonie double, 15 succombèrent.

Le traitement des pneumonies simples consiste dans les saignées surtout générales, dans l'emploi du tartre stibié et l'oxide blanc d'antimoine.

A l'autopsie, on n'a trouvé qu'une fois la pneumonie lobulaire et disséminée; dans tous les autres, elle était lobaire; six fois elle occupait les deux poumons, quoiqu'à un degré plus faible d'un côté que de l'autre. L'auteur a aussi été frappé de la rareté de l'hépatisation comparée à l'altération qu'on a nommée carnification.

Phthisie. — A l'autopsie, on a toujours observé la tuméfaction, souvent la tuberculisation des ganglions mésentériques et l'altération des plaques de Peyer.

Rhumatisme du coeur. — Il a été observé sur un garçon de 10 ans. Des douleurs des membres disparues subitement furent remplacées par de l'oppression de poitrine, des palpitations, une grande fréquence du pouls sans irrégularité. L'auscultation et la percussion donnèrent un résultat négatif. Des sinapismes aux extrémités et un vésicatoire firent disparaître la dyspnée et les palpitations. Le pouls perdit plus tard sa fréquence par l'emploi de la digitale.

Hydrocéphale aigue. — A l'autopsie de deux enfans qui ont succombé à cette maladie, on a constaté la présence des granulations ou tubercules de la pie-mère. Une altération particulière que l'auteur dit avoir observée sur deux hydrencéphales traités à la Clinique, et qu'il a aussi rencontrée sur quatre autres malades, consiste dans une taie jaunâtre, semi-lunaire, occupant le bord inférieur de la cornée sans injection oculaire. Si la maladie se prolonge, la taie s'étend jusque vers le centre de la cornée et passe à l'état d'ulcération; on voit alors les lamelles de la cornée séparées les unes des autres par une infiltration purulente, et renversées en dehors, ce qui présente un caractère tout différent de celui qu'offrent toutes les autres ulcérations de la cornée. M. Stoeber croit que la cornée se trouble et s'ulcère dans ce cas comme chez les chiens que M. Magendie nourrissait de sucre; c'est-à-dire par suite de la débilité générale.

Convulsions. — A l'autopsie de deux enfans morts dans les convulsions, on ne découvrit aucune lésion qui expliquât la cause de la mort.

Maladie scrofuleuse. — Une alimentation animale, le vin, et en général les toniques, constituent la base du traitement qui n'est pas même contre-indiqué par les phlegmasies, telles que l'ophthalmie, l'inflammation des articulations. L'auteur se loue beaucoup de l'huile de foie de morue dans les affections du système osseux, et il regarde son action comme peu efficace dans les engorgemens glanduleux du cou. De tous les accidens scrofuleux, l'ophthalmie est le plus fréquent; 51 cas ont été observés dans les trois années. Il emploie avec prédilection les poudres de Plummer à la dose de 5 à 10 centigrammes trois fois par jour. Toutes les trois à quatre semaines, il donne un purgatif avec la racine de jalap. Les antiphlogistiques sont très rarement indiqués. Presque toujours il a recours à la méthode révulsive et dérivative, et principalement aux vésicatoires et aux pommades et emplâtres stibiés placés à la nuque. Parmi les irritans locaux qui produisent l'effet le plus prompt et le plus salutaire, M. Stoeber emploie de préférence les formules suivantes :

Prenez :	Sublimé corrosif..........	000,02 grammes.
	Eau distillée............	100,00
	Laud. liq. Sydenham......	002,00
	Mêlez.	
Prenez :	Précipité blanc de mercure.	000,20
	Laud. précipité de Sydenh.	000,50 de chaque.
	Extrait de saturne........	
	Axonge..................	005,00
	Mêlez.	
Prenez :	Pierre divine............	000,30
	Eau distillée............	100,00
	Laud. liq. Sydenham......	002,00
	Ou ext. de laitue vireuse...	000,50
	Mêlez.	
Prenez :	Pierre infernale.........	000,10 à 0,50
	Axonge..................	005,00
	Mêlez.	
Prenez :	Précipité rouge de mercure.	000,10
	Axonge..................	005,00
	Mêlez.	

Dans les cas d'ulcérations de la cornée, il porte sur l'œil une ou deux fois par jour une goutte de laudanum liquide de Sydenham, pur ou étendu de moitié d'eau; et, dans les photophobies très intenses, il a recours à la belladone en fomentations.

Carreau.—Des 11 enfans qui ont succombé à cette affection, 7 avaient les glandes mésentériques tuberculeuses et les plaques de Peyer ulcérées; chez 4, elles étaient simplement tuméfiées et endurcies. Ces derniers sont morts d'une pneumonie intercurrente. Dans huit cas, des tubercules se trouvaient dans les poumons.

Carie des vertèbres. — Chez un enfant, le mal s'est arrêté dans sa marche sous l'influence d'un régime analeptique et de l'huile de foie de morue à l'intérieur; il est resté quelques mois à l'hôpital sans manifester aucun signe de rechute. A l'autopsie de trois enfans qui ont succombé, on a trouvé deux fois des tubercules dans le corps des vertèbres qui était carié; chez l'un il y avait de la matière tuberculeuse dans le poumon; chez l'autre dans les glandes mésentériques. Un troisième a présenté la circonstance exceptionnelle d'un tubercule et d'une carie développés dans l'apophyse épineuse; le poumon et les intestins se trouvèrent à l'état normal; cependant les glandes mésentériques étaient toutes infiltrées de matière tuberculeuse.

Leucorrhée. — Cette affection, presque toujours accompagnée de symptômes de scrofules, a cédé à l'emploi des toniques et du régime analeptique.

Polypes du rectum. — Une fois la tumeur fut prise pour une chute du rectum, une autre fois pour un bouton hémorroïdal; elle paraissait au dehors pendant et après la défécation; elle était de la grosseur d'une noisette, pyriforme, d'un rouge lie de vin. On la coupa près de l'anus; puis on fit des fomentations froides sur la région anale. Voyez sur ce sujet l'excellent article de M. le professeur Stoltz (Gaz. Méd., p. 253, 1841).

Abcès du cuir chevelu. — Ils paraissent constamment déterminés par des éruptions teigneuses. M. Stoeber préfère les ouvrir au moyen du bistouri, plutôt que de les abandonner à la nature.

Engelures ulcérées. — Après avoir expérimenté un grand nombre de remèdes, les suivans, qui sont à peu près ceux indiqués par Rust, lui ont paru le mieux réussir. Lorsque l'engelure est récente il fait envelopper pendant trois à quatre nuits consécutives la partie affectée d'un cataplasme arrosé d'extrait de saturne; si elle est plus ancienne, prête à s'ulcérer, il applique au moyen de la barbe d'une plume une fois par jour de la teinture d'iode ou un mélange d'acide nitrique étendu et d'eau de cannelle. L'épiderme se ride, et au bout de quelques jours il se détache par lambeaux. Dans l'engelure une fois ulcérée, il fait usage du précipité rouge de mercure incorporé dans de l'axonge.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 8. (TOME X. — 1842.) SAMEDI 18 FÉVRIER 1842.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des Hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4° 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

OBSERVATIONS RELATIVES A L'INFLUENCE DE L'OPÉRATION DE LA CATARACTE SUR UN SEUL ŒIL, COMME MOYEN DE RÉTABLIR LA VUE DES DEUX CÔTÉS; par M. Serre, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Montpellier.

Appelé en 1834 à pratiquer l'opération de la cataracte à l'œil droit chez un malade, que l'infortuné Delpech avait déjà opéré de l'œil gauche trois ans auparavant, et qui n'y voyait plus de cet œil depuis six mois, je ne fus pas peu surpris en l'examinant quelques jours après de reconnaître qu'il avait recouvré la vue des deux yeux. Mon étonnement fut d'abord si grand que je doutai un instant du fait; ce ne fut même qu'après m'être bien assuré de l'exactitude de ce que me disait ce malade, que je le signalai à l'attention des élèves de la clinique.

Dès ce moment, le nommé Pascal, ayant été soumis à un nouvel interrogatoire, nous apprit, en effet, qu'il avait été déjà opéré de l'œil gauche par le professeur Delpech, selon la méthode par déplacement, mais que la vue ne s'était conservée que pendant environ trente mois, à tel point que lorsqu'il rentra à l'hôpital, il n'y voyait pas même pour se conduire. Du reste, à cette époque, la pupille de l'œil gauche était encore nette et assez régulière, mais ne jouissait d'aucune contractilité; plus tard, elle devint peu à peu mobile, à mesure que l'œil récemment opéré perçut de mieux en mieux la lumière.

A peine avais-je été témoin de ce fait qu'il arriva dans mes salles un autre malade qui avait été opéré par un praticien ambulant, et qui se trouvait absolument dans le même cas que le précédent, lors de son entrée à Saint-Eloi. Il fut donc soumis à une nouvelle opération, et bien que je n'eusse encore déplacé que le cristallin du côté droit, je pus m'assurer bientôt que le malade avait également recouvré la vue des deux côtés. Toutefois ce double succès ne fut pas de longue durée; une inflammation assez vive s'empara de l'œil auquel je venais de toucher, et amena l'oblitération de la pupille; mais la vue se maintint à l'œil gauche, c'est-à-dire à celui dont le sujet avait été primitivement opéré hors de l'hôpital, et dont il n'y voyait déjà plus depuis un an lorsqu'il vint réclamer mes soins.

Depuis lors, et malgré le grand nombre d'opérations de cataracte que j'ai pratiquées, plus de deux cents, je n'avais plus été dans le cas d'observer des faits du même genre, lorsque j'ai eu tout récemment l'occasion d'en recueillir un troisième.

En reprenant le service de l'hôpital (1er juillet 1841), je trouvai dans la salle réservée au traitement des maladies des yeux, le nommé Carlas

Feuilleton.

INFLUENCES DU TABAC SUR L'HOMME (1).

Quoi qu'en dise Aristote et sa docte cabale,
Le tabac est divin; il n'est rien qui l'égale.

Lorsque, dans son Festin de Pierre, Thomas Corneille, traduisant en assez bons vers la prose bien meilleure de Molière, mit dans la bouche de Sganarelle ce fameux distique, il écrivait la légitime épigraphe du livre que nous annonçons. Ce livre est, en effet, la plus belle apologie qui ait jamais été faite de cette herbe, la plus illustre des infundibuliformes, la plus intéressante des solanées, la plus glorieuse de la pentandrie monogyne, et dont la providence a semé partout les innombrables espèces pour le service des nez. L'épigraphe que l'auteur a choisie, quoique digne du sujet (1), ne vaut pas celle de Sganarelle.

Cette nouvelle *tabacologie* offre des méditations si transcendantes et une telle originalité de pensée et de forme qu'il serait à la fois téméraire et injuste d'en essayer une analyse. Aussi aurons-nous recours le plus souvent aux citations.

L'ouvrage s'ouvre par une courte préface, où l'auteur explique le point de vue général qui a présidé à la conception de son livre et à la distribution de ses différentes parties. Il croit aussi devoir initier ses lecteurs à certaines qualités de son caractère, de son tempérament et de son esprit, pour justifier ce qu'il pourrait y avoir d'imprévu dans les allures de son style et de ses idées : « Ce dont il faut que je vous prévienne, dit-il, c'est que sous un langage parfois virulent pour un commerçant, acerbe pour un historien, mignard pour un médecin, vous trouverez une indépendance d'idées qui pourra vous choquer. » On conçoit que l'emploi d'un langage *acerbe*, *virulent* et *mignard* à propos du tabac en poudre, en feuilles, ou en cordes, ait besoin de quelque justification. Quant à l'indépendance des idées, elle est la pierre de touche de tout vrai penseur, de toute âme libre, et loin de choquer qui que ce soit elle ne peut qu'honorer un tabacologiste. « Du reste, ajoute-t-il, si avec les véritables difficultés à habiller une si grande diversité de matériaux dans des habits cousus avec de la science et du roman, et

(1) C'est le titre d'une brochure de 282 pages, par M. le docteur A. Grenet.

(1) « Le tabac est de toutes les plantes modifiant par leur emploi usuel les fonctions de l'économie, celle qui a le plus d'action sur les facultés du *cœur* et de l'*esprit*. »

que M. Lallemand avait opéré de la cataracte à l'œil gauche depuis environ deux mois, et chez lequel la vue ne s'était pas rétablie. Néanmoins la pupille était assez nette, mais un peu large et irrégulière, et l'on eût dit, en explorant le globe de l'œil, qu'il existait chez ce malade cette sorte d'état amaurotique qui succède parfois au déplacement du cristallin. Bref, comme, malgré la netteté de l'ouverture pupillaire, et l'absence de tout symptôme inflammatoire, le malade distinguait à peine la lumière de l'obscurité, je me décidai à faire l'opération du côté opposé.

En conséquence, dès le 14 juillet, je pratiquai la rétroversion du cristallin du côté droit; je crus même un instant avoir réussi dans cette tentative; car le malade me déclara dès le quatrième jour qu'il y voyait; mais lorsque je voulus m'assurer du fait, je reconnus que le cristallin que j'avais déplacé était remonté, et que le malade n'avait recouvré la vue que de l'œil gauche.

Dès que les symptômes inflammatoires que l'opération avait provoqués eurent cessé, je m'empressai de récliner de nouveau le cristallin du côté droit, et je parvins cette fois à le loger définitivement dans le corps vitré. A mesure que la vue se fortifia de ce côté, elle s'améliora aussi de l'autre, et lorsque le 1er septembre 1841, le nommé Carias quitta l'hôpital Saint-Eloi, il y voyait déjà assez distinctement des deux yeux. Ce malade n'a cessé pendant plusieurs jours de faire l'étonnement de tous les élèves.

Mais, dira-t-on, comment l'opération de la cataracte que l'on pratique sur l'œil droit, par exemple, peut-elle servir à donner la vue du côté gauche? Je ferai d'abord remarquer à ce sujet que les trois malades dont il a été question avaient tous recouvré momentanément la faculté de voir, et que lorsque j'ai dû les opérer, bien que cette faculté n'existât plus, la pupille était libre, et les rayons lumineux arrivaient librement jusqu'à la rétine; selon même toutes les apparences, la sensibilité de cette membrane n'était qu'à demi éteinte. Or, qu'a-t-il fallu pour la réveiller? Il a fallu que l'œil récemment opéré perçût vivement la lumière, et que cette impression se répétât sympathiquement et d'une manière assez forte sur l'œil qui avait déjà recouvré une première fois la vue, à la suite de l'opération. Tout cela se conçoit et s'explique à merveille lorsqu'on veut bien y réfléchir.

Que l'on ne confonde donc pas les faits que je viens de citer avec ceux que l'on trouve dans le Répertoire général des sciences médicales, et d'après lesquels Saint-Yves, Wenzel et John Stevenson auraient eu à traiter des malades atteints de cataracte des deux côtés qui, *ayant été opérés d'un seul œil, auraient recouvré la vue du côté opposé sans opération*. Il est, en effet, difficile de concevoir comment la soustraction ou le déplacement du cristallin d'un côté peut servir à rendre la transparence à celui qui est déjà opaque; je pourrais en dire autant pour ce qui concerne l'opacité de la membrane cristalloïde ou de l'humeur de Morgagni. Aussi jusqu'à présent les faits rapportés par Saint-Yves, Wenzel et Stevenson s'éloignent tellement de tout ce que nous savons sur les difficultés qu'il y a pour guérir la cataracte sans opération, qu'il est, au moins, permis d'élever des doutes à cet égard.

Au contraire, si des faits pareils à ceux que j'ai observés se reproduisaient de temps en temps dans la pratique, ne serait-on pas en droit de se demander si, dans le traitement de certaines amauroses et notamment de celle dite par asthénie, il ne serait pas possible de se servir de la lumière, comme d'un moyen stimulant, en agissant à l'aide de certains verres simples ou combinés sur l'œil malade, ou même sur l'œil sain, dans le cas où la perte de la vue n'aurait lieu que d'un seul côté? D'une autre part, loin de s'abstenir de pratiquer l'opération de la cataracte lorsque le malade y voit encore d'un œil, quoique à un faible degré, ne pourrait-on pas, dans certaines circonstances, tenter l'opération précisément dans le but de réveiller la sensibilité à demi éteinte dans l'œil non cataracté? Enfin, contrairement aux idées de quelques ophtalmologistes, l'excitation produite par l'opération ou par le contact de la lumière, n'aurait-elle pas, dans quelques cas de cataracte compliquée d'amaurose commençante, la faculté de contribuer au rétablissement de la vue? Ce sont là tout autant de questions dignes, ce me semble, de fixer l'attention des praticiens qui s'adonnent à l'exercice de la médecine oculaire. Je les livre à leur examen.

DIAGNOSTIC MÉDICAL.

De l'exploration de l'appareil auditif, ou recherches sur les moyens propres à conduire au diagnostic des maladies de l'oreille; par P. Menière, médecin de l'Institut royal des Sourds et Muets de Paris, agrégé de la Faculté, etc.

(Suite et fin. — Voir les numéros des 21 août et 7 novembre 1841.)

§ V. — Oreille moyenne.

A quel mode d'exploration directe peut-on soumettre la caisse du tympan? Comment reconnaître les diverses lésions qui ont leur siége dans cette cavité? Tout ce que nous avons dit sur le cathétérisme de la trompe d'Eustachi a dû démontrer que cette opération pouvait devenir un excellent moyen de diagnostic dans les maladies de l'oreille moyenne. En effet, l'air insufflé par cette voie donne lieu dans la caisse à des phénomènes physiques dont on peut appécier rigoureusement la nature et la valeur. Examinons le parti que l'on peut tirer de cette étude.

Dans l'état sain, l'air qui entre dans la caisse n'y produit aucun bruit appréciable, et il faut considérer comme une véritable illusion acoustique le bruit de souffle, indiqué par Laënnec, dans la caisse et dans l'apophyse mastoïde. Il n'y en a pas plus dans ces cavités que dans d'autres analogues : par exemple, les sinus frontaux et maxillaires. Mais quand la trompe un peu engouée ne laisse passer l'air que de temps en temps, et par suite d'un effort d'expiration, alors ce fluide, franchissant un obstacle, arrive brusquement dans la caisse, distend le tympan, et donne lieu à un bruit sec que l'on perçoit avec facilité en appliquant l'oreille sur celle du malade.

Lorsque la caisse est plus ou moins pleine d'une matière liquide quelconque, si l'air expiré passe au travers de la trompe et arrive dans la cavité du tympan, il produit alors un bruit muqueux, une sorte de gargouillement à bulles plus ou moins grosses, et le médecin qui explore

---

qui participent des couleurs de l'un et de l'autre, avec l'embarras grotesque de vouloir plaire entre une balance de débitant, un pilon de pharmacien et une pipe culottée de plébéien, l'allure de mon style se ressent de l'étroitesse et de l'avidité des routes, semble prendre un caractère de mauvais goût, enfin ne vous plaît pas, c'est la faute de mon esprit plutôt que de ma bonne volonté, soit dit franchement et sans réserve diplomatique. »

Après un pareil aveu de l'écrivain, personne n'aura l'impertinence de le prendre au mot lorsqu'il nous invite, à défaut d'un meilleur emploi, à allumer notre pipe avec les feuillets de son livre.

Le chapitre premier nous déroule l'*histoire* du tabac. La première ligne est un mot profond : « Il n'y a rien à inventer dans une histoire. » En conséquence, l'auteur se bornera à raconter les faits avec l'intégrité de l'historien. Il ne croit pas que le tabac soit une plante absolument étrangère à l'Europe; elle y a été seulement inconnue; il se livre à ce sujet à une suite de méditations abstruses dont il développe la trame dans une période digne, par sa longueur, de figurer, avec celles du P. Maimbourg, dans la fameuse recette contre l'asthme composée par Montesquieu. « Certes, mais l'Europe a aussi *sa propriété fécondative*, puisqu'il y vient du tabac ensemencé, et c'est une question insoluble de chimie transcendante, d'ontologie végétale (si Messieurs de l'Académie de médecine nous permettent l'emploi de ce terme dont ils ne peuvent expliquer le sens), insaisissable comme une fumée, que cette distinction entre la vertu de production et la vertu de fécondation, double condition essentielle mais inappréciable, vraie mais obscure, parce que la vie végétale, comme la vie animale, cache les secrets de son principe sous un voile qui n'est même pas diaphane à l'imagination des savans, double propriété enfouie dans les mystères de la matière terrestre, et qui semble diviser ses élémens avec les lieux, mais les combine avec l'art de l'homme, l'art qu'enfante le besoin; comme si l'instinct, cette puissance spirituelle de l'animalité, cette puissance machinale de l'être sentant et pensant, conduisait *invitament* l'homme à rassembler les anneaux dont se composent les lois de la nature, et à rétablir, sinon à opérer lui-même, un concours nécessaire au perfectionnement des facultés physiques. » La longueur prodigieuse de cette période-monstre n'est pas son seul mérite; on a pu admirer la savante intrication des phrases incidentes, l'ingénieux accouplement des mots, dont plusieurs même sont tout à fait nouveaux. Si Messieurs de l'Académie de médecine avaient l'impudence, comme le craint l'auteur, de s'ériger ici en Aristarques, nous l'engageons à décliner leur compétence, et à en appeler à l'Académie française, qui saura lui rendre justice.

Poursuivons.

Quoique l'origine américaine du tabac soit à la rigueur contestable, laissons à l'Amérique cet honneur, dont elle est si fière. Mais qu'elle n'oublie pas cependant que, si elle nous a donné le tabac, elle a reçu de nous les amandiers, les pêchers, les abricotiers, et surtout la vigne et les épinards, et que nous sommes quittes. Mais, en lui faisant cette concession, il doit être bien entendu « qu'en cas de passe-droit la honte en retombera sur nos médecins, qui n'ont pu distinguer les plantes employées ou à employer dans leurs mystérieuses officines; sur la médecine, qui n'a pu profiter des propriétés d'une plante si active, une médecine toute syncrétique ou spargirique, une médecine monstrueuse par la multiplicité de ses drogues; cahos informe où venaient se confondre feuilles, poudres

l'oreille, acquiert la preuve de l'existence d'une affection catarrhale de la caisse. Il est évident que quand le malade ne peut faire passer l'air jusque-là, il faut avoir recours au cathétérisme, afin d'obtenir la production de ce râle moqueux qui est caractéristique; donc cette opération devient un excellent moyen de diagnostic et a pour l'oreille tout autant d'importance que l'introduction d'une algalie dans la vessie.

Dans ces derniers temps, les expériences de MM. Tabarié, Junod, Pravaz, etc., ont démontré que, dans certains cas de maladies de la caisse, on pouvait forcer l'air à en sortir, en augmentant la pression atmosphérique. Je me suis soumis moi-même à ce mode de traitement, et j'ai senti que cette augmentation de pression déprimait le tympan, chassait l'air qui se trouvait dans la caisse et débouchait la trompe. Ce mode d'action ne convient qu'à un petit nombre de maladies de l'oreille, et l'on pourrait y avoir recours dans des circonstances particulières; par exemple, chez des jeunes sujets très irritables, ou bien lorsque le cathétérisme est impossible. J'apprécierai ailleurs la valeur thérapeutique de ce bain d'air comprimé.

On a cherché à agir sur la caisse précisément dans le sens contraire à celui que je viens d'indiquer. On a placé une grande ventouse sur l'oreille; mais la fluxion sanguine qui se fait dans toute l'étendue du pavillon et du méat ne permet pas d'apprécier ce qui arrive sur le tympan. On a remplacé cette grande ventouse par une seringue dont la canule est disposée de telle façon qu'elle pénètre dans le conduit auditif et le bouche hermétiquement. En cherchant à faire le vide dans le méat, on attire le tympan en dehors, l'air extérieur tend à passer au travers de la trompe et à remplir la cavité de la caisse. Ce procédé, qui constitue tout le traitement secret d'un médecin de Paris, doit être employé avec réserve; il donne lieu très souvent à une grande ecchymose dans le fond du méat et même à une hémorragie assez abondante. Il peut également entraîner la rupture de la cloison tympanique.

Peut-on, à l'aide d'instrumens convenables, pénétrer jusque dans la caisse et reconnaître les altérations qui s'y rencontrent? Peut-on apprécier la nature des liquides qui y séjournent, leur quantité et leurs diverses qualités physiques? Peut-on enfin étudier, par cette voie, la position des osselets de l'ouïe, le degré de sensibilité de la face interne du tympan et autres particularités d'organisation régulière ou anormale? Ces questions ardues, sinon insolubles, ont occupé les médecins auristes, et voici ce qui a été fait sur ce point.

J'ai déjà dit que la partie supérieure de la trompe était trop étroite pour laisser passer une sonde quelconque, et à cet égard il faut rejeter absolument les assertions contraires de M. Deleau. Mais le docteur Kramer, qui n'emploie que la sonde d'argent inflexible, se sert de ce conduit artificiel pour faire glisser jusque dans la caisse une corde de boyau d'un volume proportionné. Il décrit le passage successif de cette corde au travers de la partie supérieure de la trompe, et dans la caisse jusque sur la face interne du tympan, et il rapporte plusieurs observations à l'appui. J'ai essayé plusieurs fois de répéter ce cathétérisme profond dans des cas où la trompe me paraissait rétrécie, et je n'ai rien observé de semblable. La bougie s'arrête bientôt, et elle n'a pas assez de consistance pour franchir l'obstacle que lui oppose le gonflement de la membrane muqueuse. Il n'est pas possible de discuter sérieusement l'emploi de l'éponge préparée dont parle M. Deleau.

Dans quelques cas de rétrécissement de la trompe, on a essayé d'arriver dans la caisse en poussant un stylet aigu au travers de l'obstacle. Saissy, à qui l'on doit cette tentative téméraire, n'a pas réussi. Enfin, Th. Perrin a voulu employer l'appareil de Ducamp modifié, pour se frayer une voie jusqu'à l'oreille moyenne, mais sans aucun succès.

L'inutilité ou l'insuccès de ces diverses tentatives ont déterminé plusieurs chirurgiens à ouvrir la membrane du tympan, dans le but de remédier à quelques maladies de l'oreille moyenne. On voit que cette opération peut servir utilement à établir le diagnostic d'une lésion jusque-là méconnue; mais personne ne se croira autorisé à employer un semblable procédé, quelle que puisse être, du reste, son innocuité. Enfin, on a proposé de perforer l'apophyse mastoïde pour vider la caisse et désobstruer la trompe, et cette opération a pu permettre de constater d'une manière rigoureuse l'espèce de maladie siégeant dans ces cavités. Mais, ici encore, le moyen peut devenir dangereux, et l'on devra s'abstenir de recherches dont le succès sera toujours fort contestable.

Il résulte d'observations, sur l'authenticité desquelles on ne peut conserver de doutes, que les matières contenues dans la caisse se sont fait jour au travers de la trompe, et ont été rejetées au-dehors par la bouche ou par les narines. Je pense que l'on s'est beaucoup mépris sur la valeur de ces faits, et que l'étude anatomique des parties malades ne permet pas de supposer que cette évacuation de pus ou de tout autre liquide se soit effectuée spontanément par les voies naturelles seules. L'étroitesse de la partie supérieure de la trompe, la manière dont elle s'ouvre dans la caisse, les caractères anatomiques de la membrane muqueuse qui tapisse ce conduit, tout, en un mot, s'oppose à ce libre passage du pus, et rend nécessaire un changement considérable dans la configuration des parties. J'ai été conduit à cette opinion par une série d'expériences entreprises dans le but de faire passer des liquides de la caisse dans le pharynx. Je n'ai jamais vu s'effectuer ce passage au travers de la trompe que quand celle-ci était saine, et que le liquide n'avait pas plus de consistance que l'eau.

J'ai essayé d'agir directement sur la collection de liquide contenue dans la caisse, et voici ce que j'ai fait. Une sonde d'argent était introduite dans la trompe; j'ai poussé aussi loin que possible, dans la cavité de cette sonde, une autre sonde métallique, très flexible, et également percée d'un canal capillaire. En calculant les distances, on peut arriver avec précision dans la cavité tympanique, et alors, si l'on exerce un mouvement de succion ou d'aspiration sur l'extrémité extérieure de la petite sonde, on peut attirer au-dehors une certaine quantité de matière qui suffit pour en bien apprécier la nature. Ces tentatives, faites sur le cadavre, ont besoin d'être répétées sur le vivant.

Dans un cas où cette matière me semblait trop épaisse (c'était du sang épanché à la suite d'une chute grave sur le crâne), je poussai un peu d'eau tiède par cette même voie, et la succion ramena un liquide fortement coloré en brun, et ayant tous les caractères du sang délayé. On voit par là que ces modifications du cathétérisme de la trompe ont un tout autre but et constituent un nouveau procédé d'exploration de la caisse. Ce que j'en ai obtenu jusqu'ici m'autorise à penser que l'on pourra plus tard connaître très exactement la nature des matières épanchées dans cette cavité, et appliquer à cette maladie le mode de traitement le plus convenable.

Les docteurs Kramer et Pilcher ont introduit dans la caisse, le premier, des cordes de harpe ou de violon; le second, un stylet flexible, dans le

---

extraits, sucs, mucilages, teintures, sans distinction des actions spéciales. »

C'est aussi par une insolence patriotique tout à fait digne de la perfide Albion, que les Anglais se sont vantés d'avoir, les premiers, connu et cultivé chez eux le tabac, se fondant sur ce fait, qu'au seizième siècle, Tabago, où on le fait naître primitivement par une autre erreur, faisait partie des possessions anglaises. « Les Anglais ont fait un anachronisme, poussés par une prévention, comme si l'honneur national devait entrer en ligne, si la faveur d'un nom donné plus tard à une plante, nom qui, rappelant ainsi une faute chronologique, ne peut justifier l'usurpation d'une gloire de transplantation! »

Notre savant auteur énumère longuement et discute toutes les opinions émises par une foule d'écrivains sur la patrie originaire du tabac, sur la date de son importation en Europe, sur le lieu où il a d'abord été cultivé, sur les hommes qui ont eu la gloire de coopérer à cette transplantation; il agite, avec une érudition non moins profonde, la question si controversée, et par malheur non encore résolue, si c'est le pays qui a donné son nom à la plante, ou la plante donné le nom au pays, ou si ce nom n'est pas plutôt celui des instrumens à l'aide desquels les Indiens en aspiraient la fumée. Il énumère toutes les variations de sa synonymie: *petun*, *pycielt*, dans les langues sauvages; *nicotiane* et *herbe à l'ambassadeur*, du nom de Jean Nicot, qui l'avait apportée du Portugal où il était ambassadeur en 1559; *herbe à la reine*, parce que Nicot en avait d'abord fait présent à Catherine de Medicis, qui la baptisa elle-même *herbe Medicée*; *herbe du grand prieur*, parce que le grand prieur de France, de la maison de Lorraine, était un priseur déterminé; *herbe de Sainte-Croix*, *herbe de Tournabon*, parce que deux cardinaux de ce nom la cultivaient avec passion et en usaient de même; *herbe à tous maux*, *panacée antarctique*, dans le langage des empiriques et charlatans du temps; *buglosse antarctique*, *jusquiame du Pérou*, *consoude indienne*, etc., inventés par quelques amateurs en botanique.

L'usage médical du tabac se répandit avec une activité incroyable. Substance nouvelle, active et stupéfiante, il dut prendre place parmi les arcanes: « le tabac a goûté ces honneurs. » Quant à son emploi physiologique par la bouche et par le nez, il est plus difficile à expliquer; mais M. G. prétend que tout ce qu'on a dit là-dessus est pitoyable. « Il est encore, dit-il, des exécuteurs des hautes-œuvres philosophiques, qui prétendent que la vogue du tabac en Europe est le résultat d'un sentiment de curiosité qui s'attache naturellement à tout ce qui vient de loin. » Des raisonnemens de cette force ne sauraient, comme on le pense bien, satisfaire notre auteur. Il tire, lui, cette explication de la considération des besoins les plus généraux de la nature humaine, qui cherche à étendre en tout sens son activité; « car l'heure de la vie de l'homme ne se mesure jamais au temps continuellement égal que met la grande aiguille à faire le tour d'un cadran d'horloge. »

Nous sommes tout à fait de son avis.

Cette victoire du tabac a exercé, comme on sait, la loquacité des oisifs. On l'a attaqué et défendu avec fureur; « de là une guerre à mort, une guerre qui a épuisé la logique des rhéteurs, la philosophie des observateurs, les dogmes soi-disant irrécusables des savans, et a rabaissé très souvent les paradoxes des uns et des autres à une joûte de bretteurs. » « Mais, ajoute notre habile critique, il faudrait bien du temps..... pour passer en revue toutes les savantes et risibles propositions, et se livrer, sans espoir, à des méditations *écrasantes*, au souvenir

but de déterminer une stimulation de la surface interne du tympan, et d'apprécier le degré de sensibilité des parties voisines. Je n'ai pas répété ces tentatives, qui me paraissent dangereuses. Il me semblerait préférable de perforer le tympan avec l'emporte-pièce du docteur Fabrizi, s'il y avait nécessité absolue d'examiner l'intérieur de la caisse. Il ne faut pas oublier que, dans bien des cas, la transparence naturelle de la cloison tympanique permet de voir, dans cette cavité, que l'on peut augmenter cette transparence en mouillant la membrane, soit avec de l'eau, soit avec de l'huile, et que quelques gouttes d'eau tiède injectées dans la caisse rendent cet examen encore plus facile. Enfin, l'on ne devra se croire autorisé à recourir aux moyens extrêmes que quand la maladie sera grave et lorsque le patient n'aura plus rien à perdre.

§ VI. — CELLULES MASTOÏDIENNES.

Des recherches anatomiques faites sur un grand nombre de temporaux m'ont démontré que les cellules mastoïdiennes, ainsi que celles qui se trouvent à la base du rocher, sont très souvent le siége de graves lésions dont la valeur réelle a été complètement méconnue. Il est évident que ces anfractuosités sont un annexe de la caisse, que leur organisation est très analogue, qu'on y trouve des parois osseuses d'une grande superficie, recouvertes par une membrane continue à celle de la caisse, de nature muqueuse, mais atténuée, raréfiée par son développement, et se confondant avec le périoste. Il y a en outre dans ces cavités des cloisons incomplètes, libres sur leurs deux faces, tendues par des prolongemens fibreux, et qui forment des sortes de diaphragmes dont on ne connaît pas les usages. Quoi qu'il en soit, il y a là des surfaces membraneuses d'une étendue considérable, et si l'on fait attention à leur continuité parfaite avec celles de la caisse du tympan, on sera forcé d'en conclure qu'une altération de ces dernières ne peut tarder à se transmettre aux autres. C'est ce que m'a démontré l'examen attentif de l'apophyse mastoïde chez un grand nombre de sujets morts à la suite de maladies aiguës, comme la fièvre typhoïde, les fièvres éruptives, les angines graves, ou par suite d'altérations chroniques, comme des tubercules, des scrofules et autres cachexies analogues.

Par quels moyens pourrait-on, durant la vie, arriver à reconnaître les maladies qui ont leur siége dans les cellules mastoïdiennes? Très souvent la douleur que ressent le malade indique assez bien les progrès de l'inflammation, qui envahit successivement la caisse, les cellules de la base du rocher, et celles de l'apophyse mastoïde elle-même; mais ce signe ne se rencontre que dans les phlegmasies aiguës, avec tendance à la suppuration abondante. La formation d'un abcès phlegmoneux dans cette région se reconnaît là aussi bien que partout ailleurs; mais, dans la grande majorité des cas, cela ne se passe pas ainsi, et il faut beaucoup d'attention pour découvrir cette marche progressive de la maladie.

On devra examiner très attentivement la région mastoïdienne, afin de constater les changemens de forme, de volume, qui surviennent en pareil cas. Les affections chroniques des cellules ont une tendance à déterminer l'oblitération de ces cavités, et cette oblitération donne lieu plus tard à un retrait de l'apophyse, qui va souvent l'effacer complètement. On voit alors cette masse osseuse revenir sur elle-même, s'amoindrir peu à peu, et se trouver enfin réduite à un petit tubercule osseux qui ne conserve pas le dixième du volume de l'organe primitif. Le toucher peut faire reconnaître ces changemens de forme, et fournir la base d'un bon diagnostic.

Il est des circonstances tout à fait différentes, et sur lesquelles on n'a pas encore appelé l'attention. Le développement de tubercules dans l'apophyse mastoïde est une des conséquences les plus ordinaires de la phthisie pulmonaire, et je possède un grand nombre de temporaux sur lesquels on peut suivre l'évolution successive de la matière tuberculeuse à ses divers degrés. Je me bornerai à dire ici que le travail morbide occasionné par la présence des tubercules dans cet annexe de l'organe auditif, entraîne comme conséquence diverses altérations fort graves, et, entre autres, l'oblitération des cellules et la transformation de l'apophyse tout entière en une masse osseuse offrant tous les caractères des os courts. Quelquefois, au contraire, il s'opère une ossification supplémentaire, qui donne à l'apophyse l'aspect et la consistance de l'ivoire. C'est une hypertrophie osseuse, et le temporal tout entier peut être affecté de la même manière. Cette maladie des os du crâne est importante à étudier, et un examen attentif suffira pour mettre le médecin sur la voie. Au surplus, je ferai connaître ailleurs les faits curieux que je dois à des recherches suivies sur le système osseux crânien du tuberculeux. Qu'il me suffise en ce moment de dire que, dans beaucoup de cas de ce genre, j'ai été conduit à un diagnostic précis, en étudiant avec soin la nature du bruit que fait l'air insufflé dans la caisse. Alors, en effet, ce bruit est très circonscrit; il y a absence de vibrations sonores dans les environs, on voit que l'air, qui d'ailleurs n'entre qu'en très petite quantité, ne pénètre pas au-delà de la caisse, et cet isolement du son qui devrait exister fait voir que ce fluide n'arrive pas dans toutes les cellules mastoïdiennes.

§ VII. — OREILLE INTERNE.

Comment arriver à reconnaître une maladie dont le siége réside dans le vestibule, dans les canaux demi-circulaires, ou dans le limaçon? On donne en général le nom de surdité nerveuse à celle qui ne dépend d'aucune altération appréciable de l'oreille externe et de l'oreille moyenne, et ce diagnostic n'est établi que par exclusion. En effet, lorsque la membrane du tympan conserve tous ses caractères anatomiques, que l'air pénètre facilement dans la caisse, et qu'il n'y a aucun obstacle à la propagation de son extérieur vers l'appareil acoustique proprement dit, on est porté à admettre que le mal existe plus loin, c'est-à-dire dans l'oreille interne.

Il est évident que ce genre de surdité peut dépendre de deux ordres de causes. Il y a lésion des parties dures, altération des surfaces osseuses, maladie des expansions membraneuses qui les tapissent, et fournissent des sécrétions liquides nécessaires à la propagation des ondes sonores, ou bien c'est le système nerveux lui-même qui est lésé, c'est la sensibilité propre qui diminue ou se pervertit dans les cavités labyrinthiques, ou plus profondément encore dans la boîte crânienne.

J'avais toujours pensé que l'on ne pouvait reconnaître ces diverses espèces de maladies que par une analyse rigoureuse de leurs symptômes rationnels. Des circonstances favorables m'ont conduit plus loin, et j'ai vu que l'on pouvait baser son diagnostic sur quelque chose de positif. Je savais que certains malades avaient fait cesser tout-à-coup une surdité profonde, en introduisant un corps étranger dans le méat, et en touchant le tympan. Un phénomène de ce genre, observé par Itard, s'était également pré-

---

d'arrêts irréfragables d'exclusion, au souvenir des luttes de l'école, au souvenir de l'hypocrisie et des *déprédations subreptices* du pouvoir, etc..., etc. » On conçoit qu'en présence de ces difficultés écrasantes et subreptices, un historien donne sa démission et renvoie les curieux aux sources. Nous l'approuvons donc encore ici pleinement.

Ici se place une anecdote tabacologique dont Fagon, le médecin de Louis XIV, passe pour le héros, mais dont il est juste de laver sa mémoire. Voici le fait rectifié par notre historien. Fagon devait présider une thèse de Claude Berger, intitulée : AN EX TABACI USU FREQUENTI VITÆ SUMMA BREVIOR? Mais, ne pouvant assister à l'acte, il se fit remplacer par un autre médecin. La conclusion de la thèse était affirmative, et le bachelier s'escrima de son mieux pour démontrer que tout priseur avait peu de temps à vivre. Il soutint son dire *unguibus et rostro*. Le président, fougueux adversaire du tabac, ainsi que Fagon, approuvait chaque argument, et encourageait le répondant de la voix, mais non du geste, car, pendant toute la séance, son nez ne fut pas d'accord avec sa langue. Il ne cessa de priser.

Le tabac a résisté aux proscriptions des empereurs russes, des empereurs turcs, des rois d'Angleterre, et même aux foudres du Vatican. Il a triomphé, parce qu'il avait une sorte de mission providentielle et humanitaire. En racontant et constatant ce triomphe définitif, M. G. s'exalte jusqu'à l'enthousiasme, et il épanche le trop plein de son inspiration dans une période non moins remarquable par la dimension et le contexte que celle précédemment citée. On nous saura gré de la reproduire ici; seulement il faut prendre haleine avant de commencer. « L'introduction chez nous du café, du thé, de l'opium, substances bien utiles pourtant, n'est pas un événement si remarquable que l'introduction du tabac, par cela seul que le café, le thé, l'opium y sont entrés de plein pied, sans conteste, au milieu des ballots de nos denrées, sans qu'une seule voix se soit élevée pour les en chasser, et que le tabac lui, percé de mille traits de haine et de dégoût, mais insinuant et subtil comme sa fumée, fort de son mérite et de ses vertus, tantôt choyé, tantôt honni, est entré au milieu des verdicts d'interdiction et des exécutions de ses partisans; histoire qui rappelle aussi bien une martyrologie religieuse que les disputes de Vadius et de Trissotin; événement triste et gai, capricieux dans ses détails, capricieux comme une lutte corps à corps, où le Destin joue un rôle de transfiguration et d'alternative; événement tantôt grave comme un démêlé d'intérêts de province, tantôt jovial et badin comme les discussions de nos anciens docteurs, tantôt Shakespeare, tantôt Bobêche; péripétie d'un combat de sophistes et de bourreaux, armés des armes d'une fanatique inquisition ou des armes du ridicule, armes aussi terribles les unes que les autres, mais qui se sont brisées dans les mains d'une volonté générale, en attendant que les armes des rois, jaloux des jouissances du peuple et qui mesurent leur cupidité fiscale au besoin de tous, se brisent dans les mêmes mains. »

Nous sommes forcés de sauter pardessus le chapitre II qui traite des questions relatives au commerce, à la culture, à la fabrication, et à l'histoire commerciale du tabac. On n'y trouve pas d'aussi belles phrases que dans le précédent, mais des considérations et des renseignemens très intéressans et très curieux. Ce n'est que dans le chapitre III, consacré aux *influences* morales et physiques du tabac, que l'auteur reprend son vol dans les hautes régions du style et de la pensée.

senté à moi, et hien que le résultat fût très passager, il avait vivement excité mon attention, lorsque j'ens l'occasion d'en voir un antre, qui me parut renfermer la matière d'un hant enseignement.

Obs. — M. . . ., ancien président d'une cour royale, affecté d'une surdité considérable, avait contracté l'habitude de réveiller la sensibilité de son oreille en y enfonçant une longue aiguille d'or. Cette manœuvre, résultat d'une longue pratique, donnait à son ouïe assez de finesse pour suivre une plaidoirie pendant une heure environ, et le même moyen était répété antant de fois que l'exigeait la durée de l'audience.

Consulté pour cette surdité si singulièrement intermittente, j'examinai avec soin le méat externe et la membrane du tympan, et ne vis rien sur cette membrane qu'une dépression superficielle, située vers l'extrémité de la longue branche du marteau. En cet endroit, la conche épidermique qui revêt la cloison offrait plus d'épaisseur que sur tout le reste de l'organe, et ressemblait assez bien à ces petites plaques semi-cartilagineuses que l'on rencontre souvent chez les vieillards.

La largeur du méat me permettant de voir avec facilité toute la surface du tympan, je priai le malade de répéter devant moi la manœuvre habituelle, et je m'assurai que l'extrémité mousse de la longue aiguille d'or atteignait précisément le centre de la tache opaque dont je viens de parler. Une légère pression déprimait le manche du marteau et rendait plus grande la concavité du tympan. A l'instant même l'audition devenait bonne, et ma montre, entendue seulement au contact avant cette épreuve, l'était à 4 pouces de distance immédiatement après. Aucune douleur ne se faisait sentir, et depuis dix ans au moins ce procédé n'avait rien perdu de son efficacité.

Depuis j'ai vu plusienrs faits analogues, et j'en ai tiré les conclusions suivantes :

Une pression snr la branche dn marteau se transmet à la chaîne des osselets, et arrive à l'étrier, dont la hase ferme la fenêtre ovale. Ce mouvement de bascule a nécessairement de l'influence sur le vestibule et les parties qui y sont contenues, et sans aller plus loin, sans introduire des idées spéculatives dans l'appréciation du fait physiologique, on doit admettre que ce réveil de l'ouïe dépend du mouvement transmis à l'oreille interne au moyen de la chaîne des osselets de la caisse.

J'ai essayé plnsieurs fois de produire un phénomène analogue chez des personnes affectées de surdité, sans lésion de l'oreille externe et de l'oreille moyenne. Je dois dire que les résultats obtenus sont presque nuls, parce qu'il est rare de rencontrer des circonstances entièrement favorables à ce mode d'expérimentation. Quoi qu'il en soit, je crois pouvoir dire qu'il y a dans ces faits l'indication précise d'une voie de recherches nouvelles, et que les maladies de l'oreille interne proprement dite ne resteront pas toujours inaccessibles à nos moyens directs d'investigation.

Mais jusqu'à ce que des expériences, faites avec soin et dans des circonstances favorables, montrent tout le parti que l'on peut tirer de cette action directe sur la base de l'étrier, il faudra se contenter d'un diagnostic rationnel. La surdité nerveuse, c'est-à-dire dépendant d'une lésion quelconque des nerfs de la septième paire, se reconnaîtra à l'absence des altérations du conduit externe, du tympan et de la caisse, puis à des symptômes qui se rapportent soit à la diminution ou à l'exaltation de la sensibilité acoustique. Ce dernier phénomène est hien rare et s'apprécie facilement. Mais il n'en est pas de même de l'affaissement de l'ouïe et les moyens employés pour constater le degré du mal sont en général infidèles.

Ainsi la montre, tant employée par les médecins auristes, et si fort préconisée par Kramer et les auteurs anglais, est loin de donner une mesure exacte du degré de finesse de l'ouïe. Il est incontestable que certains individus, n'entendant pas le bruit d'une montre appuyée sur l'oreille, entendent la voix beaucoup mieux que tel autre individu qui peut entendre cette même montre à plusieurs pieds de distance. On ne peut nier que l'oreille, en tant qu'organe sensitif, n'ait des prédilections pour certains sons, et l'expérience journalière montre que la surdité, loin d'être absolue, n'est très souvent que relative.

Il ne faut donc pas se borner à un seul moyen de recherches. Si, en dernière analyse, le sens de l'ouïe a pour but essentiel de nous mettre en rapport avec nos semblables ; si la voix est la chose qu'il nous importe le plus d'entendre, c'est au moyen de la voix que l'on doit explorer l'oreille de ceux qui sont affectés de surdité. Le bruit que produit une montre n'a aucun rapport avec les sons que nous devons surtout entendre, et, encore une fois, il ne faut pas oublier les aptitudes spéciales de l'oreille. J'ai déjà vu plusieurs malades entièrement privés de la faculté de comprendre les mots d'une conversation, et qui saisissaient très bien le bruit des paroles. Existerait-il dans le sens de l'ouïe plusieurs parties distinctes dont la parfaite concordance serait indispensable à l'exercice des fonctions auditives? Les divers agens morbides, de même que certains agens thérapeutiques, ne peuvent-ils pas borner leur action à l'une de ces parties et produire ces phénomènes singuliers, ces hallucinations de l'ouïe, qui font le tourment de tant de malades? Il me serait facile de démontrer que l'on a jusqu'ici entièrement négligé d'analyser les diverses lésions élémentaires dont se composent la plupart des surdités nerveuses. Une semblable étude est hérissée de difficultés. J'espère prouver plus tard que l'on y trouvera une source d'indications pour le traitement des formes de surdité les plus rebelles.

Je crois avoir démontré dans ce travail que la plupart des maladies de l'oreille peuvent être reconnues à l'aide de moyens simples et directs. L'obscurité qui, aux yeux de beaucoup de médecins, enveloppe cette partie de la pathologie, cessera aussitôt que l'on aura recours à des recherches bien dirigées. L'examen attentif des organes malades, la constatation facile de signes physiques et de symptômes rationnels, fourniront des données très suffisantes pour établir un diagnostic rigoureux, et qui servira de base à un traitement très souvent efficace.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

CONSIDÉRATIONS SUR LE DIAGNOSTIC DE LA CARIE VERTÉBRALE ET LA PARALYSIE DÉPENDANTE DES ALTÉRATIONS DE LA MOELLE ; communiqué par M. le docteur LAURENCE, ancien interne des hôpitaux de Paris (1).

On n'a que trop souvent l'occasion d'observer dans les hôpitaux la

(1) Quoique cette communication ne se montre pas toujours au niveau des connaissances sur l'affectioo tuberculeuse des os, que l'auteur confond mal à propos avec la carie, nous avons cru devoir l'accueillir parce qu'elle renferme des remarques souvent fort justes et trop peu connues. (N. du Réd.)

C'est là, pour nous borner à quelques citations isolées, qu'il nous dira que chez les Méridionaux le besoin du tabac est moins vif que chez les Septentrionaux, parce que dans le Midi « *ses bienfaits sont compassés sur les capacités des surcharges de l'athmosphère*. Il observera plus loin que la *puissance du tabac se grade à l'exaltation de l'esprit* ; car l'excès de plaisir fait souffrir comme l'excès da peine ; c'est la sensation poussée à un degré insupportable ; c'est *le détraquement des barrières qui limitent l'espace de la tranquillité du cœur*. » Le tabac peut seul pallier, sinon guérir, cette maladie de joie. Plus loin encore, analysant avec une sagacité étonnante les résultats psychologiques de l'usage du tabac sur le poète, l'artiste, le peintre, il termina ce magique tableau par ces derniers traits : « Dans cette continuelle *laboration* du cerveau, dans cette réaction intéressante des impressions extérieures vers *le centre des facultés*, dans cette expression continue qui doit faire jaillir la création ou *les rayons de bonne vue comme l'eau jaillit d'une éponge*, dans cette concentration et cet épanouissement de l'intelligence, disons que, pour beaucoup, la pipe si souvent reprise, si souvent abandonnée, la prise qui succède souvent à la prise, sont des armes puissantes de cette concentration et de cet épanouissement, de cette action *incidente* et *anacamptique* de l'esprit. »

Qu'il nous en coûte, chers lecteurs, de vous priver du *poétisme* de l'action ; des têtes de vieillards qui *grimacent le désespoir* ; de ces figures de fumeurs flamands *statuées d'une expression morne et pourtant passionnée*, et du *stoïsme* de quelques autres ; mais vous vous passerez plus facilement du spectacle de ces fumeurs de bas étage, de ces hommes *brutes* et *dégoûtés*. « de ces femmes *belles de figure, mais horribles de gaîté*, assoupies par *un* atmosphère de volupté et les crises hideuses de leurs convulsions. » Vous ne voudriez pas vous laisser conduire par l'auteur dans ces lieux où « le tabac *se fait ordure après s'être fait encens*, là où *puant* il se mêle si *dégoûtamment* à l'haleine liquoreuse et infecte pour se faire, à juste titre, fouler aux pieds et jeter dans l'égoût, lui qui s'est fait une renommée immense de gloire et de poésie. » Nos regrets recommencent en nous voyant forcés de vous priver de ces *vieilles murailles de chair* faites de jeunes et vieux soldats avides de triomphes et *imbus de principes humanitaires*. . . . et dont les émotions se mesuraient à la *grandeur peripetique* des circonstances. » Etc., etc., etc.

Nous ne pouvons cependant nous empêcher de mentionner le chapitre IV, où sont décrites les principales méthodes de faire usage du tabac comme un des plus agréables de ce très agréable ouvrage. L'auteur se pose cette question : est-ce le tabac qui fume l'individu, ou l'individu qui fume le tabac? Sa réponse est que c'est le tabac qui fume l'individu, et cela par la même raison linguistique, dit-il, que le laurier et le genièvre fument le jambon. C'est conclure *in forma*. On apprendra avec plaisir, sans doute, ce joli mot inventé par l'auteur pour exprimer l'action de fumer FUMENBUCATION (fumer *in bucca*). L'inventeur a quelque crainte sur le sort de son mot, à cause de son euphonie un peu ingrate ; mais nous pensons comme lui que ce défaut ne tient qu'à son *inusitation*. A la fumenbucation nous pouvons joindre l'*herrhination*, qui signifie l'action de priser, et la *machication* celle de chiquer. Aucun de ces mots ne se trouve probablement dans le DICTIONNAIRE DE L'ACADÉMIE.

La partie directement médicale et physiologique de ce livre est relativement courte et ne contient rien de bien neuf. Nous avons dû en conséquence nous

carie de la colonne vertébrale; presque toujours cette maladie se présente à l'observateur avec des signes qui ne permettent point de la confondre avec d'autres; mais il est des circonstances sur lesquelles l'attention n'a point été fixée d'une manière spéciale qui font que, dans quelques cas, cette affection reste ignorée pendant la vie ou qui rendent une erreur de diagnostic possible. Lorsque l'on a ainsi méconnu cette maladie, on doit chercher dans les observations, d'une part, les causes qui ont amené l'erreur, et, d'autre part, les moyens de l'éviter à l'avenir.

L'on se fonde le plus souvent pour diagnostiquer une carie des vertèbres sur l'existence des symptômes suivans : la douleur dans un point du rachis, la saillie d'une apophyse épineuse, les abcès par congestion et la paralysie. Parmi ces signes, il en est qui peuvent manquer sans que le diagnostic en reste moins certain. Si d'autres, au contraire, viennent à faire défaut, alors commence le doute, et du doute à l'erreur il n'y a qu'un pas.

Ce mémoire a pour objet de faire connaître quelques-unes des conditions qui empêchent les signes de la carie vertébrale de se montrer. Les observations qu'il renferme, déjà intéressantes sous le point de vue du diagnostic, ont été signalées encore par quelques circonstances qui, rapprochées de circonstances semblables observées dans des faits antérieurs, m'ont conduit à des conclusions qui me semblent devoir mériter l'attention. L'une de ces observations nous fournira l'occasion de discuter la question de savoir si, chez l'homme, les différentes parties de la moelle n'ont point une action propre; en d'autres termes : si telle portion de la moelle ne communiquant plus avec le cerveau peut encore transmettre aux parties qui en reçoivent leurs nerfs le sentiment et le mouvement.

ABCÈS PAR CONGESTION SIMULANT UN PHLEGMON DE LA FOSSE ILIAQUE DROITE; DOULEUR DANS LE GENOU DU MÊME CÔTÉ; OUVERTURE DE L'ABCÈS; MORT; CARIE VERTÉBRALE; COMMUNICATION DE L'ABCÈS AVEC L'ARTICULATION COXO-FÉMORALE.

OBS. I. — Houllier, âgé de 29 ans, vinaigrier, entra à l'Hôtel-Dieu, le 20 avril 1838. Cet homme, malgré une toux habituelle existant chez lui depuis trois ans, était encore d'une constitution robuste, qui lui permettait de se livrer à des travaux fatigans, lorsque huit ou dix jours avant son entrée à l'hôpital, il éprouva des douleurs dans l'aîne droite. Ces douleurs s'accrurent à la suite de fatigues plus grandes et d'une chute sur la hanche droite. Il ne marchait qu'avec peine; parfois même il était obligé de s'arrêter. Pendant quelques jours il eut de la diarrhée, qui, plus tard, fut remplacée par de la constipation. Obligé d'interrompre son travail, il entra à l'Hôtel-Dieu. Examiné le 21 avril il présenta l'état suivant :

L'aîne droite est le siége d'une douleur vive qui semble se répandre dans tout le membre, en se faisant sentir plus particulièrement au genou. Cette douleur augmente lorsque le malade tousse ou fait quelque effort. La cuisse ne peut être complètement étendue; son volume est augmenté dans sa partie supérieure. La palpation du ventre fait reconnaître au-dessus de l'arcade crurale une tumeur s'étendant transversalement depuis le pubis jusqu'à l'épine iliaque antérieure et supérieure et verticalement à deux travers de doigt au-dessus de l'arcade crurale. Cette tumeur est douloureuse à la pression; aucun de ses points ne présente de fluctuation. Les ganglions inguinaux sont tuméfiés; il y a absence de fièvre.

Le malade avait éprouvé les nuits précédentes des frissons, suivis de chaleur et de sueurs abondantes. (20 sangsues sur la tumeur; cataplasmes émolliens; bouillon aux herbes; pédiluves sinapisés; diète.)

22. Un soulagement très marqué a succédé à l'application des sangsues. La cuisse est plus facilement étendue; les mouvemens sont plus libres. Dans les efforts de toux, la douleur est moindre. La tumeur a augmenté de volume; elle se rapproche de la partie supérieure de la fosse iliaque. La langue est rouge à la pointe. Le pouls est naturel. Une selle liquide. (15 sangsues sur la région iliaque; bain de siége.)

23. La tumeur n'est plus douloureuse; elle est insensible à la pression. Le malade s'est essayé à marcher. Continuation de la diarrhée.

2 mai. La fluctuation, qui, les jours précédens, était obscure, est devenue évidente. Le malade étant dans un service de médecine, M. Roux fut prié de faire l'ouverture de cet abcès. Une incision d'un pouce et demi fut faite sur la tumeur parallèlement à l'arcade crurale. Les plans aponévrotiques et musculaires furent successivement divisés. Un flot de pus s'élançant au dehors annonça la pénétration dans le foyer. Le doigt introduit dans la plaie fit reconnaître la présence de petits corps mobiles. Des tentatives furent faites à diverses reprises pour les extraire avec la pince à anneaux; elles furent infructueuses. La crainte de déterminer dans le foyer une vive inflammation fit renoncer à la recherche de ces corps, qui n'étaient autre chose que des portions d'os nécrosées provenant du corps des vertèbres, comme nous en eûmes plus tard la preuve à l'autopsie.

Des pansemens furent faits matin et soir sans qu'on ait observé dans le pus et les linges aucun corps étranger. Le malade fut pris les jours suivans de fièvre, de diarrhée, de sueurs; il alla en s'affaiblissement progressivement jusqu'au 27 mai, jour où il mourut dans le dernier degré de marasme.

AUTOPSIE le 29. — Les poumons offraient un tissu parsemé de tubercules. Une caverne existait au sommet du poumon droit. Le cœur présentait un volume normal. Les viscères abdominaux étaient sains.

Au niveau de la troisième et de la quatrième vertèbre lombaire, on trouvait une poche formée par le ligament vertébral commun antérieur. La face antérieure du corps de ces deux os était dépourvue de périoste et creusée d'alvéoles, dans lesquelles on trouvait de la matière tuberculeuse ramollie. Ces alvéoles contiguës les unes aux autres étaient séparées par de petites portions d'os nécrosées, grisâtres, en forme de pilastres, déjà détachées en partie. Ces cavités étaient revêtues par une membrane rougeâtre, peu adhérente et s'enlevant avec le produit de sécrétion. Des jetées osseuses s'élevaient de la face antérieure des vertèbres et formaient comme une espèce de pont au-dessus de l'intervalle laissé vide par la destruction presque complète du cartilage interarticulaire, encore intact dans sa partie postérieure. Ce qui avait empêché le pus de fuser dans le canal rachidien.

Bien loin d'être affaissée sur elle-même, la portion lombaire du rachis nous parut plus convexe que dans l'état ordinaire. Aucune apophyse épineuse ne faisait saillie en arrière. Des faces latérales des corps vertébraux partaient deux canaux, creusés dans l'épaisseur des muscles psoas, s'élargissant au niveau des fosses iliaques, sous l'aponévrose et le muscle de ce nom. C'était là que s'arrêtait le trajet fistuleux du côté gauche qui n'avait été annoncé pendant la vie par aucun symptôme. Du côté droit, le pus avait continué à descendre dans l'épaisseur du muscle psoas, et était venu former un vaste foyer entre le muscle obturateur externe en arrière, et le psoas et le pectiné en avant. L'intérieur de l'articulation coxo-fémorale était baigné de pus, qui y avait pénétré par l'ouverture qui, chez quelques sujets, établit une communication entre la synoviale articulaire et la synoviale tapissant la face postérieure du muscle psoas. Dans toute l'étendue du trajet fistuleux on trouva de petites portions d'os nécrosées.

La moelle était dans un état d'intégrité parfaite.

Aucun signe dans ce fait n'a révélé l'existence d'une carie tuberculeuse du rachis qui, une fois connue, nous eût donné la clé de tous les phénomènes qui se sont succédé. Ainsi il n'y avait ni douleurs dans le dos, ni gibbosité; aucun phénomène du côté des membres inférieurs, comme pincement douloureux, faiblesse des extrémités. Peu s'en est fallu, il est vrai, que l'obscurité qui a régné sur ce fait ne fût dissipée par l'extraction de portions d'os nécrosées provenant des vertèbres. Ce qui nous montre de combien peu dépend souvent une erreur de diagnos-

---

borner à signaler le côté saillant de cette production originale. Comme quelques personnes pourraient d'après nos citations, se croire dispensées de lire l'ouvrage, nous devons les prévenir très sérieusement qu'elles auraient tort, car elles trouveraient difficilement ailleurs une histoire aussi complète et aussi exacte du tabac.

— Les candidats inscrits pour le concours qui doit s'ouvrir, le 17 mars 1842, pour une chaire de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, sont MM. Chrestien, Laugier, A. Bérard, Michon, Huguier, Chassaignac, Robert, A. Thierry, Malgaigne, Vidal (de Cassis), Lenoir et Ph. Boyer.

— Lundi, 14 février 1842, a été ouvert à l'administration centrale des hôpitaux et hospices civils de Paris, un concours pour la nomination aux places d'élèves internes en pharmacie pour l'année 1841. Les concurrens sont au nombre de 70. Les juges du concours sont MM. Cap et Félix Daudel, membres de la société de pharmacie de Paris; MM. Bouchardat, Foy, Chatain et Fordoz (suppléant), pharmaciens en chef des hôpitaux. Nous ferons connaître plus tard le résultat de ce concours.

— TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES DE L'ENFANCE, FONDÉ SUR DE NOMBREUSES OBSERVATIONS CLINIQUES; par F. BARRIER, D. M., ancien interne de l'hôpital des Enfans malades de Paris, etc. — T. I; in-8° de 688 p. — Prix : 8 fr.

Cet ouvrage formera 2 volumes, chacun du même prix.

Le t. II est sous presse et paraîtra très incessamment.

A Paris, chez Fortin, Masson et comp., place de l'Ecole-de-Médecine, 1.

— TRAITÉ DE JURISPRUDENCE MÉDICALE, tendant à organiser les différentes branches de l'art de guérir, accompagné de la réfutation des erreurs et injustices contenues dans le projet de lois des praticiens de Bruxelles; par MM. A. LEPOUTRE et L. PETIT, docteurs en médecine, membres du comité de la Flandre-Occidentale.

Un vol. in-8. — Prix : 3 fr.

A Paris, chez Germer-Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

— ANATOMISCH-MIKROSKOPISCHE UNTERSUCHUNGEN ZUR ALLGEMEINEN UND SPECIELLEN PATHOLOGIE (Recherches d'anatomie microscopique au point de vue de la pathologie générale et spéciale); par M. le docteur THÉOPHILE GLUGE, professeur à l'université de Bruxelles, etc.

Deuxième cahier. — In-8 de 206 pages, avec 5 pl. lithog.

Iéna 1841, chez Fr. Mauke.

tie, et quelle attention on doit apporter aux circonstances les plus légères en apparence, si l'on ne veut s'exposer à être sans cesse le jouet d'illusions en médecine.

Nous venons de voir ce qui a rendu la carie de la colonne vertébrale méconnaissable aux yeux du médecin; voyons maintenant ce qui a pu faire prendre cet abcès par congestion pour un phlegmon de la fosse iliaque. Combien sont en désaccord avec les signes des abcès par congestion les symptômes offerts par notre malade! Suivant les auteurs, la tumeur formée par l'abcès par congestion est molle, fluctuante, dès le moment de son apparition; elle n'est pas l'occasion de douleur pour les parties qui l'environnent; elle est indolente au toucher. Dans ce fait nous voyons que dans le principe cette tumeur était douloureuse par elle-même, douloureuse à la pression, qu'elle était résistante, et que la fluctuation n'est devenue perceptible qu'après plusieurs jours. Bien des motifs nous portaient à penser qu'il n'y avait là qu'un abcès phlegmoneux. Déjà M. Bérard (1) a attiré l'attention sur ce point : que les abcès par congestion peuvent ressembler aux abcès chauds. Il croit en avoir trouvé la cause, chez les deux individus qu'il a observés, dans la viciation du pus consécutive à des ponctions antérieures faites au niveau de la région lombaire, où l'abcès s'était montré primitivement, viciation qui aurait rendu ce liquide beaucoup plus irritant pour les parties vers lesquelles il fut entraîné plus tard. Cette explication toute naturelle pour les deux faits dont M. Bérard a été témoin n'est point applicable au fait qui nous occupe, où il n'y eut aucune ponction antérieure.

Une circonstance aurait pu nous faire soupçonner un abcès par congestion, c'est l'énorme quantité de pus contenue dans le foyer. Au moment où on en fit l'ouverture, nous vîmes sortir une colonne de pus qui, s'élevant à un pied de hauteur, rejaillit en retombant sur tous les assistans. La quantité du pus dans les abcès de la fosse iliaque est une circonstance dont on doit tenir compte; car lorsqu'elle n'est point en rapport avec l'étendue apparente du foyer, on doit soupçonner que ce dernier présente une étendue beaucoup plus grande que celle qu'il est permis de reconnaître à l'aide de la palpation, et que peut-être il a son point de départ dans quelque carie du bassin, de la colonne vertébrale ou dans une suppuration de quelques-uns des viscères de l'abdomen.

Si l'on doit attacher une grande importance au diagnostic, c'est surtout dans les cas semblables à celui qui nous occupe, où le diagnostic est d'une grande valeur pour baser le pronostic. Il est, en effet, essentiellement différent sous le rapport de la gravité de croire n'avoir à traiter qu'un phlegmon de la fosse iliaque au lieu d'un abcès symptomatique d'une carie tuberculeuse du rachis; la première maladie guérissant souvent, la deuxième étant presque constamment mortelle. L'erreur ici est d'autant plus préjudiciable qu'elle empêche de recourir au seul moyen dont l'expérience a prouvé l'efficacité : l'application de cautères au niveau des vertèbres cariées.

Je terminerai ces réflexions en faisant observer que la douleur du genou est un symptôme dont l'autopsie nous a donné l'explication en nous montrant l'articulation de la hanche baignée de pus. On sait que quelquefois la coxalgie ou début s'annonce uniquement par une douleur fixée au genou. Il paraît en avoir été ainsi dans le fait qui s'est passé sous nos yeux. Des signes plus caractéristiques de la coxalgie peuvent indiquer la communication de l'abcès par congestion avec l'intérieur de l'articulation coxofémorale. Dans une observation (2), il y avait impossibilité de faire jouer le membre sans réveiller de vives douleurs dans la hanche et un raccourcissement de plus d'un pouce. Le fond de la cavité cotyloïde avait été perforé par deux ouvertures établissant une communication avec l'abcès intérieur. La tête du fémur usée inégalement n'offrait plus aucun vestige de cartilage.

DOULEURS LOMBAIRES; FAIBLESSE DES MEMBRES INFÉRIEURS; ABCÈS PAR CONGESTION; ABSENCE DE GIBBOSITÉ; PÉRITONITE; MORT; ÉPANCHEMENT PURULENT DANS L'ABDOMEN; DESTRUCTION CENTRALE DE LA QUATRIÈME VERTÈBRE LOMBAIRE.

Obs. II. — Le 31 avril 1838 est entré à l'Hôtel-Dieu le nommé Jamnon, âgé de 19 ans, cartonnier. Jusqu'à l'âge de 16 ans, ce jeune homme avait joui d'une santé constamment bonne. Sujet pendant son enfance à des éruptions du cuir chevelu, il avait été souvent exposé au froid et à l'humidité. De bonne heure, il y a trois ans, il commença à ressentir des douleurs au bas des reins et dans les extrémités inférieures. Obligé de porter à dos des fardeaux assez lourds, il sentait ses jambes fléchir sous lui et était forcé de s'arrêter. Plus tard, les douleurs devinrent plus vives dans la cuisse gauche; une tumeur se développa dans la région fessière du même côté. Bien avant l'apparition de cette tumeur, le malade avait remarqué qu'il ne pouvait s'asseoir que du côté droit.

Examiné le 1er mai, ce jeune homme nous a présenté l'état suivant : Pâleur générale de la peau; constitution peu forte; tempérament lymphatique. La région lombaire est douloureuse; elle ne présente aucune déformation. Les cuisses sont rapprochées du ventre et maintenues presque constamment dans cette situation. L'extension des membres inférieurs peut avoir lieu, mais non sans de vives douleurs.

Dans le flanc droit existe une tumeur du volume du poing d'un adulte, aplatie, donnant un son mat, et présentant une fluctuation manifeste. Les ganglions du pli de l'aîne de ce côté sont douloureux et tuméfiés.

Du côté gauche, le pli qui sépare la fesse de la cuisse est effacé par le gonflement. Une vaste collection de liquide occupe la région fessière. Lorsqu'on examine la région iliaque du même côté, on y sent une tumeur fluctuante, et si on vient, une main étant appliquée sur la fosse iliaque, l'autre sur la fesse, à exercer une pression rapide, on perçoit un choc dû au déplacement du liquide, qui indique une communication entre les deux collections.

Quatre cautères furent appliqués de chaque côté de la colonne vertébrale, au niveau de la douleur. Le malade fut mis à l'usage des amers.

14 mai. Ce jeune homme souffrant beaucoup par suite de la dsitension des tégumens de la hanche, on se décida à faire une ponction pour vider la tumeur; l'ouverture fut maintenue fermée en appliquant une plaque de diachylon dessus. Mais la collection ne tarda pas à se reformer, elle se rouvrit, et depuis elle resta fistuleuse.

Sur la fin du mois de juillet, la tumeur occupant le flanc droit devint très douloureuse; des vomissemens eurent lieu à différens intervalles.

Le 15 août, on constata au niveau de la région fessière, du côté droit, une tumeur communiquant avec celle du ventre, et soulevant les muscles fessiers. On fit une ponction, et la quantité de pus qui s'écoula remplit un bassin.

Le 27, le malade, réduit à un état de maigreur extrême, fut pris de douleurs abdominales qui lui arrachaient des cris, des vomissemens répétés. Les traits étaient grippés; des sueurs couvraient la surface du corps; le pouls était petit, misérable. La mort ne tarda pas à mettre un terme aux longues souffrances de ce jeune homme.

Autopsie le 29. Un épanchement de pus floconneux, d'un jaune verdâtre, remplissait la cavité du petit bassin; la quantité s'élevait à deux verres. Les circonvolutions de l'intestin étaient tapissées de fausses membranes et réunies entre elles par des adhérences récentes. Aucune perforation n'existait sur le trajet des abcès par congestion. La péritonite qui avait mis fin à l'existence de notre malade parut avoir été produite par la distension que le péritoine avait éprouvée à la suite du développement de la tumeur située dans le flanc droit. La face antérieure des trois dernières vertèbres lombaires présente des alvéoles creusées dans l'épaisseur de l'os, et recouvertes par le ligament vertébral commun antérieur. Des colonnes de tissu osseux les séparent les unes des autres. On trouve, dans leur intérieur, des noyaux formés par une matière caséeuse, d'un blanc jaunâtre, s'écrasant facilement sous le doigt. Le fibro-cartilage intervertébral unissant la quatrième vertèbre à la cinquième est complètement détruit. Un espace vide existe entre ces deux os, borné en arrière par la dure-mère rachidienne. Des prolongemens osseux s'étendent d'une vertèbre à l'autre. La quatrième vertèbre est creuse, et présente une cavité conique à base inférieure, dont la circonférence est formée de tissu compacte éburné. L'intérieur est tapissé par des fausses membranes blanchâtres. La face supérieure de la cinquième offre un tissu plus résistant que dans l'état ordinaire.

L'ouverture du canal rachidien nous fit voir, à la face postérieure de la quatrième et de la troisième vertèbres lombaires, d'autres alvéoles contenant des tubercules. On n'en trouve point dans le disque qui unit les deux vertèbres l'une à l'autre. La moelle était saine; de chaque côté de la colonne lombaire, il existait deux canaux que le pus s'était creusés pour se faire jour au-dehors; tous deux avaient une origine distincte, aucune communication n'existait entre eux. Celui de gauche recevait le pus provenant de la cavité existant entre la quatrième et la cinquième vertèbres. Le pus avait suivi les nerfs lombaires et passait par la grande échancrure sciatique avec le nerf du même nom; il formait une vaste collection dans la fesse. Les muscles de cette région étaient disséqués et de couleur noirâtre; celui de droite recevait le pus fourni par les cavités tuberculeuses, situées à la face postérieure des troisième et quatrième vertèbres lombaires. C'était par le trou de conjugaison que le liquide était versé dans ce canal; celui-ci présentait, au-devant du muscle carré lombaire, une poche qui était la tumeur que l'on avait sentie pendant la vie. Le pus suivait ensuite le même trajet que du côté gauche, et avait produit des désordres à peu près analogues.

Dans ce fait, comme dans le précédent, il y a eu absence de gibbosité; différentes causes peuvent s'opposer à la manifestation de ce signe. Si la destruction n'atteint que la superficie des vertèbres, il pourra y avoir perte de solidité, mais point de saillie d'une des apophyses épineuses. Elle n'aura point encore lieu dans le cas où le corps d'une vertèbre est détruit seulement dans sa portion centrale. Dans le fait que l'on vient de lire s'il n'y a point eu de gibbosité, c'est qu'il restait encore l'écorce de la vertèbre, et qu'une partie du tissu restant avait acquis la dureté de l'ivoire, comme si la qualité avait cherché à remplacer la quantité. Lorsqu'un seul cartilage est détruit, il peut y avoir un léger affaissement, inappréciable à l'extérieur; s'il y avait destruction de deux ou plusieurs cartilages, la flexion de la colonne vertébrale deviendrait plus marquée, la gibbosité ne serait plus angulaire, mais représenterait une courbe.

Toutes choses égales d'ailleurs, la gibbosité se montrera plus ou moins tardivement, suivant les différentes régions de la colonne vertébrale atteintes par la carie. Si la région présente une courbure en sens inverse

(1) Dictionnaire en 25 volumes, Art. *Abcès par congestion.*
(2) Archives, 1834.

de celni dans leqoel se fait la gibbosité, celle-ci devra se mootrer plus tardivemeot. Ainsi, aux lombes et au cou, où le racbis est convexe en avant, l'usure des vertèbres aura pour premier effet le redressement de la colonne vertébrale. Cbez quelques sujets qui préseotaient tous les signes d'une carie commençante de la portion lombaire, celle-ci était rectiligne. La cambrure avait complètement disparn. La destrnction cootinuant, ce ne sera qne plus tard qn'il se montrera, dans ces régious, nne saillie, une convexité eo arrière, contraire à la concavité qui y existe naturellement. Au dos, la saillie se montrera d'emblée, la colonne vertébrale ne devant pas être redressée préalablement pour présenter une convexité en arrière. Les choses ne se passent de la manière que j'ai indiquée que lorsque la gibbosité est le résultat de l'usure successive des vertèbres, et non point lorsqu'elle se produit subitement par suite d'une fracture des vertèbres cariées.

Dans le cas de carie lombaire, il m'a paru que la déformation du rachis manquait plus souvent que dans les cas où la carie attaque une autre régioo de la colonne vertébrale. Sur 18 faits de carie lombaire pris au basard dans différens anteurs, la courbure a manqué 11 fois. Déjà Pott (1) svait remarqué que la courbure a très rarcment lieu à la partie supérieure des lombes. Cette absence de déformation dans la carie lombaire peut teoir à différentes causes. La destroction du corps des verlèbres lombaires demande un temps plus long, en raison du volume de ces dernières. Le trajet plus court que les abcès par congestion ont à parcourir fait que ceux-ci apparaissent plus promptement au debors, s'ouvrent ou sont ouverts; leur ouverture ne tarde pas à être suivie de la mort. Celle-ci arrive avant que la maladie ait parcouru toutes ses périodes.

Au nombre des caoses qui s'opposent à la déformation do racbis, il faut encore mettre la production de jetées osseuses allaot d'uo corps de vertèbre à un autre. Dans un fait rapporté par M. Cloquet (2), les corps des trois dernières vertèbres dorsales et de la première lombaire, entièrement détruits par la carie, avaient été remplacés par on gros tuyau osseux qui s'était opposé au raccourcissement du racbis.

Si on vient à peser la valeur relntive de cbacun des signes de la carie vertébrale, on verrs que la gibbosité est le signe patbognomonique de cette affection. Lorsqu'elle existe, il n'y a pas lieu à douter de la carie. En l'absence de ce signe, une erreur de diagnostic peut être facilement commise. M. Pigoé (3) a rapporté l'bistoire d'uoe carie vertébrale qui n'avait donné lieu à aucune douleur, ni à aucune déformation du racbis. L'abcès symptomatique de cette affection fut pris d'abord pour une tumeur encépbaloïde ramollie, plus tard pour un vaste kyste bydatique. M. Estevenet (4) a rapporté également une observation de carie vertébrale, avec les mémes conditions que dans le fait de M. Pigné, où la collection purulente fut regardée par un de nos meilleurs cbirurgiens comme symptomatique d'une altération du fémur. Dans un autre exemple (5) de carie de la cinquième vertèbre lombaire et du sacrum, où il y avait eu absence de douleurs dorsales, absence de gibbosité, on ouvrit un abcès à la région lombaire, croyant avoir affaire à un abcès froid.

Lorsqu'll y aura des douleurs dans un point du racbis, une paralysie des membres inférieurs et des abcès symptomatiques, on pourra croire que cette réunion de symptômes dépend d'une carie vertébrale. Le plus souvent le diagnostic se trouvera juste, bien qu'à la rigueur il puisse arriver que des productions tuberculeuses, cancéreuses, ou de toute autre nature, développées autour de la moelle, donnent lieu à la réunion des symptômes que nous venons d'énumérer. Quant à la douleur dorsale et aux abcès par congestion, ces deux signes sont le résultat d'affections de nature diverse, et ne peuvent, isolés ou réunis, faire diagnostiquer le mal vertébral.

Je terminerai les réflexions qui accompagnent cette observation par une dernière remarque. Dans le cas d'abcès par congestion double situé de cbaque côté de la colonne vertébrale, il arrive, si on vient à ouvrir l'un, que l'autre s'affaisse et se vide en partie par l'ouverture pratiquée. C'est ce qui eut lieu dans le fait rapporté par M. Pigné (6). S'il n'en a point été de même dans cette seconde observation, c'est que les deux foyers ayant une origine différente, le pus de l'un ne pouvait se mélanger avec celui de l'autre. Aussi la tumeur qui existait dans le côté droit du ventre n'a présenté aucune diminutioo à l'ouverture du foyer de la fesse gauche.

(1) Remarques sur cette espèce de paralysie des extrémités inférieures qui accompagne la courbure de l'épine.
(2) Dict. de méd. en 21 vol. Art. *Carie vertébrale.*
(3) Bulletins de la société anatomique, 1838.
(4) Bulletins de la société anatomique, 1836.
(5) Gaz. Méd., 1837.
(6) Loc. cit.

Nécrose de la voute du crane; pleurésie; paralysie du mouvement du bras droit; arthrite du genou gauche; mort; autopsie; épanchement pleurétique; carie tuberculeuse superficielle des dernières vertèbres cervicales et des premières dorsales; abcès symptomatique; tubercule comprimant le cordon antérieur et droit de la moelle.

Obs. III. — Jacques François, âgé de 16 ans, corroyeur, entra à l'bôpital de la Charité an mois d'août 1837, pour un abcès occupant le sommet de la lête. Cet abcès fut ouvert, et, depuis, ne s'est point refermé. Vers le mois de décembre de la même année, il commença à tousser. La toux ne tarda point à être suivie de l'expectoration de crachats jaunâtres, opaques. Il n'y eut point d'hémoptysie. Plus tard, le malade quitta la Charité pour entrer à l'Hôtel-Dieu le 16 janvier 1838. Examiné le 17, on constata, au niveau de l'entrecroisement de la suture sagittale avec la suture pariétale, une dénudation des os du crâne, dans l'étendue d'une pièce de 5 fr. Amaigrissement considérable, constitution détériorée, pâleur de la face; le décubitus a lieu sur le côté droit; te malade dit tousser davantage lorsqu'il se couche sur le côté gauche. La peau est ehaude, aride; le pouls est petit, 108 pulsations.

L'examen du thorax fournit les résultats suivans : du côté droit la percussion donne un son mat en avant et en arrière dans la moitié inférieure de la poitrine. Dans cette étendue, le bruit respiratoire naturel ne s'entend point; il est remplacé en arrière, vers la partie moyenne, par du souffle bronchique. Au même niveau, il y a de la broncbophonie. Dans la moitié supérieure de la poitrine en avant, le son est clair et la respiration s'entend : en arrière, eelle-ci est mêlée de râle muqueux approchant du gargouillement; la percussion est sonore.

Du côté gauche, la sonorité est normale, ainsi que la respiration.

L'expectoration est abondante et formée par des crachats purulens, nageant au milieu d'un mucus blanchâtre. Un vésicatoire est appliqué sur le côté droit du thorax; l'on prescrivit pour tisane de la gomme sucrée et un julep gommeux avec un grain d'acétate de morpbine.

Le 20, dyspnée très grande; la figure présente une teinte violacée. Au sommet de la poitrine, en arrière du côté droit, on entend du gargouillement et de la pectoriloquie. Dans les autres points du thorax, les résultats fournis par l'auscultation et la percussion sont les mêmes que ceux qui ont été signalés plus haut.

17 février. Le malade ne peut faire exécuter aucun mouvement au bras droit; lorsqu'on lui ordonne de le lever, il ne peut le faire; les mouvemens persistent dans la main et l'avant-bras. La sensibilité est conservée dans tout le membre; aucun signe de paralysie du côté de l'extrémité inférieure droite, ni dans la moitié de la face correspondante.

7 mars. Le son est devenu mat dans tout le côté droit de la poitrine en arrière. On entend, au sommet, du gargouillement et de la pectoriloquie; vers la partie inférieure du thorax, il y a absence de respiration. En avant, la percussion donno un son clair et l'on entend du ronchus.

La sensibilité persiste au membre supèrieur droit, mais le mouvement est complètement aboli. Le malade est obligé, pour le déplacer, de le prendre avec la main du côté opposé.

L'ulcère du sommet de la tête communique avec l'intérieur du crâne. En effet, les battemens du cerveau se transmettent au pus amassé au fond de la plaie. Lorsque le malade tousse, un flot de pus se répand au-dehors du crâne.

14 mars. On retire quelques portions d'os nécrosès de la voûte crânienne. La dure-mère est à nu et décollée au pourtour de la perforation. La tête est inclinée sur l'épaule droite, et le malade a quelque peine à la redresser.

16 mars. Le genou gauche est le siége de gonflement, avec chaleur de la peau. Une collection de liquide existe dans l'articulation. La rotule est soulevée.

Les jours suivans, en dehors et au-dessous de la rotule, on trouve la peau amincie de dedans en dehors; tout indique une ouverture prochaine dans ce point. On y plonge un bistouri; une grande quantité de liquide séro-purulent s'écoule au dehors.

3 avril. Des ouvertures multipliées se sont faites au voisinage du genou. La suppuration qu'elles fournissent est abondante.

Le 11, le malade meurt dans le dernier degré de marasme.

Autopsie. — Tête. L'ouverture qui existe à la voûte du crâne a la largeur d'une pièce de vingt sols. La table interne est légèrement rugueuse autour de la perforation, et va en s'amincissant à mesure que l'on approche de la solution de continuite. Dans le point correspondant, à la destruction du crâne, la dure-mère est augmentée d'épaisseur. L'arachnoide, la pie-mère et la substance cérébrale ne présentent aucune altération.

Poitrine. Du côté droit, des adhérences avaient réuni les deux feuillets de la plèvre, excepté à la base du poumon, où l'on trouvait un épanchement purulent, reposant sur la base diapbragmatique, et refoulant le poumon en haut. Le tissu pulmonaire était compact et parsemé de tubercules. Aucune cavité n'existait dans ce poumon. Du côté gauche, le tissu pulmonaire avait la consistance normale et présentait des granulations tuberculeuses disséminées. Le cœur n'a offert rien de particulier. En arrière des viscères de la poitrine, au-devant des dernières vertèbres cervicales et des premières dorsales s'étendait une vaste pocbe contenant de la matière tuberculeuse ramollie, jaunâtre, semi-liquide. Cette poche avait refoulé en bas et en debors le sommet du poumon droit, qui semblait comme creusé pour la recevoir, de manière que le parenchyme pulmonaire, pressé d'une part entre l'épanchement pleurétique à sa base, et le foyer tuberculeux à sa partie supérieure, se trouvait réduit à un état de densité très grande et à un petit volume. Cette collection avait repoussé au-devant d'elle la trachée artère, la crosse de l'aorte et l'œsopbage, qui était adhérent à la surface antérieure de la tumeur.

A partir de la cinquième vertèbre cervicale, jusqu'à la troisième dorsale, la partie antérieure des corps vertébraux et des cartilages inter-articulaires était dé-

truite. Cette destruction s'étendait à la profondeur de 2 à 3 lignes d'épaisseur. Elle ressemblait assez bien à l'usure qu'aurait pu produire l'action de la râpe promenée au-devant du corps des vertèbres. Au niveau de la carie, il n'existe aucun vestige des muscles grand droit et long du cou. Au-dessus, on retrouve ces mêmes muscles, contenant dans leur épaisseur des tubercules à l'état cru, du volume d'un pois. Les articulations costo-vertébrales supérieures du côté droit étaient baignées de pus; les têtes des côtes étaient rugueuses et dépouillées de cartilage sur leurs facettes articulaires.

Aucune déformation du rachis n'existait à l'extérieur. Celui-ci ouvert, nous vîmes au niveau de la cinquième vertèbre cervicale un tubercule de la grosseur d'une petite noix, soulevant dans sa moitié droite la dure-mère, qui tapisse la face postérieure des vertèbres, et rétrécissant de beaucoup le canal vertébral. Ce corps, en se développant, avait produit les altérations suivantes de la moelle : au niveau du renflement cervical, le faisceau latéral droit présentait une diminution de volume, qui portait principalement sur le cordon antérieur. Celui-ci était ramolli dans l'étendue de trois travers de doigt, et converti en une pulpe blanchâtre.

Les viscères de l'abdomen étaient sains. Autour du genou gauche, la peau présentait différentes ouvertures ; les ligamens étaient ramollis et baignaient au milieu du pus, qui avait fusé dans différentes directions ; les cartilages articulaires étaient détruits. Les extrémités osseuses furent sciées, et par différentes coupes, on ne put découvrir la présence de tubercules, que l'on pouvait espérer d'y rencontrer.

Parmi les nombreuses affections qui ont amené la mort de ce malade, il en est qui ont été reconnues pendant la vie : ainsi, la pleurésie, la nécrose du crâne, l'arthrite. Quant à la carie vertébrale, elle n'a été révélée que par l'autopsie. L'inclinaison de la tête sur l'épaule droite est le seul signe qui aurait pu nous mettre sur la voie de cette maladie. Ce symptôme est un de ceux qui accompagnent souvent la carie des vertèbres cervicales, plus particulièrement des premières. Il est permis de supposer que la destruction des muscles grand droit antérieur et long du cou au niveau des vertèbres cariées n'est point étrangère à la production de ce symptôme. Dans ce fait, s'il n'y a point eu de saillie d'une apophyse épineuse qui indiquât la carie, c'est que cette affection n'intéressait les corps vertébraux et les cartilages que dans leur superficie, sans qu'il y eût destruction complète des uns ou des autres.

Pendant la vie, nous avons observé un gargouillement très manifeste au sommet du poumon droit, et l'on pouvait croire à une caverne pulmonaire chez un sujet qui, dans sa constitution, présentait tous les caractères de la diathèse tuberculeuse. On entendait dans ce point de la pectoriloquie et de la respiration bronchique. L'autopsie ayant démontré que le sommet du poumon ne renfermait point de cavité, il nous a paru évident que le gargouillement que nous avions perçu pendant la vie tenait au pus renfermé dans la collection, qui avait en partie pris la place du sommet du poumon. La pectoriloquie et la respiration bronchique s'expliquent par la compression qu'avait subie le parenchyme pulmonaire. Les symptômes auxquels donnent lieu les abcès par congestion renfermés dans la poitrine résultent presque toujours du déplacement ou de la compression des viscères thoraciques. Ainsi, dans un cas d'abcès par congestion, dépendant d'une carie des vertèbres cervicales, M. Vernois (1) a observé pendant la vie un souffle fort intense au-dessous de la clavicule gauche, dépendant de la compression produite par l'abcès sur la bronche. Le poumon était tout à fait sain. Quelquefois, après avoir donné lieu à de l'oppression, à des douleurs sourdes dans la poitrine, ces abcès s'ouvrent dans les bronches, et les malades peuvent expectorer des fragmens de vertèbre, comme dans les faits de Charles Venzel (2), de M. Piedagnel (3).

La paralysie du bras, qui s'était manifestée dans le cours de la maladie à laquelle a succombé ce jeune homme, avait été attribuée à quelque altération chronique du cerveau, soit un ramollissement de la pulpe cérébrale, soit un épanchement de pus à la surface de ce viscère. La lésion du crâne que nous avons sous les yeux pouvait faire supposer l'existence de semblables désordres explicatifs de la paralysie. L'état sain du cerveau, que nous constatâmes à l'autopsie, nous montra que cette supposition n'était point fondée.

Forcés de chercher ailleurs l'explication de la paralysie, nous la trouvâmes dans la compression de la moelle, produite par un tubercule développé entre la dure-mère rachidienne et les vertèbres.

La paralysie qui s'est montrée dans ce fait diffère sous plusieurs rapports de la paralysie qui se montre dans les cas de carie vertébrale. En rappelant quels sont les caractères de celle-ci, il sera plus facile de saisir les analogies et les différences qui existent entre les faits ordinaires et le fait que j'ai rapporté.

La forme habituelle de la paralysie qui se remarque dans la carie vertébrale, c'est la paralysie du mouvement des membres inférieurs ou supérieurs, suivant les diverses hauteurs auxquelles le rachis est lésé. Lorsqu'il y a paralysie du mouvement et du sentiment, celle-ci est le plus souvent incomplète. La conservation de la sensibilité a été attribuée par M. Nichet (1) à ce que, dans la plupart des cas, les causes qui déterminent la paralysie exercent leurs effets plus particulièrement sur les cordons antérieurs. Tantôt il y a résolution complète des membres, tantôt il y a paralysie avec contracture. La première forme de paralysie est le plus souvent le résultat de la compression de la moelle, la seconde celui d'une inflammation de cet organe, ou de ses membranes.

Chez notre malade, la paralysie qui a été observée a porté sur le bras; le mouvement seul a été aboli. Ces deux circonstances se trouvent parfaitement expliquées par la position du tubercule. S'il n'y a eu que paralysie du mouvement, c'est que la compression s'est exercée primitivement et presqu'exclusivement sur le cordon antérieur droit, au niveau du renflement cervical de la moelle, le cordon postérieur, destiné à la sensibilité, ne ressentant que peu ou point les effets de la cause comprimante. Ce fait vient à l'appui de la théorie, qui place la source du mouvement dans les cordons antérieurs et celle du sentiment dans les cordons postérieurs.

Quant à la résolution complète du membre, qui a eu lieu dans le cas particulier dont nous nous occupons, elle se trouve parfaitement expliquée par la nature de la cause productrice de la paralysie, qui avait agi en comprimant le cordon rachidien.

Le lecteur s'est peut-être déjà demandé comment il s'est fait qu'aucun signe de paralysie ne se soit montré dans le membre inférieur droit; comment le principe du mouvement, dont l'action était suspendue par le bras, a continué à se faire sentir à la jambe, malgré la cause qui comprimait et avait altéré la structure du cordon antérieur, au niveau du renflement cervical.

L'histoire des maladies des centres nerveux nous montre des exemples fréquens où l'on n'observe point cette dépendance, qui semblerait devoir exister entre la paralysie du bras et la paralysie de la jambe, dépendance telle que, l'une survenant, l'autre doit nécessairement exister. Ainsi, on a observé des faits de lésions cérébrales dans lesquels il y a en paralysie du bras sans paralysie de la jambe. Il est également des exemples de maladies de la moëlle (2) dans lesquels la paralysie, bornée d'abord aux membres supérieurs, s'est étendue plus tard aux membres inférieurs. En présence de ces faits, les pathologistes se sont demandé si la moëlle n'aurait point une action propre, indépendante de l'action du cerveau. Quelques-uns ont pensé que, dans ces faits, il pouvait y avoir eu intégrité de quelques fibres du prolongement rachidien, par lesquelles aurait pu se rétablir l'influx nerveux. Cette explication, admissible pour quelques cas, ne l'est pas pour tous.

Chez certains animaux, la moelle ne paraît point se borner au rôle de conducteur de l'influence du cerveau sur la production des mouvemens; elle paraît avoir en elle-même la faculté de les déterminer. Ainsi des salamandres ont pu vivre et exécuter des mouvemens après avoir été décapitées; chez de jeunes mammifères, Legallois (3) a vu persister le mouvement et le sentiment après la décapitation, en entretenant la circulation à l'aide de l'insufflation pulmonaire. Il conclut de cette observation que le principe du sentiment et du mouvement ne réside point exclusivement dans le cerveau.

Dans un autre passage : « Si, dit-il, on coupe transversalement la moelle entre la dernière vertèbre dorsale et la première lombaire, dans un lapin âgé de vingt jours, après cette opération, le sentiment et le mouvement volontaires continuent d'avoir lieu, même dans le train de derrière, mais il n'y a aucun rapport de sentiment ni de mouvement entre les parties antérieures et les parties postérieures à la section de la moelle, c'est-à-dire que, si l'on pince la queue ou l'une des pattes postérieures, tout le train de derrière s'agite, mais celui de devant n'en paraît rien ressentir et il ne bouge pas; réciproquement, si l'on pince une oreille, ou une des pattes de devant, les parties antérieures s'agitent, mais les postérieures demeurent tranquilles. En un mot, la section de la moelle a évidemment établi dans le même animal deux centres de sensation bien distincts et indépendans l'un de l'autre; l'on pourrait même

(1) Bulletins de la société anatomique, 1834.
(2) Gaz. Méd.
(3) Bulletin de la soc. anat.

(1) Gaz. Méd., 1835.
(2) Ollivier d'Angers, Maladies de la moelle.
(3) Expériences sur le principe de la vie, notamment sur celui des mouvemens du coeur et sur le siége de ce principe.

dire deux centres de volonté, si les mouvemens que fait le train de derrière quand on le pince sopposent la volonté de se soustraire au corps qui le blesse. »

Les mouvemens que des fœtus anencéphales ont pu exécuter dans le sein de leur mère, et pendant le peu d'instans qu'ils ont vécu, prouvent dans la moelle du fœtus humain la faculté qu'elle a de faire naître des mouvemens.

Ainsi donc, la moelle peut suppléer le cerveau dans la production des mouvemens chez les reptiles, les jeunes mammifères et le fœtus humain. Cette faculté, d'autant moins prononcée que l'on s'élève vers les degrés supérieurs de l'échelle d'organisation, ne se retrouve plus chez l'homme que dans des conditions pathologiques déterminées. Ce n'est que dans le cas où la destruction de la moelle arrive lentement que les parties situées au-dessous du point détruit jouissent d'une activité spéciale. Peut-être l'influx nerveux se rétablit-il dans ces cas par les ganglions du nerf sympathique, qui établissent de nombreuses communications entre la partie supérieure de la moelle et la partie inférieure, à l'aide des branches nerveuses qu'ils envoient aux branches antérieures des nerf rachidiens, espèce de circulation collatérale, qui s'établirait pour le fluide nerveux, comme il s'en établit une pour le fluide sanguin dans le cas d'interruption d'un point du système circulatoire.

Les conclusions qui découlent de l'exposition des faits contenus dans ce mémoire sont relatives : les uns aux abcès par congestion ; les autres à la gibbosité ; les dernières à la paralysie.

Les abcès symptomatiques revêtent quelquefois les caractères des abcès chauds, en se montrant, avec ces caractères, dans la fosse iliaque; ils peuvent être pris pour un phlegmon de cette région.

Lorsque, dans un abcès situé dans les régions où se montrent habituellement les abcès par congestion, la quantité de pus dépassera celle que l'on présumait devoir s'écouler, d'après l'étendue apparente du foyer, on devra regarder l'abcès comme symptomatique d'une carie ou d'une suppuration de quelque viscère.

Le pus des abcès symptomatiques de la carie vertébrale peut entraîner avec lui de petites masses noirâtres de tissu spongieux nécrosé.

La communication de l'abcès par congestion avec l'articulation coxo-fémorale, soit par une perforation du sommet de la cavité cotyloïde, soit par l'ouverture accidentelle qui fait communiquer la bourse synoviale du psoas avec l'articulation de la hanche, est annoncée, dans quelques cas, par une douleur du genou, par l'impossibilité de faire exécuter des mouvemens à la cuisse, par le raccourcissement du membre.

L'abcès par congestion, encore renfermé dans l'abdomen, peut devenir cause d'inflammation du péritoine, en distendant et en irritant cette membrane séreuse.

Lorsqu'on aura reconnu, au dehors de l'abdomen, un abcès par congestion, on devra s'assurer avec soin si, du côté opposé, il n'existe point une collection purulente encore contenue dans le ventre. Dans le cas d'abcès par congestion double, descendant de chaque côté de la colonne vertébrale, communiquant l'un avec l'autre, une ponction faite dans l'abcès, d'un côté, videra en partie celui du côté opposé.

L'abcès symptomatique d'une carie vertébrale, encore contenu dans la poitrine, peut donner lieu à de la respiration bronchique, à du retentissement de la voix, en comprimant le parenchyme pulmonaire. Le gargouillement que l'on entend au niveau du foyer purulent peut faire croire à l'existence d'une caverne du poumon.

La saillie de l'apophyse épineuse est le signe pathognomonique de la carie vertébrale. L'absence de ce signe aura lieu dans le cas de carie superficielle, dans le cas de destruction d'un seul cartilage, de destruction centrale d'un corps de vertèbre, dans le cas de production de jetées osseuses.

La gibbosité se montre plus ou moins tardivement, suivant les différentes régions du rachis, plus tôt dans le cas de carie dorsale, plus tard dans le cas de carie cervicale et lombaire ; elle manque plus souvent dans la carie lombaire que dans celle des autres régions.

Dans le cours d'une carie vertébrale, la paralysie, au lieu d'affecter les membres inférieurs ou les quatre membres, peut être bornée à un bras, le mouvement étant seul aboli.

Dans quelques cas de paralysie succédant à une destruction lente du prolongement rachidien, la portion de moelle située au-dessous du point détruit peut suppléer l'action du cerveau dans la production des mouvemens.

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR UN CAS DE GANGRÈNE BLANCHE, OBSERVÉ DANS LE SERVICE DE M. BLANDIN ; communiquées par M. Demarquay, interne des hôpitaux de Paris.

La gangrène blanche bornée seulement à la peau a été généralement peu étudiée. Les ouvrages de pathologie français les plus récens n'en font même point mention. En Angleterre néanmoins elle a fixé l'attention de quelques médecins. Mayo, dans ses Élémens de pathologie, s'exprime ainsi : « La gangrène blanche est une affection de la peau, dans laquelle, sans cause apparente et sans symptômes avant-coureurs, quelques plaques de la peau, dans l'étendue d'un à trois pouces carrés, passent subitement à la mortification ; cette mortification se rencontre rarement. On peut voir, au musée de King's-College, un exemple de gangrène blanche, dans lequel la maladie affectant le bras avait donné lieu à la formation de plusieurs plaques gangreneuses. Les parties sphacelées étaient blanches depuis le début du travail jusqu'à la séparation. » Il est facile de voir, par cette citation, que les cas de gangrène blanche qui ont été observés chez nos voisins d'outre-mer ne sont pas très nombreux. Dans tous les recueils d'observations que j'ai compulsés, je n'ai trouvé qu'un fait peu détaillé qui présente quelques analogies avec celui que j'ai observé dans le service de M. Blandin. Mais quelle est la cause de ces sortes de gangrène? L'ossification des artères, l'artérite non plus que les inflammations veineuses, voire même celle des capillaires, ne peuvent point être invoquées dans le cas que j'ai rapporté. Aussi me dispenserai-je de reproduire avec détail ces causes de gangrène, étudiées avec tant de soin par Dupuytren, Delpech, MM. Andry, François et Codin. Dans le fait que nous avons rapporté, et nous n'avons vu que lui seul, la cause ne peut en être cherchée ni dans le cœur ni dans les vaisseaux; peut-être pourrait-on la trouver dans le dérangement des fonctions de l'utérus. Les phénomènes si nombreux et si divers qui apparaissent lorsque cet organe est troublé font facilement concevoir l'admission de cette cause. Nous pensons que l'arrêt des menstrues, et plus tard leur irrégularité, ont été le point de départ des troubles qui se sont manifestés du côté du système nerveux, et que c'est dans ce système qu'il faut chercher l'origine du mal. Ce n'est point d'aujourd'hui que l'on rapporte à ce système l'origine de la gangrène; Quesnay parle de maladies de ce genre survenues à la suite de paralysies locales ou générales ou encore de ligatures de nerfs. Si, comme le fait remarquer Hébreard, d'après Bichat, la gangrène survient dans ces cas, c'est qu'il se joint quelques autres altérations; car le défaut d'influx nerveux seul n'amène point cette maladie ; en effet, si cette circonstance était déterminante, la maladie qui nous occupe apparaîtrait toutes les fois que la paralysie survient; or cela n'a pas lieu. Ne pourrait-on pas admettre que l'excès d'influx nerveux se portant sur tel ou tel point de l'organisme détermînât la gangrène blanche, de même qu'une inflammation sur-aiguë produit l'espèce de gangrène dite humide.

Cette opinion seule me paraît expliquer le fait que je rapporterai plus bas, c'est celle à laquelle M. le professeur Blandin lui-même s'est arrêté dans les leçons cliniques qu'il a faites à l'Hôtel-Dieu à propos de cette malade. M. Hourman, en traitant de la gangrène lors de son concours pour la chaire de pathologie interne, se demande si une surexcitation nerveuse ne pourrait point être l'origine de quelques cas de gangrène; ce qui n'était pour M. Hourman qu'une pure hypothèse devient par l'observation qui suit un fait démontré.

L'admission de la cause que j'admets n'est peut-être point sans importance pour la thérapeutique. On conçoit que l'administration de l'opium, ainsi que le faisait *Pott* dans les cas de gangrène sénile, peut, en stupéfiant le système nerveux, avoir quelque avantage; et nous sommes portés à croire que la guérison qui s'est opérée chez notre malade en moins de deux mois et demi est due aux narcotiques à assez haute dose qui ont été prescrits. En 1833, notre malade avait vu durer sa maladie toute une année; mais aussi M. Blandin avait moins employé l'opium qu'en 1840.

J'ai cru devoir rapprocher du fait que j'ai recueilli un autre fait observé en Angleterre. Bien que ces deux faits soient différens sous plus d'un rapport, ils présentent non moins des analogies assez grandes pour être réunis.

Obs. I. — Louise Rachel, femme de chambre, âgée de 27 ans, entra le 20 mai 1840, à l'Hôtel-Dieu, et fut placée salle St-Jean, n° 22; cette personne est née à Bourges; elle est d'une assez forte constitution et d'un tempérament nervoso-sanguin; elle a une taille moyenne, des cheveux noirs et une mobilité nerveuse

très grande. Elle quitta son pays pour venir habiter Paris à l'âge de 16 ans. Son père est mort à 49 ans d'une maladie inconnue, et sa mère succomba jeune encore à une affection de poitrine. Les menstrues apparurent pour la première fois à l'âge de 14 ans et disparurent presque aussitôt, à la suite d'une grande frayeur éprouvée par la malade. A dater de cette époque, Louise Rachel fut en proie à des phénomènes nerveux fort divers ; chaque jour, dit-elle, et pendant un temps assez long, elle éprouvait des douleurs vives siégeant dans la région précordiale, qui se terminaient par des convulsions épileptiques ou épileptiformes. Cet état ne cessa qu'à la suite de bains de mer auxquels la malade fut soumise pendant toute une saison. Ce ne fut toutefois qu'à l'âge de 19 ans que les règles reparurent. Depuis cette époque, elles ne furent jamais régulières, ni dans leur retour, ni dans leur quantité. Parfois, elles tachaient à peine le linge, et d'autres fois elles étaient très abondantes. Bien que notre malade accuse avoir souvent éprouvé des douleurs d'entrailles et du trouble dans ses digestions, sa santé générale ne paraît point altérée.

En 1833, elle fut reprise de douleurs vives ayant leur point de départ dans la région du cœur ; elles n'occupèrent cette région que pendant quelques jours, et bientôt elles s'irradièrent dans la cuisse et la jambe gauches, en suivant une ligne qui paraît correspondre à celle du nerf saphène interne. Ces douleurs ne durèrent d'abord que quelques jours, et se terminèrent par l'apparition d'une tache blanche gangréneuse située à la partie inférieure de la jambe, au niveau de la malléole interne, et dans l'endroit où la malade avait le plus souffert. Cette gangrène ne s'étendit qu'au derme, et, à en juger par la cicatrice blanche qu'elle a laissée, elle paraissait avoir l'étendue d'une pièce de 5 fr. A huit ou neuf reprises différentes, Louise Rachel vit reparaître ses douleurs occupant toujours le même point et se terminant toujours de la même façon. On pouvait voir, en effet, autant de cicatrices blanches orbiculaires se tenant presque toutes et occupant la région que nous avons indiquée plus haut. Différens modes de traitement furent institués en faveur de notre malade, à Beaujon, par MM. Marjolin et Blandin, dans le service desquels elle fut placée. La saignée générale et les saignées locales furent successivement employées, soit seules, soit associées aux opiacés et aux emménagogues, sans grand succès. Vers la fin de 1833, alors que l'on croyait la malade guérie, les mêmes douleurs reparurent et se terminèrent par un point gangréneux de même forme et de même étendue, mais situé cette fois à la partie inférieure et antérieure de l'avant-bras gauche. Louise Rachel quitta l'hôpital Beaujon au commencement de 1834, parfaitement guérie depuis cette époque jusqu'en 1840.

Pendant ce laps de temps, la malade n'éprouva aucun accident de gangrène, et paraît avoir eu une assez bonne santé. Les menstrues néanmoins furent toujours irrégulières; elle éprouva quelques vomissemens de sang coïncidant avec la non apparition de ces dernières ; elle dit encore avoir fréquemment ressenti de la céphalalgie, des palpitations et des phénomènes nerveux divers, que nous nous dispenserons de rapporter en raison de leur peu de fixité.

Le 16 mai 1840, sans cause connue, Rachel se plaignit de douleurs vives, occupant la région précordiale ; elles s'étendirent au bras gauche et arrachèrent des cris à la malade. La main du même côté sans aucun changement apparent était le siége d'un sentiment de froid, de malaise et d'engourdissement. Une céphalalgie assez intense se joignait aux phénomènes que nous venons de mentionner. Après deux ou trois jours de durée, ces accidens cessèrent avec l'apparition d'une plaque gangréneuse située à la partie antérieure et inférieure de l'avant-bras où s'était fait sentir la douleur.

Le 20 mai, lors de son entrée à l'hôpital, la malade était dans l'état suivant. La gangrène dont nous avons indiqué le siége avait l'étendue d'une pièce de six francs, de forme ronde et d'une couleur d'un blanc mat que je ne puis mieux comparer qu'à celle du parchemin neuf. Aucune douleur spéciale ne se fait ressentir dans ce point ; un petit liseré rouge existe autour de la gangrène ; bientôt un petit sillon se forme, et le 5 juin on enlève le lambeau frappé de mort, et on put constater qu'il se bornait uniquement au dessus. Pendant le travail d'élimination, notre partie mortifiée n'a point conservé la même blancheur et brunit un peu. Voyons quels sont les phénomènes que présenta la malade depuis son entrée, le 20 mai jusqu'au 5 juin, époque de la séparation du lambeau :

Les douleurs précordiales revinrent à plusieurs reprises, mais moins intenses qu'avant l'entrée de la malade; elles s'irradièrent le plus souvent du côté gauche, soit dans le bras soit dans la jambe. Rachel se plaignit de céphalalgie, de palpitations et de dyspepsie ; tous les organes furent examinés avec soin, et on ne découvrit aucune lésion, ni du côté du cerveau ni du côté du cœur : tous les battemens furent toujours trouvés réguliers, malgré les palpitations que la malade disait éprouver. Les artères furent explorées avec soin et ne présentèrent rien de particulier ; elles offraient 64 pulsations par minute, et parfaitement égales de l'un et de l'autre côté ; il n'y avait dérangement que de la menstruation.

M. Blandin, dans le traitement qu'il appliqua à la malade, eut surtout pour but de faire revenir les règles et de combattre les accidens nerveux. Pour cela, il fit faire des applications de sangsues au siége et à la partie interne des cuisses, prescrivit les emménagogues et les opiacés à une assez haute dose.

Le 5 juin, les accidens nerveux reparurent aussi intenses qu'avant l'entrée de la malade; mais elles se firent surtout sentir dans le membre pelvien gauche.

Dans la nuit du 5 au 6, elle a ressenti un frisson d'une demi-heure, avec sentiment de froid à la partie interne de la malléole du pied gauche. Vers quatre heures du matin, la douleur était tellement vive en ce point qu'elle ne pouvait la supporter, et cependant, au dire de la malade, il n'y avait rien de notable ; et cependant au moment de la visite M. Blandin constata un point de gangrène blanche, ayant la même forme et la même étendue que celui que nous avons décrit plus haut. Depuis ce moment jusqu'au mois d'août, époque à laquelle Rachel sortit de l'hôpital, on vit les douleurs se calmer et cesser complètement. Les règles reparurent. Les toniques furent prescrits, et la malade sortit bien guérie.

Ce qui frappe surtout dans cette observation, ce sont les douleurs auxquelles la malade était exposée, douleurs qui se manifestaient surtout dans la région précordiale, et qui, de là, allaient retentir dans les membres, où elles se calmaient et disparaissaient même après la production d'une plaque gangréneuse blanche toujours de même forme et de même diamètre. Cette forme et cette étendue que prend cette maladie ont été observées également, à ce qu'il paraît, par Mayo. En Angleterre, ces circonstances différencient essentiellement les cas de gangrène de ceux que l'on observe communément ; j'ai cherché à leur donner une cause différente. Mon opinion sera-t-elle admise?

OBSERVATION TIRÉE DU JOURNAL MEDICO-CHIRURGICAL REVIEW.

OBS. — Une fille âgée de 18 ans fut admise à l'hôpital St-Georges en septembre 1830. Un mois avant son entrée, elle avait eu plusieurs attaques de gangrène aux deux bras. La marche de la maladie avait été comme il suit : il se montra sur l'une et l'autre partie de la peau une rougeur diffuse ; les symptômes étaient quelquefois précédés de frisson et de fièvre. Le lendemain on découvrit, dans le centre de la rougeur, des plaques d'une couleur perlée, blanche, bleuâtre, qui finirent par se réunir et former une grande plaque blanchâtre, longue de 3 à 4 pouces, large environ de 2, et environnée d'une auréole rouge. Le derme ne présentait point d'élévation. Six ou sept jours plus tard, il se forma, autour de la plaque, un enfoncement par suite de l'absorption ultérieure. Le derme circonscrit par cet enfoncement se détacha et laissa une surface granulée. Laissées sans être pansées, les plaques séchèrent et ressemblaient à du parchemin. La santé générale de la malade ne souffrait pas; cependant, de temps à autre, elle présentait des accès de fièvre ; elle avait les poils blonds et la constitution était scrofuleuse ; elle était bien réglée.

Le 12 octobre, une nouvelle attaque eut lieu ; il se forma, sur le bord du pied droit, une rougeur en plaques et érythémateuse, qui s'étendait un peu sur la partie antérieure de la jambe. Son centre était comme marbré par les taches blanches qui offraient le même aspect que si une dissolution de chaux versée sur la partie s'y était desséchée. La surface de ces taches était légèrement squammeuse; elle était partout insensible à la pression, et le dos du pied était gonflé par l'effet d'un léger épanchement sous-cutané. L'apparition de ces plaques se renouvela encore et finit par la séparation de la partie morte. La malade sortit le 22 octobre de l'hôpital où elle était entrée.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 14 FÉVRIER.

PREMIER MÉMOIRE SUR LA MYOTOMIE RACHIDIENNE ; PAR LE DOCTEUR JULES GUÉRIN.

La myotomie rachidienne, appliquée au traitement des déviations de l'épine, peut être envisagée sous deux points de vue différens : comme méthode empirique vérifiée par l'expérience, abstraction faite de toute indication étiologique, et comme méthode rationnelle basée à la fois sur l'expérience et sur la considération de la cause de la difformité.

I. EFFICACITÉ DE LA MYOTOMIE RACHIDIENNE CONSIDÉRÉE COMME MÉTHODE EMPIRIQUE. — On peut la démontrer par des faits anatomiques, par des expériences sur le cadavre et par des résultats cliniques.

Faits anatomiques. Dans tous les cas de déviation de la colonne, depuis le premier jusqu'au troisième degré, on trouve le sacro-lombaire le long dorsal et autres muscles, notablement raccourcis, dirigés en ligne droite entre leurs points d'insertion et formant la corde des courbures. Cette disposition est parfois portée si loin que les faisceaux charnus quittent la gouttière vertébrale du côté convexe pour passer du côté concave. Le raccourcissement est souvent du tiers et même de la moitié de la longueur du muscle.

Expériences cadavériques. Les muscles paraissent peu tendus sur le cadavre; cela tient à la cessation de la contraction physiologique et à l'action verticale de la pesanteur qui, en exagérant les courbures sur le vivant, ont rapproché les deux points d'insertions des muscles et relâché d'autant leurs fibres. Mais si l'on suspend le sujet par la tête, la tension reparaît et s'oppose à un redressement complet. Si l'on divise les muscles latéraux, la déviation et les courbures diminuent instantanément et quelquefois même disparaissent à mesure qu'on enlève les masses musculaires correspondantes. Ces divers résultats sont d'autant plus tranchés que le cadavre est plus frais, qu'il provient d'un sujet plus jeune, et que la déviation est moins considérable, moins ancienne et moins fixe. Sur les cadavres avancés, les muscles ont perdu toute résistance, et dans les déviations anciennes et fixes, les ligamens sont raccourcis et les vertèbres plus ou moins ankylosées.

Résultats cliniques. Les résultats du traitement mécanique attestent l'intervention des muscles dans la production des déviations de la colonne. L'extension ne peut agir que sur les muscles et autres parties molles ; si la difformité était due primitivement à l'affaissement latéral des corps vertébraux, on ne concevrait ni d'où viendraient les résistances au redressement, ni comment le redressement serait effectué et surtout rendu permanent par l'extension. En outre, à mesure que les tractions opèrent l'allongement des muscles, ceux-ci, d'abord déprimés,

affaissés, se soulèvent et viennent faire saillie sous la peau, sous forme de cordes isolées, tendues et situées dans la direction de la corde des courbures. Quand, après quelques mois de ce traitement, la difformité cesse de diminuer, la section des muscles amène plus ou moins vite un nouveau degré de redressement, et le résultat final est toujours plus rapide et plus complet que par le traitement mécanique seul. On a allégué qu'il est fort difficile de distinguer les effets de l'opération de ceux qui appartiennent au traitement mécanique. Cette difficulté n'est qu'apparente. On pourrait la résoudre, en confiant aux adversaires de la myotomie rachidienne le traitement d'un certain nombre de déviations, et, quand l'action des machines et des appareils serait épuisée, on pourrait juger de ce que produirait la section des muscles.

Outre ces diverses considérations, nous nous proposons de mettre sous les yeux de la commission : 1° une série de résultats obtenus sur des sujets de différens âges, et atteints de différens degrés de déviation, depuis le premier degré jusqu'à celui de la gibbosité; 2° une série de sujets dont le traitement est commencé et sera continué sous ses yeux ; 3° une autre série de sujets dont elle aura constaté l'état, et dont elle suivra le traitement pendant toute sa durée.

II. Efficacité de la myotomie rachidienne considérée comme méthode rationnelle. — Pour établir la légitimité de la myotomie rachidienne à ce second point de vue, il suffit de rappeler les propositions suivantes déjà développées devant l'Académie.

1° *Il existe des déviations de l'épine par rétraction musculaire*. A l'appui de cette proposition, nous mettrons sous les yeux de la commission une série de pièces provenant de monstres et de fœtus présentant, d'une part, des altérations du cerveau et de la moelle, de l'autre, des déviations de l'épine coexistant avec d'autres difformités articulaires accompagnées de tension des muscles dans le sens du déplacement de chaque articulation déviée; une seconde série de déviations congénitales de la colonne chez des sujets vivans, affectés en même temps de pied-bot, de torticolis ou de strabisme, et offrant d'un autre côté des signes évidens de véritables maladies spasmodiques du système musculaire; enfin une troisième série de déviations de la colonne, postérieures à la naissance et survenues immédiatement après des affections cérébrales ou cérébro-spinales. Dans ces trois groupes de faits, les déviations de l'épine offrent les mêmes caractères essentiels de siége, de forme et de direction.

2° *Les déviations de l'épine par rétraction musculaire offrent des caractères spécifiques analogues à ceux du pied-bot, du torticolis et du strabisme*. Dans chaque déviation de cet ordre, il existe deux moyens de mettre en évidence ces caractères distinctifs. *Sur le vivant*, on peut constater le rapport exact qui existe entre le siége, la forme, la direction et le degré de la difformité, et le siége, la direction et le nombre des faisceaux musculaires rétractés et l'intensité de leur rétraction. Ils ont d'ailleurs toutes les apparences des muscles rétractés des autres parties du squelette; durs, fibreux, tendus, ils forment des cordes isolées, amincies, ramassées sous la peau. Si l'expression de ces changemens est parfois rendue moins évidente par la contraction physiologique et par l'effet de la pesanteur qui donnent à la courbure un supplément étranger à l'action de la rétraction musculaire et bien propre à masquer les apparences de celle-ci, il est cependant des cas nombreux où les caractères de la rétraction se sont conservés dans toute leur accentuation originaire. Mais, du reste, et *sur le cadavre*, on peut généralement *voir* que la forme, la couleur, la texture des muscles est bien celle des faisceaux rétractés, tels qu'on les observe dans le pied-bot, le torticolis, etc. Ils sont amoindris dans leurs dimensions, rétrécis, de couleur jaune blanchâtres; leur texture fibreuse ou fibro-graisseuse contraste d'une manière tranchée avec la forme régulière, la couleur rouge et la consistance charnue des muscles normaux correspondans. Cette transformation est quelquefois si marquée dans le long dorsal que sa portion aponévrotique a doublé de longueur aux dépens de la portion charnue.

3° *Les déviations par rétraction musculaire peuvent être distinguées de celles qui sont produites par d'autres causes*. Cette proposition, déjà établie par les faits qui précèdent, l'est plus directement par le principe suivant, à savoir, qu'*il existe dans toutes les difformités une corrélation si exacte entre leurs caractères et les causes qui les produisent, que l'on peut en général, par la difformité, diagnostiquer la cause, et par la cause déterminer la difformité*. L'ancienne commission du grand prix de chirurgie a vérifié, dès 1837, la justesse de ce principe par une application expérimentale *aux déviations de la colonne vertébrale* et aux difformités du thorax (1); et ce jugement, dont il sera d'ailleurs possible de soumettre de nouveau les élémens à la commission actuelle, dispense d'entrer dans plus de développemens.

4° *L'expérience thérapeutique, d'accord avec la théorie pathologique, fournit par ses résultats une confirmation positive des indications et des inductions de cette dernière*.

1° Sur le cadavre, en divisant les muscles rétractés, on obtient surtout la diminution ou le redressement de la déviation, et la disparition plus ou moins complète de ses élémens : *inclinaison, courbure, torsion*, etc.

2° Sur le vivant, on peut vérifier les caractères de la rétraction musculaire, pendant l'opération, par l'opération, et après l'opération.

Pendant l'opération, le changement de texture des muscles est sensible; ils résistent à l'instrument, leur division est nette, suivie d'un craquement fibreux bien caractéristique; leurs bouts divisés se rétractent à l'instant. Au contraire, les faisceaux charnus normaux restent mous, se laissent mâcher par le bistouri, et ne sont coupés ni nettement, ni rapidement.

Par l'opération, on voit les élémens de la difformité disparaître, les uns immédiatement, d'autres plus tard. Mais la circonstance la plus significative, au point de vue qui nous occupe, est que souvent, après la section des faisceaux saillans, on voit d'autres muscles raccourcis passivement, et qui n'ont pas été divisés, proéminer à leur tour sous la peau, et brider le redressement instantanément produit par la première opération. Leur section permet ensuite de compléter le résultat.

Enfin, *après l'opération*, les muscles divisés se ressoudent avec le supplément de longueur qui leur manquait. Non seulement leurs caractères extérieurs et physiologiques reparaissent, mais ils recouvrent leur texture normale : de grêles, de fibreux qu'ils étaient, ils redeviennent consistans et charnus; en un mot, ils redeviennent muscles. Il nous a déjà été donné de constater sur le cadavre ce retour à l'état normal de muscles divisés plusieurs mois et même une année auparavant.

(1) Rapport sur le concours pour le grand prix de chirurgie, pages 17 et 18.

ACÉPHALIE CHEZ LES ANIMAUX.

M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire rappelle d'abord que les monstruosités n'étant que des aberrations des lois du développement naturel, on peut en assigner *à priori*, avec assez de précision, les divers ordres ; de sorte qu'on doit peu s'attendre à rencontrer désormais des espèces de monstruosités qui n'aient pas encore été observées jusqu'ici. Un fait qui s'est présenté récemment au muséum d'histoire naturelle confirme cette présomption. On a apporté un fœtus de mouton, trouvé à Lisieux, et qui offre tous les caractères de l'acéphalie proprement dite, monstruosité beaucoup plus fréquente chez l'homme que chez les animaux. Or le fœtus que M. Geoffroy-Saint-Hilaire a pu observer présente toutes les particularités qui appartiennent à l'acéphalie dans l'espèce humaine. Ainsi, et comme cela a été vu jusqu'ici, il est né dans une espèce où le produit de la conception est, comme chez l'homme, unique ou double. De même, le fœtus monstrueux était contenu dans l'utérus avec un jumeau. Il offre également toutes les déformations qui accompagnent l'acéphalie, doigts imparfaitement développés, pieds contournés, anus imperforé, organes génitaux incomplètement formés.

M. Breschet: Le cœur manque toujours chez les véritables acéphales; il serait intéressant de savoir ce qui a été observé chez celui-ci sous ce rapport.

M. Geoffroy-Saint-Hilaire : Je ne pourrais donner à cet égard de renseignemens à l'Académie, n'ayant pas encore fait l'ouverture de la cavité thoracique.

INFLUENCE DU PNEUMO-GASTRIQUE SUR LES MOUVEMENS DE L'ESTOMAC.

M. Longet lit une note sur cette question : *Les mouvemens de l'estomac dépendent-ils de la huitième paire ou du grand sympathique?*

Les expérimentateurs sont loin de s'accorder sur la détermination de la source nerveuse à laquelle l'estomac puise son influence motrice. Il serait oiseux de rapporter ici les opinions de chacun d'eux ; mais on peut dire cependant que des autorités graves existent dans la science en faveur de l'une et de l'autre manière de voir.

M. Longet, ayant ouvert des chiens, a constaté que chez la plupart d'entre eux l'irritation des pneumo-gastriques détermine des contractions évidentes dans l'estomac. Souvent, pendant l'expérience, ce viscère paraissait comme étranglé dans sa partie moyenne. Sur d'autres chiens, le phénomène se montrait moins prononcé, et quelquefois il a été à peine perceptible.

Après avoir répété ces expériences sur plus de 40 chiens, M. Longet reconnut que la raison de cette différence dans leurs résultats tenait à l'époque où on opère. Si l'animal est ouvert au moment de la digestion stomacale, les mouvemens produits par l'irritation des pneumo-gastriques sont on ne peut plus marqués; ils sont, au contraire, d'autant plus faibles qu'on est plus éloigné du moment de la chymification et que l'estomac est plus rétracté. Ces diverses circonstances sont bien propres à expliquer la divergence d'opinion qui partage les auteurs sur un point si aisé à vérifier ; et il est facile de voir comment en expérimentant dans des conditions différentes, ils ont été logiquement conduits à des conséquences opposées.

M. Longet a encore reconnu qu'il faut tenir compte de la hauteur à laquelle on applique les agens d'irritation sur le pneumo-gastrique. Plus le lieu que l'on choisit se rapproche de l'estomac, plus les contractions de ce viscère sont prononcées.

Enfin, en irritant et galvanisant les filets du grand sympathique et les ganglions semi-lunaires, M. Longet n'a jamais pu observer le moindre mouvement dans les parois de l'estomac.

Cette note est renvoyée à la commission nommée pour examiner les travaux de M. Longet.

REVACCINATION.

M. Giraud annonce qu'ayant revacciné des sujets déjà vaccinés autrefois, l'éruption a parcouru tous les périodes de son évolution normale ; il a aussi observé la variole chez des sujets qui avaient été vaccinés. Il conclut à l'opportunité de la revaccination.

NOUVELLE CONSTRUCTION DE LA SCIE A AMPUTATIONS.

M. Eugène Robert fait observer que la scie ordinaire est fréquemment arrêtée par les deux bouts d'os qui la compriment en se rabattant sur elle avant que la section soit terminée. La modification qu'il propose pour obvier à cette cause d'imperfection consiste à ajouter à la scie ordinaire deux lames latérales. Lorsque l'instrument est serré par l'os, un mécanisme fort simple fait écarter les deux lames extérieures, et celle du milieu, ainsi dégagée, peut facilement achever la division osseuse.

STRUCTURE DE LA BOUCHE DES SERPENS.

M. Lamarre-Picquot écrit à l'Académie qu'il n'a pas affirmé que tous les serpens peuvent téter les vaches. Il a dit au contraire qu'en général ils n'ont pas cette faculté. Mais il en excepte un, le *coluber coros*, dont les dents et les lèvres ont une structure telle, qu'elle peut permettre l'acte de la succion.

M. Duméril : Je demanderais à cette occasion que M. Lamarre-Picquot fût prié de vouloir bien mettre sous les yeux de l'Académie la tête du serpent dont il vient de parler; car si le fait qu'il annonce se vérifie, ce serait le seul exemple, à ma connaissance, d'une disposition semblable chez les serpens.

GUÉRISON DE LA SURDITÉ PAR LA RARÉFACTION DE L'AIR.

M. Ferrier rappelle que l'application de la machine pneumatique au traitement de la surdité, mentionnée dernièrement par M. Turnbull, avait été faite, il y a déjà longtemps, par M. Darwin.

MYOTOMIE RACHIDIENNE.

M. Hillairet écrit à l'Académie pour protester contre ce que M. Bouvier a donné à entendre dans la dernière séance, qu'il aurait écrit sa thèse sous l'inspiration de M. J. Guérin. M. Hillairet a assisté aux conférences de ce médecin, il a suivi ses leçons sur les difformités; mais il n'a avec lui aucune relation personnelle.

M. Hillairet reconnaît qu'il a donné un résultat inexact en présentant, dans sa thèse, comme guéri, un individu qui ne l'était pas complètement. Mais il ajoute que ce renseignement ne lui avait pas été transmis par M. Guérin, et que d'ailleurs, si l'on n'a pas obtenu la guérison dans ce cas, il y a eu du moins une diminution notable de la difformité après la section des muscles.

Enfin, M. Hillairet, appréciant l'opportunité de la myotomie rachidienne, est resté convaincu, après les nombreux faits qui ont passé sous ses yeux, de l'efficacité de cette méthode; mais il pense qu'elle n'est applicable que dans les déviations du premier ou du second degré. Plus tard elle serait inutile.

COLORATION DES OS PAR LA GARANCE.

M. Gabillot communique à l'Académie les expériences suivantes. Si l'on plonge, dans une décoction froide de garance, une partie d'un animal, on trouvera, au bout de peu de jours, que les cartilages, les os et les tissus cornés se seront colorés en rouge, tandis que les autres parties auront conservé leur coloration normale.

En faisant ensuite plonger ces parties dans de l'eau acidulée, les tissus qui étaient rougis reviendront à leur teinte primitive.

Enfin, lorsqu'on fait macérer des tissus organiques dans une solution de nitrate d'argent, le derme est la seule partie qui prenne une couleur bleuâtre, comme cyanique, les autres tissus gardent leur couleur naturelle.

De ces expériences, M. Gabillot conclut qu'on aurait tort de regarder la coloration et la décoloration des os comme propre à établir qu'il s'opère en effet dans la nutrition une substitution de molécules nouvelles aux molécules anciennes.

A la suite de cette communication, M. Flourens présente les remarques suivantes : Je ne crois pas, dit-il, qu'on puisse voir aucune parité entre les expériences de M. Gabillot, et celles de Duhamel ainsi que les miennes. Plonger des tissus organiques dans une liqueur colorante, ce n'est pas imiter le procédé de la nutrition, c'est seulement donner lieu à un phénomène d'imbibition; et, ce qui le prouve, c'est que, dans les expériences de M. Gabillot, la coloration et la décoloration se font suivant le même ordre, c'est à dire dans les deux cas de dehors en dedans. Lorsque c'est par la nutrition que le transport de la matière colorante s'opère, on observe au contraire une différence entre le mode de sa déposition et celui de son absorption, la première se faisant d'abord sur les couches extérieures de l'os, et la seconde commençant par la surface interne de l'étui osseux.

Une seconde dissemblance entre les expériences de M. Gabillot et les miennes, c'est que, dans ces dernières, il n'y a que les os qui se colorent en rouge, et les cartilages, par exemple, conservent leur couleur naturelle pendant toute la durée de l'alimentation par la garance.

Je ferai encore observer que j'ai toujours vu la coloration et la décoloration se manifester plus rapidement chez les jeunes animaux. Si c'était là un phénomène purement physique ou chimique, cette condition toute vitale exercerait-elle une aussi grande influence sur lui?

Enfin, dans mes expériences, ce n'est pas la matière colorante elle-même qui est reprise par l'absorption, c'est seulement la couche, le tissu où cette matière était déposée.

APPLICATION DE LA MÉTHODE SOUS-CUTANÉE A LA LIGATURE DES ARTÈRES.

M. Tavignot fait part à l'Académie d'une nouvelle application de la méthode sous-cutanée. Il s'agit de la ligature des artères. L'auteur ne pense pas que ce procédé puisse être employé sur tous ces vaisseaux; la position profonde ou superficielle de l'artère, ses rapports avec les nerfs et les canaux vasculaires voisins, sont les principales données auxquelles le chirurgien devra avoir égard dans la détermination des vaisseaux qui peuvent se prêter à ce mode de ligature. M. Tavignot l'a essayé avec succès sur les animaux; mais jusqu'à présent il n'a pas encore été mis en usage chez l'homme.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 15 FÉVRIER. — PRÉSIDENCE DE M. FOUQUIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

M. le Président annonce que M. Chervin a été frappé d'une attaque d'apoplexie. MM. Réveillé-Parise, Londe et Villermé sont priés d'aller le visiter au nom de l'Académie.

MM. Double et Dubois d'Amiens demandent à s'adjoindre aux membres nommés pour remplir cette mission.

EXAMEN DES REMÈDES SECRETS.

M. Villeneuve lit un rapport sur plusieurs propositions de remèdes secrets. Les conclusions sont défavorables.

M. Delens : Je crois avoir remarqué que l'un des auteurs n'a pas communiqué à l'Académie le remède pour lequel il sollicite une autorisation. Dans ce cas, il n'y aurait pas même lieu à faire un rapport.

M. Bouley : J'appuie l'observation de M. Delens, et je demande que les pièces relatives à ces remèdes non déposés, soient renvoyées au ministre jusqu'à ce que l'inventeur ait mis l'Académie à même d'examiner le médicament qu'il propose.

M. Richard : Les auteurs de remèdes secrets donnent toujours la formule qui sert à préparer leur médicament. Est-il bien nécessaire de leur demander, en outre, de déposer les substances mêmes dont celui-ci se compose? Quel intérêt pourrait-il y avoir pour nous à recevoir ces substances qui sont en général des drogues simples et bien connues?

M. Guéneau de Mussy : Le réglement est formel à cet égard. Il fait aux auteurs de remèdes secrets une obligation d'envoyer non seulement la recette de leur préparation, mais encore un échantillon. J'appuie la proposition de M. Bouley, parce que c'est une barrière à opposer au charlatanisme.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

DIFFÉRENCE DE NATURE ENTRE LE CHANCRE ET LA BLENNHORRAGIE : BLENNHORRAGIE VIRULENTE.

M. Lagneau lit un rapport sur un mémoire de M. Ricord, ayant pour titre : Différence entre la blennorragie et le chancre; le chancre urétral produit-il seul la blennhorragie virulente chez l'homme? M. le rapporteur expose d'abord sommairement la doctrine de M. Ricord, d'après lequel l'inoculation du muco-pus blennhorregique ne donne lieu à la pustule caractéristique que lorsqu'il existe un chancre dans le canal; d'où il conclut que la blennhorragie virulente est celle où il y a un chancre dans l'urètre. Tout en rendant justice, continue M. Lagneau, au zèle et au bon esprit de M. Ricord, vos commissaires pensent qu'il a donné une valeur et une application trop absolue aux conclusions, d'ailleurs très légitimement déduites, qu'il a tirées de ses expériences. M. Ricord leur a fait voir, à la vérité, deux exemples fort tranchés de chancres de l'urètre; mais ils croient néanmoins que ces cas sont très rares.

Les conséquences auxquelles M. Ricord est arrivé sont d'ailleurs tout-à-fait conformes aux notions qui ont actuellement cours dans la science. Elles sont surtout intéressantes, en ce que, grâce à elles, on pourrait donner une solution catégorique à l'une des questions à la fois les plus importantes et les plus controversées, je veux dire la possibilité du développement d'un chancre par le contact du pus de la blennhorragie. D'après M. Ricord, ce résultat ne s'observerait que dans les cas où la blennhorragie est compliquée de chancre urétral. J'ai cependant vu, dit M. Lagneau, les symptômes de la vérole confirmée survenir chez des individus qui n'avaient eu qu'une blennhorragie bénigne. Ce qui me conduit à établir qu'il faut admettre, outre la blennhorragie syphilitique ulcéreuse, une blennhorragie syphilitique simple non ulcéreuse. La commission pense d'ailleurs qu'il serait difficile d'expliquer par une seule donnée les phénomènes si complexes que présente la maladie vénérienne. Pour elle il est constant qu'une blennhorragie simple peut donner des chancres, de même que le chancre produit quelquefois seulement une blennhorragie; M. Ricord admet cette seconde proposition, en disant, il est vrai, pour l'expliquer, que le pus chancreux n'agit alors qu'à la manière d'un irritant. Mais il ne serait pas aisé de fournir les preuves de cette explication; et, en l'admettant, du reste, à quels caractères reconnaîtrait-on les blennhorragies dues à cette cause?

Arrivons à une partie non moins importante du travail de M. Ricord. Il était depuis longtemps reçu qu'une femme affectée de blennhorragie peut donner un chancre par le coït. M. Ricord, ayant trouvé sur le col de l'utérus des ulcérations ayant tous les caractères du chancre, s'est servi pour rendre compte de ces faits de transmission, dont on n'avait pas jusque-là donné l'explication. On pourrait lui objecter que les érosions du col sont le plus souvent de simples excoriations, sans caractère spécifique; mais il n'en est pas moins vrai qu'on observe parfois sur cette partie de véritables chancres. Cela étant, on ne voit pas pourquoi ils ne pourraient point devenir la source d'un écoulement capable de produire des chancres par le rapprochement sexuel ou par l'inoculation. Pour les chancres du col, comme pour ceux de l'urètre, M. Ricord a, d'ailleurs, donné la preuve matérielle de ce qu'il avance, en faisant voir des pièces pathologiques où la lésion était incontestable; et les observations de ce genre qu'il a présentées sont plus concluantes que les centaines de faits où on dit n'avoir pas trouvé de chancre dans l'urètre ou sur le col de l'utérus des sujets morts durant le cours d'une blennhorragie.

En résumé, bien que vos commissaires se montrent partisans d'une manière

de voir moins absolue et moins exclusive que celle de M. Ricord, bien qu'ils n'approuvent pas complètement l'inoculation, dont la valeur et l'innocuité sont à leurs yeux fort contestables, ils ne croient pas moins devoir encourager le zèle dont cet auteur a fait preuve jusqu'ici, et ils vous proposent de lui adresser des remercîmens et de l'engager, dans l'intérêt de la science, à communiquer à l'Académie les nouvelles observations qu'il fera sur ce sujet.

M. Rochoux : La commission ne partage pas tout-à-fait les opinions de M. Ricord, et je crois qu'elle a raison. Cet auteur pense que le chancre est le point de départ obligé de tout symptôme consécutif. Et cependant le pian, qui n'est autre chose que la maladie autrefois désignée par Cullerier sous le nom de pustules humides, est contagieux. J'ai vu des nourrices qui en présentent au pli du bras, ce qui tient à l'habitude qu'elles ont de porter à cheval sur cette partie les enfans, parmi lesquels on en trouve plusieurs qui ont au pourtour de l'anus une éruption de pian.

M. Lagneau : Je répète que le chancre n'est pas le seul symptôme capable de produire une vérole constitutionnelle. J'ai vu des blennorrhagies très simples être suivies des accidens consécutifs les plus caractéristiques. Quant au pian, je suis convaincu, comme M. Rochoux, que ce n'est qu'une transformation de la maladie vénérienne modifiée par des conditions particulières de température, de climat, etc. Une autre analogie qu'il a avec la syphilis, c'est qu'il ne se guérit que par les préparations mercurielles ou les sudorifiques.

M. Moreau : Puisque l'Académie s'occupe de ce sujet, je profiterai de l'occasion pour faire une question à M. le rapporteur. Je demanderai s'il est vrai qu'il existe deux espèces de blennorrhagie : l'une syphilitique et ulcéreuse ; l'autre non ulcéreuse, et qui est tantôt purement catarrhale, tantôt virulente. Je voudrais principalement savoir s'il y a des moyens assez sûrs de distinguer ces deux variétés pour qu'on puisse reconnaître les cas où il faut donner du mercure et ceux où le médecin peut se contenter d'un traitement antiphlogistique, sans que le malade coure ultérieurement aucune chance fâcheuse. Je n'ai pas besoin d'insister pour faire voir combien cette question de pronostic est intéressante dans l'intérêt des malades et pour le repos des familles.

M. Lagneau : Je pense que, sous ce rapport, les écoulemens peuvent se diviser en trois catégories. Il y en a d'abord qui arrivent à la suite de relations uniquement conjugales et par conséquent non suspectes. J'en ai par devers moi de nombreux exemples, et il est certain que, dans ces cas, il n'y a pas lieu à administrer les antisyphilitiques. Mais, incontestablement aussi, il existe d'autres écoulemens qui, bien qu'ayant une forme purement catarrhale sont néanmoins de nature syphilitique. Entre ces deux variétés, le diagnostic est très difficile et reste souvent incertain. Ce n'est pas que les auteurs n'aient donné mille caractères pour distinguer la blennhorragie virulente ; mais aucun d'eux n'est véritablement pathognomonique, et, même réunis, ils ne suffiraient pas pour fonder la certitude. Ainsi, la couleur verte de l'écoulement, l'intensité de la réaction inflammatoire, la propriété qu'a la matière sécrétée de rougir le papier de tournesol, ont été tour à tour regardés comme des caractères propres à l'urétrite vénérienne. Mais ces moyens d'exploration sont tout à fait insignifians. Quant à moi, je ne connais aucune donnée capable de fixer le diagnostic, et de faire distinguer, sûrement et dans tous les cas, un écoulement simple de celui qui est virulent. Je puis seulement dire que je regarderais la maladie comme vénérienne, lorsque l'homme infecté ne pourrait pas me répondre de la moralité de la femme avec laquelle il aurait eu des rapports.

M. Velpeau : Comme M. Moreau, j'aurais désiré que le rapport fût un peu plus explicite sur les questions qu'il avait à traiter. Si j'ai bien compris ce qu'on a publié au nom de M. Ricord, le diagnostic entre la blennhorragie simple et la blennhorragie virulente serait on ne peut plus facile ; car, dans sa doctrine, toutes les fois que la blennhorragie est virulente, il y aurait un chancre dans le canal ; et la matière de l'écoulement étant inoculée, donnerait nécessairement lieu à une pustule, puis à un chancre. J'aurais voulu que le rapporteur se fût prononcé sur ce point. Quant à moi, je ferai remarquer à ce sujet que beaucoup d'individus n'ayant eu qu'une blennhorragie ont éprouvé ensuite des accidens de syphilis constitutionnelle. Ces faits étant très fréquens, il faudrait donc pour les expliquer suivant l'hypothèse de M. Ricord, admettre que les cas de chancre de l'urètre sont fort nombreux ; or, il me semble qu'il n'en est pas ainsi, les chancres du canal sont une rareté, tandis que rien n'est plus commun que les symptômes consécutifs après une blennhorragie.

En second lieu, il serait intéressant de savoir si l'on peut se permettre d'inoculer le pus résultant d'une blennhorragie sur la nature de laquelle on resterait dans le doute. Ce serait une question à discuter au point de vue de l'intérêt même du malade.

Quant à la propriété contagieuse des pustules humides, je crois qu'on ne peut la nier. Je les ai vues, chez un sujet qui en portait à la marge de l'anus, se transmettre d'un côté au côté opposé ; et M. Rochoux a cité des cas où la transmission s'est opérée d'un individu à l'autre.

On a dit qu'une blennhorragie n'est pas virulente si elle n'est pas suivie de symptômes constitutionnels. Mais le chancre lui-même donne-t-il toujours lieu à ces symptômes ? Les cures rares, mais bien constatées, qu'a opérées la méthode antiplogistique ne prouvent-elles pas que le chancre peut guérir et guérir d'une manière définitive, sans l'emploi des mercuriaux ? Je crois que M. le rapporteur a un peu glissé sur toutes ces questions, qui ne sont rien moins que résolues dans l'état présent de la science.

M. Lagneau : J'ai glissé en effet sur la question de l'inoculation, parce que ce n'était pas là l'objet spécial du travail qu'a présenté M. Ricord, et que nous n'avions pas, par conséquent, à la discuter dans la circonstance actuelle. Si j'avais à me prononcer dès à présent sur l'inoculation, je pourrais citer des faits qui lui sont contraires ; car d'un côté je l'ai quelquefois vue produire des accidens graves, et de l'autre le pus du chancre lui-même ne donne pas toujours lieu à la pustule, comme l'ont déjà observé Hunter, Boyer, etc.

M. Moreau : Je demande la permission de revenir sur ce que j'ai dit tout à l'heure. Ce qui me semble résulter de la discussion que nous venons d'entendre, c'est qu'il serait impossible de distinguer la blennhorragie virulente de celle qui ne l'est pas. J'ai vu des individus qui après une simple blennhorragie, traitée par les anti-phlogistiques, se sont mariés n'ayant absolument alors aucun symptôme vénérien : eh bien, ils ont infecté leur jeune femme, et cependant ce n'est que plus tard qu'ils ont eu eux-mêmes des accidens secondaires. (Murmure général d'incrédulité.)

M. Lagneau : En général les femmes ne rendent pas un compte bien exact des lésions qu'elles présentent, et l'on ne doit, dans la pratique, ajouter que peu de confiance aux conclusions qui reposeraient uniquement sur de telles assertions.

M. Piorry : Il y a dans ces idées de syphilis transmise par un homme n'ayant actuellement aucun symptôme, quelque chose qui répugne au bon sens et à la plus simple observation. Comment croire qu'un virus puisse rester caché des années entières dans l'économie, sans manifester sa présence par aucun désordre ? Mais ne nous occupons que de la blennhorragie. Faut-il admettre que cette maladie, lorsqu'elle est sans complication, détermine des accidens consécutifs ? Je ne le pense pas ; du moins depuis un temps considérable que j'observe, il ne s'est présenté à moi aucun fait de ce genre. En voici un cependant qui aurait pu tromper un médecin peu attentif. Un malade que j'avais soigné pour une simple urétrite vint se faire opérer d'une fistule à l'anus. La plaie était déjà en voie de cicatrisation, lorsque j'aperçus à sa surface des végétations d'apparence vénérienne. Déjà je me demandais s'il fallait les attribuer à l'urétrite ancienne, lorsque j'appris que ce misérable se livrait journellement à d'infâmes habitudes, et tout fut expliqué. On a aussi parlé des chancres de l'urètre : il serait difficile d'en nier l'existence. J'en ai moi-même observé deux exemples à l'hôpital de la Pitié. Dans un de ces cas, l'ulcération virulente siégeait à l'orifice même du canal, et dans l'autre elle était située à un pouce environ du méat.

M. Collineau : J'ai vu une femme qui, après avoir eu des symptômes vénériens très légers, fut affectée, vingt ans plus tard, d'ulcérations très caractéristiques à la gorge.

M. Gimelle : J'ai traité un grand nombre de militaires pour des accidens vénériens primitifs. Or, j'ai remarqué que dans le nombre de ces malades qui revenaient ensuite avec des affections de la bouche, des yeux et de la peau, il y en avait plus de ceux qui avaient eu primitivement la blennhorragie que de ceux qui avaient alors présenté des chancres. J'ajouterai qu'examinés avec soin à l'époque de leur rentrée à l'hôpital, ils n'ont offert aucune lésion sur les parties génitales.

M. Moreau : Les faits que viennent de citer MM. Collineau et Gimelle sont la meilleure réfutation de ce qu'a dit M. Piorry. Mais je suis étonné qu'un homme aussi instruit que notre honorable collègue puisse avancer qu'il répugne au bon sens d'admettre l'incubation des virus et leur état latent. Le principe de la rage ne se comporte-t-il pas ainsi ? Et personne songe-t-il à nier ses effets ? Les observations de MM. Gimelle et Collineau confirment du reste cet ancien adage, si plein de justesse, que la maladie vénérienne est un véritable Protée. On s'est étonné tout à l'heure des faits que je citais ; mais j'ai vu des choses bien plus extraordinaires encore : j'ai vu des hommes guéris sans mercure de symptômes syphilitiques primitifs ne rien donner à leur femme, et infecter cependant leurs enfans qui mouraient dans le sein de leur mère avec tous les signes de la vérole !

M. Piorry : Je répondrai au fait de M. Collineau qu'il existe une multitude de circonstances où l'on peut contracter directement un chancre de la gorge ; il faut donc dans des observations semblables se défier beaucoup du récit des malades qui ont souvent tant d'intérêt à cacher la vérité. Quant à l'enfant dont parle M. Moreau, et qui était atteint de syphilis sans que le père lui-même fût malade, il faudrait tenir compte de l'état de la nourrice qui aurait fort bien pu... (M. Moreau : Mais l'enfant est venu au monde avec la vérole !) Il aurait aussi été convenable d'examiner ou d'interroger du moins la mère de la santé de laquelle rien ne me répond. En somme, il est constant qu'un très grand nombre d'individus ont la blennorrhagie, et que fort peu présentent des accidens secondaires. Les faits de M. Gimelle n'ont pas non plus toute la précision désirable, et on pourrait lui demander si les lésions qu'il désigne vaguement sous le nom d'affection des yeux et de la bouche étaient bien en réalité des symptômes syphilitiques.

M. Bégin : On parle beaucoup de la nature de la maladie considérée relativement à sa transmissibilité, et l'on néglige trop, suivant moi, l'influence qu'exerce la constitution des malades. J'ai vu quelquefois que sur plusieurs individus ayant la même affection prise à la même source, les uns offraient ensuite des accidens secondaires, les autres continuaient à se bien porter. J'ai vu des personnes qui, après avoir eu 10, 12, 15, 20 et 25 fois la vérole, n'en sont pas moins arrivées à la plus belle vieillesse et sont entourées d'une famille saine et florissante. (Exclamations.)

Les conclusions du rapport sont adoptées.

NOUVEAU MÉCANISME POUR LA JAMBE ARTIFICIELLE.

M. Ferdin-Martin présente un nouveau système de jambe artificielle pour le cas d'amputation de la jambe à sa partie inférieure ou moyenne.

Après avoir parlé de son premier appareil, qui, suivant lui, est encore assez compliqué, il ajoute que c'est par une étude approfondie du mécanisme de l'articulation fémoro-tibiale dans la station, qu'il a été conduit à la simplification qu'il propose. Il est assez difficile, au premier coup-d'œil, dit-il, de concevoir comment l'homme peut se tenir longtemps debout sans une grande fatigue des muscles extenseurs de la jambe ; mais on parvient cependant à s'en rendre compte en réfléchissant à la manière dont le genou supporte le poids du corps.

En effet, indépendamment de la grande étendue des surfaces articulaires, in-

dépendamment des ligamens solides qui les maintiennent en contact, la nature a encore employé une disposition particulière qui assure la station en épargnant les efforts musculaires : c'est le transport en arrière du centre de l'articulation. Il résulte, de cette seule circonstance, que lorsque le membre est dans l'extension, et que le poids du corps repose sur le genou, celui-ci tend de lui-même à se porter en arrière ; mais les ligamens latéraux s'y opposent sans que l'intervention des muscles soit nécessaire ; de là nne économie d'action de la part de ceux-ci.

Bien persuadé qu'on ne saurait mieux imiler la nature qu'en nsant des moyens qu'elle emploie, M. Martin a introduit dans son appareil la disposition qu'il vient d'indiquer, et, à l'aide de cette addition, il croit que celui-ci a gagné en force et simplicité.

La nouvelle modification de l'appareil de M. Martin repose donc uniquement sur l'imitation du procédé employé par la nature pour la station et la progression, c'est-à-dire qu'il a porté le centre de mouvement du genou en arrière de l'axe du membre, et par conséquent en arrière aussi du point par lequel passe le centre de gravité du corps.

Par cette disposition, lorsque le poids du corps porte sur le membre artificiel, le genou tend de lui-même à se porter en arrière, et ce mouvement s'opérerait en effet s'il n'était empêché par un arrêt solide.

L'appareil de M Martin est d'une extrême simplicité, et par conséquent pent être fabriqué à un prix très modique pour les hôpitaux.

M. Martin présente deux ampulés qui se servent de ce nonveau membre artificiel. L'Académie a constaté avec quelle facilité ces deux malades se tiennent debout, marchent, montent et descendent, peuvent s'asseoir, etc. L'un d'eux cependant porte une jambe à pilon sans pied.

— M. Villermé annonce à l'Académie que M. Chervin a en effet été atteint, il y a huit jours, d'une hémiplégie du côté gauche ; mais la connaissance est demeurée intacte. M. Chervin a été son propre médecin, et il s'est traité fort énergiquement. L'amélioration a été très marquée, et aujourd'hui il peut remuer le bras et la jambe. Bref, son état est tellement satisfaisant que, dans quinze jours au plus, il pourra revenir prendre part aux travaux de l'Académie.

La séance est levée à cinq henres et quart.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ DE PATHOLOGIE IATRIQUE OU MÉDICALE ET DE MÉDECINE PRATIQUE, COURS PROFESSÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS EN 1841; par le professeur PIORRY. — Paris 1841; 600 pages in-8. Chez Pourchet, libraire-éditeur, rue des Grés-Sorbonne, 8.

Ce titre n'indique pas aussi exactement qu'on pourrait le désirer la nature de l'ouvrage en tête duquel il se trouve ; aussi l'avons-nous lu et relu plusieurs fois sans nous faire une idée nette de sa signification, quand le mot *généralités*, placé en haut de la première page, et l'examen rapide de la table des matières, nous firent reconnaître promptement que nous avions en main un travail d'un ordre plus élevé que nous n'avions pensé au premier abord, un TRAITÉ DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE, ce qui signifie ordinairement un résumé de ce que la médecine possède de plus certain, un exposé des lois générales qui la constituent et en font une science. Bien que le titre n'indique pas exactement un travail de ce genre, il est cependant impossible de s'y méprendre, et même nous croyons devoir conclure des derniers mots du titre et de quelques passages de l'ouvrage, que cette publication sera suivie de celle d'une PATHOLOGIE SPÉCIALE. Est-ce à la modestie de l'auteur, à une inadvertance, ou à tout autre motif, qu'on doit attribuer cette légère irrégularité ? Nous ne le savons pas ; mais nous avons cru devoir la signaler, et M. Piorry, nous l'espérons, ne nous en saura pas manvais gré.

Rien n'est plus naturel, au reste, que de commencer l'enseignement d'une science par celui de ses généralités ; l'élève, qui doit avoir confiance dans le maître, acceptant comme démontrées les données générales qui lui sont transmises, arrive rapidement, d'inductions en inductions et de lois en lois sans cesse décroissantes, aux faits particuliers qui composent la science. Cette méthode est la synthèse, la seule qui soit réellement convenable pour l'enseignement public, Quelques intelligences peuvent, il est vrai, s'élever par l'analyse des faits particuliers aux faits généraux, aux lois même les plus larges ; mais ces cas sont exceptionnels, et l'analyse doit être conservée pour les recherches nouvelles. Considérée sous ce point de vue, la direction que M. Piorry donne à l'enseignement nous semble devoir être d'une haute utilité. Mais, dans une science aussi progressive, nous dirions peut-être mieux aussi mobile que la médecine, les faits généraux, les lois changent avec une grande rapidité. Chaque novateur, chaque chef de doctrine, tous ceux enfin qui ont la prétention de renonveler la science, sont obligés d'exposer le point de vue sous lequel ils la considèrent, les principes sur lesquels ils appuient leurs opinions nonvelles ou renonvelées, et les lois qui en sont l'expression.

Si M. Piorry avait borné ses travaux à la publication de quelques mémoires sur divers points de diagnostic et de thérapeutique, il n'eût point eu besoin d'un traité de pathologie générale pour en faire connaître l'importance. Mais il ne s'est pas renfermé dans cette ligne ; des faits particuliers, il s'est élevé aux faits généraux ; il a scruté les lois admises par les différentes écoles qui nous ont précédés ; il a voulu, lui aussi, devenir réformateur. Ce n'est pas pourtant que la réforme qu'il propose soit nonvelle, car il ne fait que continuer l'œuvre des organiciens ; mais il exprime leur doctrine d'une manière si absolue, et il la renferme dans des limites si étroites, qu'il en a fait presque une doctrine nouvelle.

Plus conséquent avec lui-même que les organiciens ses prédécesseurs et ses contemporains, M. Piorry ne s'est pas borné à prétendre que l'on pouvait expliquer tous les phénomènes physiologiques et pathologiques par l'action seule des organes, que s'occuper des lois de la vie, que chercher en dehors des sciences physico-chimiques l'explication de certains phénomènes, c'était se jeter dans la métaphysique ou dans l'absurde, ce qui paraît être la même chose pour lui ; mais il a voulu effacer jusqu'au souvenir de ces hypothèses, en excluant du langage médical les mots qui pourraient les rappeler. De là l'origine de la nomenclature qu'il a proposée, et qui ne paraît pas avoir encore fait de progrès notablement appréciables. Peut-être même la publication que nous annonçons ici a-t-elle eu pour but plutôt de mettre en pratique cette nomenclature que de donner à la science une impulsion qu'elle a reçue depuis longtemps, et que les innombrables travaux des médecins français tendent surtout à accroître encore.

On doit reconnaître pourtant, qu'entre les deux traités de pathologie générale publiés récemment parmi nous, et dont l'un résume avec une grande clarté, et sans acception de doctrines, tous les enseignemens que nous ont fournis les travaux des anciens et des modernes, tandis que l'autre a été évidemment écrit sous l'influence d'un vitalisme rationnel, il y a place encore pour une troisième exposition de la science. Or, quelle autre doctrine avait plus de droits que l'organicisme à cette troisième place ? C'est ce qu'a compris M. Piorry, qui s'est chargé de remplir ce vide. L'a-t-il fait avec succès, ou aurait-il dépassé les justes limites dans lesquelles cette doctrine doit être renfermée ? C'est ce que nous laissons à nos lecteurs le soin de décider lorsque nous leur aurons présenté une courte analyse du travail.

Nous ne voulons pas, à l'occasion de cette analyse, entrer dans de longs détails sur la nouvelle nomenclature ; déjà nous nous sommes expliqués ailleurs sur ce point (GAZ. MÉD., 1836, p. 238), et rien jusqu'ici n'a modifié, même après la lecture de l'ouvrage dont nous rendons compte, l'opinion que nous avons émise à cette époque. Nous ne parlerons de cette nomenclature qu'à l'occasion des questions de pathologie générale, et nous passerons aussi sous silence un certain nombre de faits ou de résultats d'une valeur réelle qui appartiennent à M. Piorry, mais qui font depuis assez longtemps partie de la science pour qu'il soit inutile de les rappeler ici.

La nouvelle nomenclature, qui est désignée sous le nom d'*onomalogie organo-pathique* (par abréviation *onomapathologie*) repose sur la définition de la maladie, définition que nous devons faire connaître, parce qu'elle est la clé, non seulement de la nomenclature, mais encore de quelques considérations dans lesquelles l'auteur s'éloigne des idées généralement admises. « La maladie, dit-il, n'est point une unité, une individualité, un être de raison ; elle est dans la lésion elle-même, dans le trouble qui en est l'expression. » Expliquant ensuite cette définition, il ajoute : « Les organes solides ou liquides étant multiples, leurs relations étant nombreuses, il arrive que la souffrance primitive des uns se complique bientôt de la souffrance consécutive des autres, ou encore, qu'un bon nombre de ces organes souffre simultanément.... Il est fort rare, si tant est que la chose ait lieu quelquefois, qu'il se trouve deux cas où il y ait identité dans les deux cas, identité dans le degré du mal, identité dans l'expression de la souffrance. Dès-lors, il n'y a point de maladies pareilles qui puissent être exactement rapportées au même cadre et exactement désignées sous la même dénomination. »

Celui qui prendrait à la lettre cette définition de la maladie avec ses commentaires serait nécessairement obligé d'admettre l'impossibilité d'une nomenclature exacte, le nom de chaque maladie devant contenir toute l'histoire de la maladie, et varier suivant les individus, aux différentes époques de sa durée, dans quelques cas même, aux différentes heures de la journée. Si le principe que renferme cette définition n'est pas exécutable dans toute son extension, comment en fera-t-on l'application ? Ou com-

mencera-t-elle? où finira-t-elle? Ces questions, que soulève la connaissance seule du principe sur lequel s'appuie M. Piorry, suffisent pour montrer quelle large part, dans une nomenclature aussi scientifique et aussi rationnelle (si elle était possible), serait encore laissée à l'arbitraire.

Il est en outre impossible d'accorder à l'auteur que la maladie ne puisse être considérée comme une unité, et matériellement et par abstraction. Nous disons d'abord que la maladie peut matériellement représenter ou plutôt former une unité; n'y a-t-il pas un grand nombre d'affections qui, après l'action de la cause, suivent à peu près la même marche dans tous les cas, comme dans les empoisonnemens, la plupart des affections contagieuses, etc.; n'obtient-on pas alors une unité, composée il est vrai, mais comme toutes les unités réelles?

Nous disons aussi que la maladie peut être considérée, par abstraction, comme une unité; car, le nier, c'est refuser au médecin le droit de se servir de sa mémoire et de son intelligence pour s'éclairer. L'homme qui ne s'élève pas jusqu'à l'abstraction, qui ne quitte pas un instant l'observation matérielle, pour l'idéaliser, en faire un tout ou une unité, quelque chose enfin d'analogue à ce qu'on appelle dans les arts l'*idéal*, cet homme est incapable d'arriver à une conception un peu large, même aux simples élémens d'une science limitée. Et ce n'est pas là ce que l'auteur peut exiger du médecin.

Si l'examen du principe sur lequel repose la nomenclature offre de telles difficultés, que serait-ce de l'examen de cette nomenclature elle-même? Aussi ne pousserons-nous pas plus loin cette discussion, reconnaissant pourtant que la critique que fait l'auteur de la nomenclature, ou plutôt des nomenclatures aujourd'hui en usage, est parfaitement exacte; qu'il met hors de doute non seulement leur inutilité pour le progrès de la science, mais aussi leur influence fâcheuse pour ces progrès et même pour la pratique journalière. On ne saurait se faire une idée de toutes les erreurs dans lesquelles sont entraînés encore aujourd'hui des hommes même haut placés, par les mots *inflammation*, *phlegmasie*, et tous les mots terminés en *ite*, Sous ce point de vue, nous sommes tout à fait d'accord avec M. Piorry, et même nous pensons que, dans ce sentiment si juste de l'insuffisance et de la mauvaise influence des nomenclatures actuelles, il devance de beaucoup la plupart des hommes actuels, et qu'il sera probablement peu compris.

L'anatomie pathologique n'a reçu dans la section qui lui est consacrée que très peu de développemens. Quelques parties fort importantes ont été à peine mentionnées, d'autres ont été entièrement omises, tandis que plusieurs ont été traitées avec un luxe de développement hors de propos dans un travail de cette nature. Nous trouvons que l'auteur a peut-être amoindri l'importance des questions qui se rattachent aux affections tuberculeuses. Nous avons parcouru avec plaisir ce qu'il dit des ramollissemens et de la coloration rouge des organes après la mort, nous y avons reconnu, comme dans d'autres endroits encore, l'homme dont les convictions ne se forment pas sur des probabilités, encore moins sur de simples hypothèses.

Sous le titre de *Lésions observées pendant la vie*, l'auteur passe en revue les moyens qu'on emploie pour reconnaître ces lésions. On doit penser que la percussion, la plessimétrie et l'auscultation médicale n'y ont point été oubliées. Peut-être l'auteur aurait-il pu cependant donner un peu moins d'étendue à ces parties et en accorder davantage à d'autres, par exemple à l'analyse chimique.

A l'occasion de la symptomatologie, l'auteur propose plusieurs changemens, qui ne nous paraissent pas heureux. C'est ainsi qu'il repousse de la description des maladies les formes différentes sous lesquelles elles se présentent, « parce qu'elle ont été imaginées, dit-il, pour défendre le numérisme. » Mais les formes n'ont pas été plus imaginées que les maladies elles-mêmes, dont elles n'expriment que des variétés. Ce sont des faits d'observation qui ne peuvent pas être méconnus, qu'on appelle formes avec tous les pathologistes, ou états organo-pathologiques avec M. Piorry.

Personne n'admettra non plus avec lui, non seulement que le mot *rhumatisme* doit disparaître, mais encore qu'à ce mot il ne se rattache rien de réel dans la pathologie. « Personne, affirme-t-il, ne peut dire avoir vu le rhumatisme; on ne connaît pas de liquide anormal, de virus, de miasme qui mérite ce nom; il n'y a pas là de contagion, ni même d'influence épidémique qui puisse faire croire à l'existence d'un agent rhumatismal: on le cherche partout, et on ne le trouve nulle part; c'est une supposition vague, qui n'a été faite que pour désigner des phénomènes complexes fort obscurs; aucune maladie spéciale ne mérite ce nom. »

La section consacrée à l'étiologie considérée d'une manière générale est celle dont la lecture nous a paru devoir être le plus profitable. Tout en tenant compte avec une juste mesure des travaux scientifiques les plus récens, M. Piorry reconnaît combien il reste à faire pour l'avenir, et trace, avec assez de succès, les limites du certain, du probable, de l'incertain, et même de l'absurde.

Nous ne parlerons pas de quelques généralités sur le *pronostic* et la *nature* des maladies qui n'ajoutent rien à ce que nous connaissons déjà; nous nous tairons aussi sur le *diagnostic*, l'auteur renvoyant pour cette partie à l'ouvrage spécial qu'il a publié sur ce point, « afin, dit-il, de ne pas faire de répétitions inutiles. » Nous nous bornons à faire remarquer que le lecteur qui n'aurait pas ce dernier ouvrage regretterait que M. Piorry ait laissé ce vide dans son TRAITÉ DE PATHOLOGIE, eût-il dû même faire ici quelques répétitions.

Arrivant à la thérapeutique, nous reconnaissons avec l'auteur que les indications découlent évidemment de toutes les parties de la science, principe philosophique, mais qui ne sera réellement applicable que quand toutes les parties de la science seront complètement connues; mais quelques lignes plus loin M. Piorry les fausse déjà, en disant que ce sont les altérations des fonctions et la lésion qu'il faut seules traiter, tandis qu'il est hors de doute que, dans certains cas, c'est contre la cause que doit être dirigé le traitement; dans d'autres, il est vrai, contre les altérations organiques; dans quelques autres enfin, contre les effets même éloignés de ces altérations. L'auteur termine en passant en revue chacun des divers états organo-pathologiques que comprend sa nomenclature et les indications qui lui conviennent. Ne pouvant le suivre dans cette longue énumération, nous terminerons par quelques mots sur son travail considéré d'une manière générale.

Nous ne reviendrons pas sur les objections déjà faites à la nomenclature de M. Piorry; le temps nous apprendra seul maintenant si elles étaient réellement fondées, et le peu de succès qu'elle a obtenue depuis six ans nous paraît annoncer un avenir peu favorable. D'accord avec lui sur l'insuffisance de la nomenclature actuelle, nous ne le sommes plus sur la nécessité de la remplacer immédiatement, et encore moins sur la possibilité de le faire, et moins encore, s'il est possible, sur l'utilité et la suffisance de celle qu'il propose. Il est fâcheux que le principe sur lequel repose ce projet de nomenclature soit le même (comme au reste cela devait nécessairement être) que celui qui le dirige dans toutes ses études sur la pathologie générale; et pourtant ce principe repose, comme nous l'avons dit, sur un fait qui est également démontré pour nous. Mais ici on lui donne trop d'extension. Il y a quelques années, on voulut réduire presque toutes les maladies à une seule. L'auteur tombe dans l'excès opposé, en les multipliant presqu'à l'infini. Au lieu de généraliser les faits, comme on prétendait le faire outre mesure, il les dissémine et les isole complètement. La pathologie, passée au crible de M. Piorry, n'est plus qu'une masse immense de faits, ou, pour parler son langage, d'états pathologiques qui varient sans fin et presqu'à chaque instant, et qui ne restent soumis qu'à des influences vagues et difficiles à préciser. Partout où M. Piorry s'écarte de ce principe et cesse de s'occuper de généralités, nous retrouvons, à un petit nombre d'exceptions près, l'habile pathologiste, le bon observateur, l'auteur enfin d'excellens travaux sur tant de points importans de la science.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des Hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

ANATOMIE ANORMALE.

MÉMOIRE POUR SERVIR A L'HISTOIRE DES ANOMALIES ARTÉRIELLES; par Alph. Rendu, aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris.

L'étude du système artériel dans sa disposition normale a de tout temps fixé l'attention des anatomistes; peu de choses doivent être ajoutées à la description de ce système, et les ouvrages classiques qui sont entre nos mains ne laissent rien à désirer sur cette partie importante de l'anatomie humaine. Mais l'on ne peut peut-être pas en dire autant de ce qui regarde les anomalies de ce système, et ce genre d'étude est assez généralement négligé, à Paris du moins. Peut-être cela tient-il à ce que les cas nombreux d'anomalies artérielles sont disséminés dans divers recueils, et la difficulté de les envisager dans leur ensemble peut expliquer la négligence que généralement les étudians apportent à cette partie de l'anatomie.

Je n'ai point la prétention de combler la lacune qui existe dans cette partie de la science; mon but est d'attirer l'attention sur cette étude trop négligée, et cependant si importante pour le praticien. Ce que je donne ici est une simple compilation; chacun eût pu la faire; mais, personne ne la faisant, je l'ai entreprise. Autant que possible, j'ai puisé aux sources. Les ouvrages de Meckel, de Haller, les traités d'anatomie, m'ont offert un bon nombre d'exemples d'anomalies. J'ai surtout mis à contribution l'ouvrage de Tiedemann; j'ai cherché dans les recueils périodiques les exemples cités d'anomalies artérielles; les collections que j'ai pu visiter m'en ont présenté quelques cas; quelques uns me sont propres. De ces anomalies, je n'ai rapporté que celles que l'on peut regarder comme authentiques, et pour celles que leur rareté ou leur bizarrerie apparente fait remarquer, j'ai cité la source où j'ai puisé. Je suis loin de croire mon travail complet, mais le nombre d'exemples cités est assez grand, je pense, pour former un cadre auquel chacun peut rattacher les faits qui se présenteront à l'observation.

Si, comme déjà nous l'avons fait observer, l'étude du système artériel dans son état normal nous intéresse sous le double rapport des phénomènes physiologiques qui s'y rattachent, et de la gravité des lésions dont il peut être le siége, ce même système, envisagé dans les anomalies qu'il présente, est également digne de notre intérêt. Le chirurgien qui négligerait cette étude aurait souvent à déplorer de funestes accidens, tandis que la connaissance des anomalies artérielles peut lui être d'un grand secours dans la pratique des opérations. Mais ce n'est pas seulement le chirurgien que ce genre d'étude intéresse; le médecin doit encore s'en occuper, non seulement parce que les lésions artérielles demandent souvent de prompts secours, et que devant de telles affections disparaît la distinction de médecin et de chirurgien, mais encore parce qu'elle peut servir à expliquer certains phénomènes morbides: c'est ainsi que Mouro Autenrieth, Murray, etc., ont signalé une dysphagie, qui reconnaissai pour cause le trajet anormal de la sous-clavière droite.

Feuilleton.

NOTICE SUR L'ASILE D'ALIÉNÉS DE SCHLESWIG (AERTZLICHE ERFAHRUNGEN IN DER IRRENANSTALT, BEI SCHLESWIG);

Par P.-W. Jessen.

Plusieurs asiles d'aliénés de l'Allemagne ont fourni la matière de travaux intéressans, dont nous nous proposons de présenter l'analyse, soit qu'ils aient rapport à la statistique, soit qu'ils contiennent un exposé des doctrines qui ont cours dans ce pays sur les maladies mentales. Nous commençons cette revue par le mémoire que le docteur Jessen, médecin-directeur de l'asile de Schleswig, a inséré dans un recueil périodique (Zeitschrift fur die Beurtheilung und Heilung der Krankhaften Seelenzustande), consacré exclusivement aux recherches sur la folie et dirigé par les docteurs Jacobi et Nassé. Ce travail offre le résumé des observations recueillies pendant quinze années.

Du 1er octobre 1820 au 30 septembre 1835, on a reçu dans l'asile 566 aliénés provenant, savoir:

	Hommes	Femmes.	Total.
Du Grand-Duché de Schleswig	148	123	265
— — Holstein	159	76	235
— — Lauenburg	6	2	8
Du royaume de Danemarck	20	17	37
Etrangers	2	4	6
	342	224	566

La moyenne annuelle des admissions a été de 34. La maison contenait 180 aliénés au 30 septembre 1835.

Il résulte des recherches de l'auteur que, dans les deux grands duchés, le nombre des hommes l'emporte sur celui des femmes d'une quantité considérable. Le rapport qui existe entre les aliénés des deux sexes se rapproche assez pour le duché de Schleswig (où la population est presque toute protestante) de celui que nous avons trouvé pour les aliénés protestans du département du Bas-Rhin. L'auteur, confondant dans ses rapports les fous et les idiots (ceux-ci sont peu nombreux), trouve que, dans le grand-duché de Schleswig, la proportion des aliénés est de 1 sur 1258 habitans. Elle est de 1 sur 1853 dans le grand-duché de Holstein. Dans le premier duché, les villes offrent le rapport de 1 aliéné sur 595 habitans. Dans l'autre, ce rapport est de 1 sur 964. La population du grand-duché de Schleswig est de 337,291 habitans. On en compte 435,590 dans le duché de Holstein.

On le voit, ce n'est pas un simple intérêt scientifique qui se rattache à une telle étude, c'est un intérêt de tous les instans, un intérêt pratique, le seul que l'on ne saurait négliger sans crainte d'accidens graves; et bien que jusqu'à présent nous soyons à peu près réduits à indiquer chacune des anomalies que l'on rencontre, sans pouvoir indiquer les lois qui président à leur apparition, cependant du plus ou moins de fréquence de certaines variétés artérielles, on peut tirer des conséquences qui ne sont pas sans importance pour la pratique des opérations.

Les artères sont de tous les organes ceux qui présentent le plus de variétés, tant sous le rapport de l'origine que sous celui du nombre et de la distribution. Nous ne savons rien de positif relativement aux circonstances qui influent sur l'apparition de ces anomalies; nous ignorons complètement et leurs causes et les lois qui les régissent. Peu importe pour le développement de l'organe de quel point proviennent les vaisseaux qui doivent le nourrir; qu'ils naissent de l'aorte, ou qu'ils prennent naissance d'un tronc secondaire, il n'en résulte rien pour l'organe auquel ils se rendent; aussi, quoiqu'en ait dit Walther, l'individualité et l'importance d'un organe ne sont pas en rapport avec le point d'origine des vaisseaux qu'il reçoit.

La symétrie du système artériel considérée d'une manière générale se retrouve souvent dans les anomalies; c'est ainsi que lorsqu'une variété artérielle existe d'un côté, ordinairement on en observe une semblable du côté opposé; plus rarement l'on voit des anomalies existant dans la partie supérieure du système artériel se répéter dans la partie inférieure de ce même système.

On n'a pas observé que les anomalies artérielles aient de l'influence sur la distribution des veines; et dans toutes les régions où des variétés artérielles se sont rencontrées la disposition naturelle du système veineux n'avait pas changé. Disons enfin qu'il est des anomalies artérielles qui reproduisent l'état normal de certaines parties du système veineux, telles sont les grandes anastomoses, ou l'apparition de gros vaisseaux superficiels dans le système artériel. (Ces dernières remarques appartiennent en propre à J.-F. Meckel.)

Nous manquons d'observations exactes sur le développement du système vasculaire de l'homme et des mammifères, et sur le mode d'apparition des artères. Il résulte de là que nous ne pouvons tirer de ce développement aucune donnée qui puisse nous faire découvrir les lois qui président à l'apparition des anomalies artérielles. Ce que nous savons, c'est que le nombre et le volume des vaisseaux est en général en rapport avec l'activité des fonctions et le volume de l'organe, et il semblerait que les vaisseaux sont soumis à l'organe, et non ce dernier aux vaisseaux, dans l'état naturel du moins. En effet, certains organes qui, chez le fœtus, ont un grand développement, comme le thymus, sont pourvus de nombreux vaisseaux; et plus tard, lorsque sous l'influence de certaines causes qui nous échappent, ces organes viennent à disparaître en totalité ou en partie, les vaisseaux subissent des modifications en rapport avec ces changemens. Ici les modifications vasculaires sont la conséquence des modifications de l'organe. D'une autre part, cependant, lorsque, par une cause quelconque, le sang artériel ne parvient plus à l'organe en quantité voulue, on voit ce dernier éprouver dans sa structure des modifications auxquelles succède l'atrophie. Il nous semble que, de là, l'on peut conclure que les vaisseaux préexistent aux organes, et qu'alors les modifications que ceux-ci nous offrent, dans leur position, leur volume et leur forme ne sont que consécutives à des anomalies artérielles. Ainsi, le rein ne serait situé dans un lieu quelconque de la cavité abdominale que parce que l'artère rénale naîtrait d'un tout autre point du tronc artériel que celui dont elle a l'habitude de provenir. Mais, pourquoi telle artère se dévie-t-elle de son trajet normal? pourquoi telle autre tire-t-elle son origine d'un point inaccoutumé, alors que l'organe auquel elle se rend a lui-même conservé sa position normale? Ce sont là des faits que, jusqu'à présent, nous n'avons pu expliquer; mais il ne faut pas moins en tenir compte, les noter avec soin; plus tard peut-être il sera possible de les grouper, et, de leur ensemble, pourront naître des lois qu'aujourd'hui nous ne pouvons prévoir. De l'étude du développement du système vasculaire, en concluant toutefois d'après les résultats fournis par l'organogénésie des oiseaux, il résulte que le système vasculaire est formé dans l'origine de moins de parties qu'on n'en trouve par la suite. Dans les derniers temps de la vie intra-utérine, au contraire, le nombre de ces parties est plus grand, et plusieurs de celles-ci disparaissent à la naissance. Ces particularités peuvent nous servir à expliquer certaines anomalies qui ne sont que le résultat d'arrêts de développement, soit que certaines parties n'aient pas achevé leur évolution, soit que des canaux aient continué donner passage au sang. Ici l'anomalie n'est que relative; ce qui était normal pour la vie intra-utérine devient anormal après la parturition. On a pu suivre les phases diverses du système vasculaire dans sa partie centrale, et l'on a vu qu'il représentait, dans ses évolutions, les dispositions diverses que ce même système présente à l'état normal, dans les classes des vertébrés; mais ici encore le système vasculaire est soumis aux organes, et c'est le non développement et l'inaction de quelques-uns de ceux-ci qui nécessitent les états variés du système vasculaire. Tout disparaît, en effet, alors que ces mêmes organes viennent à se développer et à entrer en activité.

Dans les anomalies que présentent les principaux vaisseaux artériels, on est frappé de la tendance de la nature à reproduire par ces anomalies chez l'homme l'état normal du système artériel de certains animaux, et si nous n'avons pu encore assigner à chacune des anomalies observées jusqu'à ce jour son analogue dans les divers degrés de l'échelle zoologique, il faut l'attribuer aux études encore trop restreintes de l'anatomie comparée. La nature semble être partie d'un premier type simple et unique, pour de là se compliquer à mesure que l'organisation se perfectionne; et la répétition chez l'homme de ce qui s'observe chez les animaux inférieurs, semble montrer sa tendance à revenir au type primitif. Ici, nous ne pouvons plus invoquer les arrêts de développement pour expliquer les faits; nous devons nous borner à les constater, sans chercher à en donner des explications plus ou moins plausibles.

§ DES ANOMALIES DE L'AORTE EN GÉNÉRAL.

L'aorte considérée dans son ensemble s'écarte rarement de la disposition normale; elle peut toutefois le faire de plusieurs manières différentes, ainsi que nous le verrons bientôt. C'est surtout dans le nombre des troncs fournis par la crosse de l'aorte que s'observent les variétés, et au dire de Meckel, une fois sur huit l'aorte présente des anomalies dans les troncs qui naissent de la crosse. C'est donc à tort que Haller et Bichat ont avancé que la disposition des artères fournies par la crosse de ce vaisseau était très peu sujette à varier. Un grand nombre d'auteurs tels que

---

Les tableaux suivans résument, sans distinction de domicile, les causes de la folie:

CAUSES PHYSIQUES.

	Hommes.	Femmes.	Total.
Fièvre	14	14	28
Epilepsie	11	»	11
Apoplexie	4	»	4
Affections diverses du cerveau et de la moelle épinière	14	2	16
Affection des viscères abdominaux, hémorrhoïdes, engorgemens du système de la veine porte	31	7	38
Surexcitation sexuelle	48	14	62
Désordres de la menstruation	»	27	27
Suites de couches	»	40	40
Abus des boissons	62	3	65
	184	107	291

CAUSES MORALES.

	Hommes.	Femmes.	Total.
Frayeur	7	14	21
Joie	1	»	1
Chagrins	3	17	20
Sentimens d'honneur blessé	28	5	33
Colère	19	7	26
Revers de fortune et dénûment	29	10	39
Remords	2	4	6
Espérances déçues	9	4	13
Querelles domestiques	30	24	54
Amour malheureux	9	7	16
Mariages manqués	11	22	33
Excès de travail	9	»	9
	157	114	271
Causes inconnues	30	14	44

Nous voyons dans ces tableaux que l'abus des boissons est la cause physique prédominante, puisqu'elle produit à elle seule le tiers des cas parmi les hommes. Les affections du cerveau et des viscères abdominaux n'en forment chacun que le sixième; mais ce qui est surtout remarquable, c'est que dans le quart des cas

Boëhmer, Neubaüer, Huber, Walter, Tiedmann, Harrisson, Meckel, etc., ont examiné ce point de doctrine d'une manière spéciale, et les ouvrages classiques d'anatomie nous en offrent plusieurs exemples.

De ces anomalies, les unes nous intéressent sous le point de vue scientifique; d'autres ont des rapports très importans avec la médecine opératoire. Quelques-unes peuvent servir à nous expliquer certains phénomènes physiologiques. Toutes enfin nous montrent la tendance de la nature à reproduire les dispositions diverses qui s'observent dans la série zoologique.

A. ANOMALIES DU TRONC MÊME DE L'AORTE.

Les anomalies que peut présenter l'aorte dans sa disposition générale sont relatives à des changemens de direction et à des divisions prématurées du vaisseau. Au premier genre se rattache l'incurvation partielle de la crosse de l'aorte qui se porte trop tôt en arrière, en passant au-dessus de la bronche droite, et alors, ou bien le vaisseau reste appliqué le long du côté droit de la colonne vertébrale, dans une étendue plus ou moins considérable, ou bien il gagne le côté gauche en se glissant derrière l'œsophage et la trachée artère, ainsi que Meckel l'a observé plusieurs fois. Cette anomalie, ainsi que le fait observer ce savant anatomiste, peut être considérée comme le premier degré de l'inversion latérale de l'aorte, dans laquelle la crosse s'incline de gauche à droite, au lieu de se courber de droite à gauche comme dans l'état normal. Dans ce cas, la position du cœur et des gros vaisseaux est renversée; la pointe de l'organe regarde à droite. Une telle disposition s'accompagne en général de la transposition plus ou moins complète des principaux viscères.

Quelquefois l'aorte, peu après son origine, se divise en deux troncs qui passent, l'un devant, l'autre derrière la trachée, et qui se réunissent ensuite pour donner naissance à l'aorte descendante. Meckel et Tiedmann en ont cité des cas; M. Blandin a déposé dans les cabinets de la Faculté de médecine de Paris une pièce qui offre cette anomalie. Malacarne (OSSERV. IN CHIRUR., Torino, 1784) rapporte un cas de ce genre, dans lequel chaque tronc de l'aorte, droit et gauche, envoyait au côté correspondant trois branches, savoir : l'artère sous-clavière, l'artère carotide externe, la carotide interne; après quoi les deux arcs droit et gauche se réunissaient en un tronc commun descendant ou thoracique. Cette disposition est semblable à celle que l'on observe dans les amphibies, les lézards, les tortues, les serpens.

Quelquefois, lorsque l'aorte se divise ainsi peu après son origine, une branche se porte brusquement en bas et forme l'aorte descendante, l'autre se divise en haut et se termine par trois branches qui sont, en procédant de droite à gauche, le tronc innominé, la carotide et la sous-clavière gauches. Dans ce cas, il n'existe point de crosse, et l'aorte se divise immédiatement après son origine en aorte ascendante et en aorte descendante. Cette disposition, qui est rare, a été observée par Klinz, Tiedmann, Harrisson; elle représente la disposition normale de l'aorte chez les animaux herbivores, la brebis, la chèvre, le taureau, le cerf. Daubenton l'a observée chez le chameau, le cheval; Cuvier chez le rhinocéros. Les quadrumanes et les hibernans présentent plus rarement cette disposition qui paraît surtout appartenir aux mammifères à long col. Les anciens, qui n'étudiaient l'anatomie que sur les animaux, ont reporté à l'anatomie humaine cette dénomination d'aorte ascendante et descendante.

On lit dans le JOURNAL DE CHIRURGIE de Desault (tom. II, p. 407), que l'extrémité inférieure de la crosse de l'aorte étant très rétrécie, la circulation se faisait au moyen des vaisseaux collatéraux augmentés de volume. Steidels rapporte un cas semblable dans lequel ce point de l'aorte était complètement oblitéré.

Une dernière anomalie du tronc même de l'aorte est celle qui consiste dans sa division prématurée en artères iliaques primitives droite et gauche.

B. ANOMALIES DES BRANCHES QUI NAISSENT DE L'AORTE.

1° ANOMALIES DES ARTÈRES CORONAIRES.

Meckel, Harrisson et d'autres ont vu des cas dans lesquels le nombre des artères coronaires était diminué; il n'existait qu'une seule artère coronaire, disposition normale, chez l'éléphant; d'autres fois, le nombre des artères du cœur est augmenté, mais leur calibre a de beaucoup diminué, ce qui établit une sorte de compensation.

2° ANOMALIES DES BRANCHES QUI NAISSENT DE LA CROSSE DE L'AORTE.

Le nombre des troncs qui naissent de la crosse de l'aorte peut être augmenté ou diminué.

Les anomalies du premier genre sont de beaucoup plus rares que celles du second. On peut rattacher à ce premier genre l'absence de la crosse de l'aorte et la division du vaisseau en aorte ascendante et aorte descendante. Il a déjà été question de cette anomalie.

Une autre variété très rare aussi est celle dans laquelle deux troncs seuls naissent de la crosse de l'aorte. De ces deux troncs innominés, l'un fournit la carotide et la sous-clavière droite; l'autre la carotide et la sous-clavière gauche. Malacarne a vu deux fois cette disposition. Au dire de Tiedmann, cette distribution symétrique des vaisseaux s'observe chez la chauve-souris. Daubenton l'a observée chez le pteropode rufo; Cuvier, chez le delphinus phocœna. Ainsi qu'on le voit, cette disposition s'observe surtout chez les mammifères dont le cou est court.

Dans quelques cas, des deux troncs qui naissent de la crosse de l'aorte, le premier, qui est le plus volumineux, donne naissance aux deux carotides et à la sous-clavière droite; le postérieur, qui est le plus petit, fournit la sous-clavière gauche. Cette disposition, qui est assez fréquente, a été indiquée par quelques auteurs anciens comme étant la disposition normale.

Petsche, Neubauer, Huber, J.-S. Meckel, Malacarne, Scarpa, etc., ont cité des cas de ce genre. Tiedmann a observé une disposition semblable chez plusieurs mammifères, surtout parmi ceux de l'ordre des quadrumanes. Daubenton l'avait également signalée chez plusieurs espèces de singes.

Dans les cas où la carotide gauche provient du tronc innominé droit, elle passe toujours au-devant de la trachée, circonstance importante à connaître lorsque l'on vient à pratiquer l'opération de la trachéotomie. Parmi les carnivores, Tiedmann a rencontré cette disposition chez le chien, le renard, le loup, le chat, le lion, etc. Daubenton l'a observée chez la hyène, le lynx, la loutre, l'ours, etc. Enfin, elle a été observée chez plusieurs rongeans, tels que le lièvre, le lapin, le castor, etc.

Haller (DE PARTIUM HUMANI CORPORIS FABRICA ET FUNCTIONIBUS)

---

on a noté pour cause : chez les hommes, le penchant excessif à l'acte vénérien, manifesté pour 30 d'entre eux par l'habitude de l'onanisme, et chez 18 autres, par l'abus du coït. Chez les femmes, les désordres de la menstruation et les couches sont les causes physiques les plus fréquentes; 7 femmes sont devenues aliénées pendant la grossesse, 28 après les couches. Chez les autres, les couches avaient été trop multipliées.

En examinant le tableau des causes morales, nous voyons que le chagrin, quelle qu'en soit l'origine, est la cause morale prédominante, soit chez les hommes, soit chez les femmes, et que les causes *déprimantes* amènent plus souvent la folie que les causes expansives.

Si les causes physiques ont produit plus d'aliénés parmi les hommes, le contraire s'observe chez les femmes.

Enfin, si l'on tient compte des idiots, qui sont nécessairement rangés parmi les causes physiques, on voit que ces dernières sont dans la même proportion que les causes morales.

Le docteur Jessen a trouvé, d'après ses recherches, que, chez 115 individus, l'hérédité avait été la principale cause prédisposante.

Le tableau des âges, ne présentant que des périodes décennales, ne peut nous fournir aucun résultat comparatif. Nous devons mentionner toutefois que, chez 50 hommes et 26 femmes, l'aliénation mentale existait avant l'âge de 26 ans. Ce résultat ne doit pas nous surprendre, puisque, dans ce nombre, sont compris les idiots, qu'on a ordinairement soin de distinguer des fous dans la plupart des statistiques. Le docteur Jessen démontre l'erreur que l'on commet en notant l'âge à l'entrée, au lieu de remonter à l'époque de l'invasion de la maladie; dans le premier cas, il paraîtrait que la folie est plus fréquente de 30 à 40 ans, tandis qu'en réalité, c'est de 20 à 30 qu'elle l'a été le plus. Ces résultats ne diffèrent point de ceux que nous aurions trouvés pour l'Alsace, si nous avions établi nos rapports par périodes décennales, au lieu de les distribuer par intervalles quinquennaux.

ÉTAT CIVIL.

	Hommes.	Femmes.	Total.
Mariés et veufs..........	119	130	249
Célibataires..............	223	94	317

Parmi les aliénés admis dans l'asile, 151, dont 86 hommes, avaient reçu de l'instruction; on y trouve 29 étudians, 14 officiers et 45 bourgeois ou chefs d'ateliers.

Quant à ce qui concerne les formes du délire, nous croyons devoir entrer dans quelques détails, parce que l'auteur fonde sa classification sur d'autres principes que ceux généralement adoptés en France.

Le docteur Jessen regarde toutes les formes du délire (l'idiotie native exceptée) comme les diverses périodes de développement d'une seule et même maladie, rejetant alors toute classification fondée sur l'expression du désordre intellectuel, ou, en d'autres termes, sur la manifestation des idées et des actions, il admet trois grandes divisions, qui sont :

VESANIA : Excitation maladive de l'activité psychique.

dit que l'homme est le seul des animaux dont la crosse de l'aorte donne trois branches distinctes, savoir : le tronc innominé, la carotide gauche et la sous-clavière gauche. Cependant Tiedmann dit avoir observé une disposition semblable chez le singe d'Ethiopie, le hérisson, la taupe, le rat, le dauphin, etc. Daubenton a vu une distribution analogue chez une espèce de singe et sur plusieurs autres mammifères. M. de Blainville (DISSERTATION SUR LA PLACE QUE LA FAMILLE DES ORNITHORINQUES ET DES ÉCHIDNES DOIT OCCUPER DANS LES SÉRIES NATURELLES) a vu une semblable disposition sur un ornithorinque et sur un échidné.

Le nombre des branches qui naissent de la crosse de l'aorte peut ne pas être augmenté; mais ces mêmes branches présentent assez fréquemment des variétés relatives à leur origine et à leur distribution. C'est ainsi que l'on a vu les deux carotides naître par un tronc commun entre les deux sous-clavières. Cette disposition, d'après Cuvier, est naturelle à l'éléphant.

Parfois existe à droite un tronc commun pour la sous-clavière droite et les deux carotides; vient ensuite la vertébrale gauche, puis la sous-clavière du même côté. Dans quelques cas, la sous-clavière droite naît de l'aorte descendante et passe derrière la trachée et l'œsophage pour se rendre au côté droit.

Le nombre des branches qui naissent de la crosse de l'aorte peut être augmenté; fréquemment l'on observe quatre troncs, et alors, tantôt c'est la vertébrale gauche qui naît entre la carotide et la sous-clavière du même côté; cette anomalie est fréquente, et, d'après Tiedmann, elle est la répétition de ce qu'on observe chez le phoca. D'autres fois, la quatrième branche est due à une thyroïdienne inférieure qui naît entre le tronc innominé et la carotide gauche. Neubauer a décrit le premier cette variété, (DE ARTERIA INNOMINATA ET THYROÏNA IMA.) Cette anomalie a, depuis, été observée un bon nombre de fois. Elle nécessite la plus grande attention de la part du chirurgien dans le cas de trachéotomie.

Souvent la quatrième branche est la sous-clavière droite, et tantôt celle-ci est la première branche qui naisse de la crosse de l'aorte; tantôt, au contraire, et plus fréquemment, elle est la dernière du côté gauche; quelquefois la sous-clavière droite prend naissance entre les carotides droite et gauche; d'autres fois enfin, c'est entre la carotide gauche et la sous-clavière du même côté. Dans tous les cas où la sous-clavière droite naît de la partie gauche de la crosse de l'aorte, et des exemples nombreux en ont été rapportés par Fabricius, Ludwig, Neubauer, Murray, Sandifort, Monro, Autenrieth, Meckel, etc., cette artère, toujours inclinée à droite, gagnait le bras droit obliquement ou transversalement, en passant derrière l'œsophage et la trachée, ainsi que Bœhmer, Neubauer, Pohl, Murray, Autenrieth, etc., l'ont observé; ou bien entre l'œsophage et la trachée, comme dans les cas rapportés par Saudiford, Monro, Hérold, etc. Quelques médecins, tels que Huber, Monro, Murray, etc., ont signalé une gene de la déglutition causée par le trajet irrégulier de cette artère, qui fournissait ainsi une nouvelle espèce de dysphagie, qu'ils nommèrent luxuriante; d'autres, tels que Otto, Fleischmann, etc., n'observèrent rien de semblable. Harrisson cite un cas, d'après Kirby, dans lequel un os ayant perforé l'œsophage vint blesser cette artère, qui passait derrière l'œsophage. (Harrisson, SURGICAL ANATOMY OF THE ARTERIES.)

Le nombre des branches peut être porté à cinq. Cette anomalie est moins fréquente que la précédente. Dans ce cas, les carotides et les sous-clavières naissent isolément, et, de plus, la vertébrale gauche naît de l'aorte; d'autres fois, c'est une thyroïdienne inférieure, ou même la mammaire interne qui forme la cinquième branche. Bœhmer et Haller rapportent chacun un cas dans lequel, indépendamment des trois troncs ordinaires, l'aorte fournissait la vertébrale gauche et la mammaire interne droite.

La variété la plus rare est celle dans laquelle la crosse de l'aorte donne naissance à six troncs. Harrisson en a vu deux cas; dans chacun d'eux, les deux sous-clavières, les deux carotides et les deux vertébrales naissaient séparément de l'aorte.

Telle est, en général, la disposition qu'affectent les artères qui naissent de la crosse de l'aorte dans les cas où ces artères s'éloignent de l'état normal. Toutes les anomalies observées jusqu'à ce jour ne se trouvent pas rapportées ici; nous avons cité seulement les principales et les plus importantes; chacun pourra à volonté compléter ce tableau, et y faire rentrer les différentes variétés qui se présenteront à son observation, soit dans le cours de ses dissections, soit dans la lecture des divers ouvrages qui ont trait à ce point de doctrine.

3° ANOMALIES DU TRONC INNOMINÉ.

En parlant des variétés que présentent les troncs fournis par la crosse de l'aorte, nous avons indiqué les différences que présentent ces mêmes troncs relativement à leur point d'origine; aussi ne reviendrons-nous pas sur ce genre d'anomalie.

Le tronc innominé, qui, dans l'état normal ne donne aucune branche, peut, dans quelques cas, en fournir un nombre plus ou moins grand. C'est ainsi que Neubauer a vu l'artère mammaire droite naître du tronc innominé. Haller, Neubauer, Huber, Sæmmering, etc., ont rencontré des cas dans lesquels l'artère thyroïdienne provenait de ce meme tronc innominé. Souvent enfin, de petites artères naissent du tronc brachiocéphalique et vont se rendre au thymus, au péricarde, aux bronches ou aux muscles environnans. Rhuysch, Haller, J.-F. Meckel, Neubauer, ont cité des cas de ce genre.

4° ANOMALIES DES ARTÈRES CAROTIDES ET DE LEURS BRANCHES.

Les artères carotides peuvent présenter des anomalies dont les unes portent sur le tronc même de l'artère, les autres sur les branches qui en naissent. La première espèce est de beaucoup moins fréquente que la seconde, que l'on a souvent occasion d'observer. Quelquefois les artères carotides, au lieu d'être placées aux deux côtés de la trachée artère, se rencontrent au-devant de ce canal, surtout vers la partie inférieure du cou. C'est surtout la carotide droite qui présente cette variété de position, lorsque l'origine du tronc innominé se trouve portée à gauche. Ce genre d'anomalie est important à connaître, à cause du danger auquel il expose dans l'opération de la trachéotomie. Il arrive quelquefois que l'artère carotide commune se divise beaucoup plus tôt qu'elle ne le fait dans l'état normal; cette division insolite s'observe tantôt d'un seul côté, tantôt sur les deux à la fois. Cette division se fait où à un pouce de distance du point d'origine, ou dans les divers points de l'étendue de l'artère. Morgagni (DE SEDIBUS ET CAUSIS MORBORUM) vit sur le cadavre d'une femme de 50 ans la carotide gauche se diviser, à un pouce et demi de son origine, en deux branches. Burns (SURGICAL ANATOMY) rapporte un cas semblable.

DEMENTIA : Diminution, affaiblissement de cette activité.

AMENTIA : Abolition des facultés psychiques.

Considérant ensuite que la vie psychique se compose de deux facteurs en équilibre dans l'état normal et qui sont le sentiment et le mouvement, la sensation et la réaction, la passivité et l'activité, il en conclut que dans tout état psychico-morbide, dès que l'un des facteurs augmente l'autre est déprimé; d'après cela chaque classe, à l'exception de la dernière, se divise en deux genres, ce qui donne les cinq genres suivans :

VESANIA. — *Melancholia.* Excitation morbide de l'activité psychique correspondant à une augmentation absolue de la sensibilité et à une diminution relative de la réaction; prédominance absolue de la passivité; concentration de la vie psychique.

Mania. Excitation morbide de l'activité psychique, correspondant à une augmentation absolue de la réaction et à une diminution relative de la sensibilité; prédominance absolue de l'activité; expansion de la vie psychique.

DEMENSIA ET AMENTIA (CONFONDUS). — *Fatuitas.* Depression maladive de l'activité psychique, correspondant à une diminution absolue de la sensation et à une augmentation relative de la réaction; prédominance relative de l'activité; diminution de la vie psychique.

Imbecillitas. Diminution morbide de l'activité psychique, correspondant à une diminution absolue de la réaction; passivité relative prédominante; faiblesse de la vie psychique.

Idiotismus. Activité psychique nulle; abolition plus ou moins complète de la vie psychique.

Chacun des cinq genres que l'on vient d'établir peut se diviser en trois espèces, suivant qu'il y a lésion de l'intelligence, du sentiment ou de la volonté, ou qu'il se manifeste une anomalie prédominante des pensées, des sensations ou des penchans correspondans à un désordre dans les discours, dans les perceptions et les actions. Chacune de ces quinze espèces peut encore se subdiviser en trois autres, suivant qu'il y a perversion partielle ou totale des pensées, des sensations et des penchans.

Suivant l'auteur, la manie serait l'apogée ou en quelque sorte le centre du développement complet de la folie, et l'idiosynchrasie particulière de chaque individu est la seule cause qui détermine le point d'arrêt et la durée de chaque espèce ou période. Ainsi, toute folie commencerait par la mélancolie, passerait ensuite à la manie, et parcourrait après cela les divers degrés de la démence. Quant à l'imbécillité et à l'idiotie (*idiotismus*), le docteur Jessen croit devoir les rattacher à la démence, parce que, sous le point de vue nosologique, il trouve qu'on ne doit pas ranger une même maladie dans deux catégories différentes, par la seule raison qu'elle est congéniale ou acquise.

Tout en admettant que le climat, les mœurs, et d'autres circonstances, peuvent apporter de notables modifications aux symptômes et à la marche de la folie, nous ne pouvons cependant pas adopter entièrement les idées théoriques du docteur Jessen, surtout après avoir lu les observations rapportées dans le travail que nous analysons. Les diverses variétés de l'aliénation mentale forment, il est vrai, un type commun; mais les faits nous démontrent que chaque espèce, telle qu'on les admet en France, a ses causes spéciales, sa marche, ses symptômes et sa terminaison. La classification proposée par le docteur Jessen, fondée sur le plus

Qnelquefois, au coutraire, la carotide commune ne se divise que beaucoup plus baut, très près de la base du crâne ; mais alors les principales branches inférieures que donne la carotide externe ont été fournies par le tronc même de la carotide. Burns cite un cas dans lequel le tronc primitif ne se partageait pas; tontes les branches de la carotide externe venaient de la carotide primitive, et celle-ci se continuait ponr aller se distribuer à la manière de la carotide interne.

L'artère carotide externe présente un grand nombre de variétés relatives à l'origine des branches qu'elle fonrnit : c'est ainsi que la thyroïdienne supérieure naît tantôt de la carotide commune, ainsi que Burns, Meckel, Barclay, l'ont observé, tantôt elle naît d'un tronc commun avec l'artère linguale, qui provient alors ou de la carotide commune (Boyer), ou de la carotide externe (Burns).

Sonvent l'artère laryngée supérieure naît du tronc même de la carotide ou de la faciale. Haller a vu cinq fois cette origine. Tiedmann a vu une fois cette artère naître de la linguale. Barement elle pénètre dans le larynx entre le cartilage thyroïde et le cricoïde; Sabatier et Murray l'ont cependant observé ; Sœmmering cite un cas dans lequel cette artère pénétrait dans le larynx à travers un trou du cartilage thyroïde. On lit, dans le premier Bulletin de la Société anatomique (XVe année), que M. Chassaignac présenta une pièce sur laquelle l'artère thyroïdienne supérieure, au lieu de fournir un rameau crico-thyroïdien, passait transversalement sur l'espace de ce nom. Une disposition semblable ferait courir les plus grands risques dans le cas de laryngotomie, si le chirurgien n'était prévenu de la possibilité d'une telle anomalie.

La linguale naît souvent d'un tronc commun avec la labiale. Tiedmann a vu dix fois cette variété. Haller, sur cinquante sujets, vit sept fois la linguale naître d'un tronc commun avec la labiale. Burns a souvent observé la même anomalie.

La pharyngienne ascendante naît ordinairement ou de la carotide externe ou de l'angle de bifurcation. Quelquefois cependant elle naît de l'occipitale ou de la thyroïdienne supérieure. Haller et Tiedmann ont observé une semblable origine. Lorsqu'il existe deux pharyngiennes, une d'elles naît de l'angle carotidien indiqué, l'autre au-dessus ou au-dessous de la linguale.

Tiedmann vit deux fois l'occipitale naître de la carotide interne. Haller rapporte un cas semblable.

Souvent l'auriculaire postérieure naît de l'occipitale. Haller avait déjà noté cette particularité.

La transversale de la face est si variable dans sa distribution que souvent elle n'est pas semblable sur le même sujet de l'un et de l'autre côté; tantôt elle est si volumineuse qu'elle fournit tous les rameaux de la lèvre supérieure et du nez qui viennent ordinairement de la faciale; tantôt elle est si petite qu'elle pénètre seulement le muscle orbiculaire des paupières.

La temporale et la maxillaire interne présentent peu de variétés dans leur mode de distribution.

Les anomalies que présente la carotide interne porteut en général sur les branches qu'elle fournit. Ces anomalies sont peu fréquentes; il est rare en effet que la carotide interne fournisse une des branches qui naissent de l'externe; cette anomalie peut cependant avoir lieu, et nous en avons cité des exemples. Dans le reste de son étendue, la carotide interne présente peu de variétés, et celles que quelquefois elle offre n'ont aucun intérêt pratique, et méritent moins de fixer notre attention.

5° ANOMALIES DES ARTÈRES DES MEMBRES SUPÉRIEURS.

Nous avons déjà indiqué les variétés que peuvent présenter les artères sous-clavières relativement à leur point d'origine. Quant aux branches qu'elles fournissent, quelquefois la sous-clavière donne près de son origine des branches qui ne sont pas constantes; ces branches se rendent au thymus, à la partie supérieure du péricarde, et même à la trachée, aux bronches et à l'œsophage; mais alors même que la sous-clavière fournit ces branches, elle parcourt constamment un long trajet presque immédiatement avant de passer entre les muscles scalènes sans donner aucune ramification : mais à ce point la sous-clavière donne plusieurs grosses branches qui varient beaucoup; c'est ainsi que la thyroïdienne inférieure, tantôt naît de la carotide commune (Nicolaï, Haller, Neubauer, Meckel, etc.), tantôt de la crosse de l'aorte. Lorsqu'il y a deux artères thyroïdiennes inférieures, soit à droite, soit à gauche, l'une d'elles naît de la sous-clavière, l'autre de la carotide commune.

Déjà nous avons indiqué les variétés d'origine de la vertébrale, et nous avons vu la mammaire naître tantôt du tronc innominé, tantôt de la crosse de l'aorte. Toutes ces variétés, du reste, sont peu importantes quant à la pratique. L'axillaire présente également plusieurs variétés dans la distribution de ses branches. Parfois, elle donne la scapulaire transverse, soit en totalité, soit en partie; d'autres fois la scapulaire transverse manque tout à fait, ou du moins est fort petite; de sorte que les branches qu'elle donne ordinairement aux muscles de l'omoplate proviennent de la cervicale superficielle ou de la scapulaire inférieure. Souvent les circonflexes du bras proviennent de la sous-scapulaire ou forment un tronc commun.

Nulle artère n'est plus sujette aux anomalies que l'artère brachiale. André Laurent le premier a fait mention de la division prématurée de la brachiale, et il l'a décrite comme l'état normal. Heister, Winslow, Hebenstreit, Sharp, Daubenton, Haller, etc., l'ont fréquemment observée. Pierre Camper révoqua en doute cette anomalie, mais à tort, car à la même époque elle fut observée par Bayle, Sabatier, Sandifort, Mayer, Sœmmering, Hildebrand, Bell, Portal, Burns, Barclay, Monro, Meckel, etc. La division prématurée de la brachiale se rencontre souvent des deux côtés. Heister, Monro, Meckel et d'autres l'ont observée. Les hommes de petite stature sont, d'après Tiedmann, sujets à cette variété. Cette division peut avoir lieu près de l'artère axillaire, ou dans un point quelconque de l'humérale. Cette disposition de la brachiale se rencontre sur quelques animaux; Cuvier l'a vue chez les didelphes; Tiedmann l'a rencontrée chez le simia capucina, chez le chien, le loup, et d'autres mammifères.

La connaissance de cette anomalie est d'une haute importance pour la pratique de certaines opérations. C'est ainsi que dans le cas de plaie de l'avant-bras ou de la main accompagnée d'hémorragie, la ligature de la brachiale étant pratiquée, cette ligature peut être insuffisante pour arrêter l'hémorragie, dans le cas de division prématurée de la brachiale. J'ai été témoin en 1837 d'un cas de ce genre. M. Danyau chargé à cette époque d'une partie du service chirurgical de l'Hôtel-Dieu fut appelé pour remédier à une hémorragie fournie par les artères de l'avant-bras. La ligature de la brachiale fut jugée nécessaire et pratiquée; mais l'hémorragie persistant, M. Danyau pensa qu'il pouvait y avoir division prématurée de la

---

ou moins d'excitation de la vie psychique, sur son expansion ou sa concentration, confond tous les types généralement reçus en France. La nature et l'étendue du désordre intellectuel n'entre qu'en troisième ligne, ce qui doit nécessairement amener une confusion dans le diagnostic.

Les premiers phénomènes qui fixent l'attention quand on observe les aliénés sont ceux qui proviennent des erreurs de perception et de jugement intimement liées aux diverses anomalies de la sensibilité. Nous croyons donc avec raison que le médecin de Schleswig s'est mépris en ne les plaçant pas en première ligne. Les inconvéniens de la classification du docteur Jessén sont encore plus saillans quand on examine le mode d'action des causes. Combien de fois n'observons-nous pas que des causes excitantes produisent une *dépression* et de la sensibilité et de la réaction, tandis que dans d'autres circonstances une vive excitation est le résultat de causes déprimantes. Il y a plus encore, chacun des genres établis par l'auteur réunit, suivant la définition qu'il en donne, des affections mentales tout à fait différentes. Il cite, sous le nom de manie, des cas où l'on reconnait évidemment tous les caractères de la monomanie ou de la lypémanie, tandis qu'il range dans la mélancolie des cas de manie. Quant à l'idiotie, à l'imbécillité et à la démence, l'auteur en fait un type commun composé ainsi d'élémens hétérogènes, que M. Esquirol a si bien différenciés. Ces réflexions nous démontrent que nous ne pouvons arriver à aucune comparaison sous le rapport de la fréquence des diverses formes du délire. Nous donnons toutefois les chiffres que contient le mémoire.

	Hommes.	Femmes.	Total.
Mélancolie.......	86	71	157
Manie...........	144	95	239
Démence.........	112	58	170

Le nombre des guérisons a été de 166, 92 hommes et 74 femmes, ce qui, pour ces quinze années, fait une moyenne de 1 sur 3, 41 ou 1 sur 3, 71 pour les hommes et 1 sur 3, 02 pour les femmes. La proportion des guérisons est en faveur de celles-ci, parce que le nombre des cas récens est plus grand parmi elles.

Le tableau suivant nous fait connaître la proportion des guérisons relativement à la durée de la maladie avant l'isolement.

Durée de la maladie au moment de l'admission dans l'asile.	Admis.		Guéris.	
	Homm.	Femm.	Homm.	Femm.
Moins d'un an....................	100	90	64	55
De 1 à 2 ans.....................	53	29	15	9
De 2 à 5 ans.....................	81	46	10	8
De 5 à 10 ans....................	55	30	3	2
De 10 ans et plus................	53	29	»	»
	1342	224	92	74

brachiale; il rechercha l'autre branche, la lia, et l'hémorragie fut arrêtée.

Dans les cas cas de division prémsturée de la brachiale, une branche occupe la position normale de l'artère; l'autre est placée plus superficiellement entre la peau et l'aponévrose.

M. Cruveilhier a fait voir, à la Société anatomique, un cas dans lequel une artère anormale se séparait de l'axillaire et occupait le trajet de la brachiale, au-dessus et en dedans du muscle brachial antérieur, au pli du bras, placée sous l'expansion aponévrotique du biceps, elle venait se jeter dans la radiale, quelques lignes au-dessous de l'origine de cette dernière. L'artère brachiale était située plus profondément qu'à l'ordinaire; elle passait sous le tendon du biceps, puis se bifurquait pour former la radiale et la cubitale, qui se comportaient comme dans l'état normal. Le même professeur fit voir également à la Société anatomique une pièce dans laquelle une artère anomale naissait de la partie la plus élevée de l'humérale, et venait s'ouvrir dans la cubitale, près de la naissance de cette dernière; elle était placée immédiatement sous l'aponévrose brachiale. L'artère humérale offrait sa disposition accoutumée.

C'est encore à M. Cruveilhier que nous sommes redevables de la connaissance d'une anomalie qui consiste en ce qu'une branche artérielle mince et longue établit une communication entre la partie supérieure de la brachiale et la cubitale; j'ai dernièrement rencontré un cas entièrement semblable.

La division prématurée de la brachiale n'est souvent due qu'à la naissance de la radiale qui provient de l'axillaire ou d'un point quelconque de l'humérale; c'est ce qu'ont noté Heister, Bochieri, Sœmmering, Meckel, Tiedmann, etc. Mais cette artère peut présenter des variétés dans son trajet, Portal et Burns ont signalé une disposition de la radiale telle, que cette artère se détournait vers le milieu du radius pour gagner la face dorsale de l'avant-bras; elle était placée au-dessus des muscles radiaux. Une petite artère naissant de la radiale en continuait le trajet. M. Chassignac a fait voir à la Société anatomique un cas dans lequel l'artère cubitale, au lieu de s'engager sous les muscles fixés à l'épitroclée, passait au-dessus de ces muscles, et restait sous-aponévrotique pendant la première partie de son trajet; plus loin, elle s'engageait sous le muscle palmaire grêle, dont elle croisait la direction pour se rendre à sa destination habituelle. Ludwig, Sabatier, Hildebrant, Mouro, Barclay, Meckel, Tiedmann, etc., ont vu l'artère inter-osseuse provenir de la brachiale; ces mêmes anatomistes ont également observé une inter-osseuse superficielle ou cubitale accessoire naître de la radiale et venir former à la main, dans un cas la totalité, dans un autre une partie seulement de l'arcade palmaire.

Voici encore une anomalie curieuse. Il s'agit d'une branche artérielle, naissant de la brachiale, 27 millimètres au dessus du pli du bras, qui s'anastomosait en haut avec la récurrente cubitale postérieure, et qui descendait accollée au nerf median, le long de la face antérieure de l'avant-bras jusqu'à sa partie inférieure, où elle se terminoit dans les tendons des muscles fléchisseurs.

Les arcades palmaires superficielle et profonde présentent un grand nombre de variétés dans leur disposition générale et dans les branches qu'elles fournissent; il est assez difficile de grouper ces variétés; mais leur étude offre peu d'intérêt quant à la pratique, ces diverses branches, dans l'état normal, ayant l'une avec l'autre de nombreuses et larges communications.

8° ANOMALIES DES BRANCHES, FOURNIES PAR L'AORTE THORACIQUE ET ABDOMINALE.

Quant aux artères viscérales qui proviennent de l'aorte, elles offrent beaucoup de variétés, non seulement sous le rapport de leur origine, mais encore relativement à leur capacité; et sous ce dernier point, les variétés peuvent être congéniales ou acquises. C'est ce que l'on observe pour les artères bronchiques, œsophagiennes, etc. Il en est de même des artères phréniques, sur les anomalies desquelles Haller a insisté. Les mêmes considérations s'appliquent aux artères des viscères abdominaux. Ici quelquefois une artère manque en totalité, et c'est l'artère voisine qui la remplace: c'est ainsi que Fleichman, disséquant le cadavre d'un enfant, ne vit aucune trace d'artère mésentérique inférieure; le colon gauche et le rectum recevaient leurs branches de la mésentérique supérieure.

7° ANOMALIES DE L'ARTÈRE HYPOGASTRIQUE.

Les artères que donne l'hypogastrique aux viscères renfermés dans la cavité du bassin présentent de nombreuses variétés relativement à leur origine, leur distribution s'écartant rarement de la disposition normale. Mais les anomalies que nous présente l'artère hypogastrique ne sont pas seulement relatives aux branches viscérales: l'obturatrice est souvent le siége de ces anomalies, et ici elles acquièrent un haut degré d'importance relativement aux opérations chirurgicales; en effet, dans les cas fréquens où l'artère obturatrice naît de l'épigastrique, le danger de la lésion de cette artère dans l'opération de la hernie varie selon le point d'où elle naît. Lorsqu'elle provient de l'épigastrique, à peu de distance de l'origine de cette dernière, elle se porte, en bas sans contourner l'anneau crural; quand elle provient d'un point assez élevé de cette même épigastrique, elle est à une trop grande distance de l'anneau crural pour pouvoir être lésée dans le débridement; mais lorsqu'elle naît d'un point intermédiaire à ces deux extrêmes, alors elle contourne l'anneau crural, et court grand risque d'être lésée dans le débridement. Presque tous les auteurs ont noté cette origine de l'obturatrice. M. Jules Cloquet, sur 250 sujets, a vu l'obturatrice naître de l'épigastrique 56 fois, 21 sur l'homme, 35 fois chez la femme. Dans 28 cas, l'obturatrice naissait de l'hypogastrique d'un côté et de l'épigastrique de l'autre, 15 fois sur des hommes et 13 fois sur des femmes.

Sur 30 sujets, Hesselbach vit l'obturatrice naître de l'épigastrique: 9 fois à droite et 10 à gauche.

Très rarement un rameau naissant de l'hypogastrique et un autre provenant de l'épigastrique se réunissent pour donner naissance à l'artère obturatrice. Portal en a cité un cas dans son ANATOMIE MÉDICALE.

Il est quelques cas dans lesquels l'épigastrique naît de l'obturatrice: Mouro dit en avoir observé un exemple (MORBID ANATOMY OF THE HUMAN GULLET, etc.); Hesselbach en cite également un cas.

Lieutaud, Sœmmering ont vu l'obturatrice naître de l'iliaque externe; Mouro, Burns, Tiedmann, l'ont vu naître de la fémorale.

L'artère honteuse interne présente quelquefois des anomalies dans sa distribution, et ces anomalies ont souvent de fâcheux résultats. Souvent, en effet, les hémorragies qui accompagnent les tailles périnéales sont

---

Les 190 individus mentionnés ci-dessus comme cas récens ont fourni les résultats suivans:

Guéris avant le 30 septembre...	64	55	127
— après cette époque.....	5	3	
Incurables sortis..............	9	11	34
— restés..............	7	7	
Décédés.......................	15	14	29
			190

La proportion des guérisons serait donc de 66,84 pour 100, dans les cas récens; nous voyons en outre quelle a été plus hâtive chez les femmes que chez les hommes. Le rapport annuel des guérisons aux admissions a varié de 1 sur 7 à 1 sur 2. En 1835 la population totale de l'année a été de 212, il n'y a eu que 11 guérisons.

Il y a eu 31 récidives, 10 dans la première année, 14 dans la seconde, 4 dans la troisième, 1 dans la cinquième et 1 dans les sixième et septième années.

Pendant ces quinze années, il n'y a eu que 104 décès dans l'asile de Schleswig, ce qui fait un rapport de 1 sur 5,40 ou 1 sur 4,95 pour les hommes, et 1 sur 6,40 pour les femmes; la mortalité a donc été moins fréquente parmi ces dernières. L'auteur ne nous faisant pas connaître la loi de mortalité des deux duchés, nous ne pouvons établir aucun rapprochement pour déterminer la mortalité relative des fous dans ce pays. Toutefois nous devons reconnaître que ces résultats sont bien plus avantageux que ceux obtenus dans les établissemens de France. Il est à regretter que l'auteur ne nous fasse pas connaître les circonstances auxquelles on peut les attribuer. Les principales causes de mort ont été l'apoplexie chez 26 hommes et 11 femmes, la paralysie générale chez 19 hommes et 8 femmes; une seule femme a mis elle-même fin à ses jours.

L'auteur termine son mémoire par cette conclusion:

« Mes observations et les nécropsies me portent à croire que la maladie mentale est à son origine une affection dynamique du cerveau, qui, au bout d'un certain temps, amène dans la substance de cet organe et dans ses membranes des changemens organiques et matériels qui produisent la démence. Quant aux altérations pathologiques des autres organes, si elles sont quelquefois causes de la maladie, elles sont le plus souvent la suite de l'affection cérébrale.

E. R.

— M. le docteur CIVIALE, de retour d'un voyage en Angleterre, vient de reprendre son service à l'hôpital Necker: il continuera ses opérations de lithotritie et ses conférences cliniques sur les maladies des voies urinaires tous les samedis à neuf heures.

dues à la lésion d'artères anomales fournies par la honteuse interne ; souvent même, c'est le tronc lui-même qui est lésé. Il n'est pas rare en effet de voir l'artère honteuse interne marcher sur la partie inférieure et latérale de la vessie, s'avancer à travers la partie supérieure de la prostate jusqu'à l'ischion, où elle court le risque d'être lésée lorsqu'on incise le sommet de la prostate.

8° ANOMALIES DES ARTÈRES DU MEMBRE INFÉRIEUR.

La division de la fémorale a quelquefois lieu très haut. Burns l'a vue trois fois se faire dans le bassin. Tiedmann l'a observée des deux côtés ; suivant cet anatomiste, ce genre d'anomalie se rencontre surtout chez les individus d'une petite stature.

M. Mercier a présenté à la Société anatomique une pièce sur laquelle l'artère fémorale profonde du côté gauche, naissant du bord antérieur de la crurale, à 6 lignes au-dessous du ligament de Fallope, se portait de là en dedans, croisait obliquement la veine, immédiatement au-dessus du point où elle reçoit la saphène et se portait en avant, en la contournant vers les parties profondes de la cuisse, où elle se distribuait comme à l'ordinaire.

Quelquefois la division de la poplitée en tibiale antérieure et tibiale postérieure fournissant la péronière a lieu plus haut que dans l'état normal. Ramsay a vu dans un cas de bifurcation prématurée de la poplitée la tibiale antérieure passer entre le muscle poplité et la face postérieure du tibia.

Il arrive quelquefois que la tibiale antérieure manque vers la partie inférieure de la jambe ; dans ce cas, la pédieuse est formée par la péronière, plus rarement par la tibiale postérieure. Dans ce dernier cas, qui est très rare, la péronière s'étend bien plus loin que de coutume à la plante du pied, et fournit la plantaire interne et la plantaire externe. Meckel cite un cas de ce genre.

Ainsi qu'on a pu le voir, il y a une grande différence sous le rapport des anomalies artérielles, entre la moitié supérieure et la moitié inférieure du système artériel. Ces anomalies sont remarquables par leur fréquence dans toute la moitié supérieure ; elles sont de beaucoup moins nombreuses dans l'autre moitié. A quoi tient cette différence ? Quelles sont les circonstances qui influent sur l'apparition de ces anomalies ? Quelles sont les lois qui les régissent ? Ce sont là autant de points de doctrine qu'il ne nous est point encore donné de connaître ; constatons les faits et sachons nous abstenir de toute hypothèse.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOTE SUR UNE MODIFICATION IMPORTANTE QU'ON OBSERVE DANS LE COURS DU RHUMATISME CHRONIQUE ; communiquée par M. le docteur GRIFOULIÈRE.

Dans certains rhumatismes chroniques, on voit les articulations malades éprouver, à une époque donnée, un surcroît de déformation et devenir noueuses et plus dures. La tuméfaction cesse alors d'appartenir aux seules parties molles engorgées de liquides morbides ; les extrémités osseuses elles-mêmes se gonflent, et les parties fibreuses se saturent d'une matière saline-concrète, semblable aux concrétions goutteuses. Ce phénomène s'accompagne d'une modification des urines, ce qui fait qu'elles charrient beaucoup plus d'acide urique qu'à l'état normal, au point d'en offrir des cristaux visibles à la simple inspection, au moment même où l'émission vient d'avoir lieu.

Ce fait important, qui jusqu'à ce moment est passé inaperçu, et que nous allons établir par des exemples multipliés, rend raison de certains résultats cliniques qui ont dès longtemps fixé l'attention de quelques praticiens, sans que personne ait encore cherché à s'en rendre raison.

Les symptômes du rhumatisme aigu et fébrile diffèrent en tant de points de ceux du rhumatisme chronique, que souvent on a voulu en faire deux ordres de maladies distincts. Nous ne saurions admettre cette dissociation. Comme dans les autres classes de maladies, et plus encore dans le rhumatisme, les états aigu et chronique n'établissent qu'une différence de formes, en laissant subsister le même fond. Toutefois, dans le premier de ces états, le travail pathologique est moins pur ; il est complexe, car à la fluxion rhumatismale s'associe ordinairement alors une réaction sanguine, quelquefois même si prédominante, que la maladie semble d'abord essentiellement inflammatoire. A l'état chronique, au contraire, le travail rhumatismal se montre plus franc et plus pur : il consiste dans une fluxion d'humeurs différentes de celles qu'appelle l'inflammation aiguë et même l'inflammation chronique.

Mais s'il survient, dans le rhumatisme chronique, les phénomènes que nous venons d'annoncer, la simplicité pathologique est de nouveau enfreinte et la maladie subit une complication d'un ordre nouveau : il se crée dans l'économie une modification générale par laquelle se forme une quantité insolite et morbide d'acide urique.

Nous nous hâtons de produire des faits.

OBS. I. — Une fille d'environ 16 ans, de race non goutteuse, était, depuis deux ans, en proie à un rhumatisme chronique qui avait affligé différentes parties. Depuis quelques mois, il n'y avait d'autres lésions locales qu'aux mains. Les doigts étaient dans une demi-flexion permanente ; les jointures en étaient noueuses et déformées ; il y avait encore des douleurs nocturnes.

Depuis le 25 juin 1840 jusqu'au 4 juillet suivant, que la malade a été soumise à notre observation, nous avons pu constater dans l'urine qu'elle venait de rendre immédiatement, des cristaux très apparens d'acide urique, partie suspendus, partie précipités. L'examen répété tous les jours, nous n'avons quelquefois pu rien apercevoir, soit que les cristaux manquassent réellement dans ces émissions, soit qu'ils y fussent à un trop grand état de division, pour être distingués autrement que par le microscope. Cependant la malade, soumise durant ce temps à l'usage soutenu des bains sulfureux et de la tisane de salsepareille, avait été soulagée. Mais, quand nous l'avons perdue de vue, elle conservait toujours ses nodosités et ses urines à cristaux.

On a ici un exemple de la transformation dont nous parlons. Un rhumatisme dure deux ans chez une jeune fille auparavant bien portante et nullement entachée de vice héréditaire. Au bout de ce temps, les lésions articulaires prennent une forme nouvelle, elles se durcissent, deviennent osseuses ; et, avec ce changement dans les phénomènes locaux apparaît dans l'urine un afflux d'acide urique, qui témoigne d'une modification générale. Cette fille est atteinte de goutte depuis quelques mois seulement, et les symptômes goutteux se prononcent chez elle seulement depuis lors. On ne saurait prendre ce fait comme une coïncidence fortuite de deux maladies existant indépendamment l'une de l'autre ; il y a une filiation manifeste. Il n'y avait pas de germe héréditaire, et la goutte acquise, qui est simple, ne se montre pas si prématurément : sans aucun doute, ici, elle est le résultat d'un rhumatisme antérieur ; car on ne peut pas soutenir non plus que la goutte est primitive, qu'elle a toujours été la seule et unique maladie existant deux ans auparavant comme aujourd'hui. Dans ces derniers temps seulement, des matières d'apparence concrète ont abordé aux articulations, et l'acide urique a afflué dans les urines.

OBS. II. — Un ouvrier, âgé de 55 ans, autrefois bien portant, est pris, à la fin de mars 1840, de premières douleurs, se montrant subitement dans les membres inférieurs, rendant la station impossible. Les jours suivans survient de la douleur avec gonflement dans les genoux, les coude-pieds et les poignets. Deux saignées de bras, pratiquées les premiers jours, la chaleur du lit prolongée, plusieurs bains tièdes, les boissons diaphorétiques, cinq douches de vapeur et un vésicatoire près du cœur, trouvé malade à l'auscultation, n'avaient pas encore amené grand soulagement le 26 juin (trois mois de maladie). Cet homme, toujours perclus dans son lit, avait les coude-pieds enflés, les mains impotentes, les jointures des doigts légèrement déformées, et un bruit de souffle au cœur, une toux avec expectoration muqueuse, datant des premiers temps de la maladie, et les pieds œdématiés. L'exaspération nocturne des douleurs persistait encore, et nous trouvions journellement, à la visite du matin, dans les urines que le malade venait de rendre, abondance de cristaux d'acide urique très apparens, lourds comme un sable rouge de médiocre finesse. Cet examen des urines ne fut suivi cette fois que pendant quinze jours. Par la continuation des douches de vapeur simple, des boissons diaphorétiques, de quelques linimens opiacés, la maladie s'amendait lentement, et, à la fin d'août, les douleurs avaient cessé, les lésions du cœur ne produisaient plus de trouble apparent, l'appétit était franc ; mais les genoux et les doigts restaient raides et les mains d'un usage très borné, quand nous avons, pour un temps, perdu de vue le malade, au cinquième mois de sa maladie.

Trois mois après (le 6 novembre 1840), nous l'avons revu. Ses douleurs étaient revenues dans les grandes articulations et dans celles des doigts ; ces dernières restaient toujours déformées, et les extrémités articulaires des phalanges semblaient prendre part au gonflement. Même impuissance des mouvemens des mains : le souffle au cœur persistait, et les pieds enflaient encore de temps à autre. Les urines présentaient toujours le même caractère. Pendant quinze jours encore, elles ont fait le sujet de nos investigations, et nous y avons constaté la même abondance de cristaux uriques que nous y avions trouvée antérieurement. Soumis à l'usage des bains de vapeur, le malade semblait en éprouver du soulagement dans les douleurs, qui toujours conservaient leurs exaspérations nocturnes. Il existait, du reste, toutes les apparences d'une bonne santé, et même un certain embonpoint avait été acquis depuis la première fois que nous avions vu le malade ; il était réel et joint à un coloris qui témoignait que ce n'était pas de la bouffissure.

Nous avons ici un exemple encore plus formel du fait pathologique que nous cherchons à mettre en évidence. Nous avons constaté longtemps l'afflux normal d'acide urique dans l'urine, à des époques diverses et éloignées, nous avons toujours trouvé une quantité notable de cris-

taux. Or, dans ses commencemens, la maladie était incontestablement un simple rhumatisme. La condition du sujet, les symptômes qu'il a présentés dans les premiers mois, la lésion du cœur qui s'est jointe à celle des articulations, dénotent un rhumatisme aigu. Plus tard, les petites articulations se sont déformées, les urines se sont chargées de cristaux d'acide urique, et alors la maladie est devenue plus rebelle; elle a résisté à la diaphorèse, ou n'y a obéi qu'en partie. Au sixième ou huitième mois, une transpiration itérativement excitée ramène une seconde fois du soulagement, mais elle n'influe pas sur les douleurs et sur l'engorgement élastique des parties molles. La partie goutteuse de la maladie demeure inattaquable par ce moyen, les congestions salino-terreuses restent les mêmes, et les urines témoignent que la même abondance d'acide urique subsiste toujours dans l'économie.

En éprouvant la modification, le rhumatisme n'est pas détruit par la nouvelle maladie; il subsiste toujours avec cette dernière, et le mal est alors devenu double; il présente une double indication. Il ne faut donc pas s'étonner si, la modification passant inaperçue et les méthodes thérapeutiques n'étant pas changées, la maladie se montre plus opiniâtre, plus longue, parfois interminable. Comme les précédens exemples, les suivans feront voir les difficultés d'arriver au but, tant qu'on néglige le double point de vue qu'on a alors à remplir.

Obs. III. — Une femme de 65 ans, vivant dans l'aisance et d'un notable embonpoint, ne connaissait dans sa famille aucun goutteux, si ce n'est un soupçon qui serait relatif à son grand père maternel. Elle-même avait, jusqu'à 62 ans, vécu exempte de douleurs. La première occupa la hanche gauche et fut de courte durée; six mois après, d'autres se montrèrent dans les grandes articulations et dans celles des mains. Depuis 3 ans, elles n'ont jamais abandonné les unes ou les autres, attaquant indifféremment les grandes et les petites. Mais jusqu'ici (1er août 1840), il ne s'était montré aucun gonflement osseux ni aucun symptôme de gravelle, de sable dans l'urine; la santé générale avait encore été peu dérangée, les occupations habituelles n'avaient pas été interrompues; il n'avait été employé que quelques sangsues et des bains de vapeur, qui avaient apporté du soulagement. Mais, il y a un mois que les douleurs s'exaspérant et l'appétit diminuant, la malade fut forcée de s'aliter; on eut recours à la salsepareille, aux bains sulfureux, à ceux de vapeur. Les derniers devinrent bientôt fatigans; les restes de l'appétit disparurent, la fièvre survint, la soif augmenta, et, malgré leur suspension et l'emploi soutenu des émolliens et de la diète, ces accidens se soutenaient le 8 août; avec douleurs épigastriques, dévoiement et ténesmes; des douleurs prononcées se ravivaient dans l'épaule droite, les genoux et les poignets; ces derniers étaient considérablement tuméfiés et présentaient une fluctuation manifeste; les doigts étaient gonflés et déformés; les têtes des phalanges semblaient augmentées de volume. On continuait les émolliens, quelques linimens opiacés et les narcotiques à l'intérieur.

Le 25 août, la fièvre s'éteint, les douleurs diminuent, les articulations de l'index et du médius de chaque main, avec le métacarpe, sont noueuses, et le gonflement offre la résistance de l'os. Au dévoiement ont succédé des coliques d'estomac, avec fréquens vomissemens; un bruit de souffle auparavant constaté à la région précordiale a disparu, et, pour la première fois, nous apercevons dans les urines de nombreux cristaux d'acide urique qui, les jours suivans, continuent à se montrer dans les urines à peine refroidies. Pendant une quinzaine de jours que nous pûmes encore suivre cette malade, nous observâmes plusieurs alternatives d'accidens intestinaux et de douleurs articulaires. C'est ainsi que, le 2 septembre, les symptômes du côté du ventre avaient cessé et les articulations étaient devenues plus douloureuses; le genou droit offrait une fluctuation manifeste; la fièvre s'était rallumée. Après une saignée de 250 grammes, dont le sang était couenneux, les douleurs articulaires diminuèrent; mais il parut de fortes coliques, avec déjections abondantes par haut et par bas, qui durèrent plusieurs jours. Le 8 septembre, elles avaient cessé; les deux genoux et les poignets restaient gonflés, fluctuans, peu douloureux; la malade pouvait marcher sans appui; et, à cette époque, nous l'avons perdue de vue.

Ce cas-ci nous semble un rhumatisme, dont la première origine remonte à trois ans, toujours continué depuis, et qui est actuellement reconnaissable encore par des traits non équivoques, par le gonflement des parties molles, les épanchemens synoviaux, les irruptions passagères sur le cœur et les intestins. Aucune induration ou concrétion saline ne s'était encore bien prononcée aux articulations souffrantes. Cependant, voilà que les articulations des doigts commencent à se pénétrer d'une matière nouvelle, et que des nodosités osseuses commencent à se former. De plus, l'acide urique passe déjà dans les urines à l'état de pureté, et en quantité morbide; ces deux signes nous démontrent la naissance d'une diathèse nouvelle, qui, dans la suite, doit amener, en se fortifiant, des déformations plus prononcées, des cristaux d'acide urique plus nombreux et plus apparens. La diathèse surajoutée aggravera la maladie primitive, qui déjà se montre rebelle au traitement ordinaire du rhumatisme simple, et ne doit plus obéir qu'à un traitement mixte, qui tiendra un compte égal des diathèses rhumatismale et goutteuse.

S'il est vrai que le rhumatisme puisse, à une certaine époque, éprouver un changement par lequel sont changés aussi et les désordres matériels et les indications, il importe grandement de signaler ce fait, pour que l'attention du praticien se tienne éveillée sur la naissance d'une modification pathologique, qui change le pronostic et le traitement. Or, deux phénomènes annoncent cette modification, et, outre leur valeur symptomatologique, ils nous éclairent, de plus, par leur réunion et leur coïncidence, sur un changement qui, en pareil cas, s'opère dans l'économie entière. Par l'un d'eux, les os et les parties fibreuses se saturent d'une matière concrète, qui augmente le volume des parties et la dureté extérieure. La rareté des analyses chimiques faites en pareille occasion laisserait du doute sur la qualité de la matière déposée, si les urines, venant alors à charrier une quantité anormale d'acide urique, ne nous avertissaient qu'ici il se passe le même phénomène que dans la goutte, et que, ce que l'analyse a déjà démontré pour cette dernière s'étendra aussi infailliblement au cas dont il s'agit. La modification rhumatismale que nous signalons est conséquemment, à nos yeux, la création d'une diathèse identique avec la goutte. Alors aussi les articulations se *nouent*, pour nous servir d'une expression vulgairement appliquée aux lésions des extrémités osseuses produites par un vice d'une autre espèce; mais les déformations se produisent ici par le dépôt de l'urate de soude. Cet urate est sans doute mêlé d'une proportion de matière animale coagulable plus grande que n'en trouva Fourcroy dans ses analyses, parce que, dans la goutte née de la manière que nous venons de décrire, l'élément rhumatismal primitif subsistant a souvent la prédominance, tandis que, dans la goutte primitive et exquise, les produits morbides prédominent en urates, quand ils n'en sont pas uniquement constitués.

Cependant, en pratique, il n'est pas toujours également facile d'apercevoir la présence de la diathèse nouvelle, et surtout il est quelquefois impossible d'indiquer le moment où elle commence à naître. Les deux symptômes, qui témoignent du fait, ne sont pas toujours également précoces, ni toujours également saillans. Si parfois il arrive que la modification urinaire se manifeste en même temps que les déformations osseuses, souvent aussi l'un quelconque des deux phénomènes peut se maintenir isolé pendant plus ou moins de temps. L'afflux d'acide urique dans l'urine peut devancer de loin le dépôt des urates dans les parties, bien plus souvent que lui être consécutif; mais dans cette circonstance il n'y aura guère lieu à hésitation; car la modification des urines peut seule fonder le jugement.

On sait, et nous en avons fourni de nombreux exemples, que tout rhumatisme, même simple, récent et aigu, fait aborder une plus grande quantité d'urates dans l'urine, et qu'assez souvent il y fait apparaître des cristaux libres d'acide urique pendant un jour ou un petit nombre de jours. Cette modification passagère est sans importance pratique; elle est sans signification connue, et ne doit pas être confondue avec celle que nous envisageons dans ce travail. Cette dernière est beaucoup plus rare; elle se montre à une période beaucoup plus avancée du rhumatisme, quand le mouvement fébrile est depuis longtemps dissipé, et qu'on voit, la maladie restant simple, l'acide urique diminuer dans l'urine au-dessous du degré normal, comme par une compensation de la dépense qui s'y en était faite d'abord. Dans le rhumatisme ordinaire, en effet, comme dans certaines autres maladies, l'urine prend sur la fin une densité au-dessous de la moyenne 1, 020 : elle devient pauvre en sels et en acide urique; tandis que lors de la modification pathologique que nous avons ici en vue, c'est l'inverse qui a lieu; l'excès d'acide urique est manifeste, il est permanent, et se trouve dans toutes ou la plupart des émissions journalières. Or, nous le répétons, ce symptôme est caractéristique; il suffit à lui seul pour démontrer que la maladie a déjà éprouvé une modification de nature, et que tôt ou tard elle produira d'autres effets, d'autres lésions articulaires. Mais, le plus souvent, en outre de ce signe, on peut constater le second phénomène, et dans le cours le plus ordinaire, le plus légitime des choses, les gonflemens osseux des articulations coïncident avec la modification de l'urine, ou même la précèdent d'un petit nombre de jours.

Ce n'est pas, tant s'en faut, dans tous les rhumatismes chroniques, que l'on observera la modification morbide dont nous parlons. Elle peut être considérée comme rare, proportions gardées, quoique un grand nombre de fois déjà nous ayons pu la constater, étant à portée de voir journellement une foule de rhumatisans. Nous avons rencontré beaucoup de rhumatismes des plus invétérés, où les deux phénomènes qui témoignent de la diathèse d'acide urique étaient complètement et constamment absens. Il nous a semblé que c'étaient les malades menant une vie dure et pénible, qui bravent les douleurs pour vaquer à leurs occupations journalières, qui restaient le plus souvent à l'abri de la diathèse d'acide urique. Chez eux, nous n'avons ordinairement trouvé rien que de rhumatismal, après un grand nombre d'années de souffrances, et entre autres faits, nous exposerons le suivant, comme plus propre à démontrer la puissance des habitudes de vie laborieuse pour enrayer la formation morbide d'acide urique; car le sujet, âgé de 70 ans, aurait dû être

atteint, de cette dernière diathèse, non pas seulement à cause de nombreux symptômes rhumatismaux sans cesse reproduits, mais aussi parce qu'il était de race essentiellement goutteuse.

Obs. IV. — Un homme de 70 ans, sans fortune, dont le père avait vécu dans l'aisance, mais s'était vu fréquemment tourmenté par la goutte, n'avait qu'un frère qui aussi était sujet à la même maladie, et en avait éprouvé plusieurs accès. Pour lui, il avait eu du rhumatisme apyrétique dès l'âge de 18 ans, et en avait dans le cours de la vie éprouvé de fréquens retours. Jamais, disait-il, il n'avait souffert dans les petites articulations; jamais les attaques n'avaient été semblables à celles de son père ou de son frère, dont il avait été témoin. Jamais les urines n'avaient été dérangées; il n'y avait jamais aperçu de gravelle ou de sable. Aucune jointure n'était ni n'avait été déformée.

Le 25 mai 1840, nouvelle attaque, dans laquelle nous trouvons, dès les premiers jours, les épaules, les coudes et les genoux gonflés, avec apyrexie complète, et intégrité des fonctions et de la santé générale. Alors nous examinons avec soin les urines pendant plusieurs jours consécutifs, et jamais nous n'y apercevons aucuns cristaux d'acide urique, que nous puissions du moins saisir à la simple vue. Elles avaient une transparence et une couleur normales; cette dernière était peu foncée : elles ne furent jamais jumenteuses. Sans autres moyens que la chaleur du lit et quelques cataplasmes chauds maintenus sur les jointures douloureuses, en trois semaines tous les symptômes étaient effacés, plus de douleurs dans les jointures, qui conservaient les formes normales; et dans la convalescence on ne retrouvait pas dans l'urine plus de cristaux d'acide urique que pendant la maladie.

La propriété de transmission par voie héréditaire n'est généralement pas contestée dans la goutte. Dans le fait que nous venons de relater, cette propriété souffre comme on voit une exception, moins réelle cependant qu'apparente. Il est certain que les attaques diverses que cet homme a éprouvées se présentent avec les caractères du rhumatisme et non de la goutte. Cela résulte de la forme de chaque accès, de la succession de tous, et de l'absence soutenue de tout signe d'une création anormale d'acide urique. Cet homme a été dans des conditions sociales toutes différentes de ses parens goutteux. Peut-être même que ces derniers n'avaient pas eu la goute pure et simple, qui est plus rare, mais la goutte rhumatismale ou une réunion de goutte et de rhumatisme, maladie qui est bien plus fréquente, et dans cette supposition, le double germe transmis n'a pu être qu'en partie détruit par le changement de position hygiénique; position qui, d'autre part, nous semble avoir maintenu à son état de simplicité le rhumatisme, en s'opposant sans cesse à ce que ce dernier produisît, dans ce cas, la goutte, malgré son prolongement, en s'opposant en un mot à la renaissance d'une maladie que d'abord elle avait eu le pouvoir d'étouffer. Par le fait ci-dessus se trouve sanctionnée déjà l'opinion vulgaire depuis longtemps en vogue que la vie laborieuse a, sur la guérison et la prophylaxie de la goutte, l'influence la plus prononcée. C'est pourquoi le rhumatisme enraciné, qui s'observe plus souvent dans la classe laborieuse de la société, peut moins souvent enfanter la diathèse goutteuse.

Remarquons ici ces deux traits de relation entre la goutte et le rhumatisme, qu'il est étrange et bizarre de voir associés : d'un côté, ces deux maladies semblent analogues, identiques; elles s'enfantent l'une l'autre; de l'autre côté, on aperçoit entre leurs causes les plus ordinaires, non seulement de la différence, mais encore l'opposition la plus formelle; et partant, leurs traitemens respectifs se trouvent tout aussi disparates, ce qui guérit l'une ayant souvent le pouvoir de provoquer l'autre.

La propriété bien avérée qu'a le rhumatisme de produire la diathèse d'acide urique est un fait pathologique qui, quoique non articulé jusqu'ici, paraît cependant avoir été dès longtemps entrevu par les praticiens sages. Ces derniers s'abandonnant à leur instinct médical ont, à une certaine époque de la durée du rhumatisme, placé de côté un traitement auquel dorénavant ils ne trouvaient plus d'efficacité. La médication diaphorétique qui leur réussissait, en général, contre le rhumatisme simple, et plus promptement contre le rhumatisme récent et aigu, ne leur montrait plus que de l'insuffisance contre certains rhumatismes anciens qui avaient dégénéré. Luttant alors contre les obstacles, et animés du désir de la guérison, ils sont arrivés par des tâtonnemens et des essais empiriques divers aux diurétiques qu'ils ont reconnus les plus propres à atteindre le but. Or si, partant de cette découverte thérapeutique, les auteurs ont, dans la suite, proclamé les diurétiques contre les rhumatismes, c'est à nos yeux un paradoxe qui a tiré sa source de ce qu'on a confondu des cas essentiellement distincts qui se présentaient avec une certaine apparence de similitude extérieure. Ce n'est que quand la maladie a subi la modification dont nous parlons, quand elle a engendré la diathèse morbide d'acide urique, que le mouvement de la diurèse a sur elle un effet réel prononcé qui, toutefois, n'est le plus souvent que palliatif. Tant que la maladie conserve sa nature première, qu'elle demeure vierge, elle ne reconnaît de médication efficace que celle qui tend à pousser à l'extérieur le produit morbide au moyen de l'exhalation cutanée. Les reins ne sont pas destinés à éliminer la matière rhumatismale; ils sont l'égout de la matière goutteuse.

Observation relative a un cas d'empoisonnement par le deutochlorure de mercure; communiquée par M. le docteur Vautier, de Caen.

Obs. — G., âgé de 68 ans, d'une constitution moyenne, avait exercé pendant 36 ans la profession d'imprimeur, lorsqu'il y a deux ans, il fut tout-à-fait privé de son travail ordinaire et renvoyé chez lui. Ce changement de vie affecta vivement G., qui devint d'une tristesse profonde. Depuis quelque temps, il avait manifesté plusieurs fois le désir d'attenter à ses jours, mais ses parens étaient toujours parvenus à le détourner de ce projet, lorsque, le 20 novembre dernier, se trouvant seul chez lui, il résolut de s'empoisonner. Il prit, dans ce but, environ deux grammes de deutochlorure de mercure. Ses parens étant rentrés une demi-heure après, G. se plaignit d'une vive cuisson à la gorge et d'une douleur brûlante à l'estomac; puis il eut un vomissement. Pressé par ses parens, très inquiets de ce qu'il pouvait avoir, il leur dit qu'il venait de s'empoisonner. Ceux-ci accourent chez moi, et lorsque j'arrivai auprès du malade, je le trouvai dans l'état suivant : la face était d'une pâleur extrême; les traits, tirés, exprimaient l'anxiété et la souffrance; les membres, froids, étaient agités de tremblemens presque continuels; le pouls, petit, serré, présentait quelques intermittences. Le malade changeait souvent de position et se plaignait d'une douleur vive à la gorge et à l'estomac. Les matières qu'il venait de vomir se composaient d'un liquide légèrement blanchâtre, filant comme de l'albumine et mêlé de débris de fruits.

Je questionnai vivement le malade pour savoir quel poison il avait pris; ce fut inutile, je ne pus rien obtenir. Je voulu l'obliger à boire de l'eau chaude, il s'y refusa d'abord; mais l'ayant menacé de lui introduire une sonde par le nez, il céda. Lorsqu'il eut avalé deux verres d'eau je lui introduisit le doigt dans la bouche, ce qui détermina sur le champ de nombreux vomissemens dans lesquels le malade rejeta une assez grande quantité de liquide incolore, ayant encore l'aspect de l'albumine. Aussitôt que les vomissemens eurent cessé, je lui fis avaler de nouveau deux verres d'eau qu'il rejeta sur le champ. Je lui fis passer ainsi dans l'estomac quatre litre d'eau tiède en une heure; chaque fois que je lui en faisais boire deux verres il les vomissait aussitôt.

Désirant savoir à quel poison j'avais affaire, j'essayai la matière des vomissemens avec quelques réactifs chimiques; j'obtins un précipité blanc par le nitrate d'argent et un précipité jaune rougeâtre par la potasse. Ces caractères, joints aux symptômes que j'avais observés, me firent penser que j'avais affaire au deutochlorure de mercure.

Je questionnai de nouveau le malade qui finit par m'avouer qu'il avait pris gros comme une noisette de sublimé corrosif, qu'il avait broyé et enveloppé dans une poire bien mûre. Je délayai six blancs d'œufs dans un litre d'eau, et j'en fis prendre quatre verres au malade. Les deux premiers verres furent rejetés, mais il garda aisément les deux derniers.

Pensant que tout ce qu'il y avait en de poison ingéré avait dû être rejeté dans les nombreux vomissemens qui avaient eu lieu, et le malade étant d'ailleurs dans un état de faiblesse extrême, je ne crus pas devoir exciter davantage les vomissemens, je le laissai tranquille et lui prescrivis une forte décoction d'orge à prendre dans la journée.

Le soir, le pouls avait repris un peu plus de force, 75 pulsations. La face était encore pâle, mais les traits étaient moins tirés; la douleur de la gorge avait un peu diminué; celle de l'estomac était toujours très vive. Je fis continuer l'eau d'orge et mettre un cataplasme sur la région épigastrique.

Le 21, la pâleur de la face avait disparu, les traits avaient repris leur expression normale. Le pouls, large et souple, donnait 72 pulsations. La douleur de la gorge était moins vive; celle de l'estomac n'avait pas notablement diminué. La langue était couverte d'un enduit épais, grisâtre.

Même traitement; diète.

Le 22, la douleur de la gorge allait toujours diminuant; celle de l'estomac était également moins vive; le pouls était souple et donnait 70 pulsations.

Même traitement.

Le 23, l'état du malade continuait à s'améliorer. Je permis deux potages.

Le 24, les alimens avaient été bien supportés et n'avaient occasioné ni nausées, ni envies de vomir; la douleur d'estomac diminuait toujours.

A dater de cette époque, le malade alla toujours de mieux en mieux. Le 30 novembre, dix jours après l'accident, la douleur d'estomac avait presque entièrement disparu, et G. avait, à peu de chose près, repris sa nourriture ordinaire. Aujourd'hui il est parfaitement guéri.

Cette observation m'a semblé digne d'intérêt à cause du peu d'accidens qui ont résulté de l'ingestion dans l'estomac d'une dose aussi considérable de sublimé. En effet, la dose était énorme, G. en avait pris au moins 2 grammes, quand quelques décigrammes suffisent pour déterminer les accidens les plus graves et même la mort. Pourquoi donc dans ce cas le sublimé corrosif n'a-t-il pas produit ses effets ordinaires? Cela tient sans aucun doute à la forme sous laquelle il a été pris. En effet, ingéré en poudre, aussitôt que quelques parcelles de ce corps se sont trouvées en contact avec l'estomac, le premier effet qui en est résulté a été une cautérisation profonde; l'estomac vivement irrité s'est contracté, et le poison a dû être rejeté (en partie du moins) avant que l'absorption ait pu avoir lieu; les vomissemens subséquens ont achevé le reste. Tout le monde comprend que les choses se seraient passées tout autrement, si le deuto-

chlorure de mercure avait été dissous, à quelque degré qu'eût été sa dissolution.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 21 FÉVRIER.

TRAITEMENT DES ANÉVRISMES DU COEUR.

M. Larrey lit un mémoire sur les anévrismes du cœur. Dans un précédent travail, il avait déjà établi que cette maladie n'est point incurable lorsqu'on la traite avant qu'elle soit parvenue à sa dernière période. Les moyens que l'auteur met en usage sont les ventouses scarifiées sur l'hypocondre gauche et sur la région dorsale, pour les remplacer ensuite par des moxas; les saignées générales, les applications de glace, employées surtout au début, les délayans, les antispasmodiques, convenablement administrés, concourent aussi au succès. Le moxa, suivant M. Larrey, possède une propriété excitante, dont les effets, se propageant jusqu'au cœur, contribuent puissamment à rendre les parois affaiblies de cet organe à leur état primitif. Et, ce qu'il y a de remarquable, c'est que la glace agit précisément dans le même sens.

A l'appui de ces principes, M. Larrey rapporte les observations de quatre femmes, qu'il présente à l'Académie. Elles étaient toutes affectées d'anévrisme du cœur, et chez plusieurs d'elles, la maladie avait déjà pris un degré d'intensité alarmant. L'une d'elles a eu 50 moxas et une centaine de ventouses scarifiées.

COLORATION DES OS PAR LA GARANCE.

M. Serres, après avoir rappelé qu'il avait déposé, dès le mois de février 1840 et janvier 1841, des paquets cachetés contenant l'exposé de ses nouvelles expériences sur cette question, dit qu'il a dû se décider à leur donner de la publicité, à cause des communications récentes et nombreuses que l'Académie a reçues relativement à ce sujet. Il demande qu'on veuille bien lui permettre de faire lire par M. Doyère le résumé des recherches auxquelles il s'est livré pour déterminer le mode d'action de la garance dans le phénomène de la coloration des os.

M. Doyère lit un travail ayant pour titre : Exposé de quelques faits relatifs a la coloration des os chez les animaux soumis au régime de la garance.

Malgré les nombreux travaux publiés sur cette question, dit M. Doyère, il y avait un moyen d'exploration, le microscope, qu'on n'avait pas assez employé; c'était donc une voie ouverte à de nouvelles investigations, et nous avons pris pour tâche de combler cette lacune. Et d'abord, établissons que les os ne sont pas les seules parties du corps qui rougissent par l'ingestion de la garance; les aponévroses, les membranes séreuses, le tissu cellulaire sous-cutané, le foie, la bile elle-même, etc., changent de couleur, la substance du cerveau et les cartilages étant les seules parties qui restent sans altération. Mais ce qu'il y a de particulier dans les os, c'est que la coloration y est fixe, tandis que dans les autres tissus elle est mobile et peut être détruite par le lavage. Cette propriété du système osseux tient à la présence du phosphate de chaux qui, étant un sel basique, forme, en se combinant avec la matière colorante de la garance, un de ces principes neutres qu'on a appelés *laques*. Cette combinaison des deux substances donne les mêmes résultats lorsqu'on répète l'expérience en les mettant directement en contact l'une avec l'autre. Après ces données préliminaires nous allons formuler en quelques propositions ce qui ressort de nos expériences.

Propos. I. — Sans être située uniquement à l'extérieur du tissu osseux, la couleur rouge produite par la garance n'y pénètre néanmoins que si superficiellement que cette circonstance enlève au phénomène toute son importance physiologique.

Cette proposition semblera peut-être contestable; mais on peut cependant en constater la justesse d'une manière directe. En examinant au microscope des os rougis par l'action de la garance, on s'aperçoit que la couleur du tissu, loin de résulter d'une teinte générale de toutes les molécules, n'existe qu'à la couche la plus superficielle, qu'à la surface interne des canalicules qui servent à loger les ramifications artérielles. Tout le monde connaît les corpuscules osseux; Malpighi, Redius, etc., en ont donné la description : or, nous avons établi depuis longtemps que ces prétendus corpuscules osseux ne sont qu'un ensemble de conduits, qu'un réseau de lignes très déliées contenant un liquide qui sert sans doute à la nutrition, bien qu'on ne puisse pas dire que son cours a un rapport quelconque avec la circulation sanguine.

La coloration rouge qui s'empare de la paroi des canalicules vasculaires ne s'étend pas à plus de 2 millimètres au-delà de leur surface interne; et comme la partie de tissu osseux intermédiaire à deux de ces canaux est plus large au moins du double, on voit que la portion blanche l'emporte en étendue sur celle qui se colore; de sorte qu'il faut réformer sur ce point le langage scientifique et ne plus dire que la coloration rouge envahit toute la profondeur de l'os.

Propos. II. — La coloration des os par la garance est un phénomène de teinture. Il serait difficile d'apporter ici une preuve matérielle; et l'on ne peut guère s'appuyer que sur l'analogie et les expériences. Voici celles que nous avons pratiquées dans ce but.

Expér. I. — Un fragment d'os plongé dans une décoction de garance acquiert une coloration aussi marquée que si on l'avait pris sur le squelette d'un animal nourri avec cette substance.

Expér. II. — Un animal étant soumis au régime de la garance, nous avons enfoncé dans ses chairs des esquilles d'os, et lorsque nous les avons retirées au bout d'un certain temps, elles offraient la couleur rouge caractéristique.

Expér. III. — En injectant dans les artères d'un animal récemment mort une préparation de garance, on peut donner à tous les os une coloration rouge aussi prononcée que s'il avait été alimenté avec la garance. Nous mettons sous les yeux de l'Académie le squelette d'un enfant sur lequel cette injection a produit une teinte absolument semblable à celle qui existait sur les os d'un chien nourri pendant 17 jours avec la substance elle-même.

Expér. IV. — Nous avons dépouillé un os long de son périoste, et, après avoir bien rugíné sa surface, nous avons soumis l'animal resté vivant au régime de la garance. L'os dénudé s'est coloré comme les autres; et la nuance y était tout aussi forte que dans aucune partie du squelette.

Nous allons maintenant chercher à déterminer la marche générale que suit la coloration dans le tissu compacte, et voir si ces recherches ne pourront point nous conduire à quelques résultats dignes d'attention.

Jusqu'ici les expérimentateurs disaient que, dans le tissu compacte, la coloration de la garance va en décroissant de l'extérieur à l'intérieur; mais cette idée doit être modifiée, car, s'il en était ainsi, il faudrait que, dans tous les cas, la surface extérieure de l'os présentât partout une teinte rouge sans aucune discontinuité. Or cela n'est pas, et l'expérience prouve, au contraire, que, dans les os ainsi colorés, il existe généralement à la partie moyenne de la diaphyse une zône plus ou moins étendue de la surface externe où la teinte reste presque blanche. On peut très bien constater ce phénomène sur le fémur et le cubitus que nous présentons à l'Académie.

Propos. III. — Loin d'être un agent de la coloration, le périoste constitue au contraire un obstacle à sa production en empêchant la surface de l'os d'être en contact avec la matière colorante. Pour le prouver nous avons dépouillé le fémur d'un pigeon de son périoste, excepté dans une zône très peu étendue; puis nous avons alimenté l'animal avec la garance pendant vingt-quatre heures, et en examinant ensuite l'os ainsi préparé, il a été facile de voir que la rondelle où le périoste avait été respecté était demeurée blanche, quoiqu'elle fût très mince, et qu'elle eut fort bien pu se pénétrer par imbibition du principe colorant qu'avait reçu l'os dans son voisinage.

Propos. IV. — Le système nutritif des os provient d'une double source, de la moelle et du périoste; à partir de chacun de ses points, les vaisseaux suivent une direction opposée; ainsi ceux qui viennent de la moelle vont du centre à la périphérie, ceux qui émanent du périoste, se dirigent au contraire de l'extérieur de l'os vers son centre. Ce fait peut expliquer le défaut de coloration qu'on observe sur la partie moyenne de l'os; car on conçoit parfaitement que là où les deux systèmes capillaires se rencontrent, le sang, privé déjà des élémens de coloration qu'il contenait, et subissant en outre une sorte de stagnation, n'ait plus la même puissance pour produire la coloration.

Nous avons dit qu'une portion d'os privée de son périoste se colore comme si de rien n'était; ajoutons maintenant que dans ces cas la couche interne de cet étui osseux, celle qui répond au point où on a enlevé le périoste, offre une coloration plus vive qu'aucune autre partie du squelette. Et cela se comprend encore très bien, d'après l'explication précédente; car en ôtant le périoste on a tari une des sources de la nutrition; et le courant sanguin provenant de la moelle n'étant plus arrêté par celui qui part des vaisseaux périostiques, le sang coule en liberté et dépose plus abondamment sur son passage la matière colorante qu'il tient en dissolution.

D'après toutes ces expériences, nous nous croyons autorisés à avancer que le résultat de la combinaison du phosphate calcaire avec la garance est un produit insoluble. Mais ce principe ne demeure pas pour cela en permanence dans l'os, et lorsque l'alimentation par la garance étant suspendue, la décoloration s'opère, il s'en sépare très facilement, et il n'est pas nécessaire pour que ce phénomène ait lieu que la matière osseuse elle-même soit résorbée.

Nous nous sommes surtout attachés dans cette étude à séparer les phénomènes d'accroissement des os d'avec ceux qui touchent à leur nutrition. Dans le but de bien distinguer ces deux fonctions, nous avons soumis un jeune pigeon à l'usage de la garance, puis, nous lui avons amputé l'aile gauche qui a été conservée. A partir de ce moment, nous avons pris soin qu'aucun aliment colorant ne lui fût donné, et après dix mois on lui a coupé l'aile droite; or elle a présenté exactement la même coloration que celle qui avait été précédemment enlevée. La décomposition de l'os molécule par molécule, dont parlent tous les physiologistes, n'avait donc pas eu lieu dans ce cas. La coloration des os par la garance est donc un fait tout clinique, un phénomène de teinture.

Les conclusions de notre travail, au point de vue physiologique, sont que les systèmes capillaires des os ne sont le siége que d'un mouvement circulatoire faible et obscur.

En ce qui concerne la nutrition, nous croyons avoir prouvé que cet échange, cette substitution continuelle d'une molécule nouvelle à une molécule ancienne, que tant d'auteurs ont admise, n'est point une condition inséparablement liée à l'existence des tissus vivans.

M. Flourens : Je ne suis pas nommé dans le mémoire que M. Serres vient de faire lire, et cependant il sera évident pour tout le monde que notre collègue ne s'y est proposé d'autre but que de contrôler les expériences dont je me suis occupé depuis plusieurs années, relativement à cette question. Quoique j'aie consacré beaucoup de temps à ces études, je ne crois pas être infaillible; je pousse même si loin cette défiance à l'égard de mes propres recherches, que je suis toujours disposé à croire que c'est moi qui me suis trompé. Mais, souvent aussi, en appliquant aux autres cette même manière de juger, je m'aperçois que ce sont eux qui sont dans l'erreur, malgré la forme affirmative et tranchée sous laquelle ils énoncent leurs principes.

La question soulevée par M. Serres se compose de deux parties bien distinctes, la question de teinture des os et la question physiologique.

Quant à la première, elle est tout à fait du ressort de la chimie; je ne m'y arrêterai donc pas maintenant; j'avais entrepris sur ce point, de concert avec M. Robiquet, des expériences que je continue encore aujourd'hui.

Quant à la partie physiologique de la question, je me suis servi de la garance pour prouver que les molécules osseuses qu'on trouve rougies par cet agent sont l'effet d'une déposition récente dans les tissus, tandis que les anciennes ont été reprises par l'absorption. Je maintiens sur ce point toutes mes assertions : j'ai déjà appliqué la même théorie à la nutrition des parties molles, et je m'applique à l'éclairer de plus en plus par des expériences que je poursuis en ce moment.

On a dit aussi que la coloration par la garance n'attaque pas la profondeur des os. Mais, à cet égard, je ne crains pas de dire qu'on ne m'a pas compris. Je n'ai jamais affirmé que la coloration s'étend à toute la profondeur du tissu osseux, et, avant de réfuter mes paroles, on aurait dû chercher à bien en saisir le sens.

Je me borne, pour le moment, à ces observations. Lorsque j'aurai lu le mémoire de M. Serres, je répondrai en détail à chacun des argumens qu'il renferme, et j'espère alors faire voir qu'il n'y a pas une de ses propositions qui ne puisse être contestée.

M. Serres : Je commencerai par la question étrangère à la science que M. Flourens veut introduire ici. Ce n'est pas, comme il le suppose, uniquement dans le but d'attaquer ses travaux que j'ai fait mes expériences. Celles que je présente aujourd'hui à l'Académie ne sont que la suite des recherches que j'ai publiées il y a plus de vingt ans, et je ne pense pas que M. Flourens ignore les résultats auxquels j'étais déjà arrivé à cette époque sur le développement des os.

M. Flourens vient de dire qu'il a commencé une série d'expériences sur la coloration des parties molles par la garance. Eh bien ! nous sommes absolument dans la même position à cet égard, M. Flourens et moi. Je me livre aussi depuis longtemps à des recherches sur ce point, et j'aurai l'honneur d'en présenter le résultat à l'Académie dans une des prochaines séances. Je ne craindrai point alors d'appeler sur mon travail l'examen et la discussion, et je m'étonne de la susceptibilité extrême que M. Flourens montre à ce propos. Quand on a vu les opinions des Poisson et des Laplace combattues dans cette enceinte, je ne comprends pas pourquoi l'on voudrait me contester le droit d'examiner les doctrines qu'on avance, et de repousser ce qui ne me paraît pas fondé.

Arrivant maintenant à la question scientifique, je dirai d'abord que la première chose à faire était de déterminer si le principe colorant de la garance existait dans le sang, puis de rechercher si les os sont les seuls tissus qui en subissent l'influence. M. Serres revient ici sur les principaux points traités dans le mémoire qui précède ; après quoi, il termine ainsi : Il est évident, d'après ce résumé rapide, que c'était là une question fondamentale de science, et, à raison de mes travaux antérieurs sur cette matière, c'était réellement mon devoir d'examiner les applications qu'on avait récemment avancées sur ce phénomène de coloration des os, et de chercher si je ne parviendrais pas à en donner une meilleure solution.

M. Flourens : Je n'ai pas vu dans ce que vient de lire M. Serres un seul argument nouveau à l'appui de son système. Il a seulement rappelé que Haller et son élève Detleef avaient déjà élevé des objections contre la manière de voir de Duhamel. Mais j'ai tenu compte de ces objections dans mon travail, et je crois avoir établi par des faits que l'opinion de Duhamel est la seule conforme à la vérité et que ses explications resteront dans la science. C'est que Duhamel était un homme laborieux, un observateur patient et scrupuleux qui n'affirmait que ce qu'il avait vu, tandis que ses antagonistes n'écrivaient que pour contredire.

M. Serres parle de ses travaux sur l'influence que le développement du système sanguin exerce sur la formation des os. Ce n'est pas là une idée nouvelle ; partout elle est admise et professée. Maintenant on veut contester l'existence de ce renouvellement continuel des molécules dans les tissus vivans, de ce tourbillon qui constitue l'acte de la nutrition. Aux expériences que j'ai faites pour en montrer la réalité, on m'oppose une aile de pigeon qu'on a coupée..... Je dis que cet exemple isolé ne signifie rien : contre un fait exceptionnel je possède des faits contraires par milliers. Et quant à celui-ci même, j'en donnerai facilement l'explication en rappelant qu'il y a des momens où la nutrition languit, où le mouvement d'abord et de départ des molécules reste à peu près suspendu.

M. Serres : Je n'ai qu'un mot à dire : je remercie d'abord M. Flourens d'avoir mis de côté, dans cette réponse, la question de personnes. Quant aux faits qu'il promet de nous exposer à l'avenir, j'en entendrai la communication avec beaucoup d'intérêt ; tout ce que je puis faire, en attendant, c'est de m'engager aussi, de mon côté, à prouver la vérité des résultats que j'ai annoncés aujourd'hui.

EFFETS GALVANIQUES OBSERVÉS CHEZ LES ANIMAUX A SANG CHAUD.

M. Dumas fait part à l'Académie d'une lettre de M. Barthélemy, dans laquelle il est annoncé qu'on a observé, sur des animaux à sang chaud, le même phénomène que Galvani avait vu sur des grenouilles. En touchant avec un arc métallique d'un côté le nerf crural, et de l'autre les muscles, M. Matteucci a obtenu des mouvemens, et a pu constater qu'il se produisait alors un courant très prononcé.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 22 FÉVRIER. — PRÉSIDENCE DE M. FOUQUIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

CONCOURS POUR UNE CHAIRE DE CLINIQUE EXTERNE.

M. le doyen de la Faculté de médecine de Paris écrit à l'Académie pour la prévenir que le concours pour une chaire de clinique externe doit s'ouvrir le 17 mars ; il demande que l'Académie désigne les cinq membres qui, d'après le réglement, devront faire partie du jury, quatre comme juges et un en qualité de suppléant.

Ces cinq membres devant être choisis dans les sections de pathologie chirurgicale, de médecine opératoire et d'accouchemens, ces trois sections auront à faire dans leur sein la nomination des juges et du suppléant.

PLACE VACANTE A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

M. le président informe l'Académie que, par suite du décès de Richerand, d'Alibert et de Biett, il y a une place vacante dans l'Académie. En conséquence, une commission sera nommée dans la prochaine séance pour décider dans quelle section devra avoir lieu le remplacement.

CARUS PROLONGÉ.

M. Castel rend compte d'une observation de carus, adressée à l'Académie par M. le docteur Joseph de Cigalla, président de la commission sanitaire de l'île de Santorin. Après la description de la maladie, il continue ainsi :

Les cas rares sont, dans la médecine, ce que les causes célèbres sont dans la jurisprudence : ils piquent la curiosité, ils sont un aiguillon pour les esprits investigateurs. L'observation recueillie par le docteur Cigalla ne doit point trouver place dans cette catégorie. Toutefois, elle n'est pas dépourvue d'intérêt. Outre qu'ici le carus est idiopathique et sans complication manifeste, la fréquence de ses accès, la persistance avec laquelle ils se sont répétés depuis dix ans, sans être suivis d'apoplexie, ni de paralysie, sont deux circonstances qui lui donnent un caractère particulier, et qui semblent autoriser à le regarder comme un intermédiaire entre l'épilepsie et le carus ordinaire, tenant à l'une par la fréquence des accès, et à l'autre par leur durée. Celui-là serait très peu avancé dans la connaissance de l'organisme, qui ne verrait dans l'épilepsie qu'une exaltation, et dans le carus qu'une diminution de la sensibilité.

Que de variétés dans le trouble, dans l'interrègne de la vie de relation ! Chacune a reçu un nom. Ce luxe de dénominations, qui aujourd'hui est poussé jusqu'à un néologisme barbare, a plus d'une fois ébloui les médecins, au point de leur faire adopter des distinctions chimériques, et de leur cacher des analogies réelles ; il n'en a pas toujours été ainsi. Les médecins versés dans la pratique ont reconnu que les affections désignées sous les noms de vertige, d'épilepsie, de côma, de carus, de léthargie, d'apoplexie, étaient liées par une étroite connexité dans leurs phénomènes et surtout dans leurs causes. Pour les comprendre, il suffit d'une juste appréciation des attributions du cerveau. Bellini, Boerhaave et beaucoup d'autres ont enregistré le carus comme une modification, comme le premier degré de l'apoplexie. « Le vertige, dit Morgagni, se change en épilepsie; à leur tour, le vertige et l'épilepsie dégénèrent en affections soporeuses et en apoplexie. » Cette dégénération peut avoir lieu sans qu'il se soit formé de nouvelles tumeurs, de nouvelles congestions, mais par l'accroissement des unes ou des autres : par ces données, on expliquera pourquoi les affections soporeuses se changent en apoplexie, d'autant plus facilement que le sujet est d'un âge plus avancé ; pourquoi leurs attaques sont plus fréquentes lorsque l'air manque d'élasticité; pourquoi une fracture du crâne ou une commotion qui, dans les premiers jours, n'a produit aucun symptôme sinistre, produit plus tard la paralysie et l'apoplexie, par les envahissemens de l'inflammation ou le relâchement des vaisseaux ; rarement le carus précède la paralysie.

Dans cette série d'affections, le genre ou l'espèce résulte, non de la nature de l'agent qui comprime, mais du degré de pression qu'il exerce et du lieu qu'il occupe. D'où vient donc qu'un épanchement sanguin est plus redoutable qu'un amas de sérosité ? Cela vient de ce qu'il est subit, souvent de ce qu'il succède à des dégénérations anciennes et profondes. L'espace envahi étant le même, une congestion qui s'est faite lentement tue moins vite que celle qui se fait tout à coup.

Willis et Fernel avaient contesté aux collections séreuses le pouvoir de faire naître l'épilepsie : les produits de l'autopsie sur le cadavre ont démontré combien cette opinion est erronée. Je suis étonné de ce que, pour la combattre, on n'a point cité la prédominance lymphatique inhérente à l'enfance.

J'avais obtenu, des vésicans, une diminution notable du vertige, chez un malade qui, dès les premiers accès, avait senti comme une fluctuation d'un côté à l'autre de la tête. Peu d'années après, j'ai pu en constater la guérison absolue, à la suite d'une éruption spontanée de pustules, surtout à la peau, avec écoulement, tantôt séreux, tantôt purulent.

Jacobus Sylvius et Chéselden ont trouvé, après le carus, des amas de sérosité dans le cerveau. Les documens fournis par la dissection concourent donc avec les rapprochemens physiologiques, pour attester un enchaînement entre ces maladies. L'engorgement des vaisseaux de l'encéphale et des méninges suffit pour les produire, sans qu'il y ait rupture. La stase du sang, l'embarras de la circulation dans une partie du corps, quelle qu'elle soit, peuvent être une cause d'apoplexie, en faisant refluer le sang vers la tête. Voilà comment l'apoplexie peut devenir la conséquence de l'hypertrophie du cœur, d'une tumeur volumineuse dans l'abdomen, de la gestation elle-même ; comment des maladies chroniques se terminent par une attaque d'apoplexie. Il serait absurde de supposer que l'influence des anomalies de la circulation dans le tronc et les membres se borne toujours à amener de semblables anomalies dans la tête. Les vaisseaux se rompent dans celle-ci, alors même qu'ils ont résisté dans ceux-là. Le cours du sang y est plus difficile ; il n'est point aidé par des muscles. Aussi, oserais-je avancer qu'il se fait plus d'épanchemens dans la tête que dans les deux autres grandes cavités, si, dans cette comparaison, il était tenu compte de la quantité relative de sang qu'elle reçoit. Si les hémorragies des poumons sont plus nombreuses, c'est parce que cet organe est presque entièrement vasculaire. Les faits sont les premiers matériaux d'une science ; mais ils ne suffisent point pour en construire l'édifice. Restés sans interprétation et sans corollaires, ils ne servent ni à la pratique, ni à la théorie.

Quelles sont dans les affections comateuses les limites auxquelles s'arrête l'intermission de la vie de relation ? elles varient, même dans l'action des sens.

Quant aux facultés intellectuelles, la mémoire est la seule dont l'absence puisse être reconnue par le malade et par les assistans. Mais il est probable que toutes subissent la même interruption. Toutes sont un mode d'action de la sensibilité. Or elle est toujours en échec. Chacune de ces maladies est un commencement de mort, par la concentration de l'innervation, comme la période de froid d'un paroxysme fébrile est un commencement de mort, par la retraite du sang vers les gros vaisseaux. Une congestion est d'autant plus dangereuse qu'elle est située plus profondément, qu'elle intéresse la protubérance annulaire et ses dépendances. Certaines paralysies, même des agens de la vie de relation, sont toujours suivies d'une mort prompte. Dans un hospice de Paris, les médecins, maîtres et élèves, se pressaient, il y a deux ans, autour du lit d'une malade dont la langue, disait-on, ne pouvait exécuter aucun mouvement. Dans ce siècle de progrès, personne n'a eu ou n'a manifesté la pensée que la paralysie complète de la langue, comme muscle, ne pouvait laisser vivre. Ce n'est point sur l'impossibilité de la déglutition qu'un tel diagnostic doit être établi ; une congestion, qui empêche toute transmission de l'innervation à la langue, doit aussi empêcher qu'elle arrive aux agens de la vie organique.

Quelles sont les influences auxquelles on peut attribuer l'exagération de l'attaque dans les affections comateuses ? Quelles sont les influences auxquelles on devra attribuer son retour ? Que s'est-il passé chez l'individu qui, pendant quelques heures ou quelques jours, a été gisant sans sentiment et sans mouvement, et qui maintenant dispose de ses sens et de ses facultés ? Il faut se souvenir du rôle qui est dévolu à chacun des deux grands moteurs de la vie : nous concevrons moins difficilement comment l'attaque s'est terminée : 1° la sensibilité se répare par le repos, comme l'eau s'amasse dans une source dans laquelle on a cessé de puiser ; 2° il s'est opéré une résorption. Le cerveau s'est affranchi ou complètement ou incomplètement : complètement, et alors l'attaque ne se reproduit point ou ne se reproduit qu'après un nouvel épanchement ; incomplètement, et alors le malade conserve de l'incertitude dans les mouvemens, de la faiblesse dans les sensations, ou bien une cause légère, par exemple, une impression triste, une diminution dans la pression de l'atmosphère, suffit pour ramener l'attaque. Résoudre est un des principaux moyens dont la nature se sert pour guérir : la durée des accès carotiques répond à la lenteur de la résolution. Les intervalles qui les séparent sont en rapport avec le plus ou le moins de facilité avec laquelle une congestion [ou] s'accroît ou se renouvelle. Remarquez, je vous prie, que la résolution est favorisée par la suspension même de la vie animale. *Per somnum motus intro vergunt.* Ainsi (au premier aspect, ce rapprochement paraît étrange), un des élémens de la maladie contribue à la juger ; c'est un exemple de cette réaction spontanée qui a été contestée dans un système dans lequel l'ignorance couvrait de son voile les chances de la témérité.

Le carus ne dépend pas constamment d'une cause matérielle ; il succède quelquefois à une dépense excessive de la sensibilité ou à l'insuffisance du stimulus. Par cette double considération, on pourra se rendre raison du carus qui est la suite d'une douleur aiguë ou prolongée, de celui qui arrive dans les dernières périodes d'une maladie chronique et par analogie de la lipothymie qui n'est pas sans affinité avec les affections comateuses.

Quoique l'observation présentée par le docteur Cigalla laisse beaucoup à désirer, vous l'accueillerez en faveur de son origine. Une sorte de prestige s'attache encore aujourd'hui à ce qui vient de la Grèce, de la Grèce qui fut le théâtre de tous les genres d'illustration, la terre classique des lettres et des arts, le berceau de la médecine dogmatique, la patrie de ce médecin géant, dont la mémoire est restée un objet de culte après plus de vingt siècles, tant est grand le pouvoir de la véritable gloire !

Les conclusions du rapport de M. Castel sont d'écrire au docteur Cigalla pour l'inviter à compléter cette observation et à continuer ses relations avec l'Académie.

Ces conclusions sont adoptées.

CAUSES ET PROPHYLAXIE DE LA MORVE.

M. Hamont, fondateur des haras de l'école de médecine vétérinaire en Egypte, correspondant de l'Académie, lit un mémoire ayant pour titre : Des causes de la morve et du farcin ; moyens de détruire ces maladies.

Lorsque je quittai la France, en 1828, dit l'auteur, on pensait généralement dans le monde médical vétérinaire que la morve et le farcin n'existaient pas dans les pays chauds. J'arrive en Egypte, je recherche, je parcours les provinces ; je rencontre les deux affections, et les Egyptiens me demandent si le *saecaoué* et le *saraggé* (morve et farcin) sont connus dans les pays froids.

Je trouve la morve et le farcin sur le cheval du laboureur, dans la plaine, sur les bords du Nil, dans l'intérieur des terres, loin du fleuve, partout.

Des Egyptiens ont des écuries, d'autres n'en ont pas ; ils attachent leurs montures devant les maisons, et les animaux passent ainsi les jours, les nuits, l'hiver, l'été.

Il est une particularité qui se présente à moi, que je suis forcé d'accepter enfin comme principe, c'est que le cheval de *sang* n'est pas au nombre des victimes de ces deux maladies.

La morve en Egypte paraît sous les deux aspects, aigu et chronique, très meurtrière, régnant pendant la saison froide comme au temps des chaleurs.

Depuis 1831 jusqu'en 1838, je dirigeai le service de clinique dans l'hôpital vétérinaire, et le résumé de mes travaux me prouve que les chevaux égyptiens, les syriens de peu de valeur sont constamment ceux sur lesquels la morve et le farcin sévissent de préférence.

Nous acquérons la preuve, contrairement à l'opinion émise par beaucoup de vétérinaires et d'hippiâtres, que l'humidité, le froid des écuries étroites, peu aérées, ne sont pas les causes uniques des lésions profondes qui constituent la morve et le farcin.

Si on a vu ces maladies se manifester sur des chevaux placés dans des localités insalubres, elles se développent également dans des écuries larges, où un air pur entre en quantité plus que suffisante.

Notre pays est un de ceux qui perdent le plus de chevaux de la morve et du farcin, et je lis dans quelques ouvrages que cette différence tient à ce que chez les étrangers les écuries sont plus spacieuses que chez nous.

La morve et le farcin sont des maladies de *misère*, qui attaquent les organisations appauvries et dégénérées. Si elles sont peu communes en Angleterre et en Allemagne, il faut attribuer ce fait très vrai à ce que les Allemands et les Anglais comprennent mieux que nous l'élève du cheval.

Dans la Bavière, en Prusse, en Autriche, dans le royaume de Wurtemberg, l'éducation du cheval est l'objet d'une attention suivie, maintenue. Les rois s'en occupent.

Un logement aéré, convenable, est une condition importante, mais elle ne peut suffire à la conservation des qualités d'un cheval.

La morve et le farcin ne se développent pas spontanément sur des chevaux issus de parens de race, à moins que l'économie animale ne soit détériorée par de grandes privations, des fatigues excessives.

Les chevaux fins résistent longtemps.

Une nourriture homogène, insuffisante, la dégénération du cheval français, sont les causes de la morve et du farcin si fréquentes en France.

Les mêmes affections se développent partout où le cheval se trouve dans les mêmes circonstances. Elles atteignent les chevaux dont l'organisation est appauvrie, débile, dans les meilleures écuries, ne se montrent pas là où le cheval est bien entretenu, de race noble, quoique dans des habitations mauvaises ou en plein air.

Avec des alimens variés, riches, abondans, on fait cesser la morve et le farcin. Ces maladies reparaissent dès qu'on change ce régime pour lui en substituer un moins avantageux.

La diminution d'alimens, même pendant un délai de quelques jours, peut faire naître la morve et le farcin sur des chevaux d'extraction basse.

Les chevaux de sang supportent des privations.

Quand les chevaux sont de race distinguée, ils n'ont point la morve ni le farcin, bien que les alimens soient uniformes et légèrement humides, peu aérés. Il faut, pour que ces maux se manifestent, que l'organisation soit altérée profondément.

L'école de cavalerie de Gizeh a de très belles écuries : la morve y a fait des ravages épouvantables. On ne peut accuser que l'alimentation uniforme et la dégénérescence du cheval syrien ou égyptien.

Les Turcs, les Egyptiens admettent la contagion de la morve et du farcin. Je l'admets aussi : non seulement la morve peut se transmettre par le contact immédiat, mais encore par l'usage des viandes crues. Je possède des exemples de cette transmission à un lion et à trois chiens de chasse.

La lèpre boutonneuse de l'homme est identique au farcin du cheval, et est aussi causée par de mauvais alimens. Elle est le propre des classes pauvres et n'attaque jamais les riches.

Les boutons lépreux paraissent sur les mains, la figure, le nez ; dans le nez, ils s'ulcèrent, laissent écouler une matière dégoûtante ; et, dans cet état, grande ressemblance avec la morve du cheval.

Races de chevaux arabes inconnues en France. — Le cheval *Nejdi* est le type de l'espèce. Nourri de farine, de dattes, de bouillons de viande et de viande même, il mange très peu d'herbes.

Point de morve ni de farcin sur ce cheval.

Lorsque, par des courses très longues, les chevaux reviennent exténués, quelques jours d'un régime animal ramènent la vigueur première.

Le cheval Nejdi est très beau, très intelligent, docile, obéissant.

Plusieurs races existent dans le Nejd : Kenella, Saklaoué, Kourêche, Deina, Eubeija, Daenienne. La meilleure est celle appelée Deina.

Point de mésalliance : un cheval inconnu n'est pas accepté.

Le cheval Nejdi vit très longtemps. Il est encore jeune à 25 ans ; durée moyenne de 35 à 40 ans ; beaucoup vont au-delà. L'expatriation ne lui ôte pas cette longévité. Au Caire, chez le ministre de la guerre Akmet-Pacha, il existe un étalon âgé de plus de 30 ans ; il saillit plusieurs fois par semaine.

Point de morve, pas de farcin chez les Nejdis. Le cheval du Nejd est très sobre et peut marcher, courir, deux, trois jours de suite sans prendre d'alimens, pourvu qu'en partant son maître lui donne du lait de chamelle ou de la viande. Ce cheval est celui que les Français devraient accepter pour relever leurs races si débiles, tant délabrées.

La cavalerie française est celle qui, en Europe, fait le plus de pertes de la morve et du farcin. L'Angleterre, l'Allemagne, mais l'Angleterre surtout, montrent ce qu'on peut faire avec le cheval arabe.

Les Anglais, pour composer leurs chevaux, n'ont jamais pris d'autre cheval que le Nejdi, dont le pays est voisin des Indes. Avec le sang réellement arabe, ils ont composé toutes leurs races, si supérieures aux nôtres.

Les Anglais ont beaucoup importé et importent encore du sang Nejdi dans leur pays, quoi qu'ils disent ou écrivent.

En France, *jamais* on n'a eu dans les haras de cheval véritable Nejdi. On a confondu, sous le nom générique d'arabes, les chevaux égyptiens, barbes, turcs, syriens, etc. ; de là notre infériorité.

L'anglais dégénéré, c'est un cheval artificiel. Il a besoin de beaucoup de soin ; il perd quand il va du nord au midi, et n'est point propre à relever nos races.

Les chevaux de troupe, en France, sont dans un état *pitoyable*.

On achète des chevaux à l'étranger, qui ne nous donnera jamais ce qu'il a de meilleur.

L'infériorité du cheval anglais, comparée au cheval arabe est incontestable. Cette infériorité est prouvée par les courses et l'expérience faite dans le haras de Choubra en Egypte. »

M. Hamont cite ici plusieurs faits très curieux, que nous regrettons de ne pouvoir rapporter ici.

Il résulte de ce mémoire : 1° Que les causes premières de la morve et du farcin ne sont pas dans les écuries ;

2° Que ces maladies apparaissent dans les pays chauds comme dans les pays froids ;

3° Que les habitations n'exercent sur leur développement qu'une action très secondaire ;

4° Qu'il n'entre pas dans les établissemens destinés à l'élève du cheval en France d'étalons véritablement arabes ;

5° Que les chevaux anglais sont inférieurs à ceux du Nejd ;

6° Que l'insuffisance ou la mauvaise nature des alimens peut faire naître la morve ou le farcin chez le cheval dégénéré ;

7° Que les Anglais doivent la supériorité de leurs chevaux au sang du Nejd, qu'ils introduisent encore chez eux ;

8° Qu'enfin, il est urgent, pour arrêter le mal qui occasionne tant de pertes dans l'armée, d'introduire chez nous des étalons véritablement arabes.

Le moyen de détruire chez les chevaux français la prédisposition aux maladies graves, morve et farcin, consiste à faire l'acquisition de plusieurs chevaux Nejdis.

Pour arriver promptement à ce but, la France est dans une circonstance extrêmement favorable.

La possession de l'Algérie lui offre les élémens de succès. Pour cela :

Réunir sur un ou plusieurs points un grand nombre de jumens algériennes ;

Annexer au haras une suffisante quantité de terrain pour la formation des prairies artificielles ; croiser les femelles bedouines avec les chevaux Nejdis ;

Attacher au haras un certain nombre de chamelles ; nourrir les plus beaux poulains et les plus beaux étalons avec des substances animales, pour avoir un sang identique à celui du Nejd.

Rien ne peut s'opposer à la réussite de cette entreprise : climature avantageuse se rapprochant de celle de l'Arabie, terrain sec, végétation prompte, et voisinage de la métropole. Après six ans, l'établissement devra fournir des étalons que le gouvernement enverra dans les haras principaux, dans les haras secondaires, dans les dépôts ou le sang anglais domine à côté de quelques chevaux égyptiens, syriens, improprement appelés arabes.

Avec de pareils produits répandus dans l'intérêt de la France, la morve et le farcin s'arrêteront ; le cheval de troupe deviendra robuste, sa durée moyenne plus longue. J'ai la conviction intime, enfin, que cette institution assurerait à la France des chevaux d'un très grand prix, d'une qualité supérieure à tous ceux du monde européen, et qui seraient les égaux des Nejdis.

Le mémoire de M. Hamon est renvoyé au comité de publication.

M. Gerdy demande qu'un exemplaire de ce mémoire soit envoyé au ministre.

Cette proposition, appuyée par M. Dupuy, est adoptée.

HÉMORRAGIE A LA SUITE DE LA CYSTOTOMIE.

M. Bégin lit un mémoire sur l'hémorragie qui suit la taille périnéale. On ne pourrait que difficilement, dit l'auteur, se faire une idée des causes et de la fréquence de cet accident, si l'on ne consultait que la structure normale des parties qui sont divisées pendant l'opération. En effet, outre les anomalies dans la direction et le calibre des artères, outre l'ampliation des vaisseaux due aux progrès de l'âge et aux maladies antécédentes, il y a aussi des hémorragies par exhalation, des hémorragies vitales qui surviennent sans qu'aucune branche volumineuse ait été coupée.

D'après les statistiques les plus exactes, le nombre des morts à la suite de la taille est à celui des individus guéris comme 1 est à 5 ou 6. Il aurait été pareillement important de déterminer pour quelle proportion chacun des accidens, tels que l'infiltration urineuse, la péritonite, etc., figure dans le chiffre des décès. Mais on sent tout ce qu'un pareil travail aurait d'épineux dans son exécution, d'incertain dans ses résultats. Tout ce qu'il est permis d'avancer d'une manière générale, relativement à l'hémorragie, c'est que, soit par elle, soit par ses suites, elle est la cause d'un quart environ des morts qui arrivent après la taille.

Les auteurs ont attaché beaucoup d'importance à distinguer le siége précis, le vaisseau par lequel est fournie l'hémorragie, et ils ont indiqué différens moyens pour arriver à ce diagnostic. M. Bégin fait remarquer que, en vertu de la profondeur des vaisseaux divisés, de l'étroitesse de la région à explorer, de l'état parfois très grave des malades, qui ne permet pas de longues recherches, du gonflement des parties, etc., cette connaissance exacte sera toujours très difficile à acquérir.

Il passe ensuite à l'emploi des agens hémostatiques, et examinant tour à tour la compression directe et indirecte, la ligature, la cautérisation, le tamponnement, la pince de Dupuytren, les injections froides, etc., il affirme qu'aucun de ces moyens ne présente une garantie sûre et efficace dans tous les cas.

M. Bégin expose finalement un procédé qu'il a employé lui-même avec succès chez trois de ses opérés atteints d'une hémorragie rebelle. Dans le premier cas, il fit placer le malade couché sur le côté, au bord de son lit, les cuisses fléchies, la région sacrée proéminente, et il fit pratiquer sur le périnée des injections d'eau froide, que plusieurs élèves exécutaient alternativement avec des seringues, de manière à établir un courant continu. Au bout d'une heure, tout danger était conjuré, et l'hémorragie ne reparut plus. Dans une seconde observation, M. Bégin a remplacé cette pratique trop embarrassante dans son exécution, et véritablement inapplicable dans quelques circonstances, en établissant un courant de liquide par le moyen d'un tube placé dans un seau rempli d'eau froide.

A la suite des réflexions qui précèdent, M. Bégin établit ce précepte : que le chirurgien ne doit jamais laisser la plaie de la lithotomie se fermer, sans avoir exploré plusieurs fois avec le doigt l'intérieur de la vessie, pour s'assurer si elle ne contient pas des calculs qui n'auraient point été extraits au moment de l'opération.

GANGRÈNE SPONTANÉE DU COL DE L'UTÉRUS ET D'UNE PARTIE DU VAGIN.

M. Baron communique à l'Académie le fait suivant. Une femme entra dans le service de M. Fouquier, à la Charité, avec des symptômes d'endocardite. Elle y était depuis quinze jours, ne présentant d'autre symptôme, du côté des parties génitales, qu'un écoulement blanc assez abondant, lorsqu'un jour l'interne de garde fut appelé auprès d'elle pour une hémorragie par le vagin qui s'était déclarée tout à coup et sans cause connue. En cherchant à examiner l'utérus, la première chose qu'il rencontra à l'entrée du vagin fut un corps entièrement isolé, dont il fit l'extraction sans difficulté. Ce corps, que M. Baron met sous les yeux de l'Académie, est constitué par le col de l'utérus et la partie supérieure du vagin séparée dans une étendue d'un centimètre et demi à peu près. Les tissus paraissent intacts dans leur structure ; on remarque seulement à leur circonférence une ligne noirâtre, indice du travail gangréneux qui en a amené l'élimination. La perte rouge s'est terminée au bout de peu de jours, et la malade est sortie parfaitement guérie.

FOETUS ACÉPHALE.

M. Cazeaux met sous les yeux de l'Académie un fœtus femelle de six mois, présentant une acéphalie complète, du genre que M. Geoffroy Saint-Hilaire nomme peracéphale (deuxième genre). Il n'existe aucune trace de tête, de cou, de membres supérieurs. On trouve à sa partie supérieure une espèce de moignon osseux sous-cutané, qui paraît être la terminaison supérieure de la colonne vertébrale. Si on en juge par le point où vient s'insérer le cordon, la cavité thoracique existerait à peine. Les parties génitales externes sont bien conformées. Les membres inférieurs, très œdématiés, ont leur longueur normale : le gauche offre un pied-bot latéral interne, et se termine par cinq orteils dont quatre sont réunis entre eux ; le gros orteil est seul libre. Le droit est régulièrement conformé, mais il n'offre que trois orteils dont deux adhèrent par leur côté ; le gros orteil est seul isolé.

M. Cazeaux disséquera avec soin ce fœtus, et communiquera prochainement à l'Académie le résultat de son examen. Il se borne en attendant à faire remarquer qu'il n'a pas été possible de trouver à la partie supérieure du tronc la moindre trace de cicatrice.

TUMEUR HÉMATIQUE DÉVELOPPÉE SOUS LE LIGAMENT ROTULIEN.

M. Denonvilliers présente une tumeur qu'il a récemment enlevée sur un malade placé dans son service à l'Hôtel-Dieu. Elle était placée au genou droit, au-dessous de la rotule : elle consistait en une masse principale, composée de petites masses fibreuses agglomérées, et en un appendice formé d'une trame celluleuse, teinte d'une couleur de rouille et imbibée d'un liquide de même couleur. Cette altération, qui remonte à neuf ans, parut à M. Denonvilliers être la suite d'un ancien épanchement de sang altéré ou transformé. Quoi qu'il en soit de cette explication, la tumeur principale, conique, et du volume d'un œuf de pigeon, faisait saillie au côté externe du ligament rotulien, et son prolongement s'enfonçait sous le ligament rotulien, et s'avançait en dedans jusqu'au niveau du bord interne de la rotule, sans communiquer avec l'intérieur de l'articulation fémoro-tibiale. Toutes les circonstances de siége ayant été parfaitement reconnues, et le malade exprimant d'ailleurs le plus vif désir d'être débarrassé d'une maladie qui lui causait de temps en temps des douleurs, et le forçait par intervalles à suspendre ses travaux, l'opération fut résolue et pratiquée de la manière suivante : une longue incision permit de découvrir et d'isoler le noyau de la tumeur ; elle fut ensuite soulevée au moyen d'une érigne, et son pédicule, attiré à sa suite, fut disséqué avec soin, sans qu'on intéressât ni le ligament rotulien, ni la membrane synoviale de l'articulation. Dans le but de prévenir la réaction inflammatoire, qui était à redouter après l'opération, et dont l'extension à l'articulation eût été un accident formidable, le genou fut soumis à un courant continu d'eau à 20 degrés. Aujourd'hui, sixième jour depuis l'opération, le malade va très bien, et aucune inflammation ne s'est manifestée, ni dans les lèvres de la plaie, ni dans les parties circonvoisines.

TRANSPOSITION DES VISCÈRES.

M. Gery communique à l'Académie une observation de transposition de tous les organes, recueillie sur un jeune homme de 25 ans, qui a succombé à une phthisie pulmonaire. L'autopsie a été faite par M. Bonamy. Les faits de ce genre sont maintenant nombreux et bien connus. Mais une particularité excessivement rare, si tant est qu'on en ait cité des exemples authentiques, et sur laquelle M. Gery a fixé l'attention de l'Académie, c'est que, dans ce cas, les cavités du cœur étaient elles-mêmes transposées ; on a pu s'en convaincre en examinant cet organe que M. Gery a mis sous les yeux de l'assemblée.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ DE L'ENTÉRITE FOLLICULEUSE (FIÈVRE TYPHOIDE); par M. Forget, professeur de clinique médicale à la Faculté de Strasbourg. — Un vol. in-8° de 850 pages. Paris, 1841.

On croit communément que les maladies les plus fréquentes, que celles surtout qui s'offrent dans les circonstances les plus favorables à l'observation sont les mieux connues ; il n'en est pas cependant toujours ainsi, et parmi les nombreuses exceptions à cette règle que nous pourrions citer, la fièvre typhoïde se trouverait au premier rang. Il y a peu de maladies qu'on observe plus fréquemment qu'elle ; il n'en est pas qui fournisse plus d'occasions d'étudier les différentes lésions anatomiques aux différentes époques de sa durée, ni sur laquelle il ait été plus écrit, et cependant, pour les hommes à convictions sérieuses et réfléchies, elle

est l'objet de dontes graves sur presque tous les points de son étude, et jusqu'à ce moment même on n'a pu tomber d'accord sur le nom par lequel on doit la désigner. Depuis quelques années pourtant l'expression *fièvre typhoïde* avait été généralement admise, malgré la signification propre aux deux mots qui entrent dans sa composition, et dont l'un a l'inconvénient de rappeler une classe de maladies qui n'ont pas été, comme on l'a dit, effacées du cadre nosologique, mais ont subi d'importantes modifications, et parmi lesquelles on ne peut, dans l'état actuel de la science, ranger la maladie dont nous parlons, tandis que le second mot indique une série de phénomènes qui manquent quelquefois dans cette affection et qu'on observe dans d'autres. On semblait être convenu, tacitement au moins, d'employer l'expression *fièvre typhoïde*, sans y attacher le sens qu'elle comporte, parce qu'elle était plus généralement adoptée et offrait encore moins d'inconvéniens que toutes les autres dénominations proposées. Cet accord, qui, nous le répétons, n'était que tacite, et qui a été provoqué à plusieurs reprises, dans la Gazette Médicale, offrait au moins l'avantage de faire cesser toute discussion de mots et de favoriser, par l'uniformité du langage, les recherches sur des points plus importans, jusqu'au moment où de nouvelles connaissances acquises auraient fourni la base d'une dénomination plus rationnelle et plus scientifique. Cette espèce de trêve sur un point aussi litigieux n'a cependant pas été admise par tous, et le titre que M. Forget a mis en tête de son traité suffit seul pour indiquer non seulement qu'il ne partage pas les doutes dont nous parlions sur la nature réelle et primitive de l'affection, mais qu'il la range parmi les maladies les plus connues, les phlegmasies.

Si les motifs sur lesquels s'appuie la conviction de M. Forget ont toute la valeur qu'il leur accorde, si réellement il démontre, dans le cours de son travail, que la maladie désignée sous le nom de fièvre typhoïde n'est qu'une phlegmasie primitive des follicules intestinaux, la science lui sera redevable d'un progrès, et nous le proclamerons hautement. Il est vrai que ce n'est pas la première fois qu'on annonce avoir donné la solution de cette question importante; beaucoup d'autres ont cru, avant M. Forget, être arrivés au même résultat; nous ne voulons pas rappeler ici combien leurs assertions furent peu fondées, et devons nous borner à examiner si celles du professeur de Strasbourg le sont davantage; mais avant, nous allons jeter un coup-d'œil sur l'ensemble de son travail, indiquer les principales questions qui y sont traitées et l'ordre qui a été suivi dans leur développement.

Dans une introduction historique de quelque étendue, M. Forget signale les auteurs de tous les temps qui paraissent avoir observé des lésions du canal intestinal dans le cours des maladies, et qui en ont conservé le souvenir dans leurs écrits. Il serait facile d'augmenter encore le nombre de celles de ces citations qui appartiennent aux époques antérieures au milieu du siècle dernier; mais ces citations, manquant toutes de détails, ne peuvent jeter qu'une très faible lumière sur la question de l'existence de la fièvre typhoïde aux époques un peu éloignées de la nôtre. Passant ensuite aux auteurs d'une époque plus récente, M. Forget prouve facilement par l'unanimité de tous les observateurs, l'existence de lésions intestinales dans le cours de la plupart des fièvres dites essentielles de nos contrées et de nos jours; et après avoir fait remarquer avec beaucoup de justesse combien il a fallu de siècles pour arriver à cette connaissance, il conclut de tous ces faits que les lésions intestinales sont constantes dans les fièvres; puis, sans autre intermédiaire, sans autre preuve que quelques simples assertions ou des inductions tirées des opinions émises sur ce point avec plus ou moins de doutes par quelques-uns des auteurs contemporains, il arrive à cette autre conclusion tout-à-fait inattendue que les lésions sont non seulement le caractère constant des fièvres, mais encore le siége essentiel, propositions qui sont loin d'être liées intimement l'une à l'autre, et par induction, comme le pense M. Forget. C'est avec des raisonnemens de cette force qu'on a fait une foule de localisations, qu'il suffit d'énoncer pour en faire sentir le peu d'importance : ainsi celle de la fièvre intermittente, attribuée an gonflement de la rate, les affections fébriles à ces rougeurs et à ces ramollissemens de la muqueuse gastrique qu'on observe si fréquemment à la suite des affections les plus opposées. Pour conclure qu'une altération est le siége essentiel et le point de départ de toute une affection, il ne suffit pas d'avoir démontré qu'on trouve cette lésion dans tous les cas, comme semble le croire M. Forget, mais il faut avoir suivi avec soin et à toutes les époques le développement de cette lésion, avoir étudié le rang qu'elle occupe parmi les phénomènes morbides, avoir apprécié, autant qu'il est possible, son antériorité et son influence sur les autres phénomènes. Sans ces études, on peut se croire éclairé, on peut même obtenir certaines convictions faciles, mais le jour du désappointement arrive bientôt, et il faut de nouveau douter de tout. Un travail de ce genre avait, il est vrai, été commencé sur les altérations intestinales de la fièvre typhoïde dans les Leçons de clinique de M. Chomel (fièvre typhoïde). Nous verrons plus loin si M. Forget l'a continué; jusqu'ici pourtant nous ne trouvons que des assertions qui non seulement sont dénuées de preuves, mais qui reposent sur des inductions erronées.

Ce que nous venons de dire du mot fièvre typhoïde nous dispense d'entrer dans de longs développemens sur le chapitre de la synonymie, dans lequel l'auteur démontre combien cette expression est vicieuse, en rapportant un certain nombre d'observations d'affections différentes, qui toutes ont offert des symptômes adynamiques, et qui n'étaient pourtant pas des cas de fièvre typhoïde. Nous sommes d'accord avec M. Forget, comme nous venons de le dire à l'instant, sur l'insuffisance et même l'inexactitude des deux mots *fièvre typhoïde* pour désigner une affection où il n'y a pas toujours de symptômes typhoïdes, et dans laquelle ces symptômes sont presque communs avec un grand nombre d'autres maladies. Cependant nous n'admettons pas que les symptômes adynamiques de la fièvre typhoïde offrent une aussi exacte ressemblance que paraît le dire ici M. Forget avec les phénomènes d'adynamie qu'on observe dans tant d'autres maladies; et nous ne pensons pas qu'il soit toujours, ni même souvent possible de confondre avec les symptômes typhoïdes de la fièvre typhoïde les phénomènes adynamiques de la phlébite, de la résorption purulente, voire même de la pneumonie adynamique. Mais nous convenons avec lui qu'au début de la fièvre typhoïde ces symptômes peuvent être quelquefois pris pour ceux qui annoncent l'apparition d'une variole, d'une scarlatine, et nous ne sommes pas étonné qu'ils s'y soit trompé maintes fois, comme il le dit; mais ce rapprochement entre la fièvre typhoïde et les fièvres exanthémateuses est opposé à l'opinion de M. Forget sur la nature de la fièvre typhoïde, qu'il considère comme une affection primitivement locale.

Nous nous arrêterons peu sur l'étude des lésions anatomiques dans la fièvre typhoïde, qui ont été l'objet de tant de travaux depuis quelques années, et sur lesquelles il y a encore tant à faire. La description qu'en donne M. Forget, en général fort exacte, nous paraît avoir peu ajouté à ce qui était su avant la publication de son travail. L'état de la muqueuse intestinale y est décrit d'une manière trop vague. On y parle de rougeur, de ramollissement, comme si ces modifications de l'état normal indiquaient toujours des altérations précises et bien connues. Quant aux follicules intestinaux, leurs altérations y sont décrites avec soin, suivant la méthode naturelle adoptée dans les Leçons sur la fièvre typhoïde de M. Chomel, et sans aucune modification importante aux résultats consignés dans ce dernier travail, qui est indiqué par M. Forget comme représentant l'état le plus avancé de la science sur ce point. Nous citerons même le passage suivant pour donner une idée de toute la valeur qu'attache le professeur de Strasbourg aux recherches anatomiques contenues dans cet ouvrage. « M. Chomel a parfaitement établi les caractères différentiels des ulcérations typhoïdes et de celles qui sont propres à la phthisie. Avant que nous connussions ses recherches sur ce point, nous avions entrevu certaines différences, dont la notion résultait de l'attention que nous avions été forcés de porter aux nuances qui peuvent différencier ces états, dans des cas où des phthisiques, morts avec des symptômes typhoïdes, ce qui n'est pas rare, nous offraient des lésions intestinales, qu'un examen superficiel eût pu également faire attribuer à l'entérite folliculeuse ou à l'affection tuberculeuse. Nous avons même, dans les commencemens de notre exercice, commis à cet égard des erreurs, que nous avons rectifiées depuis, en trouvant, dans nos anciennes observations, des cas de simple phthisie, que nous avons candidement rangés parmi les cas de mort par entérite folliculeuse. Aujourd'hui l'on ne nous y prendrait plus, bien que, dans certains cas, les signes différentiels soient assez fugitifs. » (Pag. 147.)

Une observation qui serait très intéressante pour l'étude des lésions anatomiques est la onzième de celles que contient le travail de M. Forget et dont le sujet est rapporté avoir succombé le cinquième jour d'une fièvre typhoïde. Mais outre que les lésions des follicules étaient peu prononcées, les circonstances dans lesquelles se trouvait le malade doivent inspirer quelques doutes sur la nature réelle de l'affection à laquelle il a succombé. Cet homme, en effet, se trouvait à la clinique chirurgicale pour y être traité d'un érysipèle de la main gauche, lequel était en voie de résolution lorsqu'il fut pris, sans cause connue, d'un frisson, suivi de chaleur, céphalalgie, vertiges, bouche amère, nausées, soif, diarrhée, abattement considérable, etc. Une saignée est pratiquée le même soir; quatre le sont les trois jours suivans; la prostration et la stupeur vont en croissant, et le malade succombe le cinquième jour avec une forte inflammation de la veine qui avait été ouverte le premier jour et méconnue jusqu'à la veille de la mort. Cette observation nous rappelle beaucoup plutôt un cas de résorption purulente, antérieure même à l'ouverture de la veine qui s'est enflammée, qu'une fièvre typhoïde bien prononcée, et nous ne pouvons être de l'avis du malin confrère auquel M. Forget avait

exposé ce fait et qui lui offrit la consolante explication que voici : « L'entérite folliculeuse fut primitive ; vos saignées l'ont abattue ; mais la phlébite phlegmoneuse est venue entretenir la réaction et porter le coup de grâce à votre malade. » (P. 122.) Nous regrettons vraiment que cette observation laisse quelques doutes dans notre esprit ; car elle aurait pu être d'une grande valeur dans la question de l'existence primitive ou consécutive de la lésion des follicules, question qui domine nécessairement toute l'histoire de la fièvre typhoïde et qui ne pourra être résolue que par des faits d'une authenticité et d'une certitude hors de toute espèce de doute.

M. Forget rapporte ailleurs, il est vrai, un autre fait à l'appui de son opinion : que la lésion des follicules est primitive et le point de départ de tous les phénomènes morbides ; mais il nous permettra, cette fois, de ne pas être du tout de son avis. Ce fait est l'histoire d'un homme mort le quatrième jour d'une scarlatine maligne, dans l'intestin grêle duquel on trouva de nombreuses plaques, les unes pointillées, les autres réticulées et d'autres enfin gaufrées. Or, voici le raisonnement qu'établit M. Forget, après avoir relevé l'importance de cette coïncidence qui déjà, au reste, avait été signalée dans le travail de MM. Chomel et Genest : « Quoi qu'il en soit, et ce qui nous importe ici, c'est qu'une altération folliculeuse aussi bien développée ait pu se produire dans l'espace de quatre jours. Or, elle n'était pas née de la veille, cette altération. On peut penser, sans trop s'abuser, qu'elle fut au moins contemporaine de l'apparition des symptômes extérieurs ; donc l'altération des plaques de Peyer peut être primitive ; et si cette altération des plaques peut être primitive dans la scarlatine, pourquoi ne le serait-elle pas dans la fièvre typhoïde ? » Nous ne nous chargerons pas de répondre à cette dernière question de M. Forget et encore moins de paraphraser cette argumentation ; mais nous citerons encore un passage du Traité de l'entérite folliculeuse qui nous prouvera à la fois combien cette forme d'argumentation est familière à l'auteur et que l'étude des symptômes ne lui a fourni aucune preuve en faveur de l'existence primitive de la lésion intestinale : « Il en ressort (de l'étude des symptômes au début) que nul appareil d'a le privilège exclusif de signaler l'invasion de la maladie, en tant que donnant lieu à des symptômes appréciables. Donc les symptômes ne peuvent servir à statuer sur l'essence primitive de la maladie ; donc c'est aux lésions anatomiques qu'il faut recourir, et les lésions constantes, nous le répétons, sont celles des follicules intestinaux. »

Nous ne nous arrêterons donc pas sur les chapitres consacrés à l'étude des symptômes, de la marche, de la durée, des formes et de la terminaison de la fièvre typhoïde ; nous aurions à y signaler quelques observations judicieuses, une connaissance exacte de l'état actuel de la science sur ces différens points ; mais nous n'y trouverions rien sur la question importante de l'existence primitive des lésions intestinales ; nous citerons seulement le passage suivant qui prouvera la valeur des observations recueillies à Paris : « ...... Je suis arrivé à reconnaître que l'entérite folliculeuse ne diffère pas radicalement de ce qu'elle est à Paris ; que les seules différences consistent, comme je l'ai dit, dans l'extrême fréquence de la complication catarrhale. »

Nous ne trouverons également rien à citer dans le chapitre sur les rapports des lésions et des symptômes, l'auteur s'étant borné à présenter sur cette question si importante quelques généralités, desquelles il résulte, comme il est démontré dans les Leçons sur la fièvre typhoïde de M. Chomel, qu'il n'y a presque aucune liaison ou concordance directe entre les symptômes et les lésions trouvées après la mort.

L'étude des causes auxquelles on a attribué la fièvre typhoïde est l'un des points les plus importans de la science, et celui auquel M. Forget a donné le plus de développemens ; car c'est dans cette partie surtout qu'il s'occupe de la question de l'existence primitive de la lésion intestinale, à la démonstration de laquelle, il le dit lui-même, son ouvrage est entièrement consacré (p. 521). Avant d'arriver à cette question, cependant, nous signalerons quelques autres points relatifs à l'étiologie.

Nous avons parcouru avec intérêt la discussion qu'établit l'auteur sur l'action des émanations putrides auxquelles quelques pathologistes, qui ne se piquent pas d'une grande sévérité dans le choix des preuves sur lesquelles ils appuient leurs opinions, font jouer un grand rôle dans la production de la fièvre typhoïde, et dans le développement successif de ses différens symptômes. M. Forget, laissant avec raison de côté le typhus qui n'apparaît que dans des circonstances exceptionnelles, soutient que l'intoxication primitive, dans la plupart des cas de fièvre typhoïde, telle qu'elle s'offre journellement, est purement hypothétique et demande qu'on fasse connaître d'abord l'existence de cette intoxication et les conditions dans lesquelles elle s'opère.

Nous ne trouvons qu'un mot sur la question d'acclimatement, question qui a tant d'importance à Paris et qui a été si diversement interprétée. « J'ai voulu, dit M. Forget, au commencement de ma pratique à Strasbourg, chercher à établir quelques données à cet égard ; mais j'ai bientôt reconnu l'inutilité de ce travail, la presque totalité de nos malades étant originaires de la ville ou l'habitant depuis longues années. »

Des longs et intéressans débats dans lesquels M. Forget entre sur les différentes altérations du sang auxquelles on a voulu faire jouer un si grand rôle, soit dans la production de la fièvre typhoïde elle-même, soit dans celle des phénomènes morbides regardés comme secondaires et qui sont déjà en partie connus de nos lecteurs (voy. Gazette Médicale, 1841, p. 343), il résulte que nous ne savons encore presque rien sur ce point et que l'altération du sang consistant en une diminution de la fibrine n'est ni constante ni surtout démontrée primitive.

Nous voici arrivés à la question qu'a déjà agitée tant de fois dans les pages précédentes M. Forget, mais sans apporter à l'appui de son opinion aucune preuve d'une valeur réelle ; elle est énoncée sous le titre suivant : *De l'entérite folliculeuse considérée comme cause de l'affection typhoïde*, et suppose la démonstration des propositions qui suivent :

1° La lésion intestinale est le caractère fondamental de la maladie. Cette proposition qui n'est presque qu'une reproduction de la précédente n'est appuyée que sur une seule preuve : sa constance dans tous les cas, tandis que tous les autres phénomènes morbides peuvent manquer. Cet argument qui paraît si fort à l'auteur qu'il ne conçoit pas qu'on puisse y résister, n'a qu'une très médiocre valeur à nos yeux ; car il ne démontre nullement que la lésion soit primitive et qu'elle ne soit pas précédée d'un autre travail morbide de l'économie. Que dirait-il si appliquant son argument à la variole, on concluait de la présence constante des pustules varioliques qu'elles sont le phénomène primitif de la maladie ?

2° La lésion intestinale est de nature inflammatoire. Cette proposition trouvera peu de contradicteurs à l'école de Paris, pour laquelle l'inflammation est encore aujourd'hui presque le seul état morbide généralement admis, et pourtant sans énoncer positivement qu'elle est fausse, nous affirmerons au moins qu'elle n'est pas démontrée. Il est bien démontré qu'à une certaine époque de son existence la lésion intestinale offre tous les caractères d'une inflammation franche et plus ou moins intense ; mais qui nous assure que pendant la période qui précède cette époque et durant laquelle s'amasse dans les follicules le produit qui forme les plaques gaufrées et que rien ne prouve être un produit de l'inflammation, il existe dans l'intestin ou même dans les follicules un travail inflammatoire ? Rien ne le démontre. Ne peut-on pas supposer qu'il arrive là ce qui a lieu lors de la formation, par exemple, des tubercules pulmonaires qui ne sont pas le produit de l'inflammation, mais qui la déterminent bientôt dans les tissus au milieu desquels ils se trouvent ? Pourquoi n'en serait-il pas de même de ce produit qui forme les plaques gaufrées et qui est quelquefois en si grande quantité qu'il leur donne la forme d'un champignon dont les bords dépassent de plusieurs lignes la base et qui fait une forte saillie dans l'intestin, recouvert par la muqueuse n'offrant encore quelquefois que de légères traces d'inflammation commençante. Cette manière d'exposer la première formation des plaques qui est étrangère aux croyances pathologiques actuelles où l'inflammation se trouve à tout propos n'est pas indiquée dans le travail de MM. Chomel et Genest ; mais pour qui lira avec attention dans cet ouvrage les observations où ces lésions ont été observées aux époques les plus rapprochées du début de la maladie, il sera difficile de méconnaître, nous ne dirons pas l'absence, mais au moins le peu d'intensité de la phlegmasie de la muqueuse qui recouvre les plaques. Cette hypothèse que nous n'avançons point ici pour la soutenir, mais seulement pour démontrer que la lésion a pu dès son début ne pas être inflammatoire, a été avancée et soutenue par un médecin d'outre-Rhin, Staberoh de Berlin (v. Gazette Médicale, 1839, p. 697), et par un écrivain dont l'opinion a quelque valeur pour nos lecteurs, par le docteur Lombard de Genève (Gazette Médicale, 1839, p. 137.)

Au reste, si nous voulions pousser plus loin l'examen de cette question, l'existence primitive de la lésion intestinale, nous invoquerions, contre l'opinion de M. Forget, celle qu'il a émise lui-même dans un autre endroit de son travail sur la contagion de la fièvre typhoïde, et que, d'ailleurs, nous tenons à faire connaître. Voici comment il s'exprime, après avoir rappelé l'opinion (telle qu'elle était il y a dix ans) des médecins de Paris : « Quant à moi, élevé de l'école de Paris, j'ai nié la contagion jusqu'à ce que, transporté en province, des faits irréfragables fussent venus me démontrer que la fièvre typhoïde peut affecter les personnes qui séjournent auprès des malades. Que ce soit par inoculation d'un virus spécifique (contagion), ou par inspiration d'une atmosphère viciée de toute autre manière (infection), je l'ignore ; mais, ce qui est positif, c'est que la maladie se *communique* dans diverses circonstances assez rares et indéterminées. » Ce passage nous semble fort important, d'abord parce qu'il est une nouvelle preuve du terrain que gagne, depuis quelques an-

nées, la doctrine favorable à la contagion de la fièvre typhoïde parmi nous; et, ensuite, parce qu'il peut fournir un puissant argument contre l'existence primitive de la lésion intestinale; car la contagion suppose le plus souvent un état morbide général entre le moment où le contagium pénètre dans l'économie et celui où il détermine des lésions locales. Nous croyons donc pouvoir conclure de cet exposé de l'état de la science sur ce point que l'idée fondamentale sur laquelle est appuyé tout l'ouvrage de M. Forget, l'existence primitive de la lésion intestinale, n'est pas démontrée, et que, malgré les raisons bien faibles qu'il apporte pour prouver qu'on ne peut comparer la fièvre typhoïde aux fièvres exanthématiques ou aux autres maladies générales qui se terminent par des affections locales, cette comparaison est encore possible et est même le seul moyen un peu rationnel de se rendre compte des divers phénomènes que présente cette maladie grave dans sa première période.

La manière dont l'auteur a exposé le traitement de la fièvre typhoïde nous dispense d'entrer dans de longs développemens sur les quatre chapitres consacrés aux quatre médications auxquelles il rapporte tous les traitemens employés contre cette affection, et qui sont : les stimulans, les purgatifs, les spécifiques et les antiphlogistiques. On concevra notre silence, quand nous aurons dit qu'il n'est question des deux premières méthodes que pour les désapprouver, que pour citer des cas où elles n'ont eu aucun succès, et leur attribuer tous les accidens arrivés pendant leur emploi rationnel ou irrationnel.

Sur ces deux points, l'opinion de M. Forget nous rappelle assez exactement celle de la plupart des médecins il y a dix ou douze ans; nous retrouvons les mêmes frayeurs et les mêmes croyances. Quant aux spécifiques, l'auteur décrit sous ce nom une foule de médications différentes, qui n'ont eu aucun succès durable, mais qui étaient employées dans un but rationnel, et non pour obéir seulement à l'empirisme, comme on semble le croire. C'est ainsi que les chlorures ont été proposés pour combattre la tendance à la putrescence, l'eau chargée d'acide carbonique pour remplacer l'acide carbonique que l'on croyait manquer dans le sang des sujets atteints de fièvre typhoïde. Aussi comprenons-nous difficilement pourquoi l'auteur dit qu'on doit conserver ces prétendus moyens spécifiques, et les mettre à contribution à titre d'adjuvans plus ou moins utiles, dans des cas plus ou moins bien déterminés. Cependant, c'est la quatrième médication, celle par les antiphlogistiques, qui obtient toutes ses faveurs; c'est la méthode par excellence; car, tandis que les autres médications amenaient presque constamment la mort, ou au moins des accidens effroyables, tous les cas où le traitement antiphlogistique a été employés ensemble sont terminées par la guérison, à l'exception d'un seul; et encore, voulez-vous connaître la cause de cet insuccès? c'est que le traitement a été employé avec trop de timidité! En voilà assez sur ce point et sur le traitement antiphlogistique, qui depuis trop longtemps a fait ses preuves parmi nous, et sous toutes les modifications possibles, pour qu'il puisse rester quelque doute sur son insuffisance dans beaucoup de cas, et sur son inutilité dans un grand nombre d'autres.

Nous regrettons que M. Forget, au lieu de passer en revue toutes ces médications plus ou moins absurdes, n'ait pas suivi une méthode dont nous avons trouvé avec grand plaisir l'indication bien posée dans divers points de son ouvrage, méthode qui résulte des travaux les plus récens sur les lésions trouvées à la suite de la fièvre typhoïde, et qui, tout en mettant à profit les découvertes positives qu'a faites l'anatomie pathologique, aurait pour avantage de ne rien préjuger sur la nature primitive de l'affection, et de servir d'appui et même de guide dans les recherches thérapeutiques qui sont à faire.

Avant de citer les passages dont nous venons de parler, résumons en quelques mots l'état de la science sur quelques points de la fièvre typhoïde. On observe trois ordres bien distincts d'altération dans les lésions des follicules intestinaux, et qu'on peut rattacher à trois époques différentes de la même maladie : d'abord, on voit les follicules intestinaux se remplir ou être remplacés par un produit anormal (inflammatoire ou non). La période qui répond à ce premier temps du travail morbide ne paraît pas dépasser les huit ou dix premiers jours de la maladie, peut-être même beaucoup moins. Puis, ce produit agissant, ou comme corps étranger, ou peut-être par des qualités particulières, sur la muqueuse, elle s'enflamme ou se détruit, et donne issue à ce produit anormal, qui l'entraîne quelquefois en lambeaux avec lui. Ce second temps du travail, qui est souvent accompagné de suppuration et de tous les autres phénomènes de l'inflammation, s'étend habituellement du huitième jour de la maladie à une époque plus ou moins éloignée. Le troisième est celui où les ulcères intestinaux, débarrassés de tout le produit anormal déjà indiqué, tendent à se cicatriser avec plus ou moins de vitesse. Nous ne dirons rien de plus de ce travail, qui commence à être connu des pathologistes, et qui s'étend du quinzième au trentième jour de la maladie, jusqu'à sa terminaison. Avant de passer outre, nous devons signaler un quatrième ordre de lésion qui, indiqué déjà par quelques auteurs, n'a été décrit avec quelque exactitude que par MM. Chomel et Genest (Leçons sur la fièvre typhoïde). C'est celui dans lequel le produit qui forme les plaques, au lieu de s'en aller en détritus après l'ulcération de la muqueuse qui recouvre les follicules, est résorbé et sans altération appréciable de la muqueuse. Eh bien! pense-t-on que le traitement doive être le même pendant ces périodes si distinctes? Non, cela ne peut être, et on peut supposer trois médications également différentes, l'une pour arrêter le développement des plaques, quand leur nature ou les conditions dans lesquelles elles se développent nous seront connues, ou pour hâter leur résolution; l'autre, pendant la séparation des escarres; la troisième, pour la cicatrisation des ulcères. Nous sommes sans aucune donnée sur la médication qui convient dans la première période, et c'est là que les essais doivent être tentés, mais non au-delà de l'époque convenable, bien que nous sachions que toutes les plaques ne se développent pas en même temps. Quant aux autres périodes, c'est à la thérapeutique générale à nous éclairer sur les moyens propres à favoriser la séparation des escarres et la cicatrisation des ulcères. Après le huitième ou douzième jour, il n'est plus permis de livrer le malade à l'empirisme. Voici comment s'exprime sur ce point M. Forget, qui a trop négligé la première période, convaincu qu'elle était due seulement à l'inflammation, tandis que si la maladie est contagieuse, comme tant de faits tendent à le prouver, elle est probablement le résultat d'une intoxication d'une nature spéciale : « Lorsque l'entérite folliculeuse sera aussi complètement, aussi généralement connue que l'est la tuberculisation pulmonaire, les praticiens sages prendront leur parti; comme pour la phthisie, ils s'efforceront de prévenir la désorganisation alors qu'il en est temps encore, et celle-ci parachevée, ils se contenteront, comme pour les cavernes, d'attendre le résultat fâcheux ou favorable....... Un temps viendra où l'on dira : l'entérite folliculeuse est une ulcération interne, malheureusement placée comme les ulcères des poumons, et à l'égard de laquelle nous n'avons pas plus de puissance (p. 413)...... Une ulcération avec perte de substance n'est pas une lésion qui puisse disparaître en un jour. Demandez aux chirurgiens s'ils ont jamais songé à cicatriser une plaie par l'intermédiaire d'une crise (p. 324)? » Et nous, nous pourrions demander à l'auteur si, dans le même but, ou pour obtenir la séparation d'une escarre, ils emploient les évacuations sanguines, comme le font quelques médecins, à une époque déjà avancée de la fièvre typhoïde.

Nous venons de jeter quelques jalons pour la thérapeutique de la fièvre typhoïde, et nous pensons qu'ils seraient également applicables à sa pathologie; mais déjà nous avons dépassé les bornes ordinaires d'un article de revue, et nous devons, avant de finir, dire encore un mot du Traité de l'entérite folliculeuse, considéré d'une manière générale.

Si l'idée qui domine dans tout l'ouvrage, et su développement de laquelle il a été presque entièrement consacré, était démontrée, le travail de M. Forget aurait une grande valeur. On pourrait regretter d'y rencontrer quelques diagnostics douteux, certaines inductions peu correctes, quelques passages où l'auteur parle des adversaires de ses opinions d'une manière peu digne d'un ouvrage scientifique; mais enfin, la base en étant solide, tous les faits qui en découlent le seraient également. Nous croyons avoir démontré qu'il ne résulte pas, des preuves avancées par M. Forget, que la lésion intestinale soit le point de départ de l'affection, et encore moins que cette lésion soit de nature inflammatoire. Une grande partie de son travail s'écroule donc nécessairement avec cette base, ce qui n'empêche pas que plusieurs des points de l'ouvrage qui ne se liaient pas aussi intimement à la question principale n'aient été bien traités, et qu'on ne rencontre çà et là des réflexions judicieuses, des points de vue neufs ou intéressans, une bonne foi portée jusqu'à la naïveté dans l'aveu de ces erreurs que tant d'autres mettent tous leurs soins, au contraire, à dissimuler, et un désir de vérités positives qui quelquefois entraîne trop rapidement les convictions de l'auteur, mais dont personne ne soupçonnera la sincérité.

GENEST.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des Hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4º, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8º. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, nº 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

MÉMOIRE SUR LA MYOTOMIE OCULAIRE PAR LA MÉTHODE SOUS-CONJONCTIVALE; lu à l'Académie des sciences, le 18 octobre 1841; par le docteur Jules Guérin.

(Suite. — Voir les numéros 6 et 7.)

ART. II. — PROCÉDÉS DE LA MÉTHODE SOUS-CONJONCTIVALE.

La méthode sous-conjonctivale comprend deux procédés : le procédé *par dissection* et le procédé *par ponction*. Dans le premier, on atteint le muscle en détachant le fascia sous-conjonctival et la conjonctive de la sclérotique, tout près de leur insertion au globe oculaire. Dans le second, le muscle est atteint sous le fascia et la muqueuse, à travers une simple ouverture faite à ces membranes, Quoique le premier de ces deux procédés se rapproche à certains égards de la méthode ordinaire, nous montrerons bientôt qu'il n'a, avec elle, qu'une analogie extérieure, et qu'il réalise, au contraire, généralement les conditions de la méthode sous-cutanée, par son but, ses moyens et ses résultats,

Nous allons faire connaître successivement les instrumens employés dans l'un et l'autre procédés, et nous ferons connaître ensuite les manœuvres, les indications et les résultats qui leur sont propres.

§ Ier, — Instrumens.

Ces instrumens sont :

A. Deux refouleurs des paupières ;
B. Trois érignes doubles;
C. Des ciseaux à double courbure ;
D. Un crochet mousse ;
E. Un perforateur de la conjonctive ;
F. Un myotome condé.

A. Refouleurs des paupières. — Les refouleurs, dont la forme est à peu près la même pour les deux paupières, se composent d'un anneau recourbé suivant son plan, et d'une tige qui se continue avec un manche long et étroit. L'anneau étant supposé redressé présente la forme d'un ovale dont la grosse extrémité est libre et termine l'instrument, et dont l'extrémité étroite se continue avec la tige. Pour le refouleur de la paupière supérieure, le diamètre longitudinal de l'anneau est de 3 centimètres, et le diamètre transversal, dans le point de sa plus grande largeur, est de 1 centimètre 7 millimètres. Pour le refouleur de la paupière inférieure, le premier de ces diamètres n'est que de 2 centimètres 5 millimètres, et le second de 1 centimètre 4 millimètres. La courbure de l'an

---

Feuilleton.

HYGIÈNE DU CORSET.

(Troisième et dernière lettre à Madame C. de B.)

(Voir les numéros 50 et 4 de cette année.)

Je ne sais, Madame, si je m'abuse; mais, d'après votre réponse, vous me paraissez convaincue sur les graves inconvéniens du corset. Mademoiselle Lucile n'éprouvera donc aucune entrave dans le développement de sa force et de sa beauté; je m'en réjouis pour cette chère enfant, dont la santé me fut confiée de si bonne heure. Toutefois, vous ajoutez que mes principes ne feront pas beaucoup de prosélytes; ah! pour cela, vous prêchez un converti, et il ne serait pas difficile d'en donner la preuve. Les médecins auront beau conseiller, avertir, présenter la vérité de toutes les manières, les femmes n'en continueront pas moins à livrer leurs épaules, leur gorge et leur poitrine à la trahison d'un corset qui les comprime et les déforme. Il n'est peut-être qu'un seul moyen de détruire ce cruel et bizarre préjugé, ce serait de démontrer que le corset gâte la taille au lieu de la dessiner. Il faudrait persuader que cet instrument est l'unique ressource des femmes disgraciées par la nature; que la nécessité d'en porter est la preuve même d'une taille mal faite; qu'il indique une hypocrisie de formes qui ne tient pas ce qu'elle promet. Si jamais la mode prononce ces bienheureuses paroles : le corset *vieillit et enlaidit ;* si elle ajoute : tenez-vous à n'avoir que 25 ans jusqu'à 40 ? voulez-vous toujours être blanche et rose, belle et bien faite, toute armée pour de nouvelles conquêtes ? eh bien ! n'ayez pas de corset ; son règne sera fini, et l'on verra disparaître jusqu'aux dernières traces de cette barbare et ridicule coutume.

Le corset est-il l'art d'embellir la nature ?... Toute la question est là. Il faut bien y arriver, puisque les considérations de la vie, de la santé, du bien-être, n'ont aucune valeur. Quant à moi, je le dis franchement, toute idée de profession à part, je pense qu'un corset déforme la taille d'une femme ; je crois encore qu'il vaut mieux s'en rapporter aux lois physiologiques de l'économie qu'aux sublimes vues des tailleurs et des couturières de Paris. Ainsi donc, je lance l'anathème : *Le corset est une insulte à la nature.*

Mais, docteur, me direz-vous, êtes-vous donc assez hardi pour vous établir juge de ce qui convient ou non à la toilette des femmes ? Non, Madame, j'avoue mon incompétence ; cet art difficile et compliqué m'est tout à fait inconnu. En parler serait peut-être se faire moquer par ces jeunes coquettes, pour lesquelles un médecin n'est autre chose qu'un homme noir, porteur de tristesse, souvent même un type de ridicule et de comique. Quoi qu'il en soit, mon opinion me paraît fondée sur des faits qu'on ne saurait contester. D'abord, est-il possible de concevoir la beauté sans la santé ? Non, sans doute, je le répète, l'une et l'autre

neau a lieu au niveau de sa plus grande largeur, c'est-à-dire à l'union des 2/5 antérieurs avec les 3/5 postérieurs, et le rayon de cette courbure est de 5 millimètres environ. Ces deux portions forment entre elles un angle de 80° à sommet arrondi.

La tige qui supporte l'anneau est cylindrique, de 2 à 3 millimètres de diamètre, sa longueur est de 4 centimètres. Au refouleur de la paupière supérieure, elle présente une courbure en S, suivant le plan de la courbure de l'anneau, de telle manière que l'extrémité antérieure de la tige ne se prolonge pas en ligne droite avec la partie postérieure de l'anneau, mais forme avec elle un angle arrondi de 165° environ, ouvert du côté de l'anneau. Et comme, d'un autre côté, ainsi que nous l'avons dit, l'anneau est courbé sur le plat, il en résulte que sa partie antérieure, quoique presque perpendiculaire à son segment postérieur, regarde néanmoins un peu en arrière, et forme crochet, en rencontrant l'axe prolongé du manche sous un angle de 65°. Ce dernier a 9 centimètres de longueur.

B. Érignes. — Les trois érignes sont de même forme. Leur manche doit avoir au moins 9 centimètres de long. Plus court, il laisserait à la main moins de liberté dans ses mouvemens, et celle-ci, trop rapprochée du siége de l'opération, pourrait gêner la manœuvre. La tige des trois érignes est fusiforme, longue de 3 centimètres; elle doit présenter une grande solidité. Enfin, cette tige est terminée par deux mors très acérés, très solides, d'une longueur de 4 à 6 millimètres et d'un rayon de courbure de 1 millimètre.

C. Ciseaux courbes. — Leur forme générale est celle des ciseaux courbes sur le plat; en outre, dans leur moitié antérieure, les deux lames offrent les dispositions suivantes : celle qui occupe la concavité de la courbure, mousse à son sommet, présente une concavité sur son tranchant, tandis que la lame occupant la convexité offre dans sa moitié antérieure un tranchant convexe, correspondant à la concavité de la précédente. Cette concavité et cette convexité des tranchans ne dépendent point d'une courbure des lames elles-mêmes, mais seulement de dispositions particulières de leurs bords tranchans. Leurs bords mousses ne diffèrent pas de ceux des ciseaux courbes ordinaires.

D. Crochet mousse. — Le crochet mousse, dont quelques chirurgiens avaient déjà indiqué l'emploi, se compose simplement d'une tige arrondie, d'un millimètre au moins de diamètre à sa partie antérieure, s'amincissant très légèrement de sa base à son sommet, droite dans ses trois quarts postérieurs, recourbée en crochet dans son quart antérieur. Ce crochet est légèrement ouvert, c'est-à-dire que l'extrémité de sa tige est recourbée suivant une ligne qui ne représente pas un arc de cercle, mais un segment d'ellipse, dont le grand diamètre ne se dirigerait pas parallèlement à la tige, mais ferait avec elle un angle de 20 degrés. La longueur de la portion de tige recourbée est de 13 millimètres, et le diamètre transversal de la courbe, mesurée à l'extrémité du crochet, est de 6 à 7 millimètres.

E. Perforateur. — Le perforateur est un instrument pointu en fer de lance, à double tranchant, légèrement courbé sur le plat, de 1 centimètre 5 millimètres de longueur et de 4 millimètres dans sa plus grande largeur. A partir de son milieu, la lame s'émousse peu à peu, et se perd dans une tige arrondie longue de 2 centimètres 5 millimètres.

F. Myotome. — Le myotome consiste en une lame à tranchant convexe, à dos concave, se continuant à angle avec une tige coudée. A cause de cette double disposition, nous supposerons, pour faciliter l'intelligence de la description, l'instrument placé horizontalement, le tranchant de la lame regardant en haut.

Dans cette position du myotome, la tige se continue d'abord en ligne droite, suivant l'axe du manche, dans l'étendue de 3 centimètres. A ce point elle forme un coude légèrement arrondi, et se dirige d'arrière en avant et un peu de gauche à droite, dans l'étendue de 1 centimètre 5 millimètres, de manière que cette seconde portion de la tige forme avec la précédente un angle de 110° ouvert à droite. Cette tige supporte une lame située dans le même plan horizontal, et dirigée non pas suivant l'axe de la première portion de la tige, mais bien en avant et un peu de droite à gauche, en formant ainsi avec elle un angle de 110° ouvert à gauche. Cette lame, dont le tranchant, regardant en haut, comme nous l'avons dit, est perpendiculaire au plan de la courbure de la tige, est résistante, longue de 1 centimètre 5 millimètres et large de 2 millimètres. Elle se termine par une extrémité mousse et arrondie. La forme de l'instrument, dans son ensemble, représente assez bien celle d'une baïonnette, dont la portion aiguisée correspondrait à la lame du myotome.

§ II. — Procédés.

L'application des deux procédés de la méthode sous-conjonctivale comprend des *préliminaires* qui sont, sauf de très légères différences, communs à chacun d'eux; et ce n'est que dans l'exécution immédiate que les deux procédés diffèrent notablement l'un de l'autre. Ces préliminaires consistent dans les circonstances relatives à la position du malade, au soulèvement et au refoulement des paupières et à l'accrochement de l'œil par les érignes.

Préliminaires des deux procédés.

A. Position du malade. — Le malade est couché, la tête appuyée sur un sommier résistant, légèrement renversée en arrière, et tournée de façon à présenter l'œil qu'on doit opérer du côté de la lumière.

Je préfère la position couchée à la position assise, parce qu'elle permet de maîtriser plus facilement les mouvemens du malade; qu'elle fait disparaître les inconvéniens résultant des disproportions de la taille, et qu'elle rend plus facile la manœuvre par laquelle s'opèrent la tension et la section des muscles. Toutefois il serait possible de pratiquer l'opération le sujet assis sur un fauteuil particulier, qui présenterait au sommet de son dossier une portion renversée et élargie, pour soutenir la tête; car il est indispensable, quelque position qu'on donne à l'opéré, que le visage soit situé horizontalement.

B. Soulèvement et refoulement des paupières. — Le malade étant placé dans la position ci-dessus indiquée, on procède à l'écartement des paupières. Cet écartement peut s'effectuer de deux manières, ou par *soulèvement* ou par *refoulement*.

Le *soulèvement*, chez les sujets très dociles, peut se pratiquer avec les doigts; mais c'est un moyen peu sûr, et nous préférons nous servir des instrumens que nous avons décrits plus haut sous le nom de *refouleurs*. On engage l'anneau coudé qui termine ces instrumens derrière la face interne des paupières, et on tire verticalement et un peu en avant,

---

sont inséparables, comme l'effet l'est de la cause. Or, quiconque étreint sa taille dans l'étau d'un corset, ne peut pas plus prétendre à la première qu'à la seconde; ou du moins la beauté ne sera que passagère. Qu'on laisse donc le corps s'accroître librement; ne craignez rien, livrez la nature à elle-même et vous aurez la beauté dans tout son épanouissement. Or, cette existence active, exubérante, étendue, se reconnaît à l'heureux développement du corps, à la gracieuse souplesse des membres, dans lesquels la vie coule sans effort à l'intérieur et à la surface, avec l'éclat et la transparence d'une carnation délicate. Comment les femmes, ordinairement si clairvoyantes en ce qui concerne leur beauté, ont-elles pu la sacrifier à un accoutrement si bizarre? car il est certain que le corset vieillit. L'idée de la beauté est-elle donc tout à fait arbitraire et de convention? Les Chinoises se brisent le pied et font grand cas d'une taille large; les femmes des Omaguas s'allongent démesurément la tête; les habitans d'une des côtes de la Nouvelle-Hollande, bien convaincus que l'homme parfait ne doit avoir que trente dents, s'en arrachent soigneusement deux au-devant de la mâchoire supérieure (Voyages de Dampier, t. ii, p. 171); mais, dans une partie de l'Europe, il faut que la taille se rétrécisse le plus possible; on n'est un modèle d'élégance qu'à ce prix. Convenez, Madame, que c'est là une étrange idée, d'autant plus qu'elle ne varie pas, et que, sous ce rapport, nos dames n'ont rien à envier à celles du céleste empire.

Sans entrer dans une métaphysique artistique qui nous mènerait trop loin, on peut définir la beauté : l'accord expressif d'un tout avec ses parties. Mais je défie qu'on puisse appliquer cette définition à une femme affublée d'un corset. Il rompt nécessairement cette ligne correcte et harmonique qui constitue l'essence du beau dans le corps humain. Cherchez maintenant l'image de la femme dans son prestige poétique, en même temps que dans sa réalité terrestre et vivante! On conçoit que la laideur étant, chez certaines personnes, une douleur qui ne finit pas, elles s'efforcent continuellement à la déguiser, par une combinaison plus ou moins ingénieuse de moyens artificiels; mais qu'une femme, richement dotée par la nature, ait recours aux mêmes artifices, voilà l'incompréhensible; loin d'augmenter ainsi ses attraits, il est certain qu'elle en diminue les effets. Imaginez la Vénus de Médicis en corset!! Ce type d'une beauté divine ne devient-il pas grotesque? Qui s'aviserait alors d'y chercher cet idéal de la grâce, ce charme qui naît sans qu'on s'en aperçoive, que l'œil trop scrutateur, que l'esprit qui veut l'analyser, font aussitôt disparaître?

Il y a toujours une expression qui sert de caractère primitif à la beauté, mais ce caractère disparaît fatalement par certains vêtemens qui sont en désaccord complet avec les nobles proportions du corps humain, et les exemples ne me manqueraient pas pour le prouver. Hogarth trouva, dit-on, dans les spirales d'un corset, *la ligne parfaite de beauté*, comme dans les cornes du bélier, *la ligne parfaite de grâce*. Voilà de ces idées d'artiste que nous, qui faisons partie du vulgaire, ne pouvons ni comprendre, ni expliquer. Il sera difficile de nous faire admirer, après l'application d'un énorme corset comprimant la poitrine, gênant les flancs, aplatissant les hanches, un corps bien harmonique où la beauté, la force, la grâce et la santé rayonnent par tous les organes et dans tous les mouvemens.

Malheureusement les femmes sont trop persuadées qu'une fois bien et vigoureusement corsées, elles sont plus belles, plus élégantes qu'elles n'étaient avant; c'est une véritable déception enfantée par le préjugé. Ajoutez que la taille, quel-

de façon à produire l'écartement de ces dernières. Cette pratique a, comme méthode générale, le double inconvénient de mettre l'instrument en contact avec la conjonctive, ce qui provoque une douleur assez vive, et de produire le renversement du cartilage tarse et la hernie de la muqueuse. Nous spécifierons tout à l'heure les cas dans lesquels le soulèvement peut être employé de préférence au refoulement.

Le *refoulement* que j'ai substitué au soulèvement, dans le but d'éviter les inconvéniens dont je viens de parler, consiste à refouler les paupières entre les parois de l'orbite et le globe de l'œil, au moyen d'une pression exercée sur leur face externe, près de leur bord libre. Les différens ophthalmostats imaginés d'après ces idées, remplissent bien les indications du refoulement; mais, outre qu'ils peuvent être déplacés par les mouvemens des malades, comme leur degré de pression n'est pas gradué suivant le degré de résistance de l'orbiculaire, ils sont sujets à exercer soit une pression trop forte, qui occasionne de la douleur, soit une pression trop faible, qui facilite le renversement du cartilage tarse. Les *refouleurs* dont je me sers me paraissent mériter la préférence.

L'aide chargé d'écarter la paupière supérieure se place à la tête du lit; celui qui est chargé d'écarter la paupière inférieure se place vers le pied du lit; du côté de l'œil qu'on doit opérer, s'il s'agit de la section du muscle droit interne, et du côté opposé, s'il s'agit de la section de l'un des autres muscles. Le premier aide applique le plus large des refouleurs sur la face cutanée de la paupière supérieure, le plus près possible de son bord libre. L'autre refouleur est appliqué de la même manière par le second aide sur la paupière inférieure. L'instrument et la peau des paupières ne doivent pas être humides, et il importe de ne pas laisser de cils interposés entre eux, afin de prévenir le glissement de l'instrument. Ce glissement aurait pour effet de produire le renversement du cartilage tarse et la hernie de la conjonctive, et pourrait masquer le point où doit se pratiquer, soit la dissection, soit la ponction de la muqueuse et du fascia.

Les refouleurs étant ainsi placés, on écarte d'abord les paupières; puis on les déprime d'avant en arrière, entre le globe oculaire et la paroi de l'orbite contre laquelle on les maintient appliquées. Il faut avoir soin, pour éviter de la douleur au malade, de ne pas les comprimer contre la surface osseuse, mais de diriger surtout la pression, d'avant en arrière, sur le bord palpébral. La courbure que présente la tige du refouleur de la paupière supérieure lui permet de contourner la saillie de l'arcade sourcilière et d'abaisser le manche qui, dès lors, ne gêne plus la manœuvre opératoire.

Indépendamment de ces règles générales qui président à l'application des refouleurs, il en est d'autres qui varient suivant le muscle dont on veut faire la section. S'il s'agit du muscle droit interne, les deux refouleurs seront appliqués de manière à ce que le bord interne de l'anneau recourbé corresponde aux points lacrymaux. S'il s'agit du droit externe, le bord externe de l'anneau doit être distant de 5 millimètres de l'angle correspondant des paupières, et celles-ci doivent être refoulées à la fois d'avant en arrière et de dedans en dehors. Cette précaution a pour but d'éviter que la commissure des paupières ne vienne se tendre comme un pont au-devant de l'œil et masquer le point sur lequel on doit opérer.

Pour la section des muscles droits supérieur et inférieur, on refoule ou on soulève indifféremment les paupières, en appliquant l'anneau de l'instrument vers la partie moyenne.

Quant aux muscles obliques, si l'on veut couper l'inférieur dans sa partie interne, on abaisse la paupière en la soulevant un peu en dedans de sa partie moyenne. Si l'on veut le couper près de son attache oculaire, on refoule les deux paupières, comme pour la section du droit externe. Enfin, s'il s'agit de la section de l'oblique supérieur, on emploie le *soulèvement*, et l'instrument est appliqué à la face interne de la paupière correspondante, à 5 millimètres de l'angle interne.

6. Accrochement de l'œil par les érignes. — Trois érignes sont ordinairement nécessaires. Avec une première, implantée seulement dans la conjonctive, tout près de la cornée, on attire l'œil d'une certaine quantité dans le sens opposé à la déviation. Elle n'a d'autre but que de fixer l'œil pour faciliter l'implantation de la seconde dans un point bien déterminé de la sclérotique; cette implantation a lieu, pour le procédé par dissection, en avant de l'insertion du muscle, et pour le procédé par ponction, à 6 ou 7 millimètres du bord de la cornée, sur le trajet du muscle. Quand on emploie le dernier procédé, il est indispensable de traverser la sclérotique avec l'érigne, afin d'avoir un point d'appui résistant et ne pas s'exposer à arracher la conjonctive.

La seconde érigne implantée, je retire la première, puis j'exerce une traction directe d'arrière en avant, plus considérable dans le procédé par ponction, afin de tendre le muscle entre ses deux points d'insertion, de le *détacher* autant que possible du globe oculaire, et de faciliter, par conséquent, le glissement du myotome entre la sclérotique et le corps du muscle.

Un aide applique la troisième érigne à environ 5 millimètres en arrière de la précédente, et à 5 ou 6 millimètres en dehors du muscle et du côté correspondant à la droite de l'opérateur. On soulève en ce point les membranes de manière à faire correspondre le pli soulevé au niveau de la paroi latérale de la loge musculaire.

Ainsi, pour le droit interne de l'œil gauche, l'érigne doit être placée en dedans et au-dessus de celle que tient l'opérateur; pour celui du côté droit, en dedans et au-dessous; pour le droit externe gauche, en dehors et au-dessous; pour celui du côté droit, en dehors et au-dessus; pour le droit supérieur gauche, au-dessus et en dehors; pour celui du côté droit, au-dessus et en dedans; pour le droit inférieur gauche, au-dessous et en dedans; pour celui du côté droit, au-dessous et en dehors; pour l'oblique supérieur gauche, en haut et en dehors; pour celui du côté droit, en haut et en dedans; pour l'oblique inférieur des deux côtés, dans sa partie moyenne, comme pour le droit inférieur; pour le même muscle à son extrémité oculaire, comme pour le droit externe.

Cette troisième érigne, avons-nous dit, est destinée à soulever la muqueuse et le fascia sous-conjonctival, au niveau de la paroi latérale des gaines musculaires. Le pli ainsi formé doit présenter sa base au niveau du point où se fait la ponction ou la première incision par les ciseaux.

Pour le procédé par dissection, on peut se borner à soulever le feuillet superficiel du fascia, tandis que, pour le procédé par ponction, on doit soulever à la fois toute l'épaisseur de cette membrane. Dans le premier cas, on peut, quoiqu'en ne soulevant qu'un feuillet, arriver directement dans la loge musculaire par la prolongation de l'incision. Dans le second cas, au contraire, le myotome introduit entre les deux feuillets pourrait être arrêté par le feuillet profond, qui formerait cul-de-sac au-devant de son extrémité mousse.

S'il est important que la troisième érigne ne soit pas appliquée trop

---

que mince qu'on la suppose, ne compose pas seule le séduisant ensemble d'une belle femme. Alors, pourquoi lui donner une telle importance? La beauté est un terme générique qui exprime d'une manière abstraite les *beautés* d'une femme; elles sont très nombreuses ces perfections physiques si désirées; il est même douteux qu'une seule les ait jamais réunies. Si vous désirez en connaître le curieux tableau, le voici, tiré d'un vieux livre français intitulé: De la louange et beauté des dames, traduit dans toutes les langues de l'Europe; ce tableau est, dit-on, affiché comme modèle dans le sérail de Sa Hautesse.

La suprême beauté, pour obtenir le prix, doit donc réunir les perfections suivantes:

Trois choses	*blanches*......	la peau, les dents, les mains.
— —	*noires*......	les yeux, les sourcils, les paupières.
— —	*rouges*......	les lèvres, les joues, les ongles.
— —	*longues*......	le corps, les cheveux, les mains.
— —	*courtes*......	les dents, les oreilles, les pieds.
— —	*larges*......	la poitrine, le front, l'entre-sourcil.
— —	*étroites*......	la bouche, la taille, l'entrée du pied.
— —	*grosses*......	le bras, la cuisse, le gras de la jambe.
— —	*déliées*......	les doigts, les cheveux, les lèvres.
— —	*petites*......	les seins, le nez, la tête.

Vous voyez, Madame, que, dans ce tableau, la finesse de la taille n'y est que pour un trentième, c'est-à-dire pour un point de peu de valeur; c'est néanmoins à cette fraction que les femmes attachent une importance extrême, parce qu'il leur semble qu'elles peuvent suppléer à ce que la nature leur refusa. Et cependant, dans cet ensemble de beautés dont je vous ai présenté le tableau, le trait principal n'est pas indiqué, et il ne pouvait pas l'être. Comment, en effet, placer, dans une froide énumération, ce qui donne la vie, l'animation à cette multitude d'attraits: je veux parler de la grâce, ce charme suprême de la beauté, ce dernier trait qui lui donne l'empire du monde. Ninon avait raison: « La beauté sans grâce est *un hameçon sans appât*. » Une femme ne peut être belle que d'une façon, mais elle est jolie et gracieuse de cent mille. Bien entendu qu'il ne faut pas confondre ces qualités avec les minauderies qui n'amusent qu'un instant, puis fatiguent et répugnent. Une coquette de ce genre ressemble, dit-on, à ces vins pétillans dont tout le monde veut goûter, mais dont personne ne voudrait pour son ordinaire. Cependant, chez la femme, qu'est-ce que la grâce? Il me semble qu'elle consiste dans une coquetterie délicate tout à la fois instinctive et raisonnée qui réside dans tout son être. En analysant de plus près *ce je ne sais quoi*, pourvu qu'on ne manque pas de sang-froid, on trouve que cette grâce consiste surtout dans les mouvemens. Voilà le secret de cette inimitable *désinvolture*, particulière à certaines femmes, et qu'on n'acquiert que par de gracieux et faciles mouvemens du corps. Or, jamais vous n'obtiendrez de tels mouvemens avec un corset vaste et serré; ce phénomène ne s'est pas vu et ne se verra point. Physiologiquement parlant, la colonne vertébrale, ligne qui sépare pour ainsi dire le corps en deux portions, est l'aboutissant général de tous les efforts que le corps exerce et de tous ceux qui sont exercés sur lui. Cette colonne est également le centre de tous les mouvemens des membres, et elle exerce elle-même des

près de la cornée, ainsi que nous venons de l'établir, il ne l'est pas moins qu'elle ne soit pas appliquée à une distance trop éloignée. Nous avons dit, en effet (partie anatomique), que dans tout mouvement spontané ou provoqué du globe oculaire, l'expansion réfléchie du fascia et l'expansion directe, appliquées l'une contre l'autre, diminuent ou augmentent d'étendue aux dépens l'une de l'autre; que, du côté opposé au sens du mouvement, une portion de l'expansion réfléchie quitte la paupière pour s'appliquer contre le prolongement de l'expansion directe; tandis que, du côté correspondant au sens du mouvement, c'est au contraire la portion oculaire de l'expansion directe qui se replie contre la face interne de la paupière. Or, la seconde érigne imprimant à l'œil un mouvement de rotation en sens opposé du muscle à diviser, en dehors, par exemple, s'il s'agit de couper le droit interne, l'expansion réfléchie s'applique alors contre l'expansion directe dans sa partie postérieure, à la face interne de l'œil. Si donc, la troisième érigne était implantée trop loin du bord de la cornée, elle pourrait n'atteindre que l'expansion réfléchie, sans aller jusqu'à l'expansion directe, et le myotome resterait engagé entre ces deux portions, sans pouvoir pénétrer jusqu'au muscle.

Tels sont les préliminaires communs aux deux procédés de la méthode sous-conjonctivale. Voici maintenant les particularités propres à chacun d'eux :

1° PREMIER PROCÉDÉ, OU PROCÉDÉ PAR DISSECTION.

Ce procédé consiste à détacher de la sclérotique au moyen d'une incision une portion de la conjonctive et du fascia, à leur insertion au globe oculaire, à mettre le muscle à découvert, à le soulever sur une branche de ciseaux à pointes mousses, à le couper en travers, le plus en arrière possible de la plaie du fascia, et enfin à réappliquer exactement les membranes.

Ce procédé s'exécute de la manière suivante : la concavité des ciseaux étant tournée du côté du globe oculaire, on incise du premier coup toute l'étendue du pli à sa base; on traverse le feuillet superficiel du fascia, on prolonge horizontalement l'incision vers la loge musculaire, en suivant, le plus près possible, la ligne d'insertion des membranes à l'œil. L'incision étant complétée, l'aide applique l'érigne à la partie moyenne du bord du lambeau, l'attire à lui et le renverse en dehors. On achève ensuite la dénudation du muscle avec la pointe des ciseaux, en le dégageant des lamelles celluleuses qui le recouvrent, et l'on divise complètement les deux cloisonnemens de la loge, formés par les replis de la gaîne.

Le muscle étant mis à découvert dans toute la portion comprise entre son insertion oculaire et l'orifice de la gaîne, on glisse de droite à gauche la branche courbe des ciseaux, entre le globe oculaire et le muscle, à 7 ou 8 millimètres de l'insertion de ce dernier. Suivant que l'on veut diviser ou conserver la paroi profonde de la gaîne, on la soulève avec le muscle sur la branche des ciseaux, ou bien on engage cette dernière entre elle et le globe oculaire. Il est indispensable que la pointe de la branche sur laquelle le muscle est soulevé, dépasse d'une certaine quantité le bord du côté opposé. On fait ensuite exécuter à la même branche un léger mouvement de va et vient entre le muscle et le globe oculaire, dans le but d'achever de décoller le muscle de la paroi profonde de la gaîne, ou celle-ci du globe de l'œil, et l'on achève la section le plus loin possible de l'insertion antérieure du muscle, c'est-à-dire de la plaie extérieure du fascia. Quoiqu'il soit souvent utile de conserver le feuillet profond de la gaîne musculaire, on ne réussit pas toujours à ne pas le comprendre dans le soulèvement du muscle. Si, malgré toute précaution, il se trouvait divisé avec le muscle, il faudrait se garder d'en prolonger la section sur les côtés, en prenant le reste du feuillet pour des fibres musculaires non divisées. Pour éviter cette méprise, tout en s'assurant qu'il ne reste plus de fibres musculaires à diviser, on soulève le tronçon antérieur et on râcle la surface du fascia en un point plus élevé que le siége de la plaie. A la fin de l'opération, on replace, en l'aplatissant contre le globe oculaire, avec l'extrémité mousse des ciseaux, le tronçon antérieur du muscle, de manière à le maintenir dans la direction du tronçon postérieur; enfin, on réapplique contre l'œil le feuillet détaché du fascia et de la conjonctive, en faisant correspondre, autant que possible, les deux bords de l'incision, dans le but d'obtenir, quand l'écartement de ces bords n'est pas indispensable, la cicatrisation des parties avec la plus petite étendue de plaie possible.

Il est quelquefois difficile de maintenir le lambeau du fascia appliqué sur le tronçon antérieur du muscle, soit à cause de l'étendue de l'incision, soit à cause du raccourcissement des membranes; on obvie à cet inconvénient au moyen de deux petits points de suture passés dans les bords correspondans de la plaie, à trois ou quatre millimètres l'un de l'autre; car ce qui caractérise essentiellement ce procédé et permet de le rattacher à la méthode sous-conjonctivale, c'est que la plaie musculaire soit toujours recouverte après l'opération par le lambeau du fascia et protégée par lui pendant le travail de cicatrisation.

2° DEUXIÈME PROCÉDÉ, OU PROCÉDÉ PAR PONCTION.

Le pli du fascia étant fait et l'œil accroché avec les précautions particulières que nous avons indiquées pour ce second procédé, on plonge à la base du pli le perforateur, la convexité de l'instrument tournée du côté de l'œil; on l'enfonce jusqu'à ce qu'on éprouve la sensation d'une résistance vaincue, c'est-à-dire qu'on ait traversé complètement les deux feuillets du fascia. L'instrument doit être dirigé tangentiellement au globe oculaire, en suivant une ligne intermédiaire, à l'horizontale et la verticale, ceci pour éviter de rester dans l'épaisseur du fascia et de laisser intact son feuillet profond. Quand on s'est bien assuré qu'on a traversé toute l'épaisseur des membranes, on fait décrire à la pointe de l'instrument un petit mouvement de déviation latérale dans les deux sens, afin de détruire le cloisonnement correspondant de la loge musculaire et d'agrandir ainsi l'espace sous-conjonctival dans lequel le myotome doit être engagé.

En place de la ponction faite par le perforateur, on peut pratiquer une petite ouverture au pli du fascia avec des ciseaux, en s'assurant que ses différentes lamelles ont été complètement traversées. Dans ce cas, la forme du pli doit être un peu modifiée; on le fait moins large et l'on dirige un de ses angles en avant. L'ouverture par les ciseaux est, en général, plus étendue et moins régulière; mais elle peut offrir plus de certitude et de sécurité aux personnes qui débutent dans l'emploi de cette méthode; car, avec les extrémités mousses des ciseaux, on peut pénétrer hardiment jusqu'à la surface de la sclérotique et ne laisser par conséquent aucune chance de division incomplète des lamelles aponévrotiques.

---

mouvemens très variés. Vous voyez combien il importe qu'elle ne soit ni gênée, ni entravée. Dans le dix-septième siècle, un anatomiste célèbre, dont sûrement vous n'avez jamais entendu parler, Winslow (Jacques-Benigne), prénoms du grand Bossuet, qui le ramena dans le sein de l'Église romaine, avait remarqué que la colonne vertébrale réunissait, par sa structure, trois qualités remarquables : la *solidité*, la *légèreté*, la *flexibilité*, qualités indispensables pour que cette colonne pût accomplir les fonctions qui lui sont destinées. Mais comment cette legèreté, cette flexibilité, ces onduleuses courbures, particulières à la colonne vertebrale, auront-elles lieu, si le corps est enlacé, entravé de toutes parts? Comment peut-on exiger les contraires à la nature d'une chose? Aussi, voyez la gêne, l'allure pénible et guindée d'une femme corsée outre-mesure, selon la règle de l'art et de la mode. Elle ne peut ni se mouvoir, ni se baisser, ni se pencher, en un mot, agir librement. Or, la souplesse, la flexibilité du corps sont tellement nécessaires aux grâces, que l'âge mûr s'y refuse et que la vieillesse en est privée.

La démarche est, dit-on, la *physionomie* du corps, je le crois; car le naturel, la facilité élégante des mouvemens sont le langage muet de l'ame; mais il faut convenir que le jeu de cette physionomie est bien borné chez certaines femmes, le bizarre accoutrement d'un corset en est la cause. Si l'expression la plus spirituelle de la vie d'une femme, après la voix, réside dans une taille élégante, ne sera-t-il pas également vrai que cette expression est d'autant plus vive et plus pénétrante qu'elle offre plus de nuances et de variétés? Qui n'a remarqué chez certaines femmes de ces gracieux et habiles effets de corps qui assujétissent les plus rebelles. Un homme d'esprit a dit : « Il y a des mouvemens de jupe qui valent un *prix Montyon*; » sans contredit; mais comment se fait-il que tant d'avantages soient perdus pour certaines femmes? c'est que chez elles tout l'art consiste à se tenir bien droites, bien corsées, bien busquées; veritables poupées élastiques toujours dans une enveloppe qui les raidit et les mannequine. En vérité, Madame, on ne peut s'empêcher d'éprouver un sentiment de tristesse en voyant tant de belles personnes se priver volontairement de la grâce exquise qui se lie aux mouvemens de la taille.

Remarquons, en outre, que ces mouvemens étendus, faciles, variés, tiennent à la santé beaucoup plus qu'on ne croit; à coup sûr, ils l'entretiennent et la fortifient. Les femmes habituellement placées sous l'empire du corset répugnent à prendre de l'exercice et avec raison. On est peu disposé à marcher, à courir quand on est saisi par une camisole de force; cependant, sans exercice, et un exercice répété, pas de santé, et par conséquent plus de beauté; ceci est incontestable; car la beauté, comme les autres fleurs, a besoin d'air et des rayons de soleil. Bien entendu qu'il ne s'agit point ici de ces blanches et des beautes qu'on semble tirer chaque jour d'un etui pour les y remettre au bout de peu de temps, et les préserver de l'air extérieur. Mais si vous voulez que votre visage ait cet éclat de fraîcheur printannière, cette teinte de vie rosée qu'aucun peintre ne peut imiter; si vous désirez que votre démarche ait de l'aisance, de la grâce, il faut nécessairement que le sang circule sans effort, sans obstacle, et pour cela il est indispensable de respirer, de marcher, de courir même; en un mot, d'exercer souvent le corps et les membres. Le duc de Saint-Simon dit que la duchesse de Bourgogne dans sa légèreté semblait marcher *sur la pointe des fleurs*. On peut assurer dès lors que ses pétulans mouvemens n'étaient nullement entra-

Après ce premier temps de l'opération, l'aide continue à tendre le pli du fascia, de manière à tenir béante l'ouverture de la plaie, et à en laisser voir le fond. On introduit le myotome coudé. L'instrument est tenu entre le pouce et les deux premiers doigts, comme pour faire une ponction verticale, le tranchant en dehors, et le dos de la lame correspondant au bord du muscle à diviser; dans cette position, le premier coude de l'instrument (celui de la lame avec la tige) répond au globe oculaire, et le second coude au rebord orbitaire. La lame de l'instrument est donc introduite verticalement à travers l'ouverture du fascia. Lorsqu'elle a pénétré aux trois quarts environ de sa longueur, on lui fait décrire un petit mouvement de déviation en dehors du muscle, de manière à porter son extrémité à quelque distance du bord de ce dernier. Alors, suivant que l'on veut diviser le muscle principalement, ou suivant qu'on veut comprendre dans la section la gaîne musculaire et toute l'épaisseur du fascia, dans une certaine étendue, la section a lieu, pour le premier cas, dans un point plus superficiel ou antérieur; et, pour le second, dans un point plus profond ou postérieur. On comprend, en effet, qu'il est plus facile d'atteindre une plus grande partie du fascia, là où il est plus ramassé et plus étroit, c'est-à-dire en arrière, que là où il est étendu sur une plus grande surface, c'est-à-dire en avant. Dans les deux cas, l'instrument est glissé sous le muscle, à trois ou quatre millimètres de la plaie extérieure; après quoi on le fait descendre plus profondément ou on le relève, suivant le point où l'on veut opérer la section. On exécute ce temps du procédé, en abaissant le manche de l'instrument; il faut avoir soin de porter en même temps d'une petite quantité l'extrémité de la lame vers le globe oculaire. Ce dernier mouvement est indispensable pour éviter de passer au devant du muscle, ou d'engager l'instrument dans l'épaisseur de ses fibres. On fait pénétrer la lame du myotome jusqu'au-delà du bord opposé du muscle. Pour s'assurer que celui-ci a été entièrement soulevé et dépassé par l'instrument, on fait exécuter à la lame de petits mouvemens de glissement sur le globe de l'œil, dans le sens vertical, entre le muscle et l'œil. La lame de l'instrument étant ainsi complètement abaissée et en contact immédiat avec la sclérotique, on fait décrire au manche un mouvement de révolution sur son axe, qui a pour effet de présenter le tranchant de la lame au muscle. Arrivé à ce moment du procédé, l'opérateur, tenant toujours de la main gauche l'érigne implantée dans la sclérotique, la tire d'arrière en avant et assez fortement pour produire la tension des parties à diviser. Cette précaution est tout à fait indispensable au succès de l'opération; car le moindre relâchement des tissus amortirait l'action tranchante de l'instrument. Au même moment, on exécute avec ce dernier des mouvemens de scie contre le muscle, et la division en est opérée instantanément. Celle-ci s'annonce presque toujours par un bruit de craquement, et par la sensation d'une résistance vaincue. Lorsque l'on se borne à faire la division du muscle dans sa partie la plus antérieure, sans y comprendre toute l'épaisseur de la gaîne, il suffit d'un effort très médiocre pour produire cette section; mais lorsqu'on le divise dans un point plus profond, il faut déployer d'assez grands efforts et tendre le muscle en raison des résistances que l'on a à vaincre. Toutefois la division du muscle et de sa gaîne s'annonce de même par un bruit de craquement, et le sentiment d'une résistance vaincue. Pour s'assurer, dans l'un et l'autre cas, que tout ce qu'on a voulu diviser l'a été complètement, on fait repasser la lame du myotome par le chemin qu'elle a déjà parcouru, en résumant, en quelque façon, tous les temps de l'opération, et, s'il reste quelques brides musculaires ou aponévrotiques non atteintes, elles se trouvent ainsi immédiatement divisées.

L'instrument étant retiré, on s'assure que la division des obstacles a été complète, par la déviation du globe oculaire en sens inverse, et par l'impossibilité de le ramener dans le sens du muscle divisé. Faisons remarquer cependant que, quelque complète qu'ait été la section du muscle et du fascia, le mouvement d'adduction n'est jamais entièrement aboli. Ce que nous avons dit précédemment sur les fonctions propres des différens muscles de l'œil et sur la faculté qu'ils ont de se seconder ou de suppléer, jusqu'à un certain point, dans leur action, rend facilement raison de ce fait. Des différens mouvemens que l'œil est susceptible d'exécuter, il n'en est pas un qui appartienne entièrement, exclusivement, à un muscle déterminé. Il suit de là que la section de ce muscle n'entraîne jamais l'abolition complète du mouvement dont il est plus spécialement chargé. Ainsi, l'œil peut encore exécuter, après la section du droit interne, une légère adduction par l'action des droits supérieur et inférieur; après la section du droit externe, un mouvement assez étendu d'abduction par l'action simultanée des obliques; après la section du droit supérieur ou du droit inférieur, un léger mouvement d'élévation ou d'abaissement (combinés avec un mouvement d'abduction), par l'action de l'oblique supérieur ou de l'oblique inférieur; et réciproquement, après la section de l'un ou de l'autre de ces deux muscles, ou de tous les deux sur le même œil, quelques mouvemens d'élévation et d'abaissement, ou d'abduction, par l'action du droit supérieur, du droit inférieur ou du droit externe. Nous avons donné précédemment les raisons anatomiques et mécaniques de ces diverses associations d'action des muscles de l'œil; ajoutons que ces mouvemens de participation peuvent encore s'accroître par suite des changemens de rapports imprimés aux muscles auxiliaires par la difformité. Ainsi, dans le strabisme convergent considérable et ancien, les muscles droits supérieur et inférieur ont acquis un pouvoir d'adduction qui va quelquefois jusqu'à permettre à ces muscles de suppléer complètement l'action du droit interne après la section de ce dernier. Nous montrerons quels sont les caractères à l'aide desquels on peut reconnaître, dans les différens mouvemens du globe oculaire, l'action propre de chaque muscle en particulier, et celle qu'ils reçoivent de leur changement de rapports par la difformité.

Néanmoins si, malgré toutes les raisons que nous venons d'indiquer, le globe oculaire pouvait encore exécuter, dans le sens de la déviation, un mouvement trop considérable, et avec des caractères révélant la persistance d'action du muscle qu'on a voulu diviser, il ne faudrait pas hésiter à réintroduire le myotome et à compléter la division.

Les règles que nous venons d'exposer pour l'exécution des deux procédés de la méthode sous-conjonctivale s'appliquent principalement à la section des muscles droits; et quoique ces muscles ne se prêtent pas tous avec la même facilité à l'emploi de l'un ou de l'autre de ces procédés indifféremment, ainsi que nous l'établirons plus loin, il n'en est pas un qui ne puisse être et qui n'ait été divisé par nous au moyen du procédé par ponction ou du procédé par dissection. Nous ferons de suite une remarque relative aux muscles droits supérieur et inférieur. Ces muscles étant recouverts et protégés par les paupières, leur division, par quelque méthode que ce soit, donne toujours lieu à une plaie sous-conjonctivale, en ce sens qu'après l'opération elle est toujours recouverte par la paupière correspondante. Mais ce n'est là qu'une des conditions de la méthode,

---

vés par un vaste et lourd corset. Quand madame de ..., votre amie, dansait, on devinait que c'était *la danse d'une femme d'esprit*; or, vous savez qu'elle ne mit jamais qu'un très petit corset.

Est-ce donc que les bayadères de l'Inde s'avisent de porter une pareille machine? Leur vive et agaçante coquetterie s'accommoderait fort mal de semblables entraves. Elles n'adoptent qu'un simple corsage à mailles élastiques, appelé *langgia*, qui soutient la taille sans la comprimer ou la gêner. Ainsi vous voyez quels précieux avantages se lient à la complète liberté des mouvemens de la taille. Sans eux la parure d'une femme semble maussade et apprêtée, la démarche aura toujours quelque chose de raide, d'empesé, tout à fait opposé à ce qui constitue l'élégance naturelle, la seule vraie, la seule qui puisse plaire. Rappelez-vous, Madame, ce vers plein de sens, que Carle Maratte avait inscrit au-dessous du portrait des Grâces: *Senza di noi, ogni fatica è vana.* « Sans nous, tout soin est inutile. » Or, c'est précisément par cette ravissante pureté de formes, que leur a donnée l'antiquité, c'est par leurs attitudes et leurs mouvemens, que les Grâces nous charment: elles en sont le modèle éternel; qu'on leur ajuste un corset, alors qui s'avisera de les prendre pour les Grâces?

Cependant qui n'a pas entendu dire qu'une femme ne peut être habillée qu'avec un corset? c'est l'arrêt de la mode ou du préjugé. Nos aïeules s'imaginèrent aussi qu'il n'y avait pas de parure complète sans paniers ni vertugadin. Quant à moi, Madame, je le répète, nourrisson de Galien et d'Hippocrate, livré à d'autres études, je ne suis qu'un profane sur cet important sujet; toutefois, hasardant mon avis, je dirai que la femme la mieux mise est celle qui n'a rien de tranché, rien de trop saillant dans son élégance, et qui n'est remarquée que par la simplicité, le bon goût, la grâce de sa toilette. Reste à savoir si le corset est indispensable pour toucher ce point délicat, pour atteindre cette coquetterie fine dont les femmes d'élite ont le secret. Toutes conviennent qu'il faut infiniment d'adresse et de jugement dans l'art si compliqué de la parure, art qui consiste à assortir la coiffure et l'habillement à l'ensemble de la personne, à faire ressortir ses avantages; ou bien encore dans le soin d'adoucir par des gradations, d'accorder par des nuances, de faire valoir par des contrastes, tout ce qui doit l'être d'après un goût pur et sain; cet art enfin si savant et si coûteux d'*apprêter* complètement une femme pour la vanité ou la coquetterie. Il y a dans la toilette d'une femme, une partie morale, si l'on peut ainsi dire, qui aide à faire deviner l'esprit et le caractère. Aussi le charme le plus puissant et le plus indéfinissable dont se compose cette toilette est sa complète harmonie avec l'âge, la figure, le teint, les habitudes de celle qui l'adopte; les grâces de la personne sont aussi celles de l'ajustement. Comme on l'a proclamé, ce n'est pas tant le *chiffon* que l'esprit du chiffon qu'il faut étudier et approfondir. Vous voyez qu'il s'agit de bien autre chose que de s'appliquer sur le corps une large et forte ligature. La toilette a des principes supérieurs à cette étrange coutume; mais ces principes ne sont pas aussi connus qu'on le suppose ordinairement. L'impératrice Joséphine disait: *On se fait jolie femme*, elle avait raison; bien plus, elle-même joignait l'exemple au précepte, parce qu'elle avait ce tact fin, ce goût délicat de parure, qui contribuèrent à inspirer pour cette aimable femme une vive passion à Napoléon. Remarquons pourtant que l'impératrice Joséphine ne portait pas de corset, ou du moins cette énorme machine qui en porte aujourd'hui le nom.

Ainsi, docteur, me direz-vous, vous ne permettez le corset à personne. Je vous

celle qui maintient la plaie à l'abri du contact de l'air ; une autre condition non moins importante, celle qui consiste à empêcher que les deux plaies du fascia et du muscle se correspondent, n'est réalisée qu'en observant pour la section des droits supérieurs et des obliques les règles posées précédemment pour toutes les applications du même procédé.

3° PROCÉDÉS SPÉCIAUX POUR LES OBLIQUES.

La direction des muscles obliques, leurs rapports particuliers avec les autres muscles et le fascia, ainsi que l'absence de *loge* à leur extrémité oculaire, ne permettent guère que l'emploi du procédé par dissection, et, d'un autre côté, nécessitent, dans l'exécution de ce procédé, des modifications spéciales, qui varient suivant qu'il s'agit de l'oblique supérieur ou de l'oblique inférieur.

A. PROCÉDÉ POUR L'OBLIQUE SUPÉRIEUR.

Pour la section de l'oblique supérieur, le refouleur des paupières est appliqué à la face interne de la paupière correspondante, de telle sorte que le bord interne de l'anneau soit distant de 5 millimètres de l'angle interne ; la paupière est soulevée de dehors en dedans, de bas en haut, et d'avant en arrière. L'opérateur ayant ensuite accroché la sclérotique avec une érigne implantée vers le milieu de la ligne qui joindrait l'insertion du droit supérieur à celle du droit interne, et ayant porté l'œil fortement en bas et un peu en dehors, un aide soulève les membranes au moyen d'une seconde érigne implantée directement au-dessus de la précédente, à la distance de 5 millimètres. Les membranes sont disséquées successivement, à l'aide des ciseaux, au niveau de ce pli et à partir de l'insertion du fascia à la sclérotique. Ici, il importe de se rappeler une disposition anatomique que nous avons signalée plus haut, à savoir, que le grand oblique est renfermé dans une gaîne propre qui lui est fournie par le dédoublement du feuillet profond de la gaîne du muscle droit. Par suite de cette disposition, quand la paroi superficielle de la gaîne du droit supérieur (toujours ouverte en partie pour la mise à découvert du grand oblique) a été divisée; et qu'on a pénétré dans la loge musculaire, il reste encore à traverser le feuillet profond du fascia pour arriver à l'oblique. C'est ce qu'on exécute facilement avec la pointe des ciseaux. Quand le muscle a été mis a nu, on l'accroche et on l'attire à l'aide d'un crochet mousse introduit au-delà, à 2 ou 3 millimètres en dedans du bord du muscle droit supérieur, et que l'on ramène audehors en râclant la surface du globe oculaire. Le tendon du muscle ainsi chargé sur le crochet est divisé en travers le plus près possible du droit supérieur, afin que le tendon ne s'échappe pas de sa poulie.

B. PROCÉDÉS POUR LE PETIT OBLIQUE.

La section du petit oblique peut se pratiquer en deux points différens ; ou bien avant son passage sous le droit inférieur, ou bien après, un peu avant qu'il s'engage entre le droit externe et le globe oculaire. L'exécution du procédé offre, dans les deux cas, des modifications particulières qui permettent d'en faire deux sous-procédés distincts.

PREMIER PROCÉDÉ. — On abaisse la paupière inférieure à l'aide du refouleur placé au niveau de sa moitié interne. Une érigne implantée à 5 ou 6 millimètres de la cornée transparente, au milieu de l'espace compris entre le droit inférieur et le droit interne, attire fortement le globe oculaire en haut et en dehors, et le fixe dans cette position. Il est indispensable que les mors de l'érigne traversent toute l'épaisseur du fascia et de la sclérotique. Un aide implante une seconde érigne en regard de la première sur la portion du fascia qui touche au cartilage tarse et sur la ligne même qui précède immédiatement le bord palpébral ou postérieur de ce dernier. Le fascia ainsi tendu entre les deux érignes, on fait avec les ciseaux ou le perforateur une plaie longitudinale le plus près possible du bord de la paupière, de 1 centimètre d'étendue, et dirigé obliquement de haut en bas et de dedans en dehors, c'est-à-dire coupant presqu'à angle droit la direction du petit oblique. Cette plaie doit être très rapprochée des paupières; car, près du globe oculaire, elle pénétrerait entre celui-ci et la portion directe du fascia, et l'on aurait entre le muscle et l'instrument toute la quantité de graisse qui le sépare en ce point de la sclérotique. Le fascia divisé dans toute son épaisseur, le petit oblique se trouve au fond de la plaie et la traverse. On introduit le crochet mousse, l'extrémité tournée en haut, entre le bord supérieur ou antéro-interne du muscle et la graisse, à une assez grande profondeur pour que la pointe du crochet dépasse le muscle. On attire le crochet d'arrière en avant, en l'inclinant un peu en dehors, et en râclant la face interne de la paupière. Le muscle pris dans l'anse du crochet est coupé en travers avec les ciseaux.

DEUXIÈME PROCÉDÉ. — On abaisse ou refoule la paupière inférieure dans sa moitié externe. Une première érigne est implantée à 5 ou 6 millimètres de la cornée au milieu de l'espace compris entre le droit inférieur et le droit externe. L'œil étant attiré en haut et en dehors et fixé dans cette position, un aide implante une seconde érigne en face de la première et à 5 ou 6 millimètres plus en arrière ; il soulève en ce point un pli du fascia comme pour la section des muscles droits. Il est indispensable que ce pli comprenne, comme pour le procédé par ponction, toute l'épaisseur du fascia. On incise ce pli d'un coup de ciseaux, et l'on arrive entre la sclérotique et le feuillet profond de la gaîne du muscle. Le crochet mousse est introduit à plat parallèlement à la surface du globe oculaire. Arrivé au fond de la plaie, on lui fait décrire un mouvement de rotation qui porte sa pointe en haut ; on le retire, et le muscle chargé sur son anse, comme dans le cas précédent, est divisé en travers avec les ciseaux.

Tels sont les différens procédés qui composent la méthode sous-conjonctivale. Nous avons dit que tous, malgré quelques analogies extérieures avec ceux de la méthode ordinaire, s'en distinguent néanmoins par des caractères essentiels.

En ce qui concerne le procédé par ponction, il n'est pas nécessaire d'insister pour le démontrer. L'opération a lieu comme dans toutes les applications de la méthode sous-cutanée, à travers une petite ouverture sous les tégumens. Elle est faite et maintenue à l'abri du contact de l'air; sa cicatrisation est immédiate et toujours affranchie des accidens qui entravent souvent celle des plaies effectuées par les procédés de la méthode ordinaire. Nous verrons plus loin, en faisant l'histoire comparative des résultats des deux méthodes, que ces différences ne sont pas les seules.

En ce qui concerne le procédé par dissection, on pourrait contester, et on l'a déjà fait, que ce procédé se distingue assez de ceux de la méthode ordinaire pour mériter d'être rattaché à la méthode sous-conjonc-

---

demande pardon, Madame, je le prescris, quoique avec modération, aux femmes maltraitées par la nature, à celles dont le temps a outragé les formes, et vous en devinez les motifs. Parvenues à cet âge problématique dont les femmes cachent le chiffre comme un affreux secret, il faut bien laisser à plusieurs cette fiche de consolation. Il y a des visages de cinquante hivers sur lesquels les roses du printemps naissent à volonté; pourquoi le corset ne viendrait-il pas les séduire également de ses promesses ? Il faut compâtir à ces misères féminines. Gardons-nous cependant d'être sans pitié dans nos railleries sur le plus grand malheur des femmes, avoir des années. Mais enfin quand la fée maudite, la fée vieillissante apporte ses tristes dons, pourquoi leur serait-il défendu, comme un espoir, une illusion, de chercher les moyens de plaire, et croire donner à leur taille la forme et l'élégance que la nature leur prodiguait autrefois ? J'en conviens ;

L'amour se cache encor sous des rides naissantes.

Toutefois, c'est là une exception. Ce qui n'en est pas une, c'est que le corset ne déguise pas mieux les années que les cosmétiques ne redonnent de la fraîcheur à un teint de feuille morte. De légers sillons creusés par le temps ont apparu, la première ride vous possède, c'est pour la vie. Vous aurez recours aux magiciens qui vendent de la jeunesse en eau et en pommade, vous irez vous plonger dans toutes les *Jouvences* de magasin, vains secours ! inutiles espérances ! Le corset n'est pas plus heureux. Toutefois les efforts augmentent à mesure que le temps marche ; beaucoup de femmes déploient alors une incroyable tactique de défense; mais elles ne gagnent que bien peu de chose. Donner à des visages décrépits et recrépis quelque chose de l'éclat de la jeunesse est aussi difficile que de maintenir par un corset de fer la rectitude et la souplesse d'une taille qui se courbe et des vertèbres de plus en plus ossifiées. A quoi bon lutter contre la nature ? car enfin si la mode est du droit des convenances, la raison et le bon sens sont de droit divin. Mais il s'en faut que l'on considère les choses sous ce rapport. On voit des corsets à d'élégantes surannées, capables d'inspirer de l'effroi aux plus intrépides coquettes. Ajoutez une multiplicité d'appareils, de ressources, d'inventions qui compliquent la lutte contre le temps d'une façon extraordinaire. Mademoiselle de Sommery, toujours spirituelle et malicieuse, est de cet avis : « Celui qui voudrait, dit-elle, observer la vieillesse dans toute sa difformité, devrait solliciter d'être admis au lever subit d'une vieille coquette. » (DOUTES SUR DIFFÉRENTES OPINIONS REÇUES DANS LA SOCIÉTÉ. Paris, 1784.) Quant à moi je ne conseillerais pas à celui qui aurait surpris de pareils secrets du matin de les divulguer, les femmes sont impitoyables à cet égard, et il n'y a rien de si redoutable que la vengeance d'une femme vieille et coquette (1). Vous devez croire que dans l'arsenal de moyens mécaniques dont j'ai parlé, le corset avec son amplitude et ses violences n'est pas oublié. On voit même des femmes d'un âge respectable, qui en conservent l'habitude, toutes maigres, toutes sèches et décharnées que le temps les a faites; en vérité, on pourrait leur appliquer ce que disait de l'une d'elles la célèbre madame de Cornuel : « *Je voudrais bien savoir le cimetière où elle va*

(1) Agée de soixante ans, la reine Élisabeth envoya en prison un pauvre graveur en médailles qui, dans une épreuve de monnaie, avait eu le tort de faire avec *trop d'exactitude*, le portrait de sa gracieuse souveraine.

tivale, et participer aux avantages de cette dernière. Nous devons donc entrer dans quelques détails plus circonstanciés à son égard.

Les caractères principaux et essentiels de la méthode sous-conjonctivale ne consistent pas seulement dans la petite ouverture aux membranes de l'œil. Ils consistent surtout à obtenir : 1° que la plaie musculaire, après l'opération, soit recouverte et mise à l'abri du contact de l'air ; 2° que le travail de cicatrisation soit immédiat et continu entre les deux bouts du muscle divisé. Ces deux conditions ont pour effet de favoriser la réunion des deux tronçons musculaires ; d'empêcher la végétation ou bourgeonnement de leurs extrémités mises à découvert ; enfin, de prévenir leurs adhérences intimes à la sclérotique, d'où l'abolition plus ou moins complète du mouvement. Or, ainsi que nous le montrerons plus loin en faisant l'histoire détaillée des résultats de la méthode sous-conjonctivale, on évite ces différens inconvéniens par le procédé par dissection, aussi bien qu'avec le procédé par ponction. Ce n'est pas tout. Le procédé par dissection, sous le point de vue opératoire, se distingue des procédés de la méthode ordinaire par des caractères matériels qui rendent bien compte de la différence des résultats. Ainsi, par ce procédé, on divise et on détache le fascia de l'œil en un point déterminé, suivant la ligne de son insertion à la sclérotique, et l'on divise le muscle le plus loin possible du siége de l'incision du fascia. Il n'y a donc pas de correspondance entre les deux plaies, et cette correspondance est évitée avec soin. Dans les procédés ordinaires, il n'y a pas de point précis pour la section du fascia et du muscle : tous la font dans des points plus ou moins différens, et aucun dans un point parfaitement déterminé. Ce défaut de précision a quelquefois conduit à imiter sans le vouloir le procédé par dissection de la méthode sous-conjonctivale ; ainsi qu'on le fait par ce procédé, on a divisé le fascia au niveau de son insertion à la sclérotique, et on a eu accidentellement les bénéfices de cette pratique ; mais aucun n'a érigé cette pratique en principe, parce qu'aucun n'en a aperçu les avantages. Même défaut de précision pour le point où il convient de couper le muscle : les uns le divisent tantôt dans un point, tantôt dans un autre, et chacun se laisse plutôt diriger instinctivement dans chaque cas particulier, que guider par un principe fixe et motivé. Cela est si vrai, que beaucoup d'opérateurs vont longtemps à la recherche du muscle et ne l'atteignent qu'à travers des parties qu'il importerait de ménager, et après avoir détruit ces parties. Enfin, pour ce qui est de la correspondance à éviter entre les deux plaies du fascia et du muscle, aucun d'eux n'y avait songé. Ainsi donc, le manuel opératoire du procédé par dissection, comparé à celui des procédés de la méthode ordinaire, s'en distingue par trois caractères essentiels : 1° le siége précis de la section du fascia ; 2° le siége précis de la section musculaire ; 3° le rapport déterminé, et la nécessité du défaut de correspondance de ces deux plaies. Ajoutons enfin la précaution après l'opération de maintenir en rapport, soit par la simple position, soit à l'aide de points de suture, les deux lèvres de la plaie membraneuse. On aura une idée bien plus complète de la valeur de ces différences lorsque nous ferons connaître leur influence sur les résultats immédiats et consécutifs des deux méthodes.

(La suite à un prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

I. ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA.

Les cahiers de novembre et décembre 1841, et de janvier 1842, contiennent les articles originaux suivans : 1° *Propositions élémentaires de pathologie* ; par M. Brizio Cocchi. 2° *Relation détaillée des sujets proposés et traités dans la section de médecine et dans la sous-section de chirurgie pendant la troisième session du congrès des savans italiens, tenu à Florence* ; par M. Freschi. (Ce procès-verbal du congrès comprend : 1° *De quelques effets produits par l'électricité sur l'économie animale, et notamment dans l'état de maladie* ; par M. Namias. (L'auteur attribue à l'action de la pile la cure de deux paralysies contre lesquelles il avait déjà employé, concurremment et sans succès, les préparations de noix vomique, la salsepareille et d'autres agens.) 2° *Sur l'origine des maladies contagieuses et sur les quarantaines* ; par M. Gosse. 3° *De l'usage des bains* hydrocianés *dans le traitement de diverses maladies* ; par M. de Beyer. (Aucun détail n'est donné sur la composition de ces bains, dont l'auteur assure avoir obtenu de bons effets dans le traitement de plusieurs maladies inflammatoires.) 4° *Sur un cas d'urine contenant du fer* ; par M. Semmola. 5° *Sur la circulation utéro-placentaire* ; par M. Rigacci. (L'auteur, qui nie l'existence d'une communication directe entre les vaisseaux de l'utérus et ceux du placenta, s'appuie sur ce que le fœtus continue de vivre après que le cordon est coupé, et sur ce que sa section ne détermine pas d'hémorragie, non plus que le décollement du placenta d'avec l'utérus.) 6° *Recherches expérimentales faites pour déterminer le véritable mode d'agir du sulfate et du citrate de quinine dans les fièvres intermittentes, ainsi que le rapport qui existe entre ces substances et quelques autres médicamens proposés comme antipériodiques* ; par M. Taddei de Gravina. 7° *Projet d'un plan de statistique médicale nationale* ; par M. Sancasciani. 8° *Histoire de deux cas de paralysie des membres inférieurs guérie au moyen de l'électricité* ; par M. Marianini. (Deux faits de guérison énoncés sans aucun détail.) 9° *Sur une matière grasse qu'évacuent les enfans* ; par M. Semmola. (Les enfans à la mamelle qui ont des affections convulsives rendent quelquefois, par l'anus, une matière grasse, verdâtre, de nature particulière. M. Semmola propose de l'appeler stéréantine : il s'est assuré qu'elle n'a aucune analogie avec la cholestérine.) 10° *Sur l'emploi de l'électro-magnétisme en médecine* ; par M. Steer. (L'auteur parle surtout de l'action de l'électricité pour dissoudre les calculs urinaires ; il a présenté à l'assemblée des pierres dont la surface avait été érodée par ce moyen.) 11° *Sur la vertu thérapeutique du lactate et du valérianate de quinine, et de la phloridzine* ; par le prince Louis-Lucien Bonaparte. (Le premier de ces trois médicamens doit être préféré au sulfate de quinine, quand celui-ci impressionne trop vivement l'économie. Les deux derniers ont surtout l'avantage d'être fort peu coûteux.) 12° *Sur la phlébite utérine diffuse des nouvelles accouchées* ; par M. Sachero. 13° *Sur les avantages et les désavantages du système pénitentiaire considéré au point*

---

se renouveler de carcasse. » A dire vrai néanmoins, ce moyen est particulièrement employé pour combattre une obésité disgracieuse.

Dans ma lettre précédente, je vous ai parlé, Madame, de ce fatal embonpoint, sous le rapport de la santé ; j'ai fait sentir les dangers qui résultent de l'obstination qu'on met à le combattre par le corset. Mais qu'est-ce que la santé à côté de la mode et de la coquetterie ? Les femmes ne bravent-elles pas tout quand il s'agit de leurs agrémens physiques bien ou mal entendus ? D'un autre côté, est-il vrai que l'embonpoint soit absolument contraire aux graces ? Une taille, pour avoir perdu sa souplesse et sa gracilité juvéniles, cesse-t-elle d'être une taille d'une beauté classique ? Ces graves questions mériteraient d'être approfondies, bien que la mode ait prononcé en faveur des femmes à ceinture fine et laminée. Vous pensez bien, Madame, qu'il s'agit de ce léger embonpoint qui ne messied en rien à la femme que l'âge menace, et non de cet embonpoint phénoménal qui exige impérieusement à la ceinture de grands travaux d'élargissement. Or, je maintiens que le premier degré ne détruit ni la grâce de la taille, ni l'élégance des formes, quoique développées ; alors à quoi sert de le combattre, de le refouler à outrance ; en un mot, dans quel but la torture du corset ? Ce ne peut être dans une intention propice à la santé, ce serait agir dans un sens opposé. Une santé brillante est la source de tous les plaisirs, or, l'embonpoint en est le symbole et la preuve, pourvu, je le répète, que cette heureuse disposition du corps ait des bornes raisonnables. Vous savez que je ne partage pas à cet égard l'opinion de M. ..., conseiller de préfecture de votre département ; son jugement est sans appel et toujours formulé de la même manière : *trop d'esprit, pas assez de chair*, telle est son unique règle, son principe absolu pour estimer le mérite de beaucoup de femmes. Cependant, on ne saurait nier, quelque idée qu'on ait de la beauté, qu'on ne peut là méconnaître à des formes bien développées, dans un torse vigoureux, carré, cambré, dans ces lignes largement dessinées, manifestant la double royauté de la force et de la grâce, dans un corps physiologiquement et adorablement féminin. On conviendra que ce ne sont pas là les résultats ordinaires du corset. Mais la nature n'est-elle pas en dehors des mesquines combinaisons de nos modes ? Soyez assurée, Madame, que si jamais on établit pour les jeunes personnes, comme on l'a proposé, des écoles de *callisthénie*, c'est-à-dire l'union de la force et de la beauté, le corset sera infailliblement proscrit, c'est l'ennemi de l'une et de l'autre.

Il faut pourtant l'avouer, un certain degré de force et d'embonpoint annonce que la fine fleur de la jeunesse a disparu ; je touche ici le point douloureux. S'il est vrai, comme on le prétend, que les femmes qui ont le nez long ne peuvent jamais avoir l'air jeune, à plus forte raison, dira-t-on, il faut le croire d'une femme ayant un principe d'obésité. Mais encore une fois, en quoi cette disposition modérée peut-elle nuire à la grâce et à la beauté du corps ? Où est l'affreuse nécessité de la combattre par un corset sans miséricorde ? Qui donc ignore qu'un certain embonpoint donne de la fraîcheur, de l'éclat, de la rondeur, ce je ne sais quoi d'attractif que possèdent certaines femmes, j'entends celles qui portent dans leur toilette cette sagacité qui les éloigne du ridicule et de l'affectation. A présent que, dans les sociétés, les épaules de nos dames sont aussi blanches et aussi peu voilées que la Vénus de Milo ; que la plupart ont adopté ce principe de lady P., *qu'il n'y a que le nu qui habille*, l'embonpoint a d'inappréciables mérites, car il donne à la peau la finesse, la plénitude, le satiné, qui en relèvent singulière-

de vue hygiénique. 14° *Sur le diagnostic et la cure des maladies nerveuses, et en particulier de l'hystérie et de l'hypochondrie*; par M. Nardo. (Les maladies nerveuses présentent des caractères différens, selon que l'appareil primitivement affecté est l'encéphale, le tube digestif, ou les organes génitaux.) 15° *Histoire d'une épilepsie et d'une catalepsie existant chez une jeune femme, et guéries par le vomissement et l'excrétion de fragmens osseux et membraneux, ainsi que de pus*; par M. Linoli. (Les pièces osseuses de diverses formes furent rejetées au nombre de 105. Parmi les membres du congrès, les uns ont regardé cette observation comme un exemple de grossesse extra-utérine; les autres comme un cas de *fœtus in fœtu*.) 16° *Sur le cathétérisme forcé*; par M. Cittadini. (Discussions qui n'apprennent rien de neuf.) 17° *Observation d'une fracture complète de la colonne vertébrale avec rupture de la moelle*; par M. Rossi. (Le malade a encore vécu six mois après l'accident, paralysé, il est vrai, des membres inférieurs et de la vessie, mais toutes les autres fonctions organiques s'exécutant bien; la mort a été accélérée par la formation d'escarres aux trochanters.) 18° *Nouveau procédé opératoire pour la cure des fistules vésico-vaginales*; par M. Bellini. (Le procédé consiste à inciser d'abord l'urètre, pour rendre la suture du trajet fistuleux plus facile. Il rentre par conséquent dans la méthode indiquée par Sanson.) 19° *Pièce pathologique propre à faire voir l'existence des cicatrices pulmonaires*; par M. Parola. (La concision de l'observation et les doutes qu'elle a soulevés parmi les membres du congrès nous dispensent de la citer textuellement.) 20° *Application de la méthode sous-cutanée à la symphyséotomie*; par M. Carbonai. 21° *Moyen de remédier à l'aplatissement de la cornée qui suit l'opération de la cataracte*; par M. Maunoir. 22° *Réunion de deux doigts entièrement séparés de la main, et dont chacun était partagé en deux morceaux*; par M. Della Fanteria.) 3° *Cas singulier de hernie ventrale*; par M. Pellizo. (Plusieurs éventrations survenues à la suite d'abcès de la paroi abdominale, chez un sujet très affaibli.) 4° *Sur les difformités articulaires qui sont curables au moyen de la chirurgie sous-cutanée*; par M. Petrali. (Mémoire bien rédigé, mais incomplet.) 5° *Observations sur un cas où la rage a semblé avoir été transmise par le sang d'un animal atteint de cette affection*; par M. Toffoli. (L'auteur se déclare contre l'existence du virus rabique dans le sang; il explique la transmission de la maladie, dans ce cas, par l'application méconnue de la salive sur quelques parties du corps des animaux qui l'ont contractée.) 6° *Trachéotomie pratiquée avec succès*; par M. Cittadini. (Rien de nouveau.) 7° *Résection sous-cutanée d'une partie de la mâchoire inférieure*; par M. Signoroni. (D'après le peu de détails donnés par l'auteur, qui fait espérer une communication plus étendue, nous pouvons seulement penser qu'il s'agit de l'amputation de l'os faite après une simple incision de la muqueuse buccale.) 8° *Histoire de deux fractures du crâne accompagnées de symptômes de compression cérébrale, avec des réflexions sur l'opportunité du trépan*; par M. Contini. (Les deux malades ont guéri sans opération, et l'auteur réduit les indications du trépan à un bien petit nombre de cas.)

SUR LA PHLÉBITE UTÉRINE DIFFUSE DES NOUVELLES ACCOUCHÉES; par M. SACHERO.

Les propositions qui suivent sont pour ainsi dire le sommaire d'un travail étendu que l'auteur se réserve de publier ultérieurement. Quoiqu'elles n'aient rien de bien original, et qu'elles soient pour le moment présentées comme axiômes et sans aucune preuve, nous les reproduisons, parce qu'elles nous paraissent un indice de cette disposition générale des esprits, qui, en Italie comme ailleurs, pousse aujourd'hui les pathologistes à accorder plus d'importance aux altérations du sang.

1° Les veines de l'utérus peuvent fort bien s'enflammer d'elles-mêmes; cette inflammation est plus fréquente dans l'état puerpéral.

2° La phlegmasie peut, dans ces cas, se propager non seulement à une partie, mais à la totalité du système veineux.

3° Les symptômes propres à la phlébite utérine sont très différens de ceux de la métrite et de la péritonite.

4° De même que dans le typhus, il importe beaucoup, dans la phlébite diffuse, de prendre en considération l'état du sang.

5° Les phénomènes d'entérite qui accompagnent souvent la phlébite, ainsi que le typhus, sont tout à fait secondaires et dépendent de l'affection des veines.

SUR LES AVANTAGES ET LES INCONVÉNIENS DU SYSTÈME PÉNITENTIAIRE CONSIDÉRÉ AU POINT DE VUE HYGIÉNIQUE.

La question du système de réclusion isolée et silencieuse a été l'objet de nombreuses communications au congrès de Florence, dans les séances des 25 et 27 septembre. Nous ne rapporterons pas dans tous ses détails la discussion qui a eu lieu; car beaucoup d'orateurs se sont bornés à résumer les faits connus, et plusieurs autres n'ont pour ainsi dire regardé le sujet proposé que comme un prétexte pour se jeter dans des digressions étrangères. Voici seulement le résumé des discours que l'assemblée a paru entendre avec le plus de faveur.

M. le docteur Orioli a d'abord fait observer que, dans le choix d'un système de pénalité, le législateur doit principalement se proposer d'améliorer l'état du condamné par une punition lente et continue. Mais les moyens de répression ne peuvent pas être appliqués indistinctement à tous les individus de la même manière. Là, comme pour l'administration des agens thérapeutiques, il faut avoir égard à l'état social du sujet, à sa moralité, à ses antécédens. Ainsi, l'isolement et le silence ne conviendraient pas également dans tous les pays. Croit-on, par exemple, qu'un Italien n'en ressentira pas plus vivement l'effet, lui accoutumé aux rayons d'un soleil généreux, aux émanations d'une atmosphère embaumée, lui que son caractère national sollicite presque invinciblement aux épanchemens de l'amitié, et à ces affections que l'état de société peut seul réaliser. Il mourra dans sa prison; tandis qu'un Allemand, un Russe, un Samoïède en supporteraient à merveille le silence et l'ennui. Il faut donc tenir compte de toutes ces circonstances dans l'appréciation de l'opportunité ou de l'inopportunité du système pensylvanien.

M. Cosse, de Genève, a donné connaissance des résultats observés à la prison de Lausanne, depuis que les détenus y ont été soumis à l'isolement partiel pour quelques-uns, total pour le plus grand nombre. La mortalité qui, avant l'adoption de ce système, y était d'environ 2 1/2 sur 100, s'est élevée, depuis qu'il y est introduit, jusqu'à 9 et même 11 sur le même nombre. Les maladies qui s'y montrent le plus fréquemment sont les inflammations de poitrine et l'aliénation mentale.

Le but du système d'isolement est d'inspirer aux détenus le remords, le

---

ment l'éclat.

Au reste, ne perdons pas de vue cet excellent principe; qu'il ne faut pas être plus jeune que son âge dans sa toilette. La coquetterie sait tout imiter, jusqu'à l'innocence et à la pudeur, mais à condition que le goût le plus sûr, le plus délicat, servira constamment de guide. Ainsi, Madame, un peu d'embonpoint ne saurait effrayer votre sexe, même à cet âge où l'on dit que les belles femmes qui ont de l'esprit ne font que passer d'un trône à un autre; leur règne est toujours de ce monde. Or, pensez-vous que le corset puisse quelque chose à ce développement du corps; faut-il absolument s'y opposer, contrarier la nature, qui n'est pas du même avis que la mode? Ce serait s'écarter des voies de la raison et d'une sage expérience.

Et pourquoi, disent certaines femmes, l'emploi rigoureux de ce moyen? Pourquoi tant d'apprêts et de soins? Pourquoi supportons-nous ces tortures? C'est pour nous rapprocher autant que possible du jeune âge, en un mot, et ce mot dit beaucoup, c'est pour être aimées. Un homme sensé comprend ce besoin, Madame; mais, outre que ce moyen ne conduit pas toujours au but, est-ce donc toujours la jeunesse qui inspire des sentimens tendres? Les faits nous démentiraient, je l'ai déjà remarqué. Il faut bien avouer que notre époque ne comporte guère de ces affections, de ces coquetteries prolongées, à la manière de Ninon de l'Enclos, cette illustre prêtresse de Vénus. Mais parce que les exemples en sont rares, sont-ils donc impossibles? Doit-on y renoncer tout aussitôt que l'embonpoint se prononce, que le buste prend de l'ampleur et que la taille s'élargit? L'arrêt serait cruel. Brantôme, ce galant chevalier, est loin de cet avis. « Aussi, dit-il, voit-on souvent plusieurs fruicts d'hiver, et de la dernière saison, se parangoner à ceux d'esté, se garder et estre aussi beaux et savoureux, voire plus. » Toutefois convenons qu'il faut ici quelques rapports d'âge. Il est certain qu'entre une femme qui a vingt-cinq ans, et des passions et une autre qui en a cinquante et des rhumatismes, il ne peut y avoir conformité de goûts et de sentimens; mais n'allons pas plus loin...

Quoi qu'il en soit, Madame, quiconque a écrit : il n'y a qu'une date pour les femmes, après laquelle elles doivent mourir, c'est quand elles ne sont plus aimées, a professé une affligeante maxime. Mais, je vous le demande, à quelle date ne sont-elles plus aimées? Amies, épouses, mères, toujours consolatrices de nos misères, n'ont-elles pas des droits imprescriptibles? Le sentiment ne fait que se transformer et changer de nom. Je ne suis pas de ceux qui pensent que le cœur des femmes ne donne qu'une moisson. Ainsi, quand l'âge a dépassé la jeunesse, il ne faut pas croire en retarder les effets par une taille mince, qu'on s'efforce d'obtenir par le supplice du corset, supplice d'autant plus douloureux que le corps a acquis du volume et de l'étendue. L'habillement des femmes, par lui-même si élégant, cette simplicité de toilette, qui exige pourtant infiniment de goût, doit suffire à la parure; est-il nécessaire de leur joindre un aussi bizarre, aussi rude complément que le corset? Plût à Dieu que l'habillement des hommes, le plus ridicule costume qui ait déshonoré la beauté du corps humain, n'ait pas d'autre inconvénient que celui d'en retrancher une pièce nuisible et inutile!

Je suis satisfait, Madame, d'apprendre que mes observations vous aient convaincue; soyez certaine alors que mademoiselle votre fille, nullement assujétie dans ses mouvemens par une odieuse compression, n'en acquerra que plus de force et de grâce. Passez-moi l'ancien et vulgaire adage, elle ne fera que *croître et embel-*



repentir, enfin de les ramener à des sentimens meilleurs. Or ce but lui-même est manqué, dit M. Gir. Botto. Les prisonniers trouveront toujours un moyen de communiquer entre eux, et ils ne l'emploieront, bien entendu, que pour s'entretenir mutuellement dans leurs dispositions perverses. En outre, l'homme éprouve un besoin impérieux de sensations variées; et si on lui enlève celles que la nature a prodiguées à tout être vivant, il cherchera en lui-même de quoi se les procurer. De là, cette passion honteuse, mais effrénée, de l'onanisme, conséquence à peu près constante de l'isolement complet, et cause avérée de presque toutes les maladies comme de la dépravation morale et intellectuelle des prisonniers soumis à ce régime.

Le docteur Garavaglia, de Milan, s'attachant à des considérations d'un ordre moins élevé, a cherché à faire voir qu'il serait injuste d'attribuer au système pénitentiaire les mauvais effets qui dépendent de la situation de la prison et des conditions hygiéniques où sont placés les détenus. Comme exemple de la différence que cet élément peut introduire dans les résultats, il cite les prisons de Milan et de Mantoue. La première ne compte annuellement que 11 décès sur 100 personnes, tandis qu'à Mantoue ce chiffre s'élève au contraire jusqu'à 40. Lors d'une visite faite récemment à ce dernier établissement, M. Garavaglia trouva environ 270 malades sur 500 prisonniers.

Tels sont les principaux argumens qui se sont produits dans la réunion des savans de l'Italie. Cette question fort importante en elle-même offre encore en ce moment un intérêt nouveau. Au moment où M. Ch. Lucas vient de faire connaître à l'Académie des sciences morales et politiques qu'à Philadelphie, sur une population moyenne de 400 détenus, le nombre des cas d'aliénation mentale s'est élevé de 11, où il se trouvait en 1835, à 26 en 1839, nous avons pensé qu'il résulterait de l'opinion à peu près unanime dans le même sens des membres du congrès, un enseignement bien propre à éclairer l'opinion des médecins sur cette grave question.

MOYEN DE REMÉDIER A L'APLATISSEMENT DE LA CORNÉE QUI SUIT L'OPÉRATION DE LA CATARACTE; par M. MAUNOIR.

L'extraction de la cataracte est fréquemment suivie, dans certains procédés et entre les mains de certains opérateurs, de la sortie en plus ou moins grande quantité des humeurs de l'œil; d'où l'aplatissement de la cornée et divers autres inconvéniens. M. Maunoir propose pour y remédier d'injecter de l'eau par la plaie de l'incision, ce qui rend au globe oculaire son volume et à la faculté visuelle son énergie primitive.

Bien que l'écoulement de l'humeur vitrée ne soit pas une circonstance insignifiante, encore moins une chose avantageuse pour le malade, comme le prétend un auteur contemporain, il est cependant d'observation qu'en général il peut en sortir une assez grande quantité sans inconvénient notable pour l'opéré. Le procédé de M. Maunoir ne nous semble donc devoir trouver son application que dans des cas rares, dans ceux, par exemple, où les humeurs auraient été presque complètement évacuées et où l'on pourrait craindre que l'affaissement de l'œil ne favorisât la formation d'adhérences entre l'iris et la plaie de la cornée. L'injection d'eau devrait alors inspirer d'autant moins de craintes que l'innocuité de cette pratique est déjà démontrée par l'emploi que M. Forlenze en fait dans un autre but à la vérité, mais dans des circonstances absolument semblables.

RÉUNION DE DEUX DOIGTS ENTIÈREMENT SÉPARÉS DE LA MAIN, ET DONT CHACUN ÉTAIT PARTAGÉ EN DEUX MORCEAUX; par M. DELLA FANTERIA.

OBS. — Une jeune fille, de 14 à 15 ans, était occupée avec une autre personne à quelques ouvrages domestiques, lorsque sa compagne laissa par mégarde échapper un couteau qui lui coupa deux doigts au-dessous de la première phalange. M. Della Fanteria, appelé peu de temps après, retrouva les deux morceaux de doigt dans du son, sur lequel la malade avait la main placée au moment de l'accident. Mais il reconnut aussi, à sa grande surprise, que chacun de ces deux bouts de doigts était partagé en deux morceaux. Cependant il prit le parti de les réunir, et, après les avoir rapprochés pièce par pièce, il maintint le tout à l'aide de bandelettes agglutinatives et de la suture. On put constater au bout de quelques jours que l'adhésion s'était faite entre les différentes parties avec tout le succès désirable. Aujourd'hui la malade jouit du libre exercice de ses doigts dont les mouvemens articulaires sont conservés.

Lorsqu'un fait aussi extraordinaire que celui-ci est avancé, les hommes, même les moins prévenus, refusent en général d'y croire, s'il n'est pas entouré des témoignages les plus authentiques, en même temps que de considérations propres à établir théoriquement sa possibilité. Examinons donc brièvement l'observation présente sous ces deux points de vue. Et d'abord, sans parler de la savante assemblée où elle a été lue, nous rappellerons que M. Della Fanteria a en appelé au témoignage de M. le professeur Centofanti, qui a confirmé la vérité de tous les détails; et à l'autorité du célèbre Vacca, qui avait plusieurs fois admiré ce cas comme un des plus beaux exemples de réunion qu'il connût. Ainsi, le fait se trouve, sous ce rapport, suffisamment établi; et, au point de vue des preuves matérielles, on peut le regarder comme aussi bien démontré, pour le moins, que tant d'autres cas de ce genre.

Mais cet ordre de considérations ne saurait suffire, et beaucoup de lecteurs, sans doute, avant de rechercher si le fait a réellement eu lieu, se demanderont s'il est possible. Or, quelqu'extraordinaire qu'il paraisse au premier coup-d'œil, nous n'hésitons pas à dire qu'il n'a rien de surnaturel, rien qui soit en contradiction avec les idées qui ont universellement cours sur la réunion des organes détachés du corps. Dans ces adhésions de lambeaux entièrement séparés, il faut considérer deux choses: la partie détachée et celle sur laquelle on la réapplique. Pour que le succès ait lieu, chacune d'elles doit présenter certaines conditions: la première doit ne pas être affrontée trop longtemps après sa séparation; mais cependant, la faculté de contracter adhérence se conserve plus longtemps qu'on ne le pense communément dans un tronçon isolé de toutes parts. Ainsi, sans parler du fait célèbre de Garangeot, M. Morley a vu la réunion d'un doigt s'opérer vingt minutes après son entière ablation. (Voy. GAZ. MÉD., n. 33, 1840.) M. Beau l'a observée au bout d'une demi-heure. (V. BULLET. DE LA SOC. ANAT., n. 1, nouv. sér.) M. Velpeau a remis en place la pulpe du doigt indicateur une heure et demie après sa division complète, et le succès a répondu à son attente. (Séance de l'Ac. de méd. du 10 janvier 1837.) Quant à la partie sur laquelle on greffe le morceau amputé, il faut évidemment qu'elle jouisse de la vie.

D'après ces explications, on voit comment l'adhésion a pu se faire dans le cas de M. Della Fanteria. Il a suffi pour cela que la circulation se fût

---

lir. Quant à obtenir que l'usage ou l'abus du corset soit prochainement vaincu, il ne faut pas l'espérer. Les femmes, ces reines-esclaves de la mode, hésiteront longtemps avant de s'affranchir d'un pareil martyre et d'un tel préjugé! Il faut croire décidément que la raison ne peut prétendre à rien dans le domaine de la mode, puisque la santé, la force, le désir de vivre et celui d'être mère, puisque la beauté, la grâce, la véritable élégance, ne peuvent rien contre une coutume dangereuse, absurde, et qui enlaidit.

R. P.

Fontenay en Vexin (Eure), octobre 1841.

— GUIDE DU MÉDECIN PRATICIEN, OU RÉSUMÉ GÉNÉRAL DE PATHOLOGIE INTERNE ET DE THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉES; par F.-L. VALLEIX. — Deuxième livraison (janvier 1842).

A la librairie Lenormant, rue de Seine, 8.

Cette seconde livraison complète l'histoire des maladies des fosses nasales; on peut donc, dès à présent, juger, par ce qu'il a fait pour cette région, des résultats que l'auteur obtiendra de sa nouvelle manière d'exposer la pathologie. Le soin avec lequel il a éloigné tout ce qui n'est qu'accessoire de ce qui doit principalement fixer l'attention du praticien, lui a permis de donner à la partie pratique un développement qu'on chercherait vainement ailleurs. Une simple indication suffira pour montrer combien de ressources thérapeutiques offrent au médecin les articles consacrés au traitement.

Pour le *coryza chronique*, affection souvent si difficile à guérir, nous avons le traitement conseillé par Wepfer, Etmüller, Mondière, Cazenave (de Bordeaux), Trousseau, Black, etc., et les procédés recommandés par ces auteurs y sont exposés en détail, ainsi que les formules des médicamens qu'ils ont employés. La *punaisie*, dont M. Valleix traite dans un article à part, est traitée par des moyens palliatifs empruntés principalement à Sauvages, et qu'il importe de connaître, car les malades tiennent surtout à masquer l'odeur qu'ils exhalent.

Mais c'est dans l'article *Ozène* que nous trouvons les indications les plus nombreuses. Depuis Celse jusqu'à nos jours, une foule de moyens ont été préconisés; il fallait en tirer avec discernement une thérapeutique complète de l'ozène, et c'est ce qu'a fait M. Valleix. Celse, Galien, Rhazès, notre célèbre Fernel, Fabrice d'Aquapendente, Plater, Scultet, Rivière, Spoleswood, Hundertmark, etc., ont été mis à contribution parmi les anciens; parmi les modernes, il nous suffira de citer MM. Cazenave (de Bordeaux), Werneck, Trousseau, Horner, W. Maclay-Awl, pour montrer à combien de sources il a fallu puiser pour la composition de cet article. Les procédés de M. Cazenave, en particulier, sont décrits de manière à pouvoir être mis immédiatement en usage par le praticien.

Nous nous contenterons de cette indication, qui suffit pour prouver que M. Valleix tient les promesses qu'il a faites dans son prospectus. Plus tard, nous présenterons une analyse plus complète de l'ouvrage.

rétablie dans le segment de doigt le plus voisin du tronc, avant que le morceau le plus éloigné eût perdu cette disposition qui permet la réunion, disposition qui se conserve, comme nous l'avons vu par les exemples cités, assez longtemps encore après le moment de la séparation.

De ces preuves matérielles et spéculatives, nous ne prétendons pas inférer que l'observation de M. Della Fanteria doive être reçue sans examen. Nous avons seulement voulu montrer, qu'en fait comme en droit, qu'on nous passe l'expression, elle présente toutes les conditions propres à la faire admettre, et n'a rien qui choque les doctrines chirurgicales, même les plus orthodoxes.

II. BULLETINO DELLE SCIENZE MEDICHE.

Les numéros de novembre et décembre 1841 renferment les mémoires originaux suivans : 1° *Instructions pratiques sur la vaccination ;* par M. Cnoli. (Fin.) 2° *Strabisme convergent guéri par la myotomie ;* par M. de Rossi. (La seule circonstance remarquable que présente cette observation est la cause du strabisme, que l'auteur croit avoir été produit par l'action de regarder pendant longtemps les rayons du soleil réfléchis sur un carreau de vitre.)

III. IL FILIATRE SEBEZIO.

Les numéros de décembre 1841, de janvier et février 1842 se composent des articles originaux suivans : 1° *Histoire d'une hépatalgie calculeuse;* par M. Filetti. (Rien d'intéressant ; des concrétions biliaires sortirent par l'anus, et la malade dut une guérison définitive à l'usage du savon et de l'extrait de ciguë et d'aconit.) 2° *Quelques idées sur le typhus ;* par M. Machia. (Discussions qui n'ont qu'un intérêt de localité.) 3° *Observations sur la fièvre intermittente pernicieuse apoplectique, algide et dissentérique ;* par M. C. Miraglia. (L'auteur insiste sur le danger de prendre ces fièvres pernicieuses pour des inflammations, et sur l'efficacité du quinquina. Ces idées, fort peu nouvelles du reste, ont déjà été rapportées dans la GAZETTE MÉDICALE. Voy. 11 mai 1839.) 4° *Sur le renversement des cils en dedans ;* par M. Alessi. 5° *Sur l'épidémie qui a régné à Paterne et à Bisaccia vers la fin de l'été et dans l'automne de 1841 ;* par M. A. de Renzi. 6° *Squirrhe de la mamelle transformé en un carcinôme énorme ;* par M. Jelapi. 7° *Sur quelques particularités pathologiques de la sécrétion laiteuse ;* par M. Del Mastro. (Dans ce travail, qui ne présente aucune originalité, l'auteur examine successivement l'abondance et la diminution excessive de la sécrétion laiteuse, états qui s'observent souvent chez les nourrices.) 8° *Régénération du scrotum gangréné ;* par M. Salluce. (Les faits de ce genre ne manquent pas dans la science. Dans celui-ci, une inflammation spontanée du scrotum amena la gangrène de toute cette poche. Les testicules, entièrement mis à nu, se recouvrirent en très peu de temps (un mois à peine) d'une nouvelle couche que l'auteur regarde comme une régénération faite de toutes pièces.) 9° *Sur le typhus apoplectique et tétanique de Calabre ;* par M. Jelapi. 10° *Observation de corne extirpée avec succès sur une femme ;* par M. Plac. Portal. 11° *Observations séméiologiques sur la soif ;* par M. Gioffrè. 12° *Sur la fièvre épidémique de la Calabre ;* par M. Jelapi. 13° *Sur l'épidémie de Melfi ;* par M. Delzio.

SUR LE RENVERSEMENT DES CILS EN DEDANS ; par M. ALESSI.

M. Alessi ayant suivi pendant longtemps, à Naples, la clinique ophthalmologique du professeur Quadri, s'est assuré que les procédés, même les plus accrédités et les plus violens, proposés contre le trichiasis, tels que la cautérisation avec l'acide sulfurique, l'excision du bord libre des paupières, n'empêchaient pas toujours la maladie de persister. Il s'est occupé alors de chercher les causes de ces insuccès, et s'est trouvé naturellement conduit, par cette investigation, à préciser les différentes espèces de la maladie plus exactement qu'on ne l'avait fait jusqu'ici ; ce qui explique les revers observés après l'emploi des meilleures méthodes, et met en même temps sur la voie d'un traitement plus rationnel, et par conséquent plus généralement efficace.

Le renversement en dedans des cils peut, suivant l'auteur, résulter de trois lésions bien différentes ; de là trois variétés de cette affection aussi distinctes par leurs caractères que par le traitement qu'elles réclament.

La première est le renversement dû au relâchement de la peau des paupières. Déterminé le plus souvent par une ophthalmie chronique, cet état de relâchement produit sur la direction des cils un effet que l'on peut facilement comprendre. La cautérisation par le procédé d'Héling est ici le meilleur moyen. L'auteur, qui en décrit le manuel opératoire avec beaucoup de détail, parle d'une pince qu'il a imaginée pour en simplifier l'exécution. Mais, comme il se borne sur ce point à une indication sommaire, nous ne pouvons indiquer ni le mécanisme ni les avantages de cet instrument, de l'emploi duquel il dit aussi avoir obtenu de bons résultats dans la pratique de toutes les opérations qui se font sur les paupières.

La seconde variété de renversement des cils est celle que produit la déviation de leurs bulbes. M. Alessi pense que cette déviation succède le plus ordinairement à des abcès superficiels ou à des pustules qui se forment le long du bord du cartilage tarse; et l'on conçoit en effet que leur cicatrisation doit nécessairement entraîner un changement dans la direction des bulbes pileux ambiens. Le moyen auquel il accorde la préférence, dans ce cas, est l'excision du bord de la paupière, ainsi que des bulbes cilifères. Une précaution qu'il ne faut jamais perdre de vue, dans le cas où la paupière supérieure et l'inférieure seraient malades, est de ne pas les opérer toutes les deux simultanément. Il pourrait en résulter, entre les deux bords maintenus affrontés pendant le sommeil, un commencement de réunion qu'on ne détruirait pas sans causer une douleur vive.

Enfin, le renversement des cils en dedans peut encore être déterminé par un raccourcissement du cartilage tarse. Souvent, à la suite d'une suppuration des glandes de Meibomius, le cartilage tarse se ramollit, et devenant dès lors incapable de conserver sa courbure naturelle, il subit comme un mouvement de rotation par suite duquel les cils sont portés contre le globe de l'œil. Un endurcissement, soit par engorgement simple, soit par incrustation de phosphate calcaire, peut s'emparer du cartilage ainsi dévié, et perpétuer à jamais cette disposition anormale.

Pour remédier à cette dernière cause de renversement des cils, M. Alessi propose l'opération suivante : après avoir saisi le bord de la paupière malade, on fait à la peau une incision transversale au-dessus du cartilage tarse; puis, avec un petit bistouri, on dissèque le bord supérieur de cette plaie dans une étendue aussi considérable qu'on le juge nécessaire pour obtenir le redressement de la paupière. Le lambeau cutané ainsi détaché est séparé d'un coup de ciseaux. Cela fait, l'opérateur pratique de dedans en dehors et de haut en bas une incision transversale, qui divise la conjonctive palpébrale au-dessus du cartilage tarse. Après avoir lâché le bord de la paupière qu'on avait jusque-là tenu avec la pince, il faut laisser reposer le malade pendant quelques instans. On termine enfin l'opération en réunissant par quelques points de suture les deux lèvres de l'incision faite aux tégumens; et cette dernière manœuvre a pour résultat de faire basculer de dedans en dehors le cartilage tarse qui avait déjà été séparé de ses connexions avec la conjonctive, et qui est ainsi ramené à sa direction naturelle.

Cette opération est ingénieuse, et quoiqu'on puisse à la rigueur la regarder comme composée en grande partie des procédés de Paul d'Egine et de ceux de MM. Crampton et Guthrie, à chacun desquels M. Alessi a emprunté un des temps du sien, il n'en reste pas moins à l'auteur le mérite d'avoir combiné les ressources qu'on possédait avant lui, de manière à constituer un moyen d'une efficacité sans doute bien supérieure. Aussi, malgré la difficulté de son exécution, nous le conseillerions de préférence à toutes les autres méthodes, dans les cas, d'ailleurs assez rares, où il serait clairement établi que le trichiasis est dû à un raccourcissement du cartilage tarse.

SQUIRRHE DE LA MAMELLE TRANSFORMÉ EN UN CARCINOME ÉNORME ; par M. JELAPI.

Voici un fait qui pourra d'abord paraître d'un intérêt bien vulgaire; c'est un simple cas d'extirpation de mamelle cancéreuse. Mais les circonstances qui l'entourent et le résultat obtenu le rendent un des plus importans, sous le rapport pratique, que l'on puisse rencontrer dans l'histoire des maladies cancéreuses. En voici les principales circonstances.

OBS. — Une femme, de 46 ans, portait depuis quatre ans au sein gauche une tumeur qui avait peu à peu acquis le volume d'une grosse pomme. Indolente, mobile, sans réaction fébrile, elle avait les caractères du squirrhe, et offrait toutes les conditions de succès pour l'extirpation ; mais la malade ne voulut pas se laisser opérer.

Un an après, M. Jelapi fut appelé de nouveau auprès d'elle. La tumeur avait alors atteint les dimensions d'une tête d'adulte, et elle offrait déjà à sa surface quelques crevasses d'où suintait un liquide âcre, corrosif et fétide. Une fièvre presque continue minait la malade qui était confinée dans son lit. Malgré ces apparences si graves, le médecin ayant pris en considération la mobilité de la tumeur, l'absence de tout engorgement sous l'aisselle, l'état parfaitement sain de tous les autres viscères, se décida à l'opération que la malade accepta cette fois comme le seul moyen de la sauver. Elle fut faite, le 10 mai 1838, par M. Giovan-Dominico Mellio. La tumeur, après avoir été séparée, pesait quatre kilogrammes 750 grammes. En la divisant, on reconnut qu'elle était constituée à l'extérieur par un tissu lardacé, et au centre par de la matière encéphaloïde. La plaie avait été réunie avec des bandelettes agglutinatives ; nulle récidive locale ne vint en retar-

der la marche, et en moins de deux mois elle était cicatrisée. La malade fut mise à l'usage de la douce-amère, de la fumeterre, etc. Bientôt elle put reprendre ses occupations. Il y a aujourd'hui trois ans et demi que l'opération a été faite et la guérison ne s'est pas démentie un seul instant.

La circonstance importante de cette observation, celle qu'il faut de suite mettre en relief, c'est la guérison persévérant depuis trois ans et demi d'une tumeur essentiellement cancéreuse et déjà ulcérée lorsqu'on en fit l'ablation. Des cas aussi bien constatés sont trop rares dans la science pour que celui-ci doive passer inaperçu; et il est heureux, sous ce rapport, que l'auteur ait accompagné sa relation de tous les détails propres à en assurer l'authenticité.

Maintenant en considérant le fait clinique en lui-même et indépendamment du résultat, il y aurait à se demander si la conduite du chirurgien a été conforme aux principes de l'art, et si l'on devrait l'imiter dans un cas où les circonstances seraient les mêmes. Ici la réponse devient difficile; car si, d'un côté, l'on est forcé de reconnaître que l'événement a donné gain de cause à l'opérateur, il faut bien avouer, d'autre part, que tout semblait *à priori* annoncer une terminaison différente. Sans doute, il paraîtra étrange de nous entendre condamner une manière de voir qu'a justifiée le succès; mais il n'y a cependant pas d'autre marche à suivre pour établir en médecine des principes généraux de traitement. Quoique la science admette tous les faits à titre de matériaux, elle n'est cependant pas forcée de se plier à toutes les exceptions qu'ils peuvent présenter. Là, comme partout, c'est la majorité qui décide en tel ou tel sens, et la minorité doit céder même aux lois qui la choquent, par cela seul qu'elles conviennent au plus grand nombre. Ainsi, pour en venir à l'application, nous dirons que tout cancer au sein déjà ulcéré présente des chances de récidive telles que son extirpation est le plus souvent inutile. Ce ne serait pas là toutefois un motif suffisant pour s'abstenir; car si l'opération offre encore quelques probabilités de succès, l'on est autorisé à la pratiquer toutes les fois qu'elle ne met pas la vie du malade en péril. Mais il n'en est plus ainsi, lorsqu'en même temps qu'elle est ulcérée, la tumeur a un volume tel que son ablation serait dangereuse. Dans le premier cas, on peut ne pas faire l'opération, parce qu'elle est à peu près inutile; dans le second, il faut la rejeter absolument puisque, en compensation d'un nombre infiniment petit de chances de guérison, elle compromet directement et prochainement les jours du malade.

Si ces principes sont vrais, le lecteur voit comment il doit juger l'observation de M. Jelapi. C'est là un de ces cas rares, exceptionnels, un de ces faits qu'on pourrait appeler *malheureusement heureux*, quand on songe par quelle influence irrésistible ils portent ceux qui en ont été témoins à les prendre désormais pour règle de conduite dans leur pratique Sous ce rapport, nous ne pourrions donc trop chercher à prémunir nos lecteurs contre l'ascendant de l'exemple.

OBSERVATION DE CORNE EXTIRPÉE AVEC SUCCÈS SUR UNE FEMME; par M. P. PORTAL.

Ce cas ne diffère pas des observations nombreuses que la science possède déjà sur cette espèce de difformité. Ce qu'il offrirait, au contraire, de remarquable, ce serait plutôt sa ressemblance frappante avec les faits de ce genre publiés jusqu'ici. Ainsi, comme dans le plus grand nombre d'entre eux, le sujet opéré par M. Portal était une femme, et une femme âgée; l'excroissance cornée était située sur la tête, et implantée dans un lieu assez garni de poils à l'état naturel. Voici le fait :

OBS. — Louise Marino, paysanne, âgée de 54 ans, s'aperçut, dans le mois de janvier, qu'il se formait, au milieu de la racine du nez, une petite tumeur, du volume d'un grain de millet. Quoiqu'elle s'accompagnât d'une légère douleur et d'un peu de démangeaison, la malade n'y fit pas autrement attention, et bientôt la tumeur prit un développement considérable. Lorsqu'elle se présenta à M. Portal, le 30 octobre de la même année, c'était une végétation cornée, longue d'un pouce, ayant la grosseur d'une plume à écrire et de couleur gris-brun. Elle offrait une rainure à sa partie inférieure, et était recourbée de manière à représenter à peu près exactement le bec d'un oiseau de proie. Elle adhérait par une base rétrécie à la peau et au tissu cellulaire sous-jacent.

M. Portal, ayant examiné la tumeur, en pratiqua l'excision. Il profita de la circonstance pour explorer l'état du tissu cellulaire et de l'os, qui furent trouvés l'un et l'autre tout à fait sains. Une légère hémorragie s'arrêta sans difficulté, et huit jours après la malade retourna chez elle, parfaitement guérie.

IV. GIORNALE DELLE SCIENZE MEDICO-CHIRURGICHE.

Le second semestre de l'année 1840 comprend : 1° *De la valeur et de l'importance des nouveaux procédés opératoires pour la cure radicale des hernies*; par M. Radaelli. (Cette lettre est entièrement consacrée à faire connaître l'état actuel d'un jeune homme de 20 ans, opéré vers la fin de 1838, par l'intro retro-version de M. Signoroni. Il paraîtrait que la hernie a récidivé.) 2° *Observations pratiques sur les émissions sanguines locales et sur la manière de les obtenir*; par M. Dubini. 3° *Histoire d'un cas de ramollissement du cerveau*; par M. Mascherpa. (Les symptômes, qui furent en premier lieu ceux de l'épilepsie, se changèrent ensuite en convulsions isolées, et enfin en une hémiplégie du côté gauche. L'autopsie révéla l'existence d'un ramollissement des corps striés et des couches optiques, aussi prononcé d'un côté que de l'autre. La commissure des nerfs optiques avait aussi perdu sa consistance naturelle). 4° *Sur la doctrine de Geromini et sur l'utilité de ses principes, considérés dans leur application aux faits cliniques*; par M. Fioravante. (Second mémoire.) 5° *Note sur l'anasarque qui vient après la scarlatine*. (A l'appui de l'opinion que cette espèce d'anasarque tient le plus souvent à l'inflammation de quelque organe interne, le rédacteur cite ce qui s'est passé dans l'épidémie de scarlatine qui eut lieu à Florence en 1717, où les sujets chez lesquels survenait l'œdème présentaient à l'autopsie tous les caractères d'une inflammation des poumons, de la plèvre, des reins ou de l'intestin. Les antiphlogistiques étaient le mode de traitement le plus avantageux.) 6° *Fragmens pour servir à l'histoire de la médecine italienne au dix-neuvième siècle*; par M. Pignacca. (Suite et fin.) 7° *Sur le sulfate de quinine et sur les fièvres intermittentes*; réponse par M. Namias. (Article de discussion.)

OBSERVATIONS PRATIQUÉS SUR LES ÉMISSIONS SANGUINES LOCALES ET SUR LA MANIÈRE DE LES OBTENIR; par M. DUBINI.

Une idée domine tout ce mémoire : les endroits où l'on applique de préférence les sangsues, dans les affections viscérales de l'abdomen et de la poitrine, ne sont point aussi avantageux qu'on le pense pour opérer un dégorgement sanguin dans le parenchyme des organes malades. Existe-t-il une seule anastomose entre les vaisseaux de l'estomac et ceux de la paroi abdominale d'où l'on retire le sang? Quel est le rapport vasculaire qui unit le système circulatoire des poumons au réseau capillaire de la peau du thorax? L'auteur ne conteste cependant pas l'efficacité des émissions sanguines opérées par l'application des sangsues sur la partie de la peau qui correspond au viscère affecté; mais il pense que l'on obtiendrait des effets bien plus prompts en faisant mordre ces annélides sur le tissu enflammé lui-même. Il rappelle à ce sujet les résultats avantageux qui ont déjà été obtenus des évacuations locales pratiquées directement sur la conjonctive, sur le col de l'utérus; et il propose d'étendre cette pratique au conduit auditif externe, aux amygdales. Lorsque le siége du mal est placé trop profondément pour que les agens de la médication puissent y être portés, au moins faut-il chercher à opérer la déplétion sanguine sur la partie qui a la communication vasculaire la plus intime avec celle que l'on se propose de dégorger. On connaît les heureux résultats des scarifications faites sur la membrane pituitaire dans l'arachnitis, les céphalées. On sait que les inflammations du corps de l'utérus sont souvent avantageusement modifiées par une application de sangsues aux aînes, dans la région où les vaisseaux du ligament rond se perdent au milieu du tissu cellulaire sous-cutané. D'après ces principes, M. Dubini voudrait que, dans le croup et les maladies du larynx, on saignât la veine jugulaire externe, qui ramène au cœur le sang de ces parties; qu'on mît les sangsues au haut de la nuque lorsqu'on veut opérer une déplétion des sinus cérébraux, etc. Il insiste aussi (et ce fait vulgaire confirme pleinement sa doctrine) sur l'utilité des saignées faites aux vaisseaux hémorroïdaux toutes les fois qu'on a besoin de soustraire du sang aux organes qui envoient des radicules au tronc de la veine-porte.

V. IL RACCOGLITORE MEDICO.

Les cahiers de décembre 1841 et janvier 1842 contiennent les mémoires suivans : 1° *Histoire d'un abcès froid idiopathique, suivie de réflexions*; par J.-B. Fabbri. (Il s'agit d'un abcès formé dans la région dorsale. La peau, décollée dans une grande étendue, nécessita, pour sa réunion, deux applications de potasse caustique et la cautérisation avec le fer rouge.) 2° *De l'action de la strychnine sur l'iris et la pupille de l'homme et les animaux supérieurs*; par M. Civinini. 3° *Observation de démence, avec perte complète des facultés intellectuelles, guérie radicalement*; par M. L. Ferrarese. (Jeune homme de 20 ans, atteint d'une affection herpétique chronique héréditaire; aliénation mentale survenue à la suite d'une insolation prolongée. Le traitement, qui fut suivi d'un prompt succès, se composa de purgatifs répétés, de l'application de vésicatoires sur le cuir chevelu et de frictions avec la pommade stibiée le long du rachis.) 4° *Relation d'une épidémie de variole qui a régné à Tolentin*; par M. Barbieri. (On remarque dans cette relation,

fort peu détaillée, du reste, que la variole, dont quelques sujets vaccinés ont été affectés, a offert chez eux une forme plus bénigne que chez les autres habitants; chez eux aussi la maladie a été d'autant moins fréquente et d'autant moins grave qu'ils avaient été vaccinés à une époque plus rapprochée du moment de l'invasion de l'épidémie.) 5° *Cas de variole digne d'attention;* par M. A. Casati. (Chez un enfant de 5 ans, l'éruption pustuleuse fut précédée par des symptômes cérébraux et s'accompagna de pétéchies. La mort eut lieu le quatrième jour. A l'autopsie on trouva des ecchymoses dans le tissu des poumons et sous la membrane muqueuse gastro-intestinale. 6° *Guérison de l'odontalgie qui tient à la carie dentaire par l'emploi des charançons;* par M. Crescentini. 7° *Sur l'odeur spécifique du sang comme moyen propre à éclairer la médecine légale et les recherches de pathologie et d'anatomie pathologique;* par M. Meli. 8° *Quelques réflexions sur l'action du sulfate de quinine et sur la périodicité;* par M. Gamberini. 9° *De la cause qui paraît la plus propre à expliquer la fréquence des récidives du bégaiement après la section des muscles génio-glosses et d'un nouveau moyen pour les prévenir;* par M. Malagodi. 10° *Quelques réflexions sur l'aliénation mentale;* par M. Gamberini. 11° *Sur la symphyséotomie, exécutée suivant la méthode sous-cutanée;* par M. Carbonai.

DE L'ACTION DE LA STRYCHNINE SUR L'IRIS ET LA PUPILLE DE L'HOMME ET DES ANIMAUX SUPÉRIEURS; par M. CIVININI.

L'action de la strychnine sur l'iris est depuis longtemps connue, et les médecins ophthalmologistes ont largement mis à profit la propriété qu'elle possède de réveiller la contractilité de cette membrane. Quoique la science n'ait pas besoin de nouveaux faits pour constater la réalité de son influence, voici cependant une observation qui présente de l'intérêt, parce que, en même temps qu'elle confirme ce que l'on savait déjà sur les propriétés de la noix vomique, elle pourra aussi servir à éclairer le mécanisme suivant lequel ce médicament produit ses effets.

Obs. — Un homme de 48 ans fut admis à la clinique médicale de l'Université de Pise pour une affection paralytique du membre supérieur droit, survenue à la suite d'une othorrée supprimée. On le soumit à l'usage de la noix vomique, qui détermina une contraction notable des pupilles. Mais, pour juger d'une manière décisive l'effet comparatif de la belladone et de la strychnine, le professeur Puccinotti fit faire, sur les sourcils du malade, une friction avec de la pommade belladonée du côté droit, et du côté gauche avec une pommade contenant de la strychnine. Deux heures après, on put constater que la pupille du côté droit était largement ouverte, tandis que la gauche se présentait dans un état de constriction extrême. Le fait fut vérifié par tous les élèves qui assistaient à la visite.

GUÉRISON DE L'ODONTALGIE QUI TIENT A LA CARIE DENTAIRE PAR L'EMPLOI DES CHARANÇONS; par M. CRESCENTINI.

Encore un remède nouveau contre l'odontalgie. Quelque bizarre que celui-ci paraisse, son auteur ne l'appuie pas moins sur l'expérience et sur des raisonnements. Laissant de côté ces derniers, nous allons faire connaître en peu de mots la composition, le mode d'administration de ce médicament, et les faits qui plaident en sa faveur. Sans accorder à ces faits autant de valeur que le médecin italien, nous ne devions pas omettre l'indication d'une ressource aussi simple contre une maladie aussi rebelle.

M. Crescentini raconte que, cherchant un moyen propre à combattre l'odontalgie, il tomba par hasard sur une recette consistant dans l'emploi des charançons appliqués sur la dent malade. Voici la manière de préparer le remède : prenez 12 ou 15 de ces insectes, écrasez-les entre le pouce et l'index, puis touchez la dent malade avec le doigt humide du liquide que fournit cette opération préalable. Il faut, autant que possible, mettre le bout du doigt en contact avec l'excavation creusée par la carie. La douleur s'apaise presque immédiatement, et après trois ou quatre applications semblables, faites dans l'espace de huit à dix minutes, elle cesse tout à fait.

L'auteur ne se contente pas de citer cette formule; il dit l'avoir mise en pratique avec le plus grand succès chez deux jeunes filles de 17 et de 24 ans. Dans les deux cas, la douleur, très aiguë au moment de la médication, se dissipa comme par enchantement aussitôt après, et depuis vingt jours elle n'est pas encore revenue.

SUR L'ODEUR SPÉCIFIQUE DU SANG COMME MOYEN PROPRE A ÉCLAIRER LA MÉDECINE LÉGALE ET LES RECHERCHES DE PATHOLOGIE ET D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE; par M. MELI.

On sait que Barruel avait trouvé le moyen de faire exhaler, du sang, une odeur caractéristique, en y versant un peu d'acide sulfurique. Il prétendait même pouvoir, d'après ce procédé, reconnaître, par la simple olfaction, le sang humain de celui des animaux, distinguer le sang de l'homme d'avec le sang de la femme. Après avoir rapporté les observations, soit confirmatives, soit infirmatives, faites, sur la doctrine de Barruel, par MM. Raspail, Sonbeiran, Couerbe, Zenneck, et par son père, l'auteur déclare que, dans son opinion, la découverte du chimiste français s'appuie sur des phénomènes très réels, et peut rendre d'importans services en médecine. Il a toujours observé, dit-il, que, dans les phlegmasies des organes parenchymateux, l'odeur du sang va en perdant de son intensité, à mesure qu'on s'éloigne du moment de l'invasion et que la maladie tend à se résoudre. On pourrait, suivant lui, utiliser cette donnée pour épargner les émissions sanguines aux individus chez lesquels la diminution progressive de cette odeur, dans le cours d'une inflammation, annoncerait que le mal tend de lui-même à se dissiper. Certains individus exhalent par la peau une odeur particulière, *sui generis;* leur sang en présente constamment une semblable. Ainsi, une jeune femme aliénée laissait échapper une odeur stercorale tellement intense, qu'on pouvait à peine l'approcher; une application de sangsues, faite dans le but de rappeler la fluxion menstruelle, permit de constater que son sang présentait la même fétidité. Enfin, l'auteur a encore pu trouver, au moyen de l'acide sulfurique, l'odeur urineuse dans le sang des individus atteints de rétention d'urine. Une partie de ces faits pouvait aisément se prévoir d'avance; mais il n'est pas moins utile d'avoir vérifié leur réalité d'une manière directe par l'expérimentation.

DE LA CAUSE QUI PARAIT LA PLUS PROPRE A EXPLIQUER LA FRÉQUENCE DES RÉCIDIVES DU BÉGAIEMENT APRÈS LA SECTION DES GÉNIO-GLOSSES, ET D'UN NOUVEAU MOYEN POUR LES PRÉVENIR; par M. MALAGODI.

La fréquence et la rapidité des récidives qui suivent l'opération du bégaiement sont sans doute le plus puissant motif du discrédit où ce mode de traitement est tombé parmi la plupart des chirurgiens de Paris. Loin de chercher un moyen de combattre cette imperfection, ils s'en sont fait une arme pour repousser la méthode elle-même; et ne pouvant la faire condamner comme inefficace ou dangereuse, ils ont cru avoir gain de cause en invoquant contre elle l'instabilité de ses résultats. Une pareille manière de raisonner nous a toujours semblé on ne peut plus vicieuse. L'opération a une heureuse influence sur la maladie; on ne peut le nier, et cela doit suffire pour la faire conserver dans la pratique. Au lieu donc de lui opposer quelques inconvéniens, inséparables peut-être de toute méthode nouvelle, et qui n'altèrent en rien le principe de son efficacité, que ne s'attache-t-on à mieux préciser les conditions où elle est applicable et à chercher les moyens de rendre la cure plus complète dans ses résultats immédiats, plus durable dans ses effets éloignés!

C'est dans cet esprit éminemment pratique qu'est conçu le nouveau mémoire de M. Malagodi. Comparant d'abord et avec raison le bégaiement au pied-bot, au torticolis, au strabisme, etc., il montre qu'à la langue, comme au pied, comme au cou, la section des muscles rétractés est le point capital du traitement. Mais là, non plus que dans les autres régions, cette section ne peut à elle seule suffire pour amener la guérison; et si l'on ne maintient pas ensuite pendant un temps suffisant les deux bouts du muscle écartés l'un de l'autre, l'on verra reparaître le bégaiement comme on verrait revenir les difformités du pied, du cou, sans l'emploi des appareils mécaniques. L'expérience confirme la justesse de ces prévisions; et c'est précisément parce que les parties sont abandonnées à elles-mêmes après la section des génio-glosses que les récidives du bégaiement sont si nombreuses. Les deux extrémités du muscle ne tardent pas à se ressouder, et la langue, reprenant peu à peu sa position défectueuse, redevient inhabile à l'articulation des sons dont l'opération lui avait momentanément rendu la faculté.

Si ces données sont conformes à la vérité, le remède prophylactique sera bien simple. Il suffira de tenir, pendant quelque temps après l'opération, les extrémités des génio-glosses aussi éloignées que possible. Pour remplir cette indication, on pourra choisir parmi les nombreux appareils employés autrefois pour la cure du bégaiement, et qui agissaient la plupart en maintenant la langue en arrière; car de même que les machines extensives usitées pour guérir le pied-bot, ces instrumens, qui n'auraient aucune valeur si l'on obstinait à les mettre seuls en usage, se trouvent de nouveau indiqués, quand il ne s'agit que de maintenir l'effet obtenu par la section des muscles rétractés. Celui auquel M. Malagodi donne la préférence, et qu'on pourrait sans inconvénient remplacer par un autre semblable, est la petite fourche proposée par Itard, et qui, longue d'un pouce, refoule la langue en arrière, en s'appuyant, d'une part, contre la mâchoire inférieure, de l'autre, sur le frein qu'elle embrasse dans une bifurcation de son extrémité postérieure.

Nous avons approuvé sans restriction la tendance à laquelle M. Malagodi a cédé en écrivant ce travail. Mais quelque ingénieux que puisse

paraître son procédé, nous ne pensons pas qu'il remplisse toutes les indications propres à prévenir le retour du bégaiement après l'opération. Ces récidives, suivant lui, tiennent uniquement à l'adhésion immédiate qui, s'établissant entre les bouts du muscle divisé, rend celui-ci à ses conditions de brièveté primitive. Mais si c'était là le seul motif des récidives, elles devraient se montrer également complètes et également fréquentes dans tous les cas où la cause signalée n'aurait pas été contrebalancée. Or, M. Bonnet (v. Gaz. Méd., 1841, n° 50) a prouvé, au contraire, d'après sa pratique, que le bégaiement reparaît d'autant plus souvent, d'autant plus vite et d'autant plus complètement que l'effet primitif de l'opération a été moins satisfaisant. Il y a donc dans la manière dont l'infirmité se reproduit un élément indépendant de la cause signalée par M. Malagodi; car cette dernière ne pourrait évidemment par la nature expliquer une telle variabilité dans des cas où, quant à elle, les circonstances sont absolument les mêmes.

Le moyen proposé par le chirurgien italien ne nous en paraît pas moins mériter l'attention de ceux qui s'occupent encore de cette intéressante question. S'il ne remédie pas à tous les agens de la récidive, il a assurément au moins, à nos yeux, le mérite de neutraliser le plus puissant de tous, et nous unissons nos vœux aux espérances que l'auteur fonde sur l'adoption de ce procédé. Rappelons à cette occasion que l'indication formulée par M. Malagodi avait aussi été sentie par d'autres médecins. M. Amussat, dans ses opérations de bégaiement, s'applique soigneusement à éviter la réunion immédiate des deux bouts des génio-glosses; et nous avons pu récemment constater, chez une de ses opérées, l'existence, sous la langue, d'une cicatrice fort étendue en tous les sens, et qui témoignait assez de l'importance qu'il attache à conserver définitivement à ces muscles toute la longueur qu'il leur a rendue par l'opération. Espérons qu'il fera prochainement connaître le procédé dont il se sert pour atteindre ce but.

Sur la symphyséotomie exécutée suivant la méthode sous-cutanée; par M. Carbonai.

L'auteur avait déjà communiqué l'idée de cette nouvelle opération au congrès de Florence. Le travail qu'il publie aujourd'hui n'est donc que la reproduction de la note lue par lui, dans la séance du 25 septembre, et le compte-rendu de la discussion qui suivit cette lecture. Voici le procédé qu'il propose de mettre en usage pour réaliser, dans ce cas particulier, les avantages de la méthode sous-cutanée.

Le chirurgien fait, à 16 lignes environ au-dessus du pubis, une petite incision transversale, qui ne comprend que la peau, et par laquelle il introduit, de haut en bas, sur la ligne médiane, et dans la direction de la symphyse, un bistouri à lame droite, très étroite, et fixée sur le manche. Portant ensuite l'instrument sous la peau, jusqu'à ce que son extrémité arrive au niveau de la partie inférieure de la symphyse, il en applique le tranchant contre les ligamens et opère la section en lui imprimant de légers mouvemens de scie. M. Carbonai a répété nombre de fois cette opération sur le cadavre, et il l'a toujours achevée sans aucune difficulté. Il ne lui est non plus jamais arrivé de léser les parties voisines, quoiqu'il se fût abstenu à dessein de vider la vessie et de déjeter l'urètre de côté, au moyen d'une sonde, comme le conseillent les auteurs. Malgré l'omission volontaire de ces précautions, il s'est assuré par la dissection que ni le réservoir ni le conduit de l'urine n'avaient été touchés par le bistouri.

Les avantages que l'auteur trouve à ce mode opératoire sont: 1° de ne nécessiter aucun préparatif, aucun appareil spécial; 2° son extrême rapidité; une minute suffit pour terminer l'opération; 3° elle ne détermine presque aucune douleur; 4° la plaie extérieure se réunit immédiatement; 5° la symphyse divisée se ressoude également en très peu de temps; 6° probablement cette opération ne serait pas suivie d'affaiblissement de la symphyse; 7° elle préviendra constamment et complètement les infiltrations de pus et tous les effets de l'inflammation. Il avoue, du reste, ne l'avoir pas encore pratiquée sur la femme vivante.

Voici maintenant les objections qui ont été faites dans le congrès contre ce procédé par MM. Regnoli, Raffaelle et Ceotofanti. Nous donnerons à la suite de chacune d'elles la réponse de l'auteur.

1° Il n'y a aucune parité à établir entre la section sous-cutanée d'un muscle ou d'un tendon et la division de la symphyse; cette dernière opération serait certainement plus grave.

M. Carbonai réplique à cela que son opération remplit de tous points les conditions de la méthode sous-cutanée. Quant à la gravité des plaies sous cutanées qui intéressent une articulation, c'est une question aujourd'hui jugée par de nombreux exemples; et l'expérience a prouvé que la guérison est aussi sûre dans ces cas qu'après les sections de tendons, quand on observe, d'ailleurs, toutes les précautions indispensables.

2° La peau laissée intacte pourra opposer un obstacle insurmontable à ce que l'écartement des pubis s'opère dans une étendue assez considérable.

D'abord, répond l'auteur, le fait qu'on suppose n'est pas exact, et je me suis assuré dans mes essais sur le cadavre que cet obstacle n'existe en aucune manière. D'ailleurs, on pouvait facilement prévoir qu'il en serait ainsi en songeant à l'extensibilité extrême des tégumens.

3° La symphyséotomie ne donne pas un degré d'ampliation du bassin suffisant pour le passage de la tête du fœtus; par conséquent, c'est une opération à rejeter comme inutile.

Mais il ne s'agit pas de la symphyséotomie considérée en général, il n'est ici question que d'un nouveau procédé à mettre en usage dans les cas où l'on suppose qu'une légère augmentation des diamètres pourra suffire. D'un autre côté, si la symphyséotomie est aujourd'hui à peu près abandonnée, c'est autant peut-être à cause de ses dangers que pour son inefficacité, et un moyen qui lui ôterait toute sa gravité rendrait, sans aucun doute, ses indications plus nombreuses aux yeux des praticiens sensés.

4° Les opérations faites sur le cadavre ne peuvent donner une idée de ce qui se passe sur le vivant, et il serait dangereux de conclure de celui-là à celui-ci.

L'auteur en convient, mais il fait observer que l'innocuité de son procédé étant suffisamment établie par le raisonnement et les expériences, il est désormais permis de l'appliquer sur le vivant, et il espère que les chirurgiens n'hésiteront pas à en faire l'essai.

5° Le danger de la symphyséotomie ne tient pas à l'incision de la peau; il n'y a donc aucun avantage à l'éviter.

L'expérience de tous les siècles, répond M. Carbonai, nous apprend que lorsque la peau est largement divisée, les parties sous-jacentes peuvent s'enflammer et s'enflamment en effet, en produisant des désordres variables, suivant la disposition où se trouvent les malades, mais qui peuvent, dans certains cas, conduire à une terminaison funeste.

6° La symphyséotomie sous-cutanée n'est pas une opération nouvelle; elle a déjà été proposée, vers le milieu du siècle dernier, par Lescure.

Comment admettre, dit M. Carbonai, qu'une opération semblable ait été conseillée à une époque aussi éloignée, quand on songe à l'origine toute récente de la méthode sous-cutanée? D'ailleurs, eût-on réellement parlé d'une petite incision à la peau, il y a bien loin de cette indication vague à la description précise de tous les moyens que j'ai donnés pour réaliser pleinement, et dans leur entier, les principes de la méthode sous-cutanée.

La matière, comme on le voit, a été mûrement approfondie. Nous pensons, quant à nous, que l'idée de M. Carbonai mérite de fixer toute l'attention des chirurgiens. Il est hors de doute que cette modification ne préviendra pas tous les accidens de la symphyséotomie, tels, par exemple, que la déchirure des symphyses sacro-iliaques, le plus grave de tous, sans contredit; mais on ne peut lui contester le mérite de mettre à peu près sûrement à l'abri des désordres qui tiennent à l'inflammation du tissu cellulaire du bassin. Nous avons aussi remarqué avec intérêt ce que M. Carbonai dit de la promptitude et de la sûreté de l'opération faite d'après ce procédé; des expériences étaient bien nécessaires pour rassurer les praticiens contre le danger de léser les parties voisines; et celles auxquelles l'auteur s'est livré sont tout-à-fait concluantes. Nous ne voyons donc aucun obstacle à ce que ce procédé soit appliqué sur le vivant, et nous le recommandons sous ce rapport à l'attention toute spéciale de ceux qui cultivent cette partie de la science.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES,

Séance du 28 février.

Eaux minérales de l'Algérie.

M. le docteur Combes envoie à l'Académie quelques détails sur des sources minérales existant en Algérie. A sa lettre sont joints des fragmens provenant de concrétions salines qui se trouvent auprès de ces sources. Voici un extrait de la lettre de M. Combes:

A une heure environ sud-ouest du camp de Mjetz-Ammar, situé lui-même à 30 lieues de Bône, sur les bords d'un ruisseau, on voit des sources d'eaux thermales où les Romains avaient construit un établissement dont on trouve encore les vestiges. Après avoir traversé la Seybouse, on voit s'étendre à droite une petite plaine bordée par un ruisseau. Tout à coup la végétation cesse, le sol est blanc, dur, retentissant et comme formé par une couche de plâtre; dans une étendue de plus de 60 mètres, sur cette sorte de plate-forme, on voit s'élever, éloignés de 4 à 5 mètres les uns des autres, environ 30 cônes blancs de gran-

deurs diverses. Ces cônes sont percés, à leur sommet, d'un trou qui semble être l'orifice d'un canal intérieur par lequel coulaient les eaux. Actuellement, les sources sont taries. Bientôt le plateau finit brusquement, et de l'anfractuosité qui l'intercepte s'élèvent des nuages d'une fumée épaisse qui porte une odeur fortement sulfureuse. Déjà, sur le bord, on voit sourdre à fleur de terre des sources abondantes et nombreuses, dont les eaux s'élèvent en bouillonnant, et se répandent ensuite en nappe sur les concrétions qu'elles ont déposées autour d'elles. D'espace en espace s'élèvent de petits cônes au sommet desquels bouillonnent encore, dans un petit cratère, des eaux parfaitement limpides et qui marquent 80° R.

Tout le flanc de la colline est parsemé de sources semblables, et qui, avant de tomber en nappes brûlantes, remplissent des coupes de diverses grandeurs, dont les moyennes peuvent avoir 1 mètre de long sur 40 à 50 centimètres de large. Enfin, au bas du ravin, ces eaux se mêlent à celles d'un petit ruisseau très rapide; c'est après ce mélange et à 2 ou 300 pas de leur chute que les eaux ont une température convenable pour le bain ordinaire.

MM. Dumas, Regnault et Pelouze sont chargés de faire l'analyse des fragmens de sels envoyés par M. Combes. Il sera intéressant de constater s'ils contiennent réellement de l'arsenic, comme on l'avait annoncé il y a quelques années.

ANATOMIE MICROSCOPIQUE.

M. MANDL fait hommage à l'Académie de la dernière livraison de son ANATOMIE MICROSCOPIQUE. Elle est consacrée à la description des appendices tégumentaires, poils, ongles, etc. L'auteur établit que ce sont des tissus organisés, et, à l'appui de cette opinion, il cite l'expérience dans laquelle, ayant coupé un poil à une certaine hauteur, il a constaté que le sommet se reproduit. Il pense aussi que les barbes de la plume sont un tissu organisé, et les résultats de l'examen microscopique qu'il a fait de ces corps déposent en faveur de cette opinion.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 1er MARS. — PRÉSIDENCE DE M. FOUQUIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie qu'un registre est déposé dans les bureaux pour recevoir les noms des membres qui auraient l'intention de souscrire pour l'érection du monument à élever à la mémoire de Sanson.

M. LE PRÉSIDENT fait connaître les noms des membres désignés pour faire partie du jury du concours de clinique chirurgicale qui doit s'ouvrir à la Faculté le 17 mars. Ce sont MM. Réveillé-Parise, Begin, Jobert, Cimelle, comme juges, et M. Villeneuve, comme suppléant.

CAUSES ET PROPHYLAXIE DE LA MORVE.

M. FOURCAULT lit un mémoire ayant pour titre : CAUSES DE LA MORVE ET DU FARCIN; MOYENS DE PRÉVENIR LE DÉVELOPPEMENT DE CES MALADIES. Dans ce travail, l'auteur s'attache à établir que la morve et le farcin proviennent de l'humidité des écuries, et de l'inaction à laquelle sont condamnés les animaux, circonstances qui agissent principalement en s'opposant à l'accomplissement des fonctions sécrétoires et exhalantes de la peau. La mauvaise qualité et l'homogénéité de la nourriture y contribuent aussi beaucoup. L'effet de ces diverses conditions paraît être surtout de développer, chez les sujets qui les subissent, la constitution lymphatique qui prédispose si puissamment à la morve.

D'après ces considérations, il pense qu'un des meilleurs moyens prophylactiques de la morve serait de placer les animaux dans les conditions où cette maladie cesse de se manifester. Il proposerait donc, au lieu d'enfermer les chevaux, de les laisser en liberté, du moins pendant une partie de l'année, et de les loger, durant la mauvaise saison, dans des écuries plus spacieuses que celles dont on se sert ordinairement.

M. DUPUY : D'après une expérience qui ne remonte pas à moins de quarante ans, je n'hésite pas à déclarer que, sous le nom de morve, on décrit cinq ou six maladies très différentes les unes des autres. Avant de discuter le mémoire de M. Fourcault, je me bornerai donc à demander préalablement de quelle lésion il a voulu parler. Est-ce de la transformation fibreuse de la membrane pituitaire ? ou de son inflammation catarrhale? ou d'une éruption pustuleuse? ou d'une altération charbonneuse de cette même membrane? Vous le voyez, c'est un véritable cahos qu'il faut absolument débrouiller avant d'aller plus loin.

M. HAMONT : La lecture que vous venez d'entendre me montre que je n'ai pas été suffisamment compris par M. Fourcault dans la dernière séance. Je n'avais voulu traiter que des causes premières de la morve, et je n'ai en aucune manière nié l'influence que l'humidité et le défaut d'alimentation exercent sur le développement de cette maladie. Je crois cependant, pour dire toute mon opinion, que M. Fourcault a attaché trop d'importance à ces conditions hygiéniques. Ainsi, dans le voisinage du désert, là où certainement les animaux ne manquent ni d'air, ni de lumière, ni d'exercice, et où le climat est on ne peut plus sec, j'ai remarqué que les chevaux des Arabes malheureux sont souvent atteints de la morve, tandis que ceux qui appartiennent à des classes plus aisées, et qui sont des bêtes de race, de pur sang, se soustraient presque toujours à cette maladie.

M. DUPUY : Je citerai un fait à l'appui de l'influence que peut exercer une mauvaise alimentation sur la fréquence des cas de morve. Un régiment d'artillerie étant à garnison à Arras, on fut obligé de nourrir tous les chevaux avec de la paille rouillée. Eh bien! sur 115 chevaux, 45 furent atteints de morve, 44 furent pris de ce que le chirurgien vétérinaire appelait le marasme. Le régiment fut changé de garnison, la nourriture devint plus saine, et la morve disparut. Dans de pareilles circonstances, j'ai souvent pu prédire, sans crainte de me tromper, que la morve sévirait dans tels ou tels établissemens, à telles ou telles époques. Ce qui peut contribuer à entretenir l'illusion, sous ce rapport, pour les gens du monde, c'est qu'on voit en général la morve apparaître alors que les chevaux sont depuis quelque temps déjà parfaitement nourris. Mais il est évident que l'effet d'une nutrition défectueuse ne se fait pas ressentir immédiatement, et il est facile de s'expliquer pourquoi il ne se produit quelquefois qu'au moment où les conditions sont tout à fait différentes.

M. VIREY : Je demande la permission de faire connaître un fait historique qui a rapport à cette question. J'ai vu dernièrement, en faisant quelques recherches sur les coutumes des chevaliers du onzième siècle, qu'ils stipulaient soigneusement qu'après une longue course on donnerait à leurs chevaux de l'avoine et du vin.

M. BARTHÉLEMY : Si j'ai bien entendu le mémoire de M. Fourcault, il aurait assimilé la morve l'affection tuberculeuse. Cette manière de voir ne me paraît que difficilement admissible. Si parfois on trouve des tubercules dans les poumons des chevaux morveux et farcineux, souvent aussi il est impossible d'en découvrir le moindre vestige. A la vérité c'est ordinairement dans la morve aiguë qu'on remarque cette absence de tubercules. Mais est-il bien sûr que la morve aiguë et la morve chronique soient deux affections différentes? Je ne le pense pas. On voit assez souvent l'une de ces maladies se transformer et prendre les caractères de l'autre, et les lésions anatomiques qu'on trouve dans les deux cas ne sont pas essentiellement différentes.

M. RENAUD : Si la morve et le farcin abondent quelque part, assurément c'est dans les établissemens de messageries, de postes; et cependant les chevaux y font beaucoup d'exercice, et même un exercice forcé. Cette maladie est surtout fréquente sur les lignes que parcourent les malles-postes, et principalement depuis cinq ou six ans, qu'on a exigé une célérité plus grande dans le parcours des trajets.

M. ROCHOUX dit qu'un colonel de cavalerie qui a passé quelque temps à Alger lui a assuré qu'il avait eu occasion de constater la vérité de tous les faits énoncés par M. Hamont.

M. FERRUS : Je désirerais savoir si la morve paraît avoir en Egypte des propriétés contagieuses aussi prononcées qu'en Europe. Je voudrais aussi que M. Hamont nous apprît s'il a observé, pendant son séjour en Orient, des cas de transmission de la morve des animaux à l'homme.

M. HAMONT répond affirmativement sur la première question, négativement sur la seconde.

FRACTURE DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DU RADIUS.

M. HUGUIER lit un mémoire sur les fractures de l'extrémité inférieure du radius, et sur un nouvel appareil à extension qu'il propose d'employer dans leur traitement.

Examinant d'abord le diagnostic de ces fractures, M. Huguier fait observer que la crépitation y est souvent fort difficile à percevoir; ce qu'il attribue à l'absence du déplacement primitif et à l'impossibilité d'imprimer au fragment inférieur des mouvemens très étendus, en raison des tendons qui le brident de toutes parts et du peu de largeur de l'espace interosseux dans ce point. D'ailleurs la texture même de la partie où est survenue la fracture met obstacle à la crépitation; car le tissu spongieux ne donne pas lieu à un craquement aussi sonore, aussi clair que le tissu compacte, et l'épanchement de sang qui se forme immédiatement à la surface de la solution de continuité empêche aussi que le frottement des deux fragmens ne produise un bruit aussi prononcé.

Quant aux indications qu'offre le traitement de cette fracture, celle sur laquelle M. Huguier appelle surtout l'attention, consiste dans la nécessité d'opérer une traction continuelle sur le fragment inférieur. Cette indication avait déjà été posée en principe par Godin et par M. Diday; mais ils n'avaient pas décrit d'appareils propres à la remplir. M. Huguier recommande également de ne pas laisser longtemps le membre fracturé en appareil; car, outre que la consolidation s'opère très rapidement dans ce cas, une immobilité prolongée aurait pour effet inévitable de déterminer la raideur des articulations du poignet.

M. Huguier, examinant ensuite le mode de pansement indiqué par les chirurgiens qui se sont occupés le plus spécialement de cette lésion, reproche à l'appareil de Dupuytren de repousser en arrière le fragment inférieur et d'exercer une compression inutile sur le carpe et sur la face dorsale du métacarpe. L'attelle cubitale employée par Dupuytren ne porte pas le fragment inférieur en bas, comme le pensait ce chirurgien, mais bien, au contraire, en haut, à cause de la pression que le carpe détermine sur lui dans ce sens. De même le mouvement de bascule, par lequel Dupuytren croyait attirer en dedans l'extrémité inférieure de ce fragment, non seulement ne suffit pas, mais même n'existe point tel que l'admettait le professeur de l'Hôtel-Dieu.

Les modifications introduites dans ce système de pansement par M. Goyrand ont surtout pour effet d'empêcher le refoulement du fragment inférieur en arrière; mais il ne fait en aucune manière l'extension quoi qu'en ait dit son auteur.

L'appareil que M. Huguier propose est constitué par un gantelet qu'on serre autour du carpe, et duquel partent quatre lacs propres à opérer l'extension. L'avant-bras représentant un conoïde dont la grosse extrémité est dirigée en haut, on peut facilement prendre sur lui un point d'appui pour la contre-extension. C'est ce que l'on fait en appliquant sur ses faces antérieure et postérieure, convenablement matelassées, deux attelles creusées de rainures superficielles, transversalement dirigées afin d'empêcher qu'elles ne remontent en glissant sur les compresses graduées. A leur extrémité inférieure, ces attelles qui se prolongent un peu au-delà de l'extrémité des doigts sont réunies entre elles par des chevilles, en forme de chapelet, sur lesquelles on noue les lacs.

M. Huguier fait observer que, dans le cas où l'avant-bras amaigri ne se renflerait pas suffisamment dans sa partie supérieure pour fournir un point d'appui à la contre-extension, on pourrait aisément faire porter l'extrémité supérieure des attelles anti-brachiales contre la partie inférieure d'une attelle qu'on fixerait sur

la face postérieure du bras et qui déborderait de quelques pouces le niveau du coude tenu en demi-flexion.

Commissaires : MM. Bégin, Gimelle et Renoult.

M. le Président annonce à l'Académie que la commission nommée pour désigner la section dans laquelle devra être faite l'élection prochaine, se compose de MM. Bouvier, Honoré, Barthélemy, Mitouart, Husson, Blandin, Jolly, Renoult, Burdin, Londe et Villeneuve.

DE LA LITHOTRITIE ET DE L'USAGE DES ALCALINS DANS LE TRAITEMENT DES CALCULS.

M. Ségalas lit un rapport sur deux observations envoyées par M. le docteur Pétel, de Coulommiers, et relatives à deux calculeux, chez lesquels la lithotritie est restée sans succès.

Le premier cas est celui d'un homme de 69 ans qui avait subi plusieurs séances de lithotritie à Paris. De retour dans son pays, il présenta des accidens graves, des symptômes d'une péritonite à laquelle il succomba. On reconnut à l'autopsie la présence d'un calcul du volume d'un œuf de poule qui était logé dans la vessie; à côté de l'endroit qu'il occupait et dans un point correspondant à une aspérité très prononcée de sa surface, la paroi vésicale était déchirée, et la solution de continuité établissait une communication avec la cavité du péritoine. La vessie contenait 15 autres pierres moins volumineuses, dont quelques-unes étaient constituées par des fragmens.

M. Ségalas est d'avis que la lithotritie, du moins entre des mains exercées et avec un peu d'attention, ne peut de nos jours donner lieu à des déchirures de la vessie. Dans ce cas d'ailleurs la perforation constatée à l'autopsie ne peut-elle pas légitimement être rapportée à l'aspérité du calcul, qui, étant violemment portée contre la surface vésicale déjà enflammée, pendant le transport du malade de Paris à Coulommiers, a sans doute été la cause de cette solution de continuité ?

La seconde observation a rapport à un cultivateur, âgé de 60 ans, qui éprouvait depuis quelque temps de la difficulté à uriner et des douleurs pendant l'excrétion des urines. M. Pétel le sonda et crut reconnaître la présence d'un corps dur dans la vessie. Il jugea en conséquence l'opération indispensable, mais le malade refusa de s'y soumettre. Il le mit alors à l'usage des boissons alcalines pendant trois mois, et finit par le guérir. Mais M. Ségalas, analysant les détails de l'observation envoyée par l'auteur, se croit autorisé à douter qu'il y eût réellement dans ce cas un calcul. M. Pétel n'a pu, en effet, le retrouver dans un second cathétérisme. D'ailleurs le malade avait cessé de souffrir en urinant, avant même de commencer l'emploi des alcalins. M. Ségalas ne nie pas pour cela l'influence des médicamens de ce genre sur les concrétions urinaires, mais il ne pense pas que ce dernier fait soit de nature à la prouver.

Les conclusions du rapport sont d'adresser des remercîmens à l'auteur et de déposer son travail aux archives.

M. Delens : M. le rapporteur dit que l'existence de la pierre n'est pas parfaitement établie dans la seconde observation de M. Pétel; mais cette fin de non recevoir ne pourrait-elle pas s'appliquer avec autant de raison à tous les faits de ce genre où le malade a guéri? Et dès lors comment arriverait-on à apprécier l'influence des agens thérapeutiques par les exemples de guérison?

M. Ségalas rappelle que dans ce cas il existe des causes d'incertitude toutes particulières, soit sur la nature de la maladie, soit sur l'efficacité du traitement. Ainsi le calcul qui avait été reconnu à un premier cathétérisme n'a pu se retrouver ensuite; ainsi les symptômes de la maladie avaient disparu avant qu'on commençât l'emploi du médicament auquel on attribue le succès.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE MÉDICO-CHIRURGICALE DE FERRARE.

PROGRAMME DU CONCOURS POUR LE PRIX DE L'ANNÉE 1842.

Le conseil de la province, désireux d'encourager les progrès des sciences médico-chirurgicales et naturelles, a décidé, dans sa séance du 11 décembre 1840, qu'une médaille d'or de la valeur de cent écus serait accordée tous les ans à l'auteur du meilleur mémoire composé sur un sujet proposé par l'Académie. Ce prix prendra le nom de prix de la province, et sera décerné par l'Académie elle-même.

Cette délibération a été sanctionnée par un arrêté de Sa Sainteté.

En conséquence, l'Académie a choisi pour sujet du concours de 1842, la question suivante :

Déterminer, avec la plus grande précision possible,

1° La nature des effluves qui se dégagent des lieux marécageux ;

2° Comment on peut reconnaître ou du moins présumer avec raison leur existence, avant qu'ils aient produit leurs effets sur les animaux ;

3° Comment se comporte l'air auprès de ces effluves, quelle est la nature et le degré de l'influence que le climat exerce sur leur production, ainsi que sur les effets qui en résultent pour les animaux ;

4° D'où vient que, dans certaines années, leur pouvoir pernicieux augmente, quoiqu'il ne soit survenu aucun changement dans les lieux qui les produisent ;

5° Quelles sont les altérations et les formes morbides les plus communes qu'ils développent chez l'homme et chez les grands animaux domestiques herbivores ;

6° Enfin, quel est, de la migration ou du dessèchement des lieux insalubres, le moyen le plus propre à atténuer leur influence, principalement chez les sujets non acclimatés et chez les herbivores, ainsi qu'à neutraliser leurs effets sur l'homme comme sur les animaux.

Chaque mémoire devra contenir une épigraphe, et sera accompagné d'une lettre cachetée qui contiendra, à l'extérieur, la même épigraphe, et, à l'intérieur, les nom, prénoms et domicile de l'auteur. Celui-ci devra s'abstenir soigneusement de toute expression qui pourrait le faire reconnaître.

Les mémoires envoyés devront être rendus, franc de port, à Ferrare, avant le dernier jour de février 1843, et porter pour adresse : *A M. le secrétaire de l'Académie médico-chirurgicale de Ferrare.* — Ce terme est de rigueur. Ils devront être écrits en italien, en latin ou en français.

Lecture faite des mémoires, et après que les censeurs auront décidé quel est celui qui est digne du prix, on ouvrira la lettre qui lui correspond, et toutes les autres seront immédiatement brûlées.

L'auteur du mémoire couronné recevra vingt-quatre exemplaires de son travail, qui sera publié à part ou dans l'un des journaux les plus répandus de l'Italie.

Le concours est ouvert pour tous les savans italiens et étrangers.

Dans le cas où aucun des concurrens n'aurait résolu la question proposée d'une manière satisfaisante, une médaille d'argent, à titre d'encouragement, sera accordée à celui qui l'aura le mieux traitée.

Le président, Luigi Buzoni.

Le secrétaire, Luigi Bosi.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATION RELATIVE A UN CAS DE LARGE PROCIDENCE DE L'IRIS, TRAITÉE AVEC SUCCÈS PAR L'EMPLOI DE FOMENTATIONS BELLADONÉES FROIDES EN PERMANENCE; communiquée par M. le docteur Desmarres, chef de la clinique oculaire de M. Sichel et professeur d'ophthalmologie.

Obs. — Le nommé Missemblé, batteur d'or, d'une constitution lymphatique, âgé de 16 ans, demeurant rue des Amandiers, n° 77, à Belleville, est amené à ma clinique particulière le 25 septembre 1841. L'œil gauche est sain; l'œil droit est dans l'état suivant : les paupières sont rouges et gonflées; la conjonctive est injectée jusqu'au bord de la cornée par des vaisseaux très nombreux et d'un rouge vif; la sclérotique présente au plus haut degré l'injection connue sous le nom de sclérotite. La cornée est parcourue, particulièrement dans sa moitié inférieure, par de gros vaisseaux rouges, qui se rendent tous vers plusieurs épanchemens interlamellaires, entourant une large ulcération. Celle-ci, déjà assez profonde, d'un millimètre et demi de diamètre en dehors, est entourée à sa circonférence de matière blanc-jaunâtre, puriforme, et présente un fond net, infundibuliforme. Si le travail de destruction des lames de la cornée continue malgré le traitement antiphlogistique rigoureux que je me propose de prescrire, il est très certain que j'aurai à faire des efforts pour empêcher une procidence de l'iris, qui, actuellement du moins, n'est pas encore imminente. Il n'y a pas à songer à toucher l'ulcération avec le nitrate d'argent, tant à cause de la vive inflammation de l'œil, que surtout parce que l'action du caustique aurait pour effet de détruire encore un peu de l'épaisseur déjà si petite des lames profondes de la cornée et d'avancer le moment de la perforation; ce moyen réussit mal, d'ailleurs, lorsque l'œil est aussi enflammé. L'iris, que j'aperçois par la partie supérieure de la cornée restée saine, est enflammée, un peu vert-brunâtre; la pupille est immobile et resserrée; la photophobie est des plus grandes.

Prescription : Appliquer de suite quinze sangsues au-devant de l'oreille droite.

Six fois par jour faire une friction douce sur le front et les tempes avec, gros comme une noisette, de la pommade suivante :

Onguent napolitain	de chaque
Extr. de belladone sans fécule......	10 grammes.
Huile d'amandes douce. Q. S.	

Ces frictions devront être faites la nuit pendant les premiers jours.

Se purger demain avec 50 grammes de sulfate de soude.

A partir de demain soir, prendre matin et soir une des pilules suivantes :

Calomel..............	de chaque
Extr. de belladone......	30 centigrammes.
Sirop Q. S.	
F. S. L. 6 pilules.	

Bains de pieds au sel et aux cendres matin et soir.

28 septembre. Le malade est affaibli; l'ulcération de la cornée semble avoir fait quelques progrès en arrière; son diamètre est le même. L'injection de cette membrane conserve les caractères décrits plus haut. Les épanchemens interlamellaires sont toujours isolés.

(Appliquer 10 sangsues au même endroit, continuer les frictions et les bains de pieds, refaire les pilules, mais auparavant prendre une nouvelle dose de 50 grammes de sulfate de soude.)

Je ne revois plus le malade que le 2 octobre. L'ulcération me semble plus profonde; je prescris la belladone en instillations dans l'œil d'heure en heure pour dilater la pupille et préserver l'iris d'une procidence.

Extr. de belladone sans fécule.....	50 centigr.
Eau distillée..................	5 grammes.
Filtrez.	

Le malade continuera ses frictions et prendra, matin et soir, un paquet d'éthiops antimonial et un bain de pieds.

Je l'engage à venir tous les jours; il est si faible qu'il est impossible de songer à des émissions sanguines.

5 octobre. Le malade, malgré ma recommandation, ne revient me voir que le

5 octobre vers trois heures. Pendant la nuit du 4 au 5 il a éprouvé tout à coup dans l'œil une douleur extrêmement vive qui ne l'a plus quitté depuis. Cette douleur lancinante s'irradie dans le sourcil, le front, la tempe et la mâchoire. Malgré sa faiblesse, par momens il marche à grands pas la tête baissée tenue dans ses deux mains. Je reconnais que l'iris est largement procidé à travers l'ulcération. Le huitième supérieur de la pupille est seul libre. La chambre antérieure a disparu, l'iris étant appliqué exactement contre la cornée qui est ridée en plusieurs endroits, par suite de l'évacuation de l'humeur aqueuse à travers l'ulcération. La vision de cet œil est absolument nulle.

Je me demandai un instant si, pour sauver le huitième supérieur de la pupille, je ne devais pas toucher fortement l'iris avec un crayon de nitrate d'argent dans le but de provoquer une inflammation adhésive entre les lèvres de l'ulcération et le bouchon iridien; mais je rejetai aussitôt cette idée pour mille raisons toutes faciles à concevoir, et dont je dirai quelques mots plus loin; je m'arrêtai à la prescription suivante :

Prenez : Eau distillée.................. 225 grammes.
Extr. de belladone............ 25 grammes.
M. S. L. et filtrez.

Placer en permanence des compresses sur l'œil, après les avoir plongées dans ce liquide qu'on maintiendra à une température très basse.

Se tenir couché sur le dos et y rester dans l'immobilité la plus complète possible.

Le lendemain, 6 octobre, je ne vis pas le malade, et j'en augurai que ses douleurs avaient diminué.

7 octobre. Il vient me trouver tout joyeux; ses douleurs sont devenues supportables. L'examen de l'œil me fait reconnaître que l'iris, à ma grande satisfaction, est rentré en entier. Sa couleur est d'un vert brun, assez foncé dans les endroits qui ont été comprimés dans l'ulcération. Avec un peu d'attention, il est facile de reconnaître à sa couleur normale la portion qui était restée en arrière de la cornée.

La couleur de la partie supérieure de l'iris qui n'avait pas traversé l'ulcération est d'un bleu clair qui tranche singulièrement avec la coloration morbide des parties réduites de la membrane. La pupille a repris sa forme ronde; mais elle est immobile et plus resserrée que le côté sain. L'ulcération de la cornée a fait place à un dépôt de matière blanchâtre fibro-albumineuse assez épaisse et assez résistante pour former la base d'une cicatrice qui, je l'espère, deviendra solide.

Les épanchemens interlamellaires entourant l'ulcération se résorbent; l'un d'eux a déjà disparu presque en entier. La chambre antérieure est complètement rétablie; les paupières sont un peu gonflées.

Prescription : Continuer les fomentations belladonées, prendre trois fois par jour, dans un peu d'eau sucrée, un des paquets suivans :

Prenez : Calomel........... } de chaque
Carb. de magnésie... } 30 centigrammes.
Divisez en 6 paquets.

Appliquer ce soir 8 sangsues au-devant de l'oreille; bassiner les paupières six à huit fois par jour avec le collyre; mais n'en pas laisser pénétrer dans l'œil.

Prenez : Eau distillée............. 125 grammes.
Id. de laurier cerise........ 20 —
Borax...................... 4 —
Mucilage de sem. de coings. 10 —
F. S. A.

8 octobre. La cicatrice se solidifie; la kératite vasculaire diminue; les épanchemens disparaissent de plus en plus; l'iris me semble moins rouge qu'hier; le collyre est bien supporté; les paupières ne sont plus gonflées.

Prescription : Cesser les fomentations de belladone; continuer seulement celles de borax.

9 au 15 octobre. L'injection disparaît; la cicatrice est solide. Il n'y a plus d'épanchemens interlamellaires; la pupille est toujours rontractée; l'iris a presque repris sa couleur normale. Le malade lit aussi bien de cet œil que de l'autre et à la même distance.

J'emploie maintenant un collyre de laudanum affaibli, dans l'espoir de faire diminuer un peu l'opacité de la cicatrice; celle-ci, du reste, étant placée au-dessous du champ pupillaire, ne gêne pas la vision.

4 décembre. La cicatrice diminue d'une manière remarquable et n'offre plus aujourd'hui que la largeur de 2 millimèt. à peine dans son plus grand diamètre.

Cette observation présente un grand intérêt pratique. Tous les jours il arrive que, malgré le traitement le mieux dirigé, une ulcération détruit toutes les lames de la cornée, et que l'organe de la vision est gravement compromis par la procidence de l'iris qui en est la conséquence forcée, à moins qu'on n'ait été assez heureux pour dilater largement la pupille. Malheureusement on obtient assez difficilement ce résultat. Les malades, surtout ceux de la classe ouvrière, indociles le plus souvent, craignent les instillations dans l'œil, parce qu'elles augmentent quelquefois leurs douleurs et la photophobie. C'est là précisément ce qui est arrivé dans le cas dont l'histoire précède, et ainsi qu'on l'a vu, une large procidence iridienne ne tarda pas à survenir. Fallait-il essayer de la réduire au moyen d'un stylet mousse (ce qu'on peut faire quelquefois, après les extractions de la cataracte à cause de la largeur de l'ouverture de la cornée), ou la cautériser avec le nitrate d'argent en crayon, ou bien encore tenter la réduction par un moyen trop peu souvent employé, je veux parler des fomentations belladonées froides, en permanence sur l'œil et aidées du décubitus sur le dos et de l'immobilité.

Le premier moyen me sembla impraticable parce que, d'une part, l'inflammation de l'œil était intense; que l'ulcération, bien que large, était certainement trop étroite pour permettre de refouler au moyen du stylet l'iris déjà infiltré, et que, d'un autre côté, cette membrane, enflammée par la compression, se serait déchirée sous les efforts que j'aurais pu faire, et qu'il en serait résulté d'ailleurs une inflammation traumatique que je n'aurais pas pu combattre par les antiphlogistiques, à cause de l'affaiblissement du malade.

Le second moyen me semblait encore plus dangereux et moins rationnel. Le nitrate d'argent, appliqué sur la procidence, aurait tout au plus permis d'espérer la conservation du huitième supérieur de la pupille resté libre encore. Mais l'inflammation de l'œil permettait-elle d'agir de cette manière? N'avais-je pas à craindre que le caustique n'étendît de proche en proche son action jusqu'à la cristalloïde elle-même et n'en troublât la transparence? Etais-je certain, par son application sur l'iris, de provoquer l'adhésion des portions de cette membrane en contact avec les lèvres de l'ulcération de la cornée, et d'enrayer ainsi la marche à craindre de la procidence iridienne? Non certes.

Quant au troisième moyen, l'emploi des fomentations belladonées glacées en permanence sur l'œil, il me sembla plus rationnel que les autres, tant à cause de l'action particulière de la belladone sur l'iris, que par celle du froid sur cette membrane. Le froid, en effet, peut agir ici comme dans certaines hernies inguinales que sir Astley Cooper est parvenu à réduire par ce moyen, aidé du décubitus sur le dos. D'ailleurs, le résultat heureux que j'en ai obtenu prouve qu'il ne faut pas désespérer de la réduction d'une procidence récente de l'iris, même lorsque l'ulcération est assez étroite; et que, lorsqu'un malade se présente dans un état semblable, à un médecin, le premier devoir de celui-ci est, avant tout, d'agir comme nous l'avons fait en cette circonstance.

J'espère que les lecteurs de la Gazette Médicale me sauront gré d'avoir publié ce fait curieux, unique peut-être dans les fastes de la science, et qu'à raison de l'intérêt qu'il présente, ils auront quelque indulgence pour la longueur des détails. J'ajouterai que, dans son immense pratique, M. Sichel, auquel j'ai fait voir le malade après sa guérison, m'a assuré n'avoir jamais vu un fait de procidence iridienne si considérable aussi bien constaté, et un résultat plus heureux.

J'étais sur le point de publier cette observation lorsque le jeune homme qui en fait le sujet vint me retrouver, il y a huit ou dix jours, avec une ulcération perforante de la cornée de l'autre œil, et tellement avancée, que déjà la lamelle postérieure de cette membrane restait seule intacte, mais légèrement poussée en avant avec la membrane de l'humeur aqueuse. Je prescrivis un traitement antiphlogistique énergique, une saignée, 20 sangsues au-devant de l'oreille, du calomel à l'intérieur et des frictions mercurielles sur le front. Rien n'enraya la marche de cette ulcération, et une petite perforation s'étant faite, l'humeur aqueuse s'échappa en grande partie; mais cette fois, la procidence de l'iris n'arriva pas, parce que, sachant combien les ulcérations de la cornée marchaient rapidement chez cet individu, j'avais pris mes précautions et dilaté la pupille au moyen de simples instillations de belladone répétées nuit et jour de demi-heure en demi-heure.

Aujourd'hui, 22 décembre 1841, la cicatrice de la cornée est solide, parcourue encore par quelques vaisseaux que j'espère bien faire disparaître au moyen du traitement. Le malade louche un peu en dedans, ce que j'attribue à l'opacité de la cornée droite.

DEUXIÈME LISTE DE SOUSCRIPTION AU MONUMENT DU PROFESSEUR SANSON.

MM. Delaraud, 5 fr.—Sorlin, 10.—Gerdy aîné, 50.—Falret, 50.—Voisin, 50.—Boinet, 20.—Gaune, 5.—Vollant, 5.—Un ancien interne, 5.—Dr D., 5.—Chartran, 10.—Perrée, 20.—Grandidier, 15.—Bisson, 10.—Bachelier, 10.—Castro, 10.—Davenne, 10.—Marjolin, 100.—Marjolin fils, 20.—Mancel, 10.—Rogerie, 5.—Castel, 25.—Aguillon, 10.—Larrey fils, 10.—Comte de B., 20.—Frère, 20 fr.—Frick, 10.—Hoffmann, 10.—Massias, 1.—Chermeside, 10.—Moynier, 20.—Renoult, 10.—Ollivier d'Angers, 20.—Pinel neveu, 10.—Massé, 5.—Toirac, 20.—Labarraque père et fils, 20.—Pailloux, 5.—Vallerand Delafosse, 50.—Lecanu, 10.—Hervez de Chégoin, 50.—Lejeune, 5.—E. R., 5.—Chassaignac, 20.—Lépileur, 10.—Pichard, 21.—Brière à Lausanne, 10.—Blaquière, 40.—Martin, 5.—Duméril, 50.—Monod, 50.—Gontier Saint-Martin, 10.—Fabre, 10.—Dufresse-Chassaigne, 5.—Sichel, 100.—Blandin, 100.—Bérard (Aug.), 10.—Giraldès, 10.—Amussat, 20.—Boyer, 10.—Filos, 5.—Nélaton, 50.—Blache, 20.—Caffe, 20.—Rixio, 5.—Musset, 10.—Petit, 10.—B., 5.—Broussais, 10.—Mavré, 10.—Durand, 5.—Sainte-Yves, 50.—Guérard, 5.—Dufour, 10.—Delaroque, 10.—Littré, 5.—Fournier, 10.—Desir, 20.—Bergerault, 10.—Goupil, 10.—P. D., 5.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 11. (TOME X. — 1842.) SAMEDI 12 MARS 1842.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des Hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les Souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois sont invités à le renouveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le 1er avril. On s'abonne dans les départemens chez tous les Directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris. Vu la difficulté et les frais de recouvrement des mandats de la Gazette Médicale, touchés au domicile des Abonnés des départemens, ce mode de souscription ne peut avoir lieu que pour des abonnemens de six mois, de neuf mois et d'un an.

SOMMAIRE.

PHYSIOLOGIE GÉNÉRALE.

ESSAI DE STATISTIQUE CHIMIQUE DES ÊTRES ORGANISÉS; par M. J. DUMAS.

M. Dumas vient de publier sous ce titre le discours qu'il a prononcé pour la clôture de ses leçons de chimie organique à la Faculté de médecine. Toutes les opinions et les théories nouvelles qu'il a eu l'occasion de développer pendant la durée de son dernier cours se trouvent résumées d'une manière très précise dans cet écrit, destiné sans doute à constater les droits de possession de l'auteur à un certain nombre de ces idées journellement répandues ainsi dans le domaine public. Hâtons-nous de le dire : par l'intérêt et la variété des discussions qui s'y rencontrent, ce travail mérite de fixer toute l'attention des personnes qui se préoccupent aujourd'hui de l'étude des hautes questions de la philosophie naturelle.

En faisant abstraction de l'ordre suivi par M. Dumas dans l'exposition de ses idées, on peut établir que son ouvrage se compose de deux ordres d'études assez distincts que nous devons passer successivement en revue. Il peut, en effet, se résumer en ceci : d'une part, la discussion au point de vue de l'expérience chimique de quelques points essentiels de physiologie, tels que la digestion, la respiration et la chaleur des animaux; d'autre part, l'exposition d'un ensemble particulier de recherches qui mérite plus spécialement le nom de *Statistique chimique des êtres organisés*, et qui se compose : 1° de la détermination des moyens de nutrition et d'accroissement des animaux et de végétaux; 2° de l'étude des

Feuilleton.

LETTRE MÉDICALE.

Vous vous étonnez, très cher confrère, des longues interruptions de notre correspondance, et même vous avez l'obligeance de vous en plaindre. Lorsque ces doux reproches nous arrivent, nous nous mettons aussitôt en campagne pour quêter des nouvelles; nous en demandons à tous les échos. Nous avons fait cette fois une assez bonne récolte. Vous allez en juger.

Voici d'abord un fait relatif à la profession. Sa gravité lui donne l'importance d'un grand événement. Il s'est passé au sein de l'*Association de prévoyance* des médecins de Paris. Vous savez que cette association, dont la fondation remonte déjà à neuf années, a pour but spécial l'institution d'une *caisse de prévoyance*, c'est-à-dire d'un fonds permanent destiné à secourir les médecins tombés dans la pauvreté par suite des maladies, infirmités, progrès de l'âge ou toute autre cause honorable. Par ce côté, l'association n'est qu'une société d'assurance mutuelle, analogue à celles qui existent dans un grand nombre de professions et de métiers; c'est une institution tout économique qui se résout en une opération financière et dont le caractère est en conséquence purement administratif. C'est sous cet aspect que s'est présentée d'abord l'association; c'est à ce titre qu'elle a demandé l'autorisation légale du gouvernement. Considérée sous ce seul rapport, la société médicale de Paris est incontestablement une fondation louable et utile, comme toutes les institutions de bienfaisance. Elle a déjà porté ses fruits. Mais en dehors de ce but et de ce résultat tout spéciaux, l'association nous paraît devoir être examinée sous un point de vue plus élevé et bien autrement important. Elle se trouve, en effet, par la force même des choses et par certaines circonstances de son organisation, investie de fonctions plus hautes que celles d'une cotisation et de la gestion d'une caisse; elle est appelée, à son insu peut-être, à introduire dans la profession l'unité, la solidarité morales qui lui manquent, à reconstituer pour ainsi dire le corps médical qui n'existe plus que de nom. Ce but élevé est implicitement indiqué dans quelques dispositions de ses statuts constitutifs, qui règlent sa composition, ainsi que sa police intérieure et extérieure. Ces dispositions, en effet, contenues dans les articles 4 et 14, ne concernent pas seulement l'association, en tant qu'institution de bienfaisance et en vue de ses fonctions administratives et économiques, mais à titre de chambre supérieure de discipline, et en vue des intérêts moraux et sociaux de la profession. Ces articles formulent des conditions d'admission et des incompatibilités correspondantes, basées sur la moralité et la dignité professionnelles; ils établissent un droit de contrôle, de surveillance de la société sur ses propres membres; ils donnent enfin à l'association un rôle extérieur et public en lui prescrivant de veiller à la répression des abus plus ou moins nuisibles soit à la profession soit à la société auxquels donne lieu l'exercice de l'art. Ces dispositions, quoique insérées comme en passant dans les statuts organiques de l'association, en sont pour-

lois qui entretiennent et perpétuent à la surface du globe l'existence relative des animaux et des plantes. Nous aborderons par cette dernière partie l'analyse critique de l'ouvrage.

Les plantes, les animaux, l'homme renferment de la matière. Quelle est son origine, se demande M. Dumas? Où va-t-elle quand la mort brise les liens qui en enchaînent les diverses parties?

Considérée dans la généralité des êtres vivans, la matière qui s'organise et se détruit sans cesse vient de l'air et y retourne. L'atmosphère constitue le lien commun entre les deux classes d'êtres organisés; c'est le grand laboratoire où les plantes et les animaux viennent fouiller les élémens de leur réparation mutuelle; c'est le réservoir immense qui reçoit les produits de la destruction des êtres destinés eux-mêmes à fournir plus tard les matériaux indispensables à de nouvelles existences.

En effet, dans leur vie normale, les plantes décomposent l'acide carbonique de l'air pour s'assimiler le carbone; elles décomposent l'eau hygrométrique ou celle qui vient baigner leurs racines, en s'attribuant l'hydrogène et restituant à l'air de l'oxigène libre. Enfin, elles empruntent à l'atmosphère la plus grande partie de l'azote qui entre dans leur constitution.

D'un autre côté, en réagissant, au moyen de l'oxigène atmosphérique, sur les parties hydrogénées de leur substance, les animaux déversent continuellement de l'eau en vapeur dans l'atmosphère. Le charbon brûlé à son tour lui restitue de l'acide carbonique. Enfin, de l'azote libre est continuellement exhalé du corps des animaux, soit immédiatement et à l'état de gaz durant l'expiration, soit d'une manière indirecte et sous forme d'ammoniaque par la voie de l'excrétion urinaire.

Ainsi ce que les végétaux enlèvent à l'air, les animaux le lui rendent, et sous le point de vue chimique, si les végétaux constituent des appareils de réduction où l'eau réduite laisse son hydrogène, l'acide carbonique son charbon, où l'ammoniaque décomposée abandonne son azote, les animaux constituent de leur côté de véritables appareils de combustion, dans lesquels le carbone et l'hydrogène se brûlent sans cesse, d'où l'azote est continuellement exhalé.

L'atmosphère est donc le chaînon qui sert à rattacher l'une à l'autre les deux grandes classes d'êtres organisés. La matière descend de l'air dans les plantes, pénètre ensuite dans les animaux et retourne à la masse atmosphérique lorsque ces derniers l'ont fait servir aux besoins divers de leur existence.

En poursuivant dans leurs détails les considérations de cet ordre qui se rattachent, comme on le voit, aux opérations les plus élevées de la physique du globe, M. Dumas arrive à des résultats non moins importans. Cette eau, ce charbon qui se fixent ainsi dans la charpente végétale, ne tardent pas à créer sous l'influence mystérieuse et si remarquable de la lumière solaire tous les composés organiques qui constituent la trame des tissus végétaux. Il suffit, en effet, de consulter la composition de ces matières fournies par l'analyse pour se convaincre que ces composés divers, gomme, sucre, amidon et ses dérivés, fibrine gluiense, etc., peuvent se former par la combinaison immédiate de ces élémens mis en présence, savoir: l'eau et le charbon, l'eau, le charbon et l'azote ou l'ammoniaque. Ainsi, d'après M. Dumas, c'est dans les végétaux que se préparent les produits complexes de l'organisation; c'est en eux que réside le grand laboratoire de la vie. Des végétaux, ces matières passent dans les animaux herbivores, et de là par l'effet de l'assimilation digestive dans tout le reste des animaux qui s'approprient ces substances sans leur faire subir d'autre transformation remarquable. La fibrine, l'albumine et le caséum, que l'on regarde si généralement comme les produits essentiels de l'élaboration des animaux, existent, en effet, tout formés dans les plantes; par leur constitution et par leurs propriétés, ces composés se rapprochent d'ailleurs d'une manière frappante des ligneux de l'amidon et de la dextrine si répandus dans les substances végétales.

Pour être plus bref, nous serons forcés maintenant de reproduire, sous la forme simple de propositions détachées, quelques-unes des considérations qui, à la lecture du travail qui nous occupe, frappent le plus vivement par leur intérêt ou leur nouveauté.

L'ammoniaque, dit M. Dumas, est le résultat principal de la sécrétion urinaire. L'azote que les végétaux doivent utiliser pour leur développement normal se trouve rendu, sous cette forme, à l'atmosphère ou au sol. Mais les organes qui constituent le réservoir et le canal excréteur de l'urine seraient certainement altérés dans leur vitalité et dans leurs fonctions, par le contact de l'ammoniaque ou même du carbonate d'ammoniaque. Aussi, ne rendons-nous pas dans nos urines du carbonate d'ammoniaque réel, mais un composé qui en diffère par ses propriétés et sa nature. Ce corps, c'est l'urée. Or, qu'est-ce que l'urée considérée chimiquement? Ce n'est pas autre chose que du carbonate d'ammoniaque privé de deux molécules d'eau. Ainsi modifié, ce carbonate est tout à fait inactif sur les membranes animales: il peut traverser les reins, les uretères, la vessie, sans les enflammer. Mais, parvenu à l'air, il subit une fermentation véritable qui lui rend ses deux molécules d'eau, et le carbonate d'ammoniaque, but final de la sécrétion urinaire, se trouve définitivement constitué.

Ce carbonate d'ammoniaque se trouve d'ailleurs dans des conditions physiques qui semblent trahir, non pas si l'on veut une cause finale, car il ne faut pas abuser de ces sortes de considérations, mais au moins une prévision bien remarquable dans les desseins de la nature. En effet, ce corps, qui est très soluble dans l'eau, présente la propriété singulière et tout à fait exceptionnelle d'abandonner complètement ses dissolutions aqueuses, lorsqu'on expose celles-ci à l'air libre. Dès-lors, soluble et volatil à la fois, le carbonate d'ammoniaque est tour à tour exhalé dans l'air et redissous par les pluies. Il peut ainsi voyager de place en place, de l'air à la terre et de la terre à l'air, jusqu'à ce que, poussé par les racines d'une plante, et élaboré par elle, il se convertisse de nouveau en matière organique. Au lieu d'être volatil, que ce composé soit fixe, il restera invariablement attaché aux parties du sol où il aura pris naissance, et la masse générale des végétaux ne pourra plus entrer avec lui dans ces faciles rapports.

On professe généralement que les végétaux produisent de l'acide carbonique durant la nuit. M. Dumas pense, au contraire, qu'ils se bornent à puiser par leurs racines l'acide carbonique contenu dans le sol, et que ce gaz filtre sans cesse à travers leurs tissus, pour s'exhaler dans l'atmosphère. Pendant le jour, la lumière solaire provoque la fixation du carbone; mais si les plantes végètent à l'ombre ou dans la nuit, nulle force étrangère n'intervenant, le gaz carbonique s'échappe sans altération.

A certaines époques, dans certains organes, la plante se fait animal. Elle devient, comme lui, appareil de combustion; car elle brûle du carbone et de l'hydrogène en développant de la chaleur. En effet, qu'un embryon se développe, qu'une fleur soit fécondée, qu'une graine, un tuber-

---

tant la partie la plus essentielle. Leur portée pratique peut aller fort loin si on sait la voir et si on veut la mettre à profit. Avec ces seuls moyens bien employés, la Société de Prévoyance peut à la longue, sans bruit, sans éclat, sans opposition, à la faveur de son modeste titre, s'emparer de cette haute juridiction morale et de cette autorité disciplinaire dont notre profession a, plus qu'aucune autre, besoin, si elle veut se protéger contre les envahissemens du dehors et se sauver de ses propres excès. Elle doit probablement, en s'agrandissant sans cesse numériquement, arriver à représenter matériellement dans la capitale le corps médical tout entier; et si nous supposons qu'en même temps qu'elle recrutera des membres elle maintiendra sa constitution intérieure, il arrivera que le corps médical réuni en elle ne sera plus cette masse d'individus isolés, désunis, indépendans, irresponsables, mais un véritable corps organisé, animé d'une vie commune, et dont toutes les parties seront à quelque degré solidaires les unes des autres. La profession médicale aura alors des limites, des lois, des mœurs uniformes, en un mot un esprit public. Il s'établira entre les membres de ce grand corps un rapport de véritable confraternité. L'importance sociale de l'art s'élèvera en proportion du maintien et de la tenue des hommes qui l'exerceront. Les scandales de tout genre dont la profession est le triste théâtre recevront un nom infamant, et étant obligés désormais de se présenter dans leur nudité et avec la marque d'une censure officielle, ils deviendront plus rares; relégués dans la classe des exceptions, leurs auteurs seuls en seront responsables, et l'honneur du corps n'en sentira plus l'atteinte.

Vous allez sourire à cette peinture d'un âge d'or; mais retranchez, si vous voulez, la part d'illusion que toute espérance des biens futurs recèle; toujours est-il que s'il y a un moyen de rétablir la dignité de la médecine, de la préserver du fatal contact des professions industrielles, et de la maintenir à la hauteur d'une profession libérale, on ne peut la chercher ailleurs que dans une législation quelconque du corps médical. Or, l'association dite de Prévoyance se trouve naturellement dans la meilleure position possible pour être le principal instrument de cette réforme. Il faut que les médecins si honorables et si nombreux qui la composent fassent ce que font les bons citoyens dans une ville livrée à l'anarchie, au désordre, au pillage; ils doivent se réunir, appeler à eux tous les hommes de bonne volonté, et prendre d'autorité les mesures de salut public réclamées par les circonstances. Ce beau rôle est d'autant plus facile à l'Association que, par le but avoué et réel de son institution, elle peut arriver à ce résultat d'une manière insensible, indirecte, sans violences, ni coups d'état, et presque sans le vouloir. Elle n'a qu'à se fortifier elle-même, se recruter sans cesse, observer rigoureusement ses réglemens intérieurs en les modifiant comme elle a fait déjà, en 1836, d'après l'expérience. Le temps fera le reste.

Vous concevez qu'en ceci tout dépend de l'application persévérante des principes consacrés dans les statuts de l'association. Quoique peu en rapport, ce semble, avec les grands résultats que nous en attendons, ces principes suffisent pourvu qu'on les mette en pratique. Qu'on se montre ferme sur cette application, et leur insuffisance apparente, comme système général d'organisation, disparaîtra. Jusqu'ici on avait pu craindre que les articles les plus significatifs de son réglement demeureraient à l'état de lettre morte. Mais l'association vient tout récemment d'en faire pour la première fois l'application avec une résolution qui est de bonne augure pour l'avenir. Voici le fait.



cule amylacé, viennent à germer, et tout aussitôt il se dégage de la chaleur, il se produit de l'acide carbonique et de l'eau, c'est-à-dire que ces substances végétales s'approprient alors tous les caractères de l'animalité.

Quel est le rôle que jouent dans les végétaux les substances hydrogénées qui s'y rencontrent dans diverses circonstances? Les huiles volatiles servent de défense contre les ravages des insectes; les huiles grasses ou les graisses environnent la graine, et, en se brûlant au moment de la germination, elles servent à produire la chaleur nécessaire au développement de la plantule. Enfin, les cires recouvrent les feuilles ou les fruits pour les rendre imperméables à l'eau de l'atmosphère, qui désagrégerait leur tissu. Mais tous ces usages ne constituent que des accidens de la vie des plantes; aussi les produits hydrogénés sont-ils bien moins nécessaires, bien moins communs dans le règne végétal que les produits neutres formés de charbon et d'eau.

L'analyse qui précède suffira sans doute à démontrer que l'heureuse imagination et l'esprit généralisateur qui distinguent si bien M. Dumas se révèlent tout entiers dans cette première partie de son travail. Une suite de combinaisons, d'idées ingénieuses, souvent inattendues et empreintes surtout de ce caractère de simplicité séduisante qui se montre presque toujours l'indice infaillible de la vérité : tel est le tableau de l'ensemble des considérations réunies sous le nom de STATISTIQUE DES ÊTRES ORGANISÉS. Le titre de ce travail rappelle le livre célèbre par lequel Bertholet sut ouvrir une route nouvelle aux recherches des chimistes de son temps. L'ouvrage de M. Dumas ne sera pas sans influence non plus sur les progrès futurs de la chimie moderne dans ses applications à la physiologie générale, si les savans de notre époque veulent entrer dans les voies qui leur sont aujourd'hui si habilement tracées.

En quittant ce sujet, une dernière réflexion. M. Dumas cite M. Boussingault comme ayant coopéré aux résultats développés dans ses leçons. Mais il s'est évidemment servi d'un grand nombre de données antérieurement acquises à la science. Sennebier et Th. de Saussure ont singulièrement contribué, par leurs longs travaux, à éclairer les diverses parties de la physiologie chimique des substances végétales. Il y aurait une injustice véritable à priver ces laborieux naturalistes du fruit de leurs consciencieuses recherches.

Avant d'entrer dans la discussion de la seconde partie du travail de M. Dumas, nous signalerons en quelques mots l'extension remarquable que ce chimiste semble faire en ce moment du phénomène assez particulier autrefois de la fermentation. Une foule de décompositions, en apparence fort dissemblables, tendraient à rentrer aujourd'hui dans le phénomène général de la fermentation, dont la décomposition du sucre en acide carbonique nous offre le type le mieux étudié. Tels seraient, par exemple, la transformation de l'urée au sein des urines en carbonate d'ammoniaque, sous l'influence du mucus emprunté à la vessie, le changement de la fécule en dextrine et en sucre, l'acétification des liqueurs alcoolisées, la décomposition putride des matières organiques, la fermentation visqueuse du sucre et le changement de ce même corps en acide lactique, le développement simultané de l'huile d'amandes amères et de l'acide cyanhydrique, celui de l'essence de moutarde noire et jusqu'au phénomène de la nitrification. Toutes ces transformations, à peu près inexplicables jusqu'ici, s'effectueraient dans cette idée sous l'influence mal déterminée encore d'une matière susceptible de jouer le rôle que remplit la levûre de bière dans la fermentation alcoolique. M. Dumas n'hésite pas, d'ailleurs, à regarder les fermens comme des êtres organisés.

Les questions de physiologie animale, étudiées au point de vue chimique par M. Dumas, comprennent la respiration, la chaleur animale et la digestion. Nous les examinerons avec lui dans l'ordre suivant lequel elles se trouvent énoncées ici.

L'explication si ancienne qu'avait imaginée Lavoisier de l'acte chimique, qui semble constituer chez les animaux le phénomène respiratoire, se trouvait depuis longtemps en dehors d'un grand nombre de faits ouvertement consacrés par l'expérience, et ne pouvait plus suffire à rendre un compte exact de la réaction chimique qui préside à l'accomplissement de cette fonction. M. Dumas lui substitue une manière neuve de considérer le fait, dont il attribue l'idée première à un chimiste allemand, M. Mistcherlich. Dans cette opinion, le lactate de soude, naturellement tenu en dissolution par le sang, est transformé sous l'influence de l'oxigène atmosphérique en carbonate de soude. Ce dernier sel se trouvant ensuite décomposé lui-même par l'action de l'acide lactique libre venant de l'estomac, le gaz carbonique, ainsi mis en liberté, se dégage dans l'atmosphère lorsque le sang arrive à la surface libre du poumon. Puis l'oxigène de l'air, absorbé de nouveau par les vaisseaux durant l'inspiration, continuant à réagir sur le lactate de soude ainsi reproduit, vient entretenir d'une manière constante le cercle de ces réactions intimes.

Si cette théorie est exacte, le phénomène de la sanguification serait loin d'offrir la simplicité que lui avaient reconnue Lavoisier et les chimistes de son école, dont les opinions ont d'ailleurs été admises par tous les physiologistes avec un défaut de réserve que l'on a quelque peine à s'expliquer. Mais cette complication d'un phénomène vital est loin de constituer un argument contre l'opinion de M. Dumas. Pour porter, d'ailleurs, un jugement exact en sujet de cette nouvelle théorie de la respiration, il ne faut pas la considérer d'une manière isolée, car elle se rattache étroitement et constitue une sorte de conséquence de la théorie chimique de la digestion, qui sera bientôt exposée.

M. Dumas se pose dans ses cours en adversaire très déclaré de la chaleur animale. D'après lui, toute la chaleur particulière aux animaux provient de la respiration et se mesure rigoureusement par les quantités de charbon et d'hydrogène brûlés. Il signale en ces termes la cause d'erreur qui, introduite, suivant lui dans les expériences de MM. Dulong et Desportes, a fait attribuer aux animaux la faculté de produire de la chaleur sans dépense de matière.

« Ces habiles physiciens, dit-il, ont supposé qu'un animal placé dans un calorimètre à eau froide en sort exactement avec la température qu'il possédait à l'entrée ; chose absolument impossible, on le sait aujourd'hui. C'est ce refroidissement de l'animal dont ils n'ont pas tenu compte qui exprime dans leurs tableaux les excès de chaleur attribués par eux, et par tous les physiologistes, à un pouvoir particulier de l'animal et indépendant de la respiration. »

Dans le cours de ses leçons, M. Dumas appuyait cette critique sur le fait que ces excès de chaleur chez un animal qui ne présente qu'une température propre assez faible, comme un herbivore, ne sont environ que les 13/100 de la chaleur totale émise dans un temps donné, tandis que cette différence s'élève à 20 ou 25/100 pour un être qui jouit, comme un oiseau, d'une chaleur propre considérable.

Un médecin, membre de l'association dont le nom (que nous devons taire ici) a figuré dans quelques affaires portées devant les tribunaux, s'est trouvé malheureusement sous le poids de préventions fâcheuses. L'opinion publique l'accusait violemment; des faits rendus publics autorisaient au moins des soupçons. L'association de prévoyance ne pouvait ni rester insensible à ces manifestations de l'opinion générale, ni les accueillir sans examen ; elle se crut placée dès lors dans le cas prévu par l'art. 14 de ses statuts, c'est-à-dire le cas où elle est appelée à examiner la conduite d'un de ses membres et à prononcer, s'il y a lieu, son exclusion. Une enquête devenait dès-lors nécessaire. La commission générale permanente à laquelle cette enquête aurait appartenu par l'art. 14, étant beaucoup trop nombreuse pour s'occuper efficacement d'une recherche de cette nature, l'assemblée générale en a chargé une commission spéciale composée de sept membres. Cette commission était dans une position délicate; investie, sans précédent pour régler sa marche, d'une si grave responsabilité, elle a su avec une convenance et une prudence parfaites résoudre toutes les difficultés de sa tâche, et faire sa part légitime à la justice sans aggraver la position de l'inculpé. La commission a compris qu'elle n'avait pas à juger la moralité de cet accusé comme homme, ni comme médecin, mais seulement comme sociétaire; que ses torts, quels qu'ils fussent, ne devaient pas être appréciés par elle à la mesure du Code pénal, ni même à celle des lois générales de l'honneur, mais seulement en tant qu'ils entreraient dans la catégorie des actes entraînant l'exclusion du sein de l'association. Aussi, quoiqu'elle ait pu apprendre par son enquête, elle a déclaré dans son rapport vouloir et devoir s'en taire. Elle n'a articulé pour motiver sa proposition d'exclusion qu'un seul et unique fait, lequel se trouve parfaitement remplir une des conditions d'indignité énoncées dans l'article 4 des statuts, savoir la *vente d'un remède secret*. Ce remède est l'*oxalmo-tonique*, médicament destiné à combattre les écoulemens utérins. Le fait en lui-même est du reste d'une irrécusable authenticité. Il a été certifié juridiquement dans un procès intenté par le médecin inculpé lui-même au sieur Malhat, pharmacien, qui s'était paré, à son détriment, du titre d'inventeur de ce remède, tandis qu'il n'en était que le co-propriétaire, aux termes d'une convention passée entre eux. Un arrêt du tribunal de première instance de la Seine du 4 janvier 1832, a, sur la demande même du docteur N., reconnu qu'il était réellement l'inventeur, et, à ce titre, le légitime co-débitant dudit remède. Ce fait ayant, d'une part, toute l'authenticité possible, et suffisant, d'autre part, pour motiver les conclusions de la commission, c'est le seul dont elle ait cru devoir faire usage. La publicité qu'il avait déjà reçue dispensait d'ailleurs les commissaires chargés de l'enquête du secret qu'elle était résolue de garder sur tous les actes dont la divulgation aurait pu avoir le caractère d'une dénonciation indirecte, et compromettre le médecin. Ce rapport excellent de tout point, par le grand sens, la circonspection et l'esprit d'équité qui y règnent, servira sans doute de règle à l'association à l'avenir, si, ce qu'à Dieu ne plaise, mais ce qu'il est permis de prévoir, elle se trouve de nouveau dans le cas d'avoir à remplir le plus sévère, mais aussi le plus important de ses devoirs.

La conclusion du rapport proposait l'exclusion. La question, portée une première fois devant une réunion de la Société, fut, après de longs débats, écartée par une sorte d'ordre du jour. Mais cette délibération ayant été jugée irrégulière, surtout à cause du petit nombre de membres qui y prirent part, a été ré-

Passons maintenant à l'examen de la théorie entièrement nouvelle développée par M. Dumas à propos de la digestion. Pour en bien saisir le principe, il est peut-être essentiel de connaître le vif désir qui préoccupe ce savant de faire rentrer sous l'empire des forces habituelles de la nature morte la plupart des phénomènes dont les corps organisés sont le théâtre, et ses convictions bien décidées que les seules notions de la chimie seront un jour en mesure de rendre un compte parfait de toutes les réactions qui se passent au sein des appareils vivans. Sous l'influence de ces idées, M. Dumas ne devait rencontrer dans ce phénomène, en apparence si complexe, de l'acte digestif des animaux, aucun fait qui ne pût aisément s'expliquer par les lois ordinaires de la chimie; il ne devait pas surtout y voir cette mystérieuse création de substances nouvelles que l'on trouve si généralement admise dans ce cas. Pour lui, en effet, la transformation du produit alimentaire en une substance réparatrice des organes n'est autre chose qu'une simple fonction d'absorption. Les matières végétales et animales qui constituent nos alimens renferment en elles-mêmes, et déjà tout formés, les principes immédiats qui, déposés dans les cavités digestives, passent dans les vaisseaux sans éprouver de modification trop grave. Il partage, sous ce rapport, les alimens en trois groupes : 1° les matières assimilables : fibrine, albumine et caséum. Celles-ci se trouvent absorbées en nature à l'aide d'un mécanisme chimique qu'il serait trop long de rapporter ici, et qui a pour but d'amener la matière assimilable à un état globulaire assez ténu pour lui permettre de passer dans le calibre capillaire des vaisseaux absorbans. 2° Les matières solubles : gomme, sucre, fécules. Elles sont transformées en acide lactique destiné à fournir, comme on l'a indiqué plus haut, les élémens essentiels de la respiration. 3° Enfin, les matières grasses, qui sont ordinairement assimilées en cet état, mais qui, au besoin, peuvent être reprises par les organes et brûlées par la respiration.

La manière dont M. Dumas entend aujourd'hui les phénomènes de la respiration et de la digestion des animaux pourra sembler, à quelques personnes, singulièrement avancée, et l'on accusera peut-être ce chimiste de n'avoir pas toujours appuyé ses opinions sur un ensemble satisfaisant de données expérimentales. Mais, évidemment, un tel reproche serait injuste. Les vues nouvelles résumées dans la synthèse habile de son travail sont la conséquence directe d'expériences et d'analyses nombreuses exposées dans un mémoire sur la *nutrition*, qui sera publié très incessamment.

Ce travail signalera enfin le premier pas de nos chimistes dans la carrière abandonnée depuis si longtemps de la chimie animale.

Les difficultés sans nombre dont s'environnent les expériences de chimie animale peuvent peut-être justifier les savans d'avoir laissé jusqu'ici cette partie de la science tout à fait en dehors de leurs préoccupations pratiques. Mais aujourd'hui, nos méthodes d'investigation s'enrichissent sans cesse, nos moyens d'analyse se simplifient de plus en plus; en conséquence, l'abandon de cette branche de la chimie organique devient moins légitime de jour en jour.

Pour moi, j'ai la conviction bien arrêtée que si quelques hommes éminens dans la science, éclairés d'ailleurs par une longue suite de travaux remarquables, comme M. Dumas, M. Liebig et quelques autres, veulent bien, en abordant les problèmes de cette nature, diriger en ce sens le mouvement des études de nos chimistes, la physiologie ne tardera pas à retirer, de ce concours de recherches, un résultat tout à fait inespéré. Qu'on le remarque bien, en effet, si le succès couronne ces efforts, tous les phénomènes intimes des corps vivans s'expliqueront de la manière la plus heureuse, et l'intervention, dans les réactions vitales, des forces ordinaires de la nature inorganique, se trouvera enfin ouvertement démontrée. Si, au contraire, l'ensemble bien combiné de ces travaux n'amène à aucun résultat certain, il faudra reconnaître que les phénomènes vitaux se trouvent sous la dépendance réelle d'une force en opposition avec les lois habituelles de la matière brute. Le résultat, quel qu'il soit, de ce système de recherches, est donc appelé à introduire dans la science un élément de la dernière gravité, puisqu'il sera appelé à trancher la grande question qui divise les physiologistes depuis l'origine de leurs études. Je le répète, les conditions dans lesquelles nous sommes placés aujourd'hui permettent d'aborder avec confiance l'examen de ces questions. On peut tout espérer de l'exactitude de nos procédés actuels d'investigation, et surtout du talent éprouvé des savans dont j'ai invoqué le concours.

D^r F.

PATHOLOGIE INTERNE.

HISTOIRE DE LA FIÈVRE SCARLATINE QUI A RÉGNÉ DERNIÈREMENT A LIVERPOOL ET SURTOUT DES ENGORGEMENS QUI, PENDANT SON COURS, SE SONT DÉVELOPPÉS FRÉQUEMMENT AUTOUR DU COU; par M. le docteur VOSE.

Les médecins qui ont eu de fréquentes occasions d'observer la scarlatine ont remarqué que, non seulement les amygdales, la voute du palais et l'arrière-gorge, présentent dans la plupart des cas une inflammation plus ou moins intense, plus ou moins étendue, mais encore que le cou présente à l'extérieur un gonflement qui offre de nombreuses variétés dans son volume, sa forme et sa consistance. Il serait naturel de supposer qu'une circonstance aussi frappante n'aurait point échappé à l'attention des nombreux observateurs qui se sont livrés à l'étude de cette maladie, et cependant ils paraissent n'avoir accordé à cette lésion locale qu'une attention très superficielle, si l'on s'en rapporte aux différentes opinions qui ont été émises sur le siége et la nature de ces engorgemens. Aussi Willn et le docteur Sims les placent dans la parotide et les glandes sous-maxillaires; Armstrong les désigne comme des indurations douloureuses du col, sans spécifier si elles appartiennent aux glandes salivaires ou aux ganglions lymphatiques, et le docteur Twedie les attribue à la tuméfaction du tissu cellulaire et des absorbans. Cette diversité d'opinions prouve qu'on manque encore de connaissances exactes sur ce point; et, en effet, on chercherait en vain une description anatomique exacte de la lésion qui les constitue.

Le grand nombre de cas de fièvre scarlatine qui ont été observés à Liverpool depuis le printemps jusqu'à la fin de 1840 et la fréquence extraordinaire des engorgemens du col, comme complication de la fièvre exanthématique, m'ont fourni l'occasion d'obtenir sur la nature et la marche de ces tumeurs des connaissances de quelque valeur. Nous allons,

---

prise de nouveau, et une nouvelle assemblée, réunie en nombre imposant, a cette fois, sans aucune réclamation, prononcé définitivement l'exclusion, conformément à l'avis si bien motivé de la commission nommée par elle.

Cet acte, à la fois vigoureux et prudent de l'association médicale de Paris, a une haute signification. Il prouve qu'elle prend sa tâche au sérieux, et que ce n'est pas en vain qu'elle a résolu de maintenir le bon ordre et les bonnes mœurs médicales dans son sein. C'est un pas considérable dans la voie de réforme dont nous avons parlé. En accomplissant avec maturité, avec calme, cette sévère exécution sur elle-même, l'association a voulu faire un exemple en famille, et prouver que si, dans certaines occasions, l'honneur de la profession et la confraternité exigent que le corps défende un de ses membres devant le public, il faut néanmoins que justice se fasse à huis-clos. C'est ainsi que les pères excusent ou cachent les fautes de leurs enfans en public, mais leur administrent au logis les corrections nécessaires.

Nous vous avions promis un déluge de nouvelles, et cette seule affaire nous a conduit presque au bout de notre papier. Nous vous donnerons le reste en abrégé.

Et d'abord, sachez qu'il va y avoir un concours à la Faculté pour la chaire de clinique chirurgicale laissée vacante par Sanson. On en dit d'avance beaucoup de bien et beaucoup de mal, comme il arrive de toutes choses. Certaines *mouches* très connues y ont déjà bourdonné je ne sais quels méchans propos. Tout ce que nous pouvons vous assurer, c'est que ce concours ressemblera si parfaitement aux concours précédens,

Que deux gouttes de lait ne sont pas plus semblables.

Il ne peut guère y arriver rien d'imprévu. Heureusement ce qu'on prévoit paraît faire plaisir à tout le monde, et, personnellement, nous n'avons d'autre objection à y faire, sinon que c'est prévu.

A l'Académie de médecine, il y a aussi un concours, mais d'un autre genre. Quatre places, plus deux tiers d'une cinquième, y vaquent en ce moment. Il ne se présente pas moins de 18 à 20 candidats par place. C'est une grande fatigue pour les académiciens, qui vont avoir à subir chacun à peu près quatre-vingts visites, en ne comptant qu'une visite par prétendant. Il est vrai que cela tirera en longueur. Il ne s'agit, pour le moment, que d'une seule place (nous voudrions pouvoir dire un fauteuil) dans la section de pathologie. Le résultat n'est pas, ici, aussi bien prévu qu'à la Faculté, et il faudrait être archi-sorcier pour deviner ce qui se passe dans les ténébreuses profondeurs d'une boîte à scrutin. Nos vœux ne sont pas douteux, et vous les connaîtrez immédiatement en parcourant la liste des candidats. Nous vous prions d'y joindre les vôtres.

Vous aurez appris avec satisfaction, par le dernier bulletin de l'Académie, la rentrée de notre honorable confrère le docteur Chervin, après le grave accident qu'il vient d'éprouver. La sympathie que son état avait inspirée a été augmentée par l'exemple de fermeté d'âme dont il a fait preuve. Aussi calme, aussi maître de son esprit et de sa volonté que s'il se fût agi d'un autre, notre confrère s'est traité lui-même, et mesuré avec une précision admirable le degré d'énergie de la médication à l'intensité de l'affection. Cette force morale, si rare chez les malades, et surtout chez les malades médecins, a dû contribuer à la rapidité de son

pour communiquer ces résultats, rapporter d'abord quelques observations où la mort a permis de constater les lésions et leurs différentes modifications; nous rapporterons ensuite quelques cas qui jettent du jour sur les divers modes de guérison par lesquels se terminent les tumeurs cervicales, et enfin nous conclurons par quelques réflexions qui ressortent de ces observations. Nous suivrons, dans la description de ces lésions, la marche qu'elles ont elles-mêmes suivie dans leur développement, du simple au composé. Ainsi, nous parlerons d'abord des cas où les parties molles du cou qui étaient comprises dans la tumeur étaient infiltrées d'un sérum sanguinolent; ensuite nous arriverons à ceux où le tissu cellulaire et les fibres musculaires étaient baignés par une infiltration purulente. Nous rangerons dans la troisième classe ceux où il y avait, outre les altérations précédentes, une infiltration purulente des glandes absorbantes, et enfin la dernière division comprendra ceux où la gangrène à frappé la tumeur et a mis à nu les muscles et les vaisseaux situés en arrière.

L'observation suivante nous va fournir un exemple des lésions à l'état le moins compliqué, et où les parties comprises dans la tumeur étaient chargées de sérosité sanguinolente sans autre altération.

Obs. I. — Une fille, âgée de 4 ans, le troisième jour de sa scarlatine, présente au-dessous de l'angle de la mâchoire, du côté gauche, une tumeur qui, s'étendant en bas et en haut, occupait tout le côté gauche du cou, et avait une consistance ferme et étendue; à droite, le cou offrait une très légère tension; il y avait en même temps de violentes douleurs dans la région de la tumeur et un sentiment de suffocation imminente. La petite malade mourut, accablée par les souffrances, le neuvième jour de sa maladie.

Autopsie. — En relevant les tégumens qui recouvraient les parties latérales et antérieures du cou, on observe une différence remarquable dans l'état des parties des deux côtés du col; à droite, il n'y avait rien d'anormal; à gauche, les tissus cellulaire et adipeux sont chargés de sérum sanguinolent. Leur consistance pourtant n'avait subi aucune altération, et ils n'offraient aucun indice d'épanchement purulent ou fibrineux. Les glandes salivaires et lymphatiques n'offraient ni induration, ni augmentation de volume, et, dans leur intérieur, on n'y distinguait aucune trace d'altération. L'amygdale gauche avait disparu, et le point qu'elle occupait était à l'état de ramollissement gangréneux. L'amygdale droite existait encore, mais offrait, ainsi que les parties voisines, l'état que nous venons de décrire. La gangrène et l'ulcération ne s'étaient étendues à aucune des parties voisines; le larynx et la trachée n'offraient aucune altération.

Nous trouvons dans cette observation un rapport satisfaisant entre l'état du cou pendent la vie et lee lésions trouvées après la mort. A droite, où le gonflement était à peine perceptible, il ne paraît pas qu'il y eût eu de travail inflammatoire; on n'y voyait aucune trace d'exsudation; à gauche, au contraire, il est de toute évidence que la tuméfaction, qui avait été si marquée pendant la vie, était le produit de l'accumulation d'une sérosité sanguinolente dans les tissus mous de la partie. Le fait suivant va nous offrir un exemple remarquable d'une époque plus avancée de la maladie, de celle où les tissus sont infiltrés par un fluide purulent.

Obs. II. — Un enfant, âgé de 4 ans, offrit quelques signes d'indisposition la 4 octobre. Le lendemain, la peau était couverte d'une éruption scarlatineuse, et la gorge était douloureuse.

Le 6, des sangsues furent appliquées sur le col et l'éruptinn était devenue générale. On s'aperçut alors que les deux tonsilles offraient un ulcère à surface, de couleur cendrée, et qu'il y avait au-dessous de l'angle de la mâchoire inférieure, du côté gauche, une tumeur dure. On applique le nitrate d'argent sur les amydales, et des sangsues suivies de deux cataplasmes sur la tumeur externe; on ordonne en outre des lotions tièdes, et à l'intérieur le calomel et la rhubarbe à dose laxative.

Le 8, on eut recours de nouveau au caustique et au calomel, à la dose de 1 grain toutes les deux heures.

Le 9, le gonflement a augmenté en étendue et en dureté, et il y a une dysphagie très gênante.

Le 10, le gonflement s'est étendu à une grande partie du côté gauche du col; l'éruption disparaît, mais la chaleur de la peau et la fréquence du pouls continuent. On persiste dans l'emploi du calomel et on fait pratiquer, dans la gorge, des injections avec une solution de chlorure.

Le 12, la tumeur du col est moins dure et a cessé de s'étendre sans que l'enfant soit mieux; au contraire, il a beaucoup maigri; la face est pâle et les traits sont tirés; le pouls petit et rapide; la bouche et les dents sont fuligineuses. Agitation continuelle, mais sans délire; on éloigne les doses de calomel et on donne des alimens légers.

Le 13, une tache noire, de l'étendue d'un franc, occupe le centre de la tumeur cervicale, qui est beaucoup plus petite et plus molle, et sur ce point on croirait, au toucher, que les tégumens seraient détachés des tissus sous-jacens. Les ulcères des amygdales ont pris une grande profondeur. Il y a de temps en temps un peu de diarrhée. On prescrit la mixture de chaux avec une petite quantité de vin rouge; la diarrhée est suspendue, mais les forces de l'enfant vont toujours en déclinant, et il meurt le 16.

Autopsie. — La peau qui recouvre la tumeur présente une escarre considérable. Du côté droit du cou, les tissus sont à l'état normal; mais à gauche, les tissus graisseux et cellulaire sont imbibés de sérosité et d'un fluide puriforme grisâtre. Le muscle sterno-mastoïdien offre la couleur d'une tranche de saumon pâle; ses fibres se déchirent facilement et sont infiltrées comme les tissus précédemment indiqués. Les veines jugulaires externes et internes n'offrent, de ce côté, aucune altération appréciable; les deux amygdales sont détruites; la muqueuse qui recouvre les piliers du voile du palais est à l'état gangréneux. La luette, le voile, le larynx et la trachée sont à l'état normal; les glandes salivaires et les glandes lymphatiques n'offrent pas la moindre trace d'altération.

La mort, dans ce cas, eet arrivée à une époque plus avancée que dans le précédent, et les altérations pathologiques ont aussi dénoté un état plus avancé de désorganisation dans les tissus qui avaient été frappés par l'inflammation. Cette désorganisation était surtout remarquable dans le muscle sterno-mastoïdien, par la décoloration et le ramollissement de son tissu. L'enfant est mort le treizième jour de la maladie, et le dixième de l'apparition de la tumeur à l'extérieur. Dans les deux cas que nous venons de rapporter, les glandes salivaires et les ganglions lymphatiques avaient entièrement échappé à l'action des causes morbides qui avaient laissé des traces si évidentes de leurs effets sur lee autres tisens. Chez l'enfant dont nous allons rapporter l'observation, nous trouverons les ganglions lymphatiques compris dana les altérations des antres tissus.

Obs. III. — Une jeune fille, âgée de 4 ans, est prise des symptômes ordinaires de la fièvre scarlatine, qui est accompagnée, dès le début, d'un gonflement considérable du cou, ce dernier ayant commencé des deux côtés dans les ganglione lymphatiques qui sont un peu au-dessus de l'os hyoïde; elle meurt le douzièma jour de la maladie.

Autopsie.—Les parties sous-jacentes aux tégumens du cou sont baignées par

---

rétablissement. Jamais on n'a mieux mis en pratique le Dictum : *Medice, cura te ipsum*. C'est un très bon exemple donné à l'Académie, quoique un peu difficile à imiter.

Nous avons la grippe. Cela arrive quelquefois depuis des années. Cette affection devient comme endémique chez nous. Heureusement elle n'est pas grave. Quelques pessimistes considèrent la grippe comme l'avant-garde du choléra; ils prétendent qu'elle va toujours en avant de ce monstre, comme le chacal en avant du lion. *Di omen avertant*! Ces prophètes de malheur se sont trompés déjà trop souvent pour que leurs menaces nous effrayent beaucoup. Quoiqu'il en soit si la grippe vous prend là bas, soyez modéré en saignées et en sangsues. La grippe n'est pas broussaissienne; elle est plutôt galéniste.

Nous croyons, en finissant, vous faire un vrai cadeau thérapeutique en vous recommandant la poudre de charançons écrasés, comme un remède souverain contre l'odontalgie. Le paraguai-roux n'en approche pas. C'est à M. Crescentini que nous en devons la formule Il suffit d'écraser une douzaine de ces insectes entre le pouce et l'index, et de toucher la dent douloureuse avec le doigt imprégné du liquide résultant de l'écrasement. Malheureusement M. Crescentini n'a pas les honneurs de la découverte. Il a été devancé, il y a près de cinquante ans, par un de ses compatriotes, M. Gerbi, de Pise, qui attribue la même propriété à un insecte auquel il donne le joli nom de *curculio antiodontalgicus*. Mais celui-ci assurait que le doigt imprégné du suc Curculien conservait pendant une année entière sa vertu curative. Hirsh, dentiste de la cour de Weymar, vantait aussi vers la même temps la *cocinella septempunctata*. Cependant, en vous recommandant ce nouvel agent, nous vous prévenons que les magnétiseurs doutent fortement de son efficacité, et prétendent que les cures opérées par ce moyen tiennent uniquement à la présentation du bout du doigt à la dent malade. Nous ne décidons pas entre des autorités de cette force. Vous ne risquez rien, le cas échéant, d'essayer du charançon; mais si la douleur et la carie ne cèdent pas, nous vous conseillons, comme un moyen qui a réussi, dit-on, assez souvent, la clè de Garangeot.

— M. Longet commencera un nouveau cours particulier d'anatomie et de physiologie du systéme nerveux, mardi prochain 15 mars, à l'école pratique. L'heure sera fixée par la majorité de MM. les éléves.

Le même jour, M. Longet commencera aussi un nouveau cours de vivisections.

— Essai sur la statistique chimique des êtres organisés; leçon professée par M. Dumas pour la clôture de son cours à l'École de médecine. — 2e édition, augmentée de documens numériques. — Prix : 2 fr. 50 c.

Chez Fortin, Masson et comp., libraires, place de l'École-de-Médecine, 1.

---

un fluide puriforme. Le ganglion situé au-dessus de la corne de l'os hyoïde du côté gauche est ramolli et réduit en putrilage rempli d'une infiltration purulente. Le ganglion correspondant, du côté opposé, paraît être à l'état normal; mais un autre ganglion, qui appartient à une chaîne plus profonde, est rempli de pus d'un vert foncé. Un ou deux autres ganglions du cou offrent la même altération. Les glandes salivaires sont à l'état normal. Les deux amygdales ont disparu; les cavités dans lesquelles elles sont ordinairement sont agrandies, et leur surface est ulcéreuse. La luette est rouge et œdémateuse; la partie postérieure de ce petit organe, celle du voile du palais et tout le pharynx sont colorés par une sécrétion visqueuse et d'une couleur foncée. Le larynx et la trachée n'offrent aucune altération, de même que les veines jugulaires internes.

Il s'est écoulé, dans ce cas, plus de temps entre la première apparition de la tumeur du col et la mort de l'enfant que dans les deux cas précédens, la mort n'est arrivée que le douzième jour, et la fièvre, ainsi que la lésion locale qui l'accompagnait, avait commencé presque simultanément à l'autopsie. La lésion était plus compliquée que dans les cas précédens; car elle avait envahi les ganglions lymphatiques, tandis que, dans les cas précédens, elle était bornée à l'infiltration du tissu cellulaire.

L'observation suivante, dans laquelle la gangrène envahit la tumeur du cou et en détruisit une si grande quantité, offre l'un des modes les plus remarquables de la terminaison funeste de cette grave complication.

Obs. IV. — Un jeune garçon, âgé de 3 à 4 ans, est pris de fièvre scarlatine le 1er janvier. Bientôt on voit paraître, des deux côtés du cou, et de niveau avec la branche horizontale du maxillaire inférieur, une tumeur dure, bien définie, très douloureuse à la pression, et sur laquelle la peau glissait facilement. La tumeur droite est plus grosse que l'autre. Il y a beaucoup de fièvre, d'agitation, et une forte excitation cérébrale. Le traitement détermine d'abord une amélioration dans les symptômes généraux, et imprime un mouvement de diminution à la tumeur du côté gauche; mais celle du côté droit augmente, offre un caractère diffus, et s'étend de l'angle de la mâchoire à la ligne moyenne d'un côté où elle se termine abruptement, et de l'autre, à 2 pouces de la clavicule. Les parties malades prennent une certaine dureté, deviennent sensibles au toucher, et se couvrent d'une assez vive rougeur.

Le 6 janvier, la tumeur présente à son centre une tache d'un gris jaunâtre, qui acquiert en peu de temps une large étendue, et se détache en une large escarre, formée par la peau et le tissu cellulaire, frappés de mort et mettant à découvert les muscles et les vaisseaux sanguins de la partie supérieure du col, avec autant de netteté qu'eût pu le faire un habile anatomiste. Pendant les jours suivans, la maladie se soutient encore, la plaie commence à se couvrir de granulations; l'appétit de l'enfant et ses forces augmentent notablement; mais peu à peu, lorsqu'il faisait quelque effort, soit pour crier, soit à l'occasion du pansement, il s'opère à la surface de la plaie une hémorragie capillaire, qui devient de plus en plus abondante, et qui épuisa le malade. Il meurt en effet exsangue le cinquième jour après le début des accidens hémorragiques.

Il est inutile de rapporter l'autopsie qui n'ajouterait rien à ce que nous ont appris les précédentes sur les lésions anatomiques; mais dans aucun de ces cas ni des autres que j'ai observés les glandes salivaires n'ont jamais contribué à la production des tumeurs cervicales, soit par leur augmentation de volume, soit par aucune autre altération appréciable. Les auteurs qui ont attribué ces tumeurs à l'inflammation de ces glandes ont donc commis une erreur, qui, au reste, s'explique facilement par la position de ces tumeurs qui sont habituellement à la base de la mâchoire inférieure. Les parties affectées sont, comme nous l'avons vu, le tissu cellulaire, les fibres musculaires et les ganglions lymphatiques. Ces tissus ne sont pas envahis simultanément par l'action inflammatoire, ainsi qu'il ressort des faits que nous venons de rapporter, mais bien en raison inverse de leur activité vitale et de la complexité de leur structure; aussi sur le premier sujet, chez lequel la mort arriva sept jours après l'apparition de l'oreillon, le tissu cellulaire était seul affecté; chez le second sujet sur lequel la mort n'arriva que dix jours après que la tumeur cervicale avait commencé à se montrer, l'altération des muscles compliquait celle du tissu cellulaire. Dans le troisième cas enfin où la mort n'eut lieu que douze jours après le premier développement de la tumeur, les ganglions lymphatiques étaient compris dans les altérations.

L'influence locale paraissait, d'après la manière dont elle se propageait et la nature des produits auxquels elle donnait lieu, offrir plutôt le caractère de l'inflammation diffuse que de l'inflammation phlegmoneuse. Cette circonstance est l'une des plus importantes, considérée surtout sous le point de vue pratique; car c'est à elle qu'on doit attribuer l'extrême gravité de la maladie. Dans la plupart des cas où les ganglions lymphatiques furent trouvés faisant partie de la tumeur cervicale, ceux qui se trouvent au-dessus de l'os hyoïde furent toujours les premiers et les plus gravement affectés; la chaîne des ganglions superficiels du cou fut plus fréquemment et plus gravement affectée que celle des ganglions profonds, mais ces derniers participaient fréquemment aux altérations qui étaient survenues.

Nous allons rapporter maintenant quelques exemples de guérison de fièvre scarlatine compliquée de tumeurs cervicales, et qui se sont présentés à mon observation pendant la même épidémie que les cas précédens.

Les trois cas suivans nous offriront des exemples de terminaisons par résolution et par suppuration, les seuls modes de terminaison que nous ayons observés pendant tout le cours de l'épidémie. Dans l'observation suivante, la lésion locale s'est terminée par résolution, bien qu'on n'ait employé aucun moyen énergique soit topique soit constitutionnel.

Obs. V. — X., âgé de 6 ans, est pris, le 24 novembre, d'une fièvre scarlatine; le 27 l'éruption a disparu, et le 28 il y a beaucoup de fièvre, la gorge reste rouge avec tuméfaction; la langue, qui était chargée sur les bords et rouge au centre, est sèche; le cou offre une tuméfaction considérable qui occupe l'espace compris entre le menton et l'os hyoïde en avant, et s'étendant en arrière jusqu'à l'apophyse mastoïde. On sent distinctement, au-dessous de l'angle de la mâchoire inférieure et des deux côtés, une glande très dure et qui est de la grosseur d'une noisette et très sensible à la pression. Entre la symphyse du maxillaire inférieur et l'os hyoïde, les ligamens offrent une tension résistante; les traits sont hagards. On prescrit des aspersions froides, un cataplasme sur le col, et une dose faible de calomel et de rhubarbe.

Le 29, la médecine a opéré; la nuit a été sans calme; l'état de la langue, de la gorge et du cou n'offre aucun changement depuis hier; le pouls est fréquent et la peau chaude. On continue l'emploi des mêmes moyens.

Le 30, le malade a beaucoup évacué; la tumeur du cou est un peu ramollie, et surtout la partie qui occupe la région sous-mentonnière. On continue le cataplasme.

Le 4 décembre, la guérison a fait de grands progrès; tous les troubles généraux ont disparu; la tuméfaction générale du cou diminue rapidement, ainsi que les engorgemens sous-maxillaires.

Le 13 décembre, toutes les traces de tuméfaction ont disparu.

Dans le fait suivant, la tuméfaction cervicale s'est terminée par résolution; mais, bien que des moyens plus actifs aient été employés que dans le cas précédent, la guérison a été beaucoup moins rapide.

Obs. — X., âgée de 3 ans, est affectée de scarlatine. Lorsque l'éruption commence à décliner, il se manifeste au côté du col, près de l'angle de la mâchoire, une tumeur qui augmente de volume et détermine des symptômes fébriles. Le 3 septembre, la tumeur paraît disposée à suppurer, mais on ne peut distinguer avec certitude la fluctuation. Il n'y a pas d'ulcération dans la gorge et la déglutition est facile. On applique des sangsues, puis des cataplasmes sur la tumeur et on administre le calomelas et la rhubarbe. Comme le lendemain il n'y a aucun changement dans l'état de l'enfant, on donne un grain de calomelas, d'abord toutes les trois heures et ensuite toutes les heures, ce qu'on continue pendant deux jours; mais alors, les symptômes étant devenus évidens, on pratique une incision qui donne issue à une once de pus de bonne nature. On continue les cataplasmes et le calomel. La tuméfaction disparaît rapidement; mais comme l'enfant pâlit et maigrit, on cesse l'usage du calomel et on donne une alimentation nourrissante, une petite quantité de vin et de porter, avec le tartrate de fer. A partir de cette époque, la santé du petit malade s'améliore graduellement; et on est obligé d'ouvrir de nouveau la tumeur, d'où il sort un peu de pus aqueux. Le 22 octobre, l'enfant est entièrement rétabli.

L'épidémie dont je viens de décrire l'un des accidens les plus fâcheux a offert les caractères les plus graves par sa longue durée, par le grand nombre de ceux qu'elle a frappés et par la mortalité considérable qu'elle a causée. D'avril à décembre 1840, plus de 300 cas de fièvre scarlatine ont été inscrits sur les registres du dispensaire du nord seulement, et les autres districts de la ville n'ont pas eu moins à souffrir de la maladie, qui fit pourtant de grands ravages. Sur les 300 cas dont nous venons de parler, le moindre nombre a été en avril (33) et le plus élevé en septembre (55).

Au commencement de l'épidémie, le plus grand nombre des cas présentaient la complication des oreillons, et, comme on l'observe habituellement dans les maladies qui règnent épidémiquement, ce fut aussi l'époque de sa plus grande gravité; plus tard, bien que les tumeurs cervicales fussent toujours également fréquentes, la maladie perdit de son intensité; et, enfin, vers le mois de décembre, quoiqu'il y eût encore un grand nombre d'enfans affectés de scarlatine, la maladie devint comparativement très bénigne, et le nombre des malades qui présentaient des complications locales était si petit qu'à partir de ce moment la maladie cessa d'offrir quelque chose de particulier dans son type et ne fut plus qu'une simple scarlatine.

Pendant tout le temps que régna la scarlatine sous la forme que nous venons de décrire, nous n'en avons pas observé un seul cas chez un sujet qui eût dépassé la puberté, et c'est surtout sur les enfans de l'âge de

7 ans qu'elle frappa avec le plus d'activité. La tumeur cervicale a paru à toutes les époqoes de la maladie, et dans un bon nombre même elle ne se manifesta qu'après que l'éruption eut disparu. Le gonflement était ordinairement plus prononcé d'un côté que de l'autre et était assez souvent borné à un seul. L'inflammation et l'ulcération de la gorge avaient souvent une étendue extraordinaire; mais on observa fréquemment des oreillons dans des cas où le mal de gorge n'était pas plus prononcé qu'il ne l'est dans la scarlatine, où on ne rencontre pas ces tumeurs. Dans le plus grand nombre de ceux qui se terminèrent d'une manière favorable, les oreillons finirent par résolution; car, bien que parmi les trois cas de guérison que nous venons de rapporter, il s'en trouve un terminé par suppuration, on ne doit pas croire que les cas de suppuration se trouvaient dans la même proportion dans le chiffre des guérisons. La suppuration a été rare, mais en général les malades qui en étaient atteints n'allaient pas mal. Nous n'avons pas vu un seul cas de guérison parmi ceux où la gangrène a frappé les parties tuméfiées; mais cet accident était fort rare. Dans la plupart des cas funestes, la mort a eu lieu lorsque les tumeurs cervicales étaient encore dans dans un état qui ne devait pas ôter tout espoir de les voir se terminer par résolution si la vie avait été prolongée.

Pendant la durée de cette épidémie, on a remarqué généralement que l'éruption cutanée était plus discrète, et plus fugitive que dans la plupart des cas de scarlatine. Quoique les malades d'après la gravité de l'affection fussent souvent réduits à un état cachectique très prononcé, et que la convalescence n'avançât que très lentement, les épanchemens séreux furent moins communs qu'ils ne le sont d'ordinaire dans les épidémies de scarlatine d'un caractère beaucoup moins grave.

Quant à ce qui regarde le traitement, l'observation de cette épidémie ne nous a révélé aucun cas nouveau bien important ou bien positif. Les cas qui se sont terminés par la guérison ont été traités par les moyens les plus opposés, tels que les antiphlogistiques, les mercuriaux et les stimulans. Bien que les malades dans beaucoup de cas n'allassent pas plus mal lorsqu'ils étaient soumis à l'emploi des moyens énergiques, tels que les fortes applications de sangsues, les purgatifs, cette pratique a pourtant paru nuire en affaiblissant les forces des malades sans exercer aucune influence sur la marche ni sur la condition des tumeurs cervicales.

Après tout la combinaison des aspersions tièdes, l'application de cataplasmes chauds à la nuque et l'emploi des mercuriaux comme laxatifs a paru utile, surtout en modérant l'action fébrile sous l'influence de laquelle les forces vitales disparaissent promptement. L'emploi modéré, mais continuel, du vin et des autres stimulans ne doit point être trop retardé dans la scarlatine qui affecte cette forme; car ces moyens sont généralement bien supportés, même par les très jeunes enfans, aussitôt que la violence des phénomènes fébriles a un peu cédé.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOTE SUR UNE ÉPIDÉMIE DE FIÈVRE TYPHOÏDE, TENDANT A PROUVER QUE CETTE MALADIE EST CONTAGIEUSE; communiquée par M. le docteur BERLAND, d'Ayé, arrondissement de Charolles (Saône-et-Loire).

Pami les auteurs du dernier siècle, Pringle, Hildenbrand, Strack, Rœderer, Wagler et d'autres soutiennent la contagion des maladies qu'ils appelaient fièvres d'hôpital, typhus, maladie pétéchiale, fièvre muqueuse, qui, d'après nos auteurs modernes, ne sont autre chose que la fièvre typhoïde.

M. Bretonneau est le premier qui, en France, a appelé l'attention des praticiens sur la contagion de cette maladie; cette opinion a été soutenue par ses deux élèves les plus distingués, MM. Velpeau et Trousseau. M. Rostan croit aussi que cette maladie peut se transmettre par contagion dans certains cas. M. Gendron a soutenu la même opinion, et l'a appuyée de faits concluans pour tout homme exempt de prévention. (Voyez ses excellens mémoires insérés dans le tome 1er du JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES, années 1833 et 1834.) M. Leuret a aussi publié, dans les ARCHIVES DE 1828, un mémoire sur une épidémie de fièvre typhoïde qui lui a paru contagieuse. M. Ruff a publié des faits qui viennent à l'appui de la même opinion. (Voyez GAZETTE MÉDICALE, 1834, tome II.) M. Mondière a inséré dans le JOURNAL HEBDOMADAIRE un mémoire sur une épidémie de fièvres graves ayant régné à Loudun, département de la Vienne, qui lui ont aussi paru contagieuses.

En Angleterre, en Ecosse et en Irlande, la fièvre typhoïde est presque universellement regardée comme contagieuse. MM. les docteurs Peebles, Perry, Twédie, Marote ont publié des mémoires où la contagion de la fièvre typhoïde est évidente; M. le professeur Elliotson a aussi constaté de nombreux exemples de contagion à l'hôpital des fiévreux.

Telles étaient les recherches que j'avais faites, lorsque, en 1836, je vins ajouter le tribut de ma faible expérience aux nombreux travaux que je viens de citer. Je soutins ma thèse inaugurale sur la contagion de la fièvre typhoïde, et, comme je l'avais prévu, je ne rencontrai à peu près que des incrédules. Je dois cependant dire que le fameux Broussais lui-même ne me parut pas aussi éloigné de mon opinion que je me l'étais figuré; l'argumentation ne roula à peu près que sur la distinction de la contagion et de l'infection. Or, par maladie contagieuse, j'entends une affection par laquelle le corps du sujet qui en est affecté produit un principe susceptible de transmettre le même mal à un individu sain; et d'après cette définition, je dis que la fièvre typhoïde est contagieuse.

Depuis que j'ai soutenu ma thèse, un grand nombre de praticiens des provinces sont venus corroborer l'opinion de la contagion de la fièvre typhoïde, par les relations d'épidémie qu'ils ont publiées.

Un praticien très distingué de Genève, M. Lombard (Voyez GAZETTE MÉDICALE, numéro du 2 mars 1839) a soutenu la même opinion, et a publié un mémoire bien propre à entraîner la conviction. M. le docteur Thirial, dans un excellent mémoire sur la nature de la fièvre typhoïde (Voyez JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES, octobre 1838), se montre aussi partisan de la contagion, ainsi que M. le docteur Féron, médecin à Bayeux (Calvados), qui a publié, dans le numéro de mars 1840 du JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES, des observations très concluantes.

Les malades dont je vais parler habitaient presque tous Saint-Laurent, composé de 990 habitans, situé à deux myriamètres cinq kilomètres de Charolles, son chef-lieu d'arrondissement. Quelques-uns ayant contracté leur maladie à Saint-Laurent ont été transférés dans des communes voisines, où ils l'ont communiquée. La maladie a sévi depuis le mois de décembre 1839 jusqu'au mois de février 1840. Je vais en peu de mots faire connaître sa marche.

Elle a d'abord éclaté dans une maison très nombreuse, chez un nommé *Gaillard*, cultivateur. 1. Le maître de la maison, âgé de quarante ans, père de douze enfans, a été la première victime; il a présenté, au début, des symptômes évidens de pleuro-pneumonie; mais la fièvre a toujours été beaucoup plus forte que ne le comportait la lésion locale. Les symptômes de l'affection de poitrine ont cessé vers le douzième jour; mais la fièvre, loin de perdre de son intensité, a encore augmenté, et ce malheureux a succombé le vingt-deuxième jour de sa maladie, avec les symptômes de la dothinenterie la plus tranchée. Après lui, cinq de ses enfans ont été pris de la même maladie. 2. Une fille âgée de treize ans, qui a été très mal, et n'est entrée en convalescence que vers le trentième jour; 3 et 4, puis un fils âgé de dix-sept ans et une fille âgée de vingt ans, qui tous deux n'entrèrent en convalescence que le vingtième jour; 5 et 6, deux autres petits enfans, dont la maladie fut moins grave et dura moins longtemps; 7 et 8, deux ouvriers qui venaient journellement travailler dans cette maison furent aussi pris et guéris; 9 et 10, enfin, deux domestiques, dont l'un aussi nommé Gaillard, cousin des précédens, fut emmené à Montaillon, village distant de trois kilomètres, et où il n'y avait pas encore de malades. Sa maladie dura six semaines, et il la donna à son frère, qui présenta des symptômes cérébraux fort graves et guérit au bout de sept semaines. 11. Le jeune fils Gaillard dont j'ai parlé dans la troisième observation avait été transféré chez son grand-père, aussi cultivateur à Saint-Laurent; après lui, deux domestiques contractèrent la même maladie; tous deux furent transportés chez leurs parens; l'un, toujours dans la commune de Saint-Laurent, guérit au bout de vingt jours. 12. Sa mère, âgée de quarante-trois ans, gagna la maladie en le soignant et mourut. 13. Puis un autre fils de cette femme fut atteint et guérit. 14. L'autre domestique avait été transporté chez ses parens, dans une commune voisine où la maladie n'existait pas; il guérit également, mais j'ai su qu'il avait communiqué la maladie à d'autres personnes, et que quelques-unes étaient mortes. 15 et 16. Deux jeunes mariés, parens des Gaillard, et qui leur avaient rendu plusieurs visites pendant leur maladie, furent atteints et moururent. Le mari d'abord, qui succomba au bout de trente-deux jours, puis la femme, qui lui avait prodigué les soins les plus assidus, mourut au bout de vingt-huit jours. 17 et 18. Après eux, la mère du jeune marié, qui restait dans la même maison, fut atteinte et ne succomba que le cinquante-unième jour. 19. Un autre enfant de cette femme qui restait avec elle, ainsi que son fils et sa belle-fille fut atteint et entra en convalescence le vingt-unième jour. Ces malades habitaient un village éloigné de deux kilomètres environ du domicile de Gaillard, où il n'y avait

pas encore eu de malades, et on va voir qu'ils la communiquèrent à leurs voisins.

20. Une sœur de la vieille femme dont je viens de parler, domestique de M. le curé de Saint-Laurent, et qui venait presque tous les jours faire son lit, fut atteinte et mourut au bout de quarante jours.

Ne voit-on pas ici la contagion et en même temps la mortalité la plus effrayante? Quatre personnes habitent la même maison, la mère, deux fils et une belle-fille, toutes quatre sont atteintes et trois succombent, la mère, un de ses fils et sa belle-fille. 21. Cette mère avait deux sœurs qui lui rendaient des visites; l'une, qui ne lui en rendit que trois ou quatre, fut gravement indisposée mais guérit; l'autre, qui venait chaque jour faire son lit, mourut de la même maladie. Un fils seulement, qui vint après la mort de son frère et de sa belle-sœur soigner sa mère vera la fin de sa maladie, eut le bonheur d'échapper à cette terrible affection.

22, 23, 24, 25, 26, 27. Il y avait déjà quelque temps que la maladie sévissait dans la maison dont je viens de perler quand elle éclata dans la maison voisine habitée par des cousins des précédens et qui leur avaient rendu plusieurs visites. La première victime fut la mère Benoît Robin, femme Corneloup, âgée de 48 ans, qui succomba le onzième jour. Un fils, âgé de 15 ans, mourut au bout de quinze jours; le père, âgé de 51 ans, au bout d'un mois. Deux filles, l'une de 13 l'autre de 19 ans, succombèrent, la première au bout de trois semaines et la deuxième au bout de quinze jours. Une fille, âgée de 17 ans, a été atteinte et guérie au bout de trois semaines.

Ici la mortalité est encore plus effrayante que dans la maison précédente, puisque six malades sont atteints et cinq succombent. Je dois dire que cette famille était dénuée de tout et que je n'ai vu les malades qu'une ou deux fois en passant; cette circonstance peut peut-être expliquer jusqu'à un certain point la grande mortalité.

28. La femme Corneloup, dont je viens de parler, avait une sœur nommée Robin qui restait au village de Monteillon, à trois kilomètres de distance; elle lui avait rendu plusieurs visites et elle contracte la maladie qui fut très-grave et dura deux mois; pendant le cours de sa maladie elle fut transportée à deux kilomètres et demi de distance au village de Cernins, où n'y avait pas encore eu de maladie, et fut reçue chez son frère où elle communiqua la maladie comme on va le voir.

29. Sa belle-sœur, âgée de 50 ans, fut la première victime et mourut au bout de quinze jours. 30. Une fille de 18 ans mourut au bout de deux mois. 31. Un fils de 31 ans n'entra en convalescence qu'au bout de deux mois. 32. Enfin, une fille de 21 ans mourut au bout de trois semaines. 33, 34, 35. Il y avait dans cette maison trois enfans âgés de moins de 10 ans, dont la maladie dura de quinze jours à un mois, mais qui guérirent.

36, 37, 38. La femme Moniot, voisine des précédens, et qui leur avait rendu plusieurs visites, contracta la maladie dont elle mourut au bout de trois semaines, puis un de ses fils âgé de 15 ans; un autre âgé de 18 ans guérit au bout de trois semaines.

39 et 40. Deux fils de la maison Basset, voisins de la précédente, furent atteints et guérirent au bout d'un mois.

41, 42, 43, 44. La femme Golo, sœur et voisine de la femme Moniot, fut atteinte ainsi que ses trois filles; la mère était âgée de 43 ans et les filles de 8 à 13 ans, elles guérirent toutes.

45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52. Qu'on se rappelle le sujet de l'observation 20 qui était la domestique de M. le curé de Saint-Laurent. Cette fille était soignée par une religieuse, Mad. sœur Lamotte. Un enfant de 12 ans, fils de Lamotte de Montaillon, frère de Mad. sœur Lamotte, venait souvent voir sa tante et l'embrassait chaque fois; quelquefois même il entrait dans le petit cabinet où était couchée la malade; soit qu'il ait reçu la maladie directement de la malade, soit que sa tante en ait été le véhicule, bien qu'elle ne l'eût pas elle-même, toujours est-il que cet enfant contracta la même maladie, qui fut très-violente et dura deux mois, puis la donna à sa mère, âgée de 46 ans, qui mourut au bout de six semaines. Une de ses sœurs, âgée de 21 ans, n'entra en convalescence qu'au bout de cinq semaines. Quatre autres enfans, garçons et filles, âgés de moins de 15 ans, furent atteints et guérirent. Enfin le père, âgé de 52 ans, fut très-gravement malade pendant près de deux mois et sa convalescence fut très-longue.

53. Mlle Aloin, voisine de ces malades, leur avait rendu des visites; elle fut atteinte et mourut au bout de trois semaines.

54. Mlle de Troncy avait rendu des visites au fils Ducray de Montaillon: elle fut également prise et guérit au bout d'un mois.

55, 56. Mlle Ducray, âgée de vingt ans, avait rendu quelques visites aux Gaillard; elle fut atteinte et n'entra en convalescence qu'après le quarantième jour; une fille nommée Boffet, âgée de dix-huit ans, l'avait visitée: elle fut prise et n'entra en convalescence qu'au bout d'un mois.

57. Le fils de M. Mommessin, maire de Saint-Laurent, était allé quelquefois chez la mère Ducray pendant la maladie de sa fille; cet enfant, âgé de onze ans, contracta la maladie dont il mourut au bout d'un mois.

58, 59, 60, 61, 62 et 63. La mère Thevenet, voisine des Gaillard, de Montaillou, leur avait rendu des visites; elle fut atteinte et mourut au bout d'un mois ainsi qu'une de ses filles âgée de dix-sept ans. Une autre fille âgée de quinze ans a guéri au bout de trois semaines. Le père et les deux fils ont guéri au bout d'un mois. Enfin la femme Combier, qui les avait visités, a contracté la maladie, qui a duré six semaines.

La maladie éclata chez un nommé Gaillard, dans une maison isolée et très nombreuse; les malades étaient fréquemment visités par d'autres Gaillard, leurs parens, du village de Revillées, distant de deux kilomètres; ces gens gagnent la maladie et la propageot dsns leur village, où elle n'existait pas. Toujours de la même maison Gaillard part un domestique qui porte la maladie à Montaillon, à trois kilomètres de distance. De Montaillon la maladie est transportée au village des Cernins par la fille Robin, qu'on transfère chez son frère, qui habitait ce village. Ainsi la maladie a sévi dans trois hameaux principaux: aux Révillés, à Montaillon et aux Cernins. De ces villages elle a été transportée dans quelques maisons isolées; mais toujours par des rapports d'individus sains avec des malades.

Dans une commune de 990 ames, la fièvre typhoïde, dans un espace de 13 à 14 mois, a atteint 63 malades, desquels 19 sont morts, ce qui fait une mortalité d'un peu moins d'un tiers, mortalité très grande, comme on le voit, mais qui diffère peu des résultats obtenus par un de nos meilleurs et de nos plus consciencieux professeurs de clinique, M. Chomel. Sur ce nombre, j'ai vu 23 malades sur lesquels 7 sont morts, ce qui fait aussi une mortalité d'un peu moins du tiers; on voit donc que le traitement n'a pas eu d'influence sur la mortalité: je dois ajouter qu'il n'en a pas eu non plus sur la durée de la maladie. Il est bon cependant de remarquer que je n'ai été appelé que pour les cas les plus graves, et que j'ai fait très peu de visites aux malades, d'autant plus que j'étais assez éloigné d'eux. Les renseignemens sur les malades que je n'ai pas vus m'ont été communiqués par une sœur du pensionnat de Saint-Laurent, qui s'occupe de donner ses soins charitables aux malades. Je l'avais priée de me donner la note des malades qu'elle verrait, leur âge, la durée de la maladie et la manière dont elle se transmettait. D'ailleurs j'allais assez souvent à Saint-Laurent, et je m'informais chaque fois des progrès de l'épidémie.

Outre cette épidémie, qui a régné sans interruption, j'ai encore observé dans d'autres temps et d'autres communes la fièvre typhoïde sévissant dans des familles sans se propager ailleurs. Ainsi je l'ai observée dans une maison isolée de la commune de Saint-Germain: les cinq enfans furent pris les uns après les autres, et le premier mourut. Le père et la mère seuls échappèrent. Un domestique fut aussi pris et guérit. Je dois dire que cette famille se suffisait à elle-même pour les soins des malades et qu'elle recevait peu de visites. Dans une maison de la commune de Varennes-l'Arconces, la maladie a aussi attaqué successivement quatre enfans qui ont guéri, et a épargné le père et la mère. A Ayé, un jeune homme est attaqué de la fièvre typhoïde; il ne reçoit des soins que d'une pauvre jeune fille; il meurt, communique sa maladie à sa garde qui meurt; celle-ci la communique à sa mère qui meurt aussi; puis cette dernière à son mari, qui fut aux portes du tombeau. Un seul petit enfant de quatre ans est épargné.

Dans le mois de février dernier, j'ai soigné à Maringues, fort hameau de St-Julien-de-Civry, une jeune demoiselle qui a guéri après quarante jours. Après elle la maladie a envahi la maison voisine et s'est développée d'abord sur les trois enfans, puis sur la maîtresse de la maison, sur une sœur du maître et enfin sur le maître de la maison, qui est encore malade. Leur voisin, le père Comte, qui allait souvent dans cette maison, fut aussi atteint de la maladie avec tous les symptômes d'une perforation intestinale au moment où on pouvait le regarder comme convalescent; il est mort. La maladie a attaqué huit personnes dans ce village. Jusqu'à ce jour une est morte, mais deux sont encore malades.

De tous ces faits je crois pouvoir conclure que la fièvre typhoïde est contagieuse; qu'elle se transmet d'autant plus facilement, que les rapports d'individus sains avec les malades ont été plus fréquens et plus assidus. Ainsi la mère Lamotte, de Montaillon, qui soignait son fils et faisait son lit en négligeant les soins de propreté, a été la premièrevictime, Je crois avec M. Gendron du Loir que la fièvre typhoïde peut se transmettre de quatre manières différentes:

1° Directement et immédiatement, par le contact des malades, ou médiatement, par le séjour dans leur atmosphère.

» 2° Indirectement, à la suite de rapports immédiats avec les individus qui approchent les malades, on de rapports immédiats avec les effets qui leur ont servi. »

Ces quatre modes sont, quant à la fréquence, dans une progression successivement décroissante.

NOTE ADDITIONNELLE. — Comme ce travail n'a pas été livré de suite à l'impression, je vais y faire quelques additions.

J'avais omis de dire que de la commune de Saint-Laurent la fièvre typhoïde s'était propagée dans celle de Vaubanc, qui en est éloignée de 4 kilomètres ; elle avait été apportée dans cette commune par des parens et amis qui allaient visiter les malades de Saint-Laurent. La maladie a sévi dans cette commune pendant plus d'un an, et y a fait plusieurs victimes. Comme à Saint-Laurent, il a été facile de découvrir son mode de propagation, et la contagion a été on ne peut plus évidente.

Au commencement d'un mémoire très-bien fait sur la fièvre typhoïde dans l'enfance, M. Rilliet dit qu'il n'appartient qu'à la vieillesse de se soustraire à cette modification mystérieuse de l'organisation qui engendre la fièvre typhoïde, et d'autres pathologistes ont aussi avancé qu'on ne la rencontrait pas dans la vieillesse. Cependant, dans les observations de M. Gendron, je trouve que cinq fois cette maladie a été observée chez des sujets de 60 à 75 ans. Moi aussi, je me rappelle l'avoir observée chez 4 sujets âgés de plus de 60 ans. Je sais bien qu'on a dit qu'à cet âge les symptômes typhoïdes qu'on observe étaient presque toujours symptomatiques d'une lésion locale ; mais je puis affirmer que dans les quatre cas observés par moi, il m'a été impossible de découvrir une affection organique locale ; du reste, la maladie attaquait un vieillard d'une maison après avoir attaqué d'autres personnes ; elle offrait les mêmes symptômes, seulement elle revêtait plus souvent les caractères des formes adynamiques et putrides, elle était plus longue et plus dangereuse. Je n'oublierai jamais qu'un vieillard qui a présenté les symptômes les plus alarmans tels que fuliginosité de la langue, émission involontaire des matières fécales et des urines, délire intense et continu, carphologie, s'est néanmoins rétabli.

Relativement à la contagion, j'ajouterai encore que je viens de lire dans le cahier de janvier 1842 du JOURNAL DES CONNAISSANCES MEDICO-CHIRURGICALES, l'analyse critique de la deuxième édition de l'ouvrage de M. Louis sur cette maladie, et qu'il y est dit que cet habile pathologiste se montre aussi partisan de la contagion. Le critique ajoute bien que la contagion est l'exception à Paris, mais je crois que s'il était facile de la découvrir comme dans les campagnes, et que si on voulait bien se donner la peine de la rechercher, on verrait que la contagion est la règle. Le critique donne aussi à entendre que le caractère épidémique de la maladie nous la fait croire contagieuse ; mais il y a certes bien loin d'une épidémie qui se développe lentement et met toute une année pour atteindre soixante-trois individus sur mille, à une épidémie comme la grippe, par exemple, qui dans l'espace de quelques jours attaque un grand nombre d'individus. Pour moi, je crois que c'est la contagion qui est cause de l'épidémie.

OBSERVATION SUR UNE TUMEUR VARIQUEUSE SITUÉE AU PLI DE L'AINE, SIMULANT UNE HERNIE CRURALE ÉTRANGLÉE, CHEZ UN INDIVIDU QUI A SUCCOMBÉ A UNE ENTÉRO-PÉRITONITE AIGUE, PRODUITE PAR UN SQUIRRHE DU RECTUM ; communiquée par le docteur DE CASTELLA.

OBS. — Nicolas Pilloud, âgé de 54 ans, cocher chez madame Dupasquier d'Yvernois, à Neuchâtel, éprouve pendant longtemps de la diarrhée, des coliques, du tenesme, auxquels il ne fait pas attention, et qu'il traite tantôt par des spiritueux, tantôt par de la rhubarbe, tout en continuant son service.

Le 17 février 1841, il éprouve des coliques violentes, du ténesme et une constipation opiniâtre, que les efforts qu'il fait pour aller à la selle ne peuvent satisfaire. Appelé auprès de lui, je lui trouve de la fièvre, la figure rouge, le ventre douloureux, surtout à sa partie inférieure, près des pubis, où il y a une sorte de tumeur arrondie, malgré que le malade dise uriner fréquemment et facilement. Je prescris 24 sangsues à l'anus, une infusion de graine de lin nitrée pour boisson, des lavemens émolliens et un cataplasme sur le ventre.

Le 18, même état ; le malade vomit des matières verdâtres ; le ventre est plus tendu ; point de selles. Je demande au malade s'il n'a point de hernie, il me dit que non ; j'examine la région inguinale qui est dans l'état normal, ainsi que les bourses. (Saignée de 16 onces ; bains tièdes matin et soir ; huile de ricin, une demi-once toutes les heures, en alternant avec 2 grains de calomel ; cathétérisme qui fait reconnaitre la vessie vide.)

Le 19 et le 20, même état ; nouvelles saignées, bains et boissons adoucissantes ; le ventre se ballonne toujours davantage ; ce ballonnement est uniforme et les gros intestins paraissent très distendus par des gaz ; les vomissemens sont rares ; le pouls est développé, peu fréquent. Le doigt, porté dans l'anus, trouve la partie inférieure du rectum vide ; les lavemens sont rejetés en même temps qu'ils sont injectés. Une grosse sonde de gomme élastique ne pénètre qu'à 3 pouces ; à cette profondeur, le doigt rencontre un rétrécissement, ou plutôt un cul-de-sac, qu'il ne peut pas franchir, non plus que la sonde.

Les jours suivans, les symptômes s'aggravent ; le météorisme du ventre devient énorme ; l'huile de ricin, le calomel, à la dose de 4 grains, souvent répétés avec 1 grain d'extrait gommeux d'opium, calment les angoisses qu'éprouve le malade ; mais aucune évacuation n'a lieu. Des fomentations froides sur l'abdomen, des lavemens avec une infusion de tabac sont inutiles. Je diagnostique un squirrhe du rectum qui oblitère l'intestin, ou une invagination intestinale, quoique, pour cette dernière affection, les symptômes inflammatoires me paraissent bien peu intenses. Je fais de nouvelles tentatives pour introduire une grosse sonde-Mayor dans le rectum, mais je rencontre toujours le même cul-de-sac. Enfin, comme dernière ressource, je propose l'établissement d'un anus artificiel dans la région lombaire, à la méthode de Callisen, opération pratiquée à Paris par M. Amussat, en 1839, pour un cas analogue ; cette opération fut rejetée par le malade et par sa famille.

Le 25, au matin, la figure du malade commence à s'altérer, ses forces s'affaissent ; il succombe à six heures du soir après une courte agonie.

AUTOPSIE FAITE 24 HEURES APRÈS LA MORT. — Le ventre est énormément distendu, dur et sonore. J'aperçois avec effroi, *c'est à la lettre, car j'eus même un moment de désespoir*, dans le pli de la cuisse gauche, au-dessous du ligament de Fallope, précisément à l'endroit où se forme la hernie crurale, une tumeur arrondie, pyriforme, plus large inférieurement que supérieurement, longue d'environ deux pouces, haute d'un pouce, rénitente et d'une couleur brunâtre, que je pris pour une hernie crurale que j'aurais méconnue, malgré les questions que j'avais faites au malade et l'examen des régions inguinales.

Je procédai de suite à l'opération de la hernie, comme je l'aurais fait sur le vivant. Mon élève, interne à l'hôpital Pourtalès, M. le docteur Schenebelis, m'assistait, et il crut, comme moi, à l'existence d'une hernie crurale, qui avait causé la mort du malade, erreur dont j'étais désolé.

Après avoir incisé la peau, la tumeur se trouva à nu ; elle était lisse, brunâtre et toujours pyriforme ; en s'étendant sous l'arcade crurale, elle formait un pédicule allongé ; je crus néanmoins toujours avoir affaire à une hernie crurale, j'ouvris avec précaution ce que je croyais être le sac herniaire en soulevant ses lames avec une pince et en coupant en dédolant ; une gouttelette de liquide brunâtre me fit croire que j'étais parvenu dans sa cavité. Après avoir introduit une sonde cannelée, pour en soulever les parois, je l'ouvris dans toute son étendue. A ma grande surprise, il n'en sortit que du sang noir à demi coagulé. En examinant les parois de la tumeur je vis que celle-ci n'était qu'une varice très distendue formée par la veine crurale qui se trouvait oblitérée sous le ligament de Fallope, par un caillot très dense. La membrane interne de la veine était épaissie et d'un rouge vif. D'autres tumeurs variqueuses plus petites se trouvaient sur la partie interne de la cuisse et de la jambe. A la cuisse elles faisaient à peine saillie.

L'ouverture de l'abdomen nous fit voir les intestins, surtout le gros intestin, énormément distendus par des gaz ; ils étaient rouges, enflammés et adhérens entr'eux par de fausses membranes ; une petite quantité de sérosité lactescente s'écoula. Le météorisme s'étendait dans le rectum jusqu'au fond du bassin, où cet intestin se rétrécissait tout à coup pour former un bourrelet dur et épais de deux pouces. Ce bourrelet obstruait complètement l'intestin, à environ trois pouces de l'anus. Toute cette portion ayant été excisée, on reconnut que ce bourrelet était formé par un cancer du rectum, ulcéré et noirâtre à sa face interne, lardacé et criant sous le scalpel dans son épaisseur, qui était d'environ un pouce. Ce cancer était évidemment la cause de l'entéro-péritonite, qui avait fait périr le malade.

La tumeur variqueuse du pli de l'aîne, que je n'ai aperçue qu'au moment de faire l'autopsie, m'en a imposé d'autant plus facilement, pour une hernie crurale, que les symptômes produits par l'oblitération de l'intestin rectum ont été les mêmes que ceux de la hernie étranglée. Cette coïncidence est bien remarquable. C'est dans le but d'éclairer le diagnostic de ces deux affections que je me suis décidé à faire connaître cette observation.

La forme de la tumeur variqueuse, qui est pyriforme et comme pédiculée, les autres tumeurs variqueuses qui se trouvent sur le trajet des veines crurales, la fluctuation et la couleur de la tumeur variqueuse, la feront distinguer de la hernie crurale, qui est globuleuse, dure et plus intimement appliquée sous l'arcade crurale.

On trouve, dans les ŒUVRES CHIRURGICALES de J.-L. Petit, tom. II, pag. 264, l'observation d'une tumeur variqueuse de l'aîne, qui avait été prise pour une hernie, et que ce célèbre chirurgien reconnut être une tumeur variqueuse. Ici il n'y avait point de symptômes d'étranglement ; le diagnostic était plus facile.

Dans le cas rapporté ci-dessus, l'opération d'un anus artificiel était-elle proposable, et pour cette opération, la méthode de Callisen, adoptée par M. Amussat, était-elle la plus convenable ?

OBSERVATION D'UN CAS RARE DE LUXATION PHALANGO-MÉTACARPIENNES DU POUCE ; GUÉRISON ; communiquée par M. RADAT, aide-major au 10e léger.

OBS. — Dans la soirée du 17 octobre, le nommé Duprat, sergent au 10e léger, fit une chute et se luxa le pouce. Ce militaire courait sur un sol argileux et humide, en maintenant son sabre avec la main gauche ; arrivé au bord d'un fossé très peu profond, son pied glissa au moment où il allait le franchir, et l'équilibre venant à manquer, sa main droite se porta instinctivement en avant pour le préserver en tombant, mais elle ne put le retenir. La chute se fit d'abord sur la main, ensuite sur le dos. Une circonstance curieuse accompagna cet accident : le pouce s'était enfoncé dans la terre et se trouvait assez solidement maintenu dans cette position, de manière que, non seulement il supporta tout l'effort du choc, mais encore une violente contorsion dans le sens de l'extension, lorsque le corps de l'individu vint à toucher le sol. Il y eut aussitôt déformation de la partie, et, comme à la suite de toutes les déchirures, des douleurs vives s'y manifestèrent ; elles se prolongeaient jusqu'au coude. Le membre fut mis dans l'eau froide, et je ne vis le blessé à l'infirmerie qu'environ une heure plus tard.

Voici les symptômes qu'il présentait :

1° Raccourcissement très considérable du pouce qui paraissait avoir perdu près de la moitié de sa longueur.

2° Renversement de la première phalange du côté de l'extension, au point de former un angle presque droit avec le métacarpien.

3° Immobilité dans l'articulation luxée ; les mouvemens produits se passent dans la trapézo-métacarpienne.

4° Saillie vers le sommet de l'éminence thenar, où l'on sent la base de la phalange déplacée. Le gonflement n'étant pas encore très considérable, ces signes, joints à l'absence de crépitation, permirent de diagnostiquer facilement la nature de la lésion. S'il pouvait rester quelque doute, c'était sur le sens dans lequel le déplacement s'était opéré. La luxation en arrière présente en effet, comme celle en avant, la phalange portée dans l'extension, l'immobilité et une tumeur vers la paume de la main ; mais, ce qui ne s'observe pas dans l'une et que l'on retrouve dans l'autre, c'est le raccourcissement du pouce, sans flexion de la phalangette, en même temps qu'il affecte une direction presque perpendiculaire au dos de la main. Dans la première, la saillie palmaire doit être attribuée à la présence de l'extrémité inférieure du métacarpien ; dans la seconde, à l'extrémité supérieure de la phalange. J'avais donc sous les yeux une luxation en avant de la phalange du pouce sur le métacarpien correspondant ; tout rapport de contiguité avait cessé entre les surfaces articulaires. La réduction dut dès-lors seule m'occuper ; et d'abord, ne pensant pas éprouver grande résistance, je crus que faisant pratiquer la contre-extension par un aide, et saisissant moi-même l'extrémité du doigt, je pourrais remettre les os en place. Cette manière d'agir eût réussi en effet, si l'extrémité articulaire de la phalange avait encore touché quelque point de celle du métacarpien ; un simple mouvement de redressement eût remédié au déplacement. De plus graves désordres existaient ; aussi le seul résultat que j'obtins d'abord fut de ramener le pouce dans la direction de l'axe du métacarpien. Il restait raccourci, revenait à sa position vicieuse dès que je l'abandonnais, et échappait aux tractions un peu fortes, à cause du défaut de prise. Ici, l'on ne pouvait admettre, comme dans la luxation en arrière, la présence d'une boutonnière musculaire formée par le court fléchisseur, pour se rendre compte des obstacles ; je ne dus attribuer l'insuccès qu'à une sorte d'engrenage entre le rebord de la base de la phalange et le collet de la tête du métacarpien. Pour vaincre cette résistance, j'imaginai de recourir à un procédé qui se rapproche un peu de celui dont A. Cooper fait usage en pareil cas. Le moyen est aussi simple que facile à mettre en pratique.

Il consiste à prendre une bande neuve, solide, longue d'environ 2 mètres, et percée d'un trou vers son milieu. Le pouce luxé doit être engagé dans ce trou, puis, ramenant les deux chefs au-delà de l'extrémité de l'organe, la bande est solidement maintenue par un ruban de fil, à l'aide de plusieurs tours circulaires et d'un double nœud.

Le malade fut couché sur un lit ; puis, l'appareil appliqué, mouillé, pour l'empêcher de glisser, je confiai les chefs réunis de la banda à deux aides intelligens pour faire l'extension ; un troisième était chargé de la contre-extension, qui s'opérait sur l'avant-bras demi-fléchi, tandis que j'agissais sur l'articulation.

Nos efforts ramenèrent le pouce dans la direction de l'axe du membre. Je recommandai surtout aux aides de n'agir qu'avec ménagement, d'une manière soutenue, sans secousses ; puis, lorsque je sentis la phalange se dégager, mon indicateur droit pressant sa base, et mon pouce appuyant sur l'extrémité métacarpienne, la réduction eut lieu. Il ne resta aucun doute à cet égard, car, l'appareil une fois enlevé, la difformité ne se reproduisait plus, et l'on put imprimer des mouvemens à l'articulation. Le blessé souffrait encore, mais beaucoup moins.

L'articulation fut entourée d'un petit bandage inamovible, composé de compresses longuettes, d'une bande appliquée en manière de spica et d'une attelle pour la région palmaire.

Le tendemain matin, M. Cornuau vit le malade avec moi, et comme il y avait de la douleur, nous fîmes arroser la main avec un liquide résolutif opiacé. Ces applications furent continuées jusqu'au 21 octobre, jour où nous levâmes le premier appareil, pour nous tenir en garde contre l'ankylose. Il y avait du gonflement à l'endroit de la jointure et à son voisinage, mais peu de chaleur et de rougeur, encore moins de réaction générale. Tout allait bien. Un appareil contentif fut réappliqué, et, vers le 1er novembre, toute trace de phlogose ayant cessé, le malade prit un bain de sang de bœuf chaud. A la suite de cette médication, éminemment excitante, le gonflement reparut, s'accompagna de douleur et d'un accès de fièvre. Quelques jours après, ces accidens calmés, nous pûmes revenir aux bains de sang, qui furent pris au nombre de cinq ou six dans l'espace de 20 jours. Le troisième bain avait déjà produit un effet avantageux et donné plus de force à la partie. Duprat sortit de l'infirmerie le 15 novembre et reprit son service le 25 du même mois. Il se sert très bien de son doigt pour écrire et peut être considéré comme entièrement guéri. Il ne reste qu'un peu de gêne dans les mouvemens de flexion, gêne qui est due, sans doute, à la déchirure des liens fibreux de l'articulation, et que des mouvemens passifs fréquemment renouvelés feront facilement disparaître.

J'ai rapporté cette observation parce que c'est un fait rare de plus acquis à la science. Les auteurs parlent tous de luxations phalangp-métacarpiennes en arrière et les donnent comme arrivant le plus communément. Dans les livres, je n'ai trouvé que trois cas de luxation en avant, deux sont rapportés par M. Velpeau, un par Dupuytren ; et, au premier aperçu, il semblerait que celui dont j'ai été témoin ait encore été une luxation en arrière, puisque, comme l'a prouvé M. Malgoigne (1), l'extrémité supérieure de la phalange luxée se trouve toujours dans la direction de l'effort, en arrière si elle était poussée dans l'extension, en avant si elle l'était dans la flexion ; or, dans la chûte, la main et les doigts se trouvoient étendus. Comment se fait-il que ce déplacement ait eu lieu en avant ? L'explication la plus plausible à donner est celle-ci : la force du choc repoussait la phalange en arrière ; mais le sol dans lequel le pouce s'était engagé est devenu point d'appui ; une sorte de mouvement de bascule a dû s'opérer, et le poids du corps pressant sur la phalange, elle s'est luxée en avant. Ce phénomène s'est produit par un mécanisme analogue à celui qui accompagne certaines luxations de l'humérus, où l'os du bras repoussé en haut, la rupture capsulaire et la luxation n'en ont pas moins lieu en bas.

Quant au moyen de réduction employé, il me donne occasion de signaler l'insuffisance d'un procédé récemment préconisé, et que les prétentions de son inventeur vont jusqu'à vouloir faire servir à tous les cas possibles. M. Vidal, avec sa clef, dans ceux où la luxation est poussée très loin aura beau exagérer le déplacement, il ne parviendra jamais à dégager les extrémités luxées toutes les fois que de grands efforts d'extension deviendront nécessaires. On se trompe en croyant que la réduction est toujours l'affaire d'un instant, et les douleurs qui accompagnent l'emploi de ce procédé le rendent d'une application difficile, et même insupportable pour les malades. Peut-être a-t-il réussi dans une réduction de luxation inter-phalangienne ; encore faut-il qu'elle ait été incomplète. Si dans ma thèse pour le doctorat (Paris, 1840) j'ai été moins sévère en matière d'appréciation, c'est qu'alors j'avais moins médité sur le sujet et qu'un fait pratique n'était pas venu réduire à leur juste valeur mes observations d'amphithéâtre.

OBSERVATIONS D'OPÉRATIONS DE TRACHÉOTOMIE POUR DES CAS DE CROUP, AVEC INDICATION D'UN NOUVEAU PROCÉDÉ (lues à l'Académie royale de médecine le 8 juin 1841) ; par M. G.-E. MASLIEURAT-LAGÉMARD, du grand bourg de Salagnac (Creuse), docteur en médecine, etc.

La communication d'une opération de trachéotomie pratiquée pour un cas de croup, souleva il y a bientôt deux ans, à l'Académie royale de médecine, une discussion qui ne résolut pas d'une manière absolue la nécessité de cette opération. J'ai pensé que les faits qui se rattachent à cette question seraient accueillis par elle avec intérêt. Ces motifs m'ont engagé à lui faire part des deux observations suivantes.

OPÉRATION DE TRACHÉOTOMIE PRATIQUÉE AVEC SUCCÈS SUR UN ENFANT, AGÉ DE VINGT-TROIS MOIS, POUR UN CAS DE CROUP.

OBS. I. — Le 4 février 1841, je fus appelé à sept heures du matin pour aller voir un enfant qui habite le village de Saint-Priest-la-Plaine, distant de Salagnac (Creusa) d'une demi-lieue environ. D'après les renseignemens fort vagues que me donna le commissionnaire, je crus devoir me munir de ma trousse et d'un flacon d'acide hydro-chlorique. Mon frère, qui travaille chez un notaire, et qui jamais n'avait assisté à aucune opération, voulut bien m'accompagner.

A mon arrivée, je trouvai un enfant âgé de 23 mois, grand, bien développé pour son âge, d'une bonne constitution, dans un état d'asphyxie véritable ; les

---

(1) ANATOMIE CHIRURGICALE, t. II.

traits de la face étaient profondément altérés ; la peau de cette région offrait çà et là quelques taches bleuâtres ; les lèvres étaient décolorées, le pouls intermittent, rare et à peine sensible ; la respiration presque entièrement anéantie ; de loin en loin quelques quintes d'une toux croupale tout à fait caractéristique, et qui était suivie par une inspiration des plus difficiles, sifflante et qu'on entendait à une assez gaande distance.

En faisant l'examen de la cavité de la bouche, je constatai un gonflement assez considérable des amygdales qui étaient couvertes de fausses membranes. Cependant, durant l'inspiration, elles s'écartaient assez pour permettre le libre passage d'une suffisante quantité d'air qui trouvait un obstacle beaucoup plus grand dans le larynx.

Les caractères de la toux et de l'inspiration, la présence des fausses membranes dans l'arrière-gorge, me firent promptement reconnaître la maladie, et l'état général de l'enfant me fit porter un pronostic extrêmement grave. Outre le danger de l'affection en elle-même, j'entrevoyais des difficultés presque insurmontables pour le parti extrême qu'il me fallait prendre, difficultés qui ne tardèrent pas à se réaliser comme je vais bientôt le dire.

Le croup n'est pas très rare dans nos contrées, et souvent il y sévit d'une manière endémique. C'est le seul cas cependant que j'ai été à même d'observer depuis le mois d'octobre, époque à laquelle j'ai quitté Paris. J'ai appris toutefois que dans la commune d'Apzème, qui est éloignée de deux ou trois lieues de celle de Saint-Priest, plusieurs enfans avaient succombé à l'époque même où celui dont je rapporte l'histoire en fut atteint.

J'appris des parens de cet enfant que, le 31 janvier, il avait éprouvé du malaise et un peu d'enrouement qui augmenta les jours suivans. Et malgré cette indisposition, pendant les journées entières du 2 et du 3 février, il fut tenu dans une grange dont les portes étaient ouvertes, ce qui établissait ainsi un courant d'air continuel. Un mariage qui se faisait ce jour-là donna lieu à cette imprudence. On ne se borna même pas à cela : on ne lui donna pour boisson, au lieu du lait de sa mère, que du vin dont il n'avait jamais bu. Sous l'influence de causes si peu propres à arrêter son mal, les accidens prirent une intensité tellement rapide dans la soirée du 3 et dans la nuit du 3 au 4 que, lorsque j'arrivai près de lui, je le trouvai dans l'état que j'ai décrit plus haut.

Je pensai qu'il ne lui restait tout au plus qu'une ou deux heures à vivre, et les assistans qui étaient nombreux partageaient mon avis. Je n'entrevis dans cette position que deux partis à prendre : ou me résigner à voir mourir cet enfant, ou tenter une opération qui ne devait rien changer à son état, si elle échouait, et qui seule m'offrait quelques chances de salut.

C'est à ce dernier parti que je m'arrêtai sans hésitation aucune, et me mis en mesure d'agir immédiatement, car j'avais peu de temps devant moi. C'est là aussi que commencèrent des difficultés qu'il m'eût été bien difficile de prévoir. Malgré l'habitude que j'ai des opérations, ayant fait dans les hôpitaux de Paris quatre ans d'internat en chirurgie, j'avoue que pendant un instant la pensée m'est venue que je ne pourrais achever une opération que j'avais considérée jusque-là comme ne devant pas être très laborieuse.

Les détails que je vais énumérer offriront peut être peu d'intérêt par eux-mêmes ; mais ils auront au moins cet avantage de prévenir de jeunes chirurgiens qui, comme moi, se trouveront tout à coup isolés dans de pauvres provinces, et seront dans la néessité de pourvoir par les moyens souvent les plus bizarres à ce qui leur manquera dans une infinité de circonstances où la prévoyance même la plus active peut se trouver en défaut.

Les paysans de nos campagnes, et les parens de cet enfant sont des colons qui se livrent exclusivement à l'agriculture ; les paysans, dis-je, ont une telle horreur de tout ce qui est opération qu'ils préfèrent souvent des difformités et même la mort aux moyens qui pourraient les prévenir. Je devais, avant d'opérer, les faire consentir à ce que j'allais entreprendre. Ils délibérèrent longtemps, et cela uniquement pour savoir si, au lieu de lui faire endurer les douleurs d'une opération, il n'était pas préférable de le laisser mourir paisiblement ; car ils convenaient qu'il n'avait plus que quelques instans à vivre. Cependant leur ayant bien fait comprendre que l'état de l'enfant ne lui permettait plus de souffrir, et qu'il restait encore un peu d'espérance dans l'opération, ils me laissèrent libre.

Pour avoir un de mes confrères qui me servît d'aide il aurait fallu envoyer à une lieue de distance ; et en admettant qu'il se fut trouvé chez lui et prêt à partir, je ne mets pas en doute qu'avant son arrivée l'enfant eût été mort. Il me fallut donc agir seul et exclusivement seul. Mon frère prit la résolution de m'aider jusqu'au bout, et il accomplit la tâche qu'il s'était imposée. Mais personne ne voulut se charger de me tenir l'enfant. J'envoyai chercher le curé du village qui se trouva absent ; mais la charitable sœur de cet excellent ecclésiastique voulut faire un effort surhumain pour elle en tenant la tête du malade, après s'être préalablement caché le visage. Qu'elle reçoive ici le public hommage de la reconnaissance que je dois à son courage. Je parvins cependant à recruter un forgeron et un maçon qui me servirent, l'un à tenir les pieds et l'autre à m'éclairer avec une chandelle ; car je fus obligé d'opérer sur un coffre, dans une espèce de caveau où il n'arrivait qu'une faible lumière par un petit guichet ; on ne voulu jamais me permettre de me servir d'une table qui était dans la cuisine.

C'est dans ce local et entouré des aides que je viens d'indiquer qu'il me fallut opérer sur un enfant pourvu d'embonpoint et âgé seulement de vingt-trois mois.

L'opération par elle-même n'offrit rien de particulier. Je fus obligé de lier deux petites artères et quelques veines qui donnaient une assez grande quantité de sang quand l'enfant faisait des efforts pour crier.

M. le professeur Trousseau jamais une seule fois n'a lié une artère ou une veine. Malgré toute la confiance que j'ai dans ses assertions, malgré le respect et l'admiration que je dois à son talent, je n'ai pu me décider à ouvrir la trachée pendant que le sang coulait encore ; et bien que j'eusse sans cesse présent à l'esprit l'admirable dévouement de M. le professeur Roux, qui rappela à la vie une jeune femme qu'il venait d'opérer en exerçant la succion pour aspirer le sang qui s'épanchait dans la trachée ; bien, dis-je, que j'eusse sans cesse présent à l'esprit cet acte de courage et que je fusse tout disposé à l'imiter, je préférais cependant ne pas en être réduit à cette extrémité, car le sang aurait pu couler pendant un temps que je ne pouvais prévoir.

Avec un bistouri droit, j'incisai la membrane crico-thyroïdienne et portant dans la plaie un bistouri boutonné, je fendis le cartilage cricoïde et les trois premiers cerceaux de la trachée. Un sifflement comme un violent coup de soufflet se fit aussitôt entendre, et l'air pénétra avec force dans les poumons. La physionomie de l'enfant se modifia d'une manière subite, et il sembla instantanément être ramené à la vie.

Quoique j'eusse ainsi accompli une grande partie de ma tâche, tout n'était pas terminé. Il fallait, en s'opposant à l'oblitération de l'ouverture, favoriser l'introduction de l'air. Je n'avais pas de canule à ma disposition, et je n'entrevoyais pas la possibilité de m'en procurer. J'essayai de m'en fabriquer une avec une branche de sureau ; mais, malgré tous les soins que je mis à sa confection, je ne pus parvenir à l'introduire, et, d'une autre part, je ne pouvais pas toujours faire dilater la plaie avec des pinces.

La nécessité et l'urgence d'agir me conduisirent à faire usage d'un moyen dont je dois les détails à l'Académie. Susceptible lui-même de modifications, j'espère qu'il rendra plus facile et plus sûre une opération qui jusqu'à ce jour avait offert tant de gravité. Tout, en effet, dans ces besoins extrêmes, peut être mis à profit ; et souvent, de ces choses, qui de prime-abord paraissaient ridicules, de ces moyens qu'on employait à tout hasard, est sortie une étincelle qui plus tard devait produire elle-même une vive lumière.

Je retournai deux épingles en forme de crochet ; j'attachai deux fils à leur tête, de manière à en faire une espèce de ligne de pêche, ou, mieux encore, de ces crochets propres à tendre des pièces anatomiques. Je fixai la pointe de chaque épingle ainsi recourbée sur chaque point du cartilage cricoïde que j'avais divisé, et, au moyen des fils que j'attachai en arrière, je pus maintenir béante l'ouverture que j'avais pratiquée. Au moyen de cet appareil, la respiration se fit avec une très grande facilité ; je n'aperçus que quelques traces de fausses membranes sur la muqueuse de la traché : cette muqueuse était comme fongueuse et violacée.

Je cautérisai l'arrière-gorge et le larynx avec de l'acide hydrochlorique étendu d'eau ; je couchai l'enfant sur le côté, afin de faciliter l'écoulement des mucosités, position qu'il garda près de trois heures, pendant lesquelles il s'endormit d'un sommeil fort calme et fort paisible. La cautérisation fut renouvelée quatre fois dans la journée, et, à neuf heures du soir, je pus ôter les épingles ; car la traction qu'elles avaient exercée sur les bords de la trachée faisait que ceux-ci se tenaient et se sont toujours tenus écartés d'une manière suffisante.

Pendant la nuit, et surtout pendant la journée du lendemain, la toux continua à être fréquente ; le pouls devint de nouveau petit et intermittent ; les traits de la face s'altérèrent ; je crus que mon petit malade allait succomber ; il avait rendu le matin un lombric par la bouche, et n'avait pas eu de selles depuis trois jours ; je lui fis prendre 20 centigrammes de calomelas, et, pour boisson, il avait de loin en loin le sein de sa mère, Je n'aurais pu lui en donner une meilleure.

La nuit du 5 fut fort agitée ; le calomelas ne procura aucune amélioration.

Le 6 au matin, je trouvai un peu plus de calme. Le pouls était moins fréquent, et il avait repris sa régularité ; l'appétit revenait, car, lorsqu'il tenait le sein, la mère avait beaucoup de peine à lui faire lâcher prise. Je lui donnai 25 centigrammes d'ipécacuanha. Les cautérisations étaient toujours continuées trois fois par jour, et les mucosités s'écoulaient facilement par l'ouverture de la trachée. Il rendit encore quelques fausses membranes par la bouche.

Le 7, il eut deux selles liquides sans avoir éprouvé aucun effort de vomissement. L'arrière-gorge me parut être débarrassée des fausses membranes, et les amygdales revenues à peu près à leur volume ordinaire. Je cautérisai encore une fois.

A dater de ce jour, il marcha vers une convalescence rapide. Le 10, j'administrai de nouveau 20 centigrammes de calomelas. Il n'avait pas eu de selles depuis le 7. Cette substance produisit un léger effet purgatif, et fit expulser quatre vers lombrics. Il a encore rendu quelques traces de fausses membranes.

L'enfant a repris sa gaîté, son appétit et son embonpoint. Le 25 février, la plaie était parfaitement cicatrisée, la parole revenue, ainsi que la facilité de la respiration.

J'ai été taxé d'imprudence par quelques-uns de mes confrères auxquels j'ai fait part de cette opération. Un insuccès pouvait compromettre mon avenir. Malgré toute l'estime et l'amitié que j'ai pour ceux qui me tenaient ce langage, je ne puis cependant admettre une pareille manière de voir. Sans avis de personne, et j'avoue que, dans cette circonstance, j'aurais été heureux d'en avoir, sans aucune hésitation j'ai pris le seul parti qui pouvait offrir la seule chance de salut pour la vie de cet enfant. Quand bien même le succès le plus complet n'eût pas couronné mes efforts, quoique habitant une province remplie de préjugés, et par là même portée à la médisance, je serais tout prêt à recommencer encore dans des circonstances analogues, et j'ai saisi avec empressement l'occasion qui m'en a été offerte depuis.

On me dira que le mal était local et n'avait pas encore dépassé les limites du larynx ; qu'alors je me trouvais dans les conditions les plus avan-

tageuses pour réussir. J'admets volontiers cette circonstance, et, en effet, je ne constatai que quelques fausses membranes sur la muqueuse trachéale; mais, malgré ce peu d'étendue du mal, l'enfant n'en allait pas moins périr; et d'ailleurs, croit-on que souvent il n'en est pas ainsi? A-t-on des symptômes assez tranchés pour reconnaître le moment où l'affection a dépassé ce siége? Si, dans quelques cas où l'on a opéré, elle avait fait des progrès trop étendus, combien de fois aussi, en agissant plus souvent et plus tôt, n'en aurait-on pas trouvé de plus curables, et n'aurait-on pas eu des succès plus nombreux? Je crois donc que, dans l'incertitude, il ne faut pas abandonner la maladie à elle-même, car alors l'issue en est connue d'avance. Si, comme on le fait presque toujours, on n'attendait pas à la dernière extrémité, je ne mets pas en doute que, très fréquemment, on trouverait réunies des conditions meilleures et l'on réussirait plus souvent.

Peut-être pourra-t-on me demander pourquoi moi-même j'ai attendu si longtemps, et pourquoi je ne fais nullement mention du traitement antérieur que j'ai mis en usage. Je dirai que je voyais le malade pour la première fois, et que la veille encore il avait passé la journée entière dans une grange, où on lui donnait du vin pour boisson.

J'ai cru devoir cautériser avec de l'acide hydrochlorique et employer quelques dérivatifs sur le canal intestinal. Je n'ai eu qu'à me féliciter de ces moyens. Le troisième jour qui suivit l'opération, je donnai 25 centigrammes d'ipécacuanha qui ne produisirent pas les vomissemens que je voulais provoquer, mais qui procurèrent deux selles abondantes.

Je déplorais l'impossibilité où je me trouvais de me procurer une canule. Je n'ignorais pas l'immensité du service qu'avait rendu M. Bretonneau en donnant au diamètre de celle-ci l'étendue qu'elle n'avait pas avant lui, et qui ne permettait pas à une suffisante quantité d'air de pénétrer dans les lobules pulmonaires; la nécessité m'a conduit à l'usage d'un moyen qui, employé d'une manière plus convenable, et la chose n'est pas difficile, pourra peut-être remédier à quelques-uns des inconvénients de la canule.

Le plus grave, en effet, comme l'observaient devant l'Académie de médecine MM. Nonat et Boullard, est la facilité avec laquelle la canule s'obstrue par des mucosités ou des fausses membranes. Aussi M. le professeur Trousseau, si compétent en pareille matière, donne-t-il le conseil de la changer deux fois par jour, afin de l'en débarrasser. On comprend que rien de semblable ne peut se reproduire lorsque les bords de la trachée sont tenus suffisamment écartés par deux crochets auxquels on donnera une forme plus convenable que des épingles tordues: on pourrait même leur ajouter un ressort élastique qui produirait une dilatation nécessaire, et qu'on pourrait fixer lui-même en arrière avec un cordon, comme on le fait pour la canule. Rien dès-lors ne s'opposera à la sortie spontanée des mucosités et des fausses membranes, sortie qu'on favorisera, soit avec un linge, soit avec une petite éponge.

Si la canule de M. Bretonneau permet à la respiration d'être plus facile, à plus forte raison doit-elle se faire librement lorsqu'aucun corps étranger n'est introduit dans les voies aériennes; et si, pour la faciliter encore, il fallait inciser un ou deux cerceaux de la trachée, on le ferait sans que l'opéré en eût, pour ainsi dire, la conscience, surtout si l'on avait eu la sage précaution d'inciser les tégumens, et particulièrement en bas, dans une étendue plus considérable que l'ouverture faite à la trachée.

On a signalé dans ces cas l'apparition d'une pneumonie fréquemment et promptement mortelle. Je me garderai bien de l'attribuer exclusivement à la canule; mais peut-être sa présence peut-elle ne pas toujours y être étrangère. En effet, elle irrite la muqueuse trachéale, et cela au-delà des limites de la plaie. Il ne se produit rien d'analogue en faisant usage de l'instrument que je propose, et qui consiste en deux petits crochets dirigés en dehors, montés sur un ressort élastique, et dont le moyen d'union serait dirigé du côté du larynx.

On serait dans l'erreur de croire que l'irritation causée par les deux petits crochets pût produire les inconvéniens qu'on reproche à la canule. Il n'en est rien, puisqu'ils ne touchent qu'un point très circonscrit et le plus élevé de la trachée; et en second lieu, parce qu'on peut ne les laisser que très peu de temps en place.

Lorsque les fibro-cartilages de la trachée ont été soumis pendant un certain temps à une déviation convenable, peut-être pourront-ils conserver d'eux-mêmes la forme ou la position qu'on leur a donnée d'une manière mécanique; c'est au moins ce que j'ai directement constaté. J'opérai mon malade à 7 heures du matin; à 9 heures du soir, j'ôtai les deux épingles, et les bords divisés de la trachée ne se rapprochèrent pas. Plus tard, et pendant le travail de la cicatrisation, ils se sont peu à peu réunis et la plaie s'est fermée spontanément. Si, dans tous les cas, ce temps ne suffisait pas, et si les fibro-cartilages avaient une tendance trop prompte à se réunir, on serait toujours à même de réappliquer l'appareil.

Une recommandation que je ne saurais trop faire, c'est de tenir les malades couchés sur le côté, afin que les fausses membranes ou les mucosités puissent plus facilement sortir par la plaie. Dans le décubitus dorsal, cette expulsion est beaucoup plus difficile. C'est souvent une cause de toux violente et d'imminence de suffocation. Chaque fois que mon petit malade était sur le dos, il éprouvait les accidens qu'une meilleure position faisait promptement disparaître. Ses forces ne lui permettaient pas d'expulser les mucosités abondantes que les bronches fournissaient constamment.

Je passe sous silence les autres moyens accessoires du traitement, qui ont été si sagement appréciés dans la discussion qui eut lieu il y a bientôt deux ans, à l'Académie de médecine. Je ne puis mieux faire que de renvoyer aux comptes rendus de cette savante compagnie.

Telles sont les réflexions que m'a fournies ce fait, qui, ajouté à ceux que possède déjà la science, tend à rendre plus générale une opération qui trop souvent est faite dans de fâcheuses circonstances et à une période tellement avancée de la maladie que presque toujours elle a pu être considérée comme un remède extrême. Toujours est-il qu'elle m'a procuré l'immense bonheur de rappeler à la vie un enfant qui, sans son secours, l'aurait très promptement perdue.

Dans la première observation que je viens d'avoir l'honneur de communiquer à l'Académie, je remplissais la partie la plus agréable de ma tâche, en vous annonçant que le succès le plus complet avait suivi une opération de trachéotomie que j'avais pratiquée sur un enfant âgé de 23 mois et affecté du croup. Je viens m'acquitter d'une seconde mission qui, bien que plus triste et plus pénible, n'en sera pas, je crois, moins digne d'intérêt.

Obs. — Le 10 mars 1841 je fus appelé, à 5 heures du soir, pour me rendre chez le nommé Géry, qui habite le village de Luchat, éloigné du Grand-Bourg de trois lieues environ. A mon arrivée, on me présenta un enfant âgé de 2 ans, d'une bonne constitution et habituellement bien portant. On m'assura que, sans aucune cause susceptible de déterminer sa maladie, il avait été pris spontanément, depuis 5 jours, d'un enrouement, léger d'abord, mais qui ne tarda pas à déterminer une toux, qui revenait assez fréquemment, mais sans expectoration; elle était accompagnée d'un sifflement qui devint de plus en plus prononcé.

Cette toux, lorsque je vis le malade, était tout-à-fait caractéristique, ainsi que l'inspiration, qu'on entendait à distance. Mais ce qui paraissait le plus fatiguer le petit malade, c'étaient tes efforts prodigieux qu'il était obligé de faire pour expulser l'air qu'il avait introduit à grand'peine dans les poumons. En un mot, l'expiration paraissait être plus laborieuse que l'inspiration. Les amygdales étaient tuméfiées et couvertes de fausses membranes.

Depuis le 4 février jusqu'au 15 mars, j'ai vu huit cas de croup, et chaque fois j'ai observé ce gonflement considérable des amygdales et cette difficulté de l'expiration. Du reste, dans un travail spécial, je rendrai compte à l'Académie des circonstances principales de cette épidémie, qui a seulement sévi sur trois villages. Je ne signale maintenant que les deux cas où il m'a été permis d'opérer.

Le malade dont je rapporte l'histoire était dans une agitation extrême; il avait quelques mouvemens convulsifs, les yeux saillans, et ce regard inquiet qui, dans cette affection, annonce une suffocation imminente. Ses parens jugeaient sa maladie mortelle, et pendant près d'une demi-heure que durèrent les délibérations pour savoir si j'opérerais, je voyais la maladie faire des progrès effrayans et la mort arriver; enfin, on me laissa libre, après toutefois que j'eus bien prévenu de tout ce qui pouvait survenir. A neuf heures du soir, à l'aide d'une chandelle et de quelques femmes de village, il me fallut agir. Je crois qu'il est difficile que l'Académie se fasse une idée de toutes les pensées qui assiègent un chirurgien, alors qu'il est entouré d'un pareil cortège pour arrêter la vie qui va échapper à son semblable.

En effet, cet enfant était mourant; je n'eus que le temps de couper bien vite les parties molles, et de faire une incision à la trachée, sans avoir pu lier préalablement aucun vaisseau; j'étais d'ailleurs rassuré par l'exemple de M. le professeur Trousseau, et j'avoue qu'il ne s'écoula pour ainsi dire pas de sang. A peine l'incision de la trachée était-elle achevée que l'enfant détourna les yeux et ne donna plus aucun signe de vie. Je me hâtai de comprimer par saccade l'extrémité inférieure du thorax, afin d'établir une respiration artificielle. Mes tentatives duraient depuis près de cinq minutes, lorsque les femmes qui m'aidaient sortirent, me priant de ne pas continuer mes efforts sur un cadavre; je parvins cependant à en retenir une près de moi pour faire écarter les bords de la plaie, et je continuai la compression saccadée du thorax sans aucune interruption. Il y avait près de vingt minutes que durait cette manœuvre qui commençait à me fatiguer considérablement, lorsque je crus remarquer une légère pulsation du cœur; je redoublai d'efforts, et j'entendis bientôt une inspiration qui ne tarda pas à être accompagnée d'une seconde, et peu à peu la vie revint à cet enfant qui paraissait l'avoir définitivement perdue.

N'ayant encore rien de mieux à ma disposition pour écarter la trachée, je fixai deux épingles courbées en crochet, comme je l'avais fait une première fois. Je couchai le petit malade sur le côté, et peu de temps après il parut fort calme. Il

y avait près d'une demi-heure que la respiration était bien rétablie, lorsqu'il eut un accès de toux très violent. Il sortit par l'ouverture une fausse membrane de près de 7 ou 8 centimètres de longueur; elle formait un tube qu'il me fut facile d'insuffler; elle était bifurquée inférieurement. Cette expulsion, qui procura à l'enfant une respiration beaucoup plus facile, me fit porter un pronostic extrêmement grave; car elle me donnait la certitude que la maladie avait gagné les divisions bronchiques, et que très probablement elle se terminerait d'une manière funeste. Je fis part de mes craintes à ceux qui m'entouraient et qui croyaient déjà, vu le calme dont jouissait cet enfant, qu'il n'avait plus aucun danger à courir. Je le quittai à dix heures et demie du soir, après avoir cautérisé deux fois avec de l'acide hydrochlorique. Le lendemain, à huit heures, j'arrivais près de lui, lorsque j'eus la douleur d'apprendre qu'il n'y avait pas un quart d'heure qu'il venait d'expirer.

Ses parens me dirent qu'il avait dormi d'un sommeil fort calme une grande partie de la nuit; que trois fois il avait pris le sein de sa mère; qu'il avait encore rendu des *peaux* (c'est ainsi qu'ils désignaient les fausses membranes), et que le voyant bien le matin ils avaient voulu le remuer pour faire son lit; c'est alors que, l'appareil s'étant dérangé, les bords de la plaie s'étaient rapprochés, et que presque subitement il était mort de suffocation.

L'autopsie ne put être faite.

De cette observation, il résulte un fait d'une très grande importance; c'est l'expulsion facile des fausses membranes au moyen de l'écartement que je propose. Je doute que jamais une aussi considérable ait été expulsée avec autant de facilité lorsqu'on fait usage de la canule seulement. Je la conserve dans de l'alcool, et c'est elle que je présente aujourd'hui à l'Académie. Mais si j'insiste sur cette facilité d'expulsion, pourquoi ne conviendrais-je pas aussi que cet appareil peut se déplacer et compromettre une opération; c'est, en effet, ce qui a eu lieu; c'est aussi pour remédier à cet inconvénient que je préfère un instrument à ressort qui pourra mieux se fixer; et même j'ajouterai que dans des campagnes comme celles que j'habite, là où les villages sont quelquefois à une grande distance, où les soins sont donnés par des gens très portés de bonne volonté, mais d'une grande ignorance, il serait peut-être plus avantageux, une fois l'expulsion de la plus grande partie des fausses membranes opérée, de remplacer les pinces par la canule qui s'opposerait mieux à l'inconvénient que je signale; sauf même à alterner les deux moyens entre eux. Qu'on songe bien que je parle de ces moyens propres à être appliqués dans des campagnes et nullement dans les grandes villes, ni dans les hôpitaux où les pinces seules me paraissent préférables. Là, en effet, les soins de surveillance sont donnés avec un zèle et une habileté peu ordinaires par les internes.

Le procédé que j'indique et l'usage de la pince qui le constitue offrent encore de très grands avantages sur ceux indiqués jusqu'à ce jour. Dans un travail spécial, j'insisterai plus particulièrement sur chacun d'eux; je me bornerai à indiquer ici la grande facilité avec laquelle l'air peut traverser librement le larynx, et permettre de la sorte sa guérison plus prompte et l'exercice de la parole; car la voix ne se trouve que très peu modifiée et seulement pendant un temps très court.

Un autre avantage immense est le suivant: lorsque la trachéotomie est pratiquée pour l'extraction d'un corps étranger, si celui-ci ne se présente pas immédiatement à l'ouverture, on ne peut, pour attendre la sortie, faire usage d'une canule qui s'y opposerait; le meilleur des moyens qu'on puisse employer, n'est-il pas cette pince dilatatrice qui, tout en tenant l'ouverture béante, ne s'opposera en rien à l'impulsion spontanée du corps introduit?

Du reste, l'Académie appréciera ces diverses indications, ainsi que le moyen que je soumets à son jugement.

M. Aug. Bérard, rapporteur, a proposé l'insertion de ce travail dans les Bulletins de l'Académie et l'admission de M. Maslieurat au nombre des candidats pour le titre de membre correspondant. L'Académie a adopté ces conclusions.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 7 MARS.

DE L'ORIGINE DES GLOBULES DU SANG, DE LEUR MODE DE FORMATION ET DE LEUR FIN.

M. DONNÉ lit sous ce titre un mémoire dont voici le résumé:

Il existe dans le sang trois espèces de particules: 1° les globules rouges ou sanguins proprement dits; 2° les globules blancs, qui n'ont été bien connus que dans ces derniers temps; 3° les globulins du chyle. Les globules rouges sont plats dans toutes les espèces de sang; ils sont circulaires dans le sang des mammifères, et elliptiques dans celui des oiseaux, des poissons et des reptiles. Les globules elliptiques sont les seuls qui présentent une substance solide dans leur intérieur; on ne peut pas démontrer l'existence d'un noyau dans le centre des globules circulaires.

Le contact de l'eau transforme tous les globules sanguins en petites sphères, et c'est à cette circonstance ignorée des anciens observateurs que l'on doit attribuer l'opinion de quelques-uns d'entre eux sur la forme sphérique des globules du sang des mammifères et sur la forme également sphérique que l'on admettait dans les globules du sang des oiseaux, au moment de leur formation dans l'embryon; cette forme n'est que secondaire et déterminée par l'action de l'eau dont on se servait pour étendre le sang ou pour préparer l'embryon de l'œuf.

Les globules sanguins proprement dits des mammifères, ou les globules circulaires, sont solubles dans l'acide acétique sans laisser de résidu. Les globules sanguins proprement dits des oiseaux, des poissons ou des reptiles, ne sont qu'en partie solubles dans l'acide acétique; la substance interne ou noyau résiste à l'action de cet agent. Tous les globules sanguins, quelles que soient leur forme et la classe à laquelle ils appartiennent, sont solubles dans l'ammoniaque et insolubles dans l'acide nitrique.

En résumé, les globules sanguins proprement dits, ou les globules rouges, paraissent formés d'une vésicule aplatie, contenant une substance solide ou noyau dans les globules elliptiques et une substance fluide dans les globules circulaires.

L'anomalie qu'on a signalée dans les globules sanguins de la femelle des chameaux ne porte que sur la forme et nullement sur la structure intérieure; celle-ci est tout à fait semblable à celle des globules sanguins des autres mammifères.

Les globules blancs sont incolores, sphériques, légèrement frangés dans leurs contours et comme granuleux; ils existent dans le sang de tous les animaux, et on peut les voir circulant avec le sang dans l'intérieur des vaisseaux; leur nombre est bien plus considérable qu'on ne le pensait; l'eau les désagrège, l'ammoniaque les dissout; l'acide nitrique les contracte; ils paraissent formés d'une vésicule contenant dans son intérieur trois ou quatre granulations solides.

Les globulins sont de petits grains n'ayant pas plus de $\frac{1}{300}$ mill. de diamètre, et sont semblables aux globulins du chyle.

On ignorait jusqu'ici l'origine, le mode de formation et la fin des globulins sanguins; voici ce qui résulte des recherches de M. Donné sur ce sujet:

Les globules du sang ne sont pas tous identiques ni au même degré de formation; ils ne résistent pas tous de même à l'action des agens chimiques, et la différence de leurs propriétés indique qu'ils ne sont pas tous au même état de développement.

Les globulins sont le produit du chyle incessamment déversé dans le sang; ces globulins se réunissent trois à trois ou quatre à quatre, et s'enveloppent d'une couche albumineuse en circulant avec le sang; ils constituent de cette manière les globules blancs.

Les globules blancs, une fois formés, changent peu à peu de formes; ils s'aplatissent, se colorent, et la matière intérieure granuleuse devient homogène ou se dissout; ils se transforment enfin en globules sanguins proprement dits ou en globules rouges.

Les globules sanguins rouges n'ont eux-mêmes qu'une existence passagère: ils se dissolvent dans le sang au bout d'un certain temps, et constituent ainsi le fluide sanguin proprement dit.

Certaines substances sont susceptibles de se transformer immédiatement en globules sanguins par leur mélange direct avec le sang.

Le lait qui, par sa constitution organique, par l'état de ses principaux élémens et par ses propriétés physiologiques, a la plus grande analogie avec le sang, est surtout propre à démontrer cette transformation. Les injections du lait dans les veines des animaux, en certaines proportions, ne produisent en effet aucune action délétère, et la nature des globules de ce liquide permet de le suivre et de le reconnaître partout.

Or, l'observation démontre que ces globules injectés dans les vaisseaux se transforment diversement en globules sanguins par le même mécanisme qui fait passer les globules du chyle à l'état de globules blancs, et ceux-ci à l'état de globules rouges.

La rate paraît être spécialement chargée d'opérer cette transformation; c'est dans moins dans cet organe que l'on trouve le plus grand nombre de globules blancs à tous les degrés de formation.

L'examen de la circulation dans les organes les plus vasculaires ne montre, en aucun point, les globules sanguins partant de leurs vaisseaux pour aller se combiner aux organes ou aux élémens organiques; mais la partie fluide du sang transsude au travers des parois vasculaires, et c'est là probablement le fluide essentiellement organisateur.

Enfin, les jeunes animaux nourris avec d'autres substances que le lait s'élèvent et se développent beaucoup moins bien que ceux auxquels on conserve le lait de leur mère, et l'influence d'une nourriture mal appropriée peut aller jusqu'à altérer sensiblement la forme et la nature des globules du sang.

SUR LA STATION DES ANIMAUX.

M. MAISSIAT pense que cette question n'a pas été suffisamment examinée. On suppose, dit-il, une contraction musculaire incessante; mais alors la station serait aussi peu longtemps endurable que l'action de tenir le bras tendu. En outre, les physiologistes sont unanimes pour dire que l'attitude naturelle à l'homme debout est de se tenir sur ses deux pieds; or l'attitude naturelle à l'homme est de se tenir sur un seul membre: le mode admis jusqu'à présent ne s'applique qu'aux animaux qui usurpent momentanément la pose bipède. Mais l'homme jouit en

propre, par cette pose relevée (et c'est ce qui la lui rend naturelle), d'un mécanisme particulier fort élégant qui lui permet d'y rester, dans certaines attitudes, en équilibre suffisamment stable, sans qu'il ait besoin de l'action continue d'aucun muscle.

On parvient à l'intelligence de ce mécanisme par la considération des *torsions* qui ont lieu, durant la station, dans certaines jointures; c'est-à-dire qu'il survient alors des tractions sur divers ligamens connus et décrits; mais la clef de tout est dans une bande fibreuse qui n'est connue jusqu'ici que comme portion plus résistante de l'aponévrose, *fascia lata*: ce serait un vrai ligament articulaire tendu pendant la station. Cette bande fibreuse, assez mal terminée par ses bords, est d'une largeur variable entre 4 et 8 centimètres environ; elle naît de la crête iliaque, à son point le plus saillant en dehors; de là, elle descend verticalement sous la peau, touche au grand trochanter, sur lequel elle est mollement assujetie; puis, longeant la cuisse, elle atteint le tibia et s'y fixe en dehors du genou (ilio-trochantero-tibiale). M. Maissiat entre ensuite dans des développemens qu'on peut résumer ainsi:

1° D'avant en arrière, l'équilibre est stable à l'articulation coxo-fémorale, parce qu'un plan vertical passant par un axe transversal de torsion qui y existe, laisse en arrière le centre de gravité des parties supérieures, d'où il suit que le centre de gravité ne peut se mouvoir ni en avant, car il devrait en même temps remonter, ni en arrière, parce que la résistance à la torsion s'y oppose. L'équilibre est parfaitement stable à l'articulation du genou, parce qu'un plan vertical, mené par son axe de torsion, laisserait en avant le centre de gravité des parties supérieures, d'où il suit que ce centre de gravité ne saurait se mouvoir ni en arrière sans remonter, ni en avant sans forcer les ligamens croisés. Sur l'axe tibio-tarsien, l'équilibre n'est guère qu'instable: là quelques contractions musculaires rares, alternatives, deviendront nécessaires et suffiront.

2° Tant que l'homme se tient sur deux membres, l'équilibre latéral n'est qu'instable sans l'action continue de certains muscles. Le genou étant latéralement inflexible, on peut dans ce sens considérer le tibia et le fémur comme une seule tige rigide, et partant les membres inférieurs comme deux tiges verticales réunies en haut par le bassin. Le bassin compléterait ainsi avec le sol une sorte de cadre rectangulaire sur lequel serait posée la masse du tronc.

Mais il reste aux quatre angles de ce cadre idéal, c'est-à-dire aux articulations coxo-fémorales et aux pieds, une certaine mobilité trop facile encore pendant l'attitude sur deux muscles; par suite, l'équilibre n'y est passivement possible que pour la position exactement symétrique de tout ce système, et n'est évidemment qu'instable. Au moindre dérangement des masses à droite et à gauche, le mouvement continuerait angulairement en s'accélérant jusqu'au sol, si les angles pouvaient indéfiniment varier.

Mais celui des deux angles supérieurs qui devient aigu, c'est-à-dire celui du côté du membre sur lequel passe le centre de gravité du tronc, ne devient aigu que par torsion. En effet, il ne sera bientôt plus possible à cet angle de diminuer, à cause de la résistance de la bande ilio-trochantéro-tibiale de son côté et des autres ligamens dont la distension augmente successivement. Cette résistance à la torsion deviendra à la fois invincible près de la position où la verticale du centre de gravité du tronc passerait par le pied qui porte, et il y a alors *état stable d'équilibre mobile*, c'est-à-dire d'équilibre qui tend incessamment à se troubler, mais qui se rétablit sans cesse par le fait même du mouvement, dès que ce mouvement commence.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 8 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. FOUQUIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

M. Chervin, présent à la séance, exprime à l'Académie toute sa reconnaissance pour la sympathie et les marques d'intérêt que ses collègues lui ont témoignées pendant sa maladie.

PLACE VACANTE A L'ACADÉMIE.

M. Bouvier lit le rapport de la commission nommée pour désigner la section dans laquelle devra se faire l'élection prochaine. La commission considérant que, depuis la dernière nomination faite dans le sein de chacune des trois sections, les décès ont été au nombre de 4 pour celle de pharmacie, de 2 pour celle de médecine opératoire et de 10 pour celle de pathologie médicale, propose que l'élection ait lieu dans la section de pathologie médicale. (Adopté.)

TOPOGRAPHIE MÉDICALE.

M. Dubois (d'Amiens) lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Cicalla, relatif à la topographie médicale de l'île de Santorino.

Ce travail, dit M. le rapporteur, embrasse toutes les questions qui se rattachent au climat, à la météorologie, au mouvement des naissances et des décès, aux vaccinations, enfin aux établissemens sanitaires de cette contrée, ainsi qu'aux maladies épidémiques qu'on y observe le plus fréquemment. Si cette île n'est pas sortie du sein de la mer, comme le croyaient les anciens, on ne peut nier du moins que son sol n'ait été profondément remué par des éruptions volcaniques. Elle renferme plusieurs sources d'eaux minérales; et l'une d'elles présente même une propriété singulière; car on a remarqué que l'eau du ruisseau, dans lequel elle tombe et qui va se jeter à la mer, décape et nettoie en très peu temps la doublure de cuivre des bâtimens qui mouillent dans ces parages.

L'île contient 12,372 habitans, dont 6057 hommes et 6315 femmes, chiffre en désaccord avec ce que l'on sait de la prédominance du nombre des hommes sur celui des femmes, mais trop restreint pour pouvoir ébranler la loi générale. Cette population compte 89 prêtres et trois médecins seulement; il n'y a qu'un pharmacien. La vaccine n'a été introduite dans l'île qu'en 1809, et pendant longtemps les familles riches jouirent seules de son bienfait. Aujourd'hui même, quoique son usage soit plus généralement répandu, il n'est pas d'année qu'on n'observe encore quelques cas de variole.

Les conclusions du rapport sont:

1° D'inscrire le nom de l'auteur sur la liste des candidats à la place de membre correspondant.

2° De lui adresser une lettre de remercimens, en l'invitant à poursuivre ses travaux pendant une plus longue période, afin d'ajouter à l'importance qu'ils doivent avoir en hygiène et en pathologie.

M. Rochoux: M. Dubois (d'Amiens) a signalé dans son rapport un fait qui mérite attention. Si l'on en croit l'auteur, les enfans de l'île Santorino seraient très sujets à la diarrhée, et cependant le climat y est excellent. Cela ne tiendrait-il point à l'alimentation? Il serait important de demander à ce sujet des renseignemens plus détaillés à M. Cicalla.

M. Dubois (d'Amiens): La cause de cette diarrhée me paraît tout simplement être l'humidité des habitations, que M. Cicalla mentionne comme une circonstance fort commune dans l'île de Santorino, et qui est bien de nature à exercer une grande influence sur les fonctions du tube digestif.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

COMPOSITION DES COMMISSIONS POUR LES PRIX.

L'Académie procède à la nomination des commissions chargées d'examiner les mémoires envoyés pour les concours des différens prix. Ces commissions seront ainsi composées:

Pour le prix de l'Académie: MM. Bafos, Bégin, Honoré, Martin-Solon, Delens.

Pour le prix Civrieux: MM. Castel, Réveillé-Parise, Pariset, Hamel, Espiau.

Pour le prix Portal: MM. Cruveilhier, Blandin, Ribes, Cornac, Huzard.

AMPUTATION POUR UNE LUXATION CONSÉCUTIVE DU GENOU.

M. A. Bérard présente le membre inférieur d'une femme chez laquelle il a récemment pratiqué l'amputation de la cuisse. Il y a aujourd'hui 18 mois que la malade, à la suite d'une chute, avait été atteinte d'inflammation articulaire. Il se forma un épanchement de synovie dans le genou, et peu à peu les os de la jambe se portèrent en dehors et en arrière du fémur. Dans cet état, M. A. Bérard chercha à provoquer l'ankylose, et il commença par vider l'articulation du liquide qu'elle contenait, ce qui fut fait par la méthode sous-cutanée. Aucun accident ne suivit cette ponction, après laquelle on jugea encore nécessaire de faire la section du biceps fémoral, qui était rétracté. Malgré ces soins préliminaires, l'ankylose ne put être déterminée par aucun moyen, et le membre, pliant en tous les sens, et n'étant qu'un poids incommode, incapable de rendre aucun service, la malade demandant d'ailleurs avec instance à en être débarrassée, M. Bérard se décida à l'amputation. On peut constater sur la pièce anatomique que les extrémités articulaires du tibia et du fémur sont atrophiées et déformées; leur surface diarthrodiale, dépourvue de cartilages, est recouverte d'une couche osseuse éburnée. Quant au tendon du biceps, qui a été divisé il y a un mois, on voit que l'écartement de trois centimètres, existant entre ses deux bouts rétractés, a été rempli par une substance d'aspect fibreux, très adhérente aux extrémités du tendon, et tout-à-fait capable de jouer le rôle de celui-ci dans les mouvemens du membre.

M. Gimelle: J'ai en ce moment aux Invalides un malade, âgé de 58 ans, qui, à la suite d'une hydarthrose, dont le liquide a été résorbé, a eu une luxation du tibia en arrière. Il se trouve aujourd'hui dans le même état que le sujet dont M. Bérard vient de nous parler.

M. Nacquart demande si, dans le cas de M. Bérard, on n'aurait pas pu essayer de provoquer l'adhérence des surfaces articulaires du genou, en poussant dans l'articulation une injection irritante.

M. Bérard: Je n'aurais pas osé employer ce moyen, car l'effet de cette irritation pouvait facilement dépasser les limites de la phlegmasie adhésive et produire une suppuration, dont on connaît tous les dangers dans de pareilles circonstances.

CROUP CHEZ L'ADULTE.

M. Huguier présente les pièces provenant de l'autopsie d'une femme morte à la suite du croup. Cette malade était âgée de 24 ans, et l'affection diphtéritique ne s'est pas accompagnée chez elle de la toux caractéristique; il y avait seulement aphonie, et, surtout au début, sifflement laryngo-tracheal. La mort est survenue au bout de 40 heures, tout-à-fait instantanément, et sans avoir été précédée des signes de l'asphyxie, sans suffocation ni lividité des lèvres très prononcées.

A l'autopsie on a trouvé des fausses membranes tapissant les amygdales, le pharynx, le larynx, la trachée et les premières divisions bronchiques. L'oreillette droite et le ventricule du même côté étaient recouverts par des caillots fibrineux, d'un blanc rosé, très adhérens aux parois de ces cavités, et envoyant des prolongemens considérables entre les colonnes charnues et dans l'intérieur de l'ar-

tère pulmonaire. M. Huguier ne serait pas éloigné d'attribuer à la présence de ces coagulations la mort si subite de la malade.

MORVE FARCINEUSE CHRONIQUE CHEZ L'HOMME.

M. AMBROISE TARDIEU, interne des hôpitaux, montre les fosses nasales d'un malade qui vient de succomber à la morve farcineuse chronique, dans le service de M. Rayer, à la Charité. Cet homme était maréchal-ferrant depuis onze ans, et employé dans une maison où l'on faisait aussi de la médecine vétérinaire. Il avait été chargé particulièrement de panser un cheval qui avait plusieurs abcès, un, entre autres, situé au garrot et répandant une odeur infecte. Ce cheval a été retrouvé au roulage du Château-d'Eau, et l'on a constaté qu'il était atteint de la morve chronique. Le jeune malade commença, vers la fin de décembre 1840, à voir se développer des abcès nombreux en différens points du corps. Pendant quatorze mois qu'il resta à l'hôpital, il ne présenta d'autres symptômes que ces abcès, de la diarrhée et un dépérissement graduel. Les abcès s'étaient cicatrisés une première fois; et, il y a à peu près un an, le malade, dont les forces étaient un peu revenues, avait pu quitter la Charité et se regardait comme guéri. Mais il ne tarda pas à retomber. De nouveaux foyers se formèrent, la constitution s'altéra de plus en plus, et il succomba dans le marasme le 5 mars 1842. Jamais il n'avait accusé aucune douleur du côté des fosses nasales, et on n'avait noté ni épistaxis, ni jetage purulent par les narines, ni fétidité de l'haleine. La respiration était à peu près normale; il n'y avait ni toux, ni expectoration.

A l'autopsie, outre les traces d'anciennes suppurations dans le tissu cellulaire sous-cutané, les muscles et les articulations du pied gauche et du poignet droit, on trouve, dans les fosses nasales, une perforation de la cloison, large comme une pièce de 50 centimes, à bords réguliers, entourée d'un cercle rougeâtre en forme de bourrelet, et de nombreuses ulcérations sur la partie postérieure de la cloison et sur les cornets. Les poumons présentent un grand nombre de points ecchymotiques et d'abcès métastatiques. La membrane muqueuse du larynx, de la trachée et des bronches est saine.

C'est la première fois que les caractères de la *morve chronique* ont pu être observés chez l'homme dans les fosses nasales. Tous les cas connus jusqu'à présent s'étaient terminés par la morve aiguë, et les lésions récentes avaient empêché de distinguer d'autres altérations véritablement chroniques.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

STATISTIQUE MÉDICALE DE L'HÔPITAL DU GROS-CAILLOU, ADRESSÉE AU CONSEIL DE SANTÉ DES ARMÉES; SUIVIE DE RECHERCHES THÉORIQUES ET PRATIQUES SUR LES FIÈVRES INTERMITTENTES ET RÉMITTENTES, SIMPLES ET PERNICIEUSES, ET SUR LES MALADIES TYPHOÏDES; par M. le baron MICHEL, docteur-médecin principal de première classe, etc. — In-8°, 1842. Paris, chez Fortin, Masson et comp., libraires-éditeurs.

De toutes les sources où la génération actuelle peut puiser l'instruction médicale, il n'en est pas de plus féconde que les hôpitaux militaires. Si, sous le point de vue de la variété des maladies, ils sont inférieurs aux hôpitaux civils, ils leur sont d'un autre côté bien supérieurs par la facilité qu'ils donnent d'observer les maladies dans les conditions les plus rapprochées qu'il est possible de trouver sous le rapport de l'âge, de l'alimentation, des occupations, de la force de la constitution, des influences atmosphériques. On ne peut, ailleurs, observer les maladies à une époque plus rapprochée du début, et conséquemment ils offrent les circonstances les plus favorables pour étudier, d'une manière fructueuse, leur marche, et juger les indications employées. Les hôpitaux militaires sont donc d'une grande utilité, non seulement comme moyens d'instruction médicale, mais ils doivent surtout contribuer au progrès de la science. Aussi, ne devons-nous point être étonnés de la part que prennent chaque jour au mouvement scientifique les médecins qui se trouvent à la tête de ces grands établissemens; peut-être aurions-nous plutôt lieu d'être surpris qu'ils n'y aient pas pris encore une part plus active, si nous ne connaissions tout ce que leurs fonctions ont, dans beaucoup d'occasions, de pénible et de fatigant, et si nous ne savions que fréquemment ils peuvent à peine suffire à leur premier devoir, la conservation du soldat. Peut-être cependant aurait-il été possible, sans augmenter notablement leur service déjà si chargé, de leur demander les résultats de leurs observations sur certains points, et d'après certaines formules qui varieraient suivant les points que l'on désirerait examiner. Si, comme en Angleterre, des rapports étaient fournis sur chacun des soldats reçus dans les hôpitaux militaires, nous n'aurions pas le regret de voir passer, sans profit pour la science, les faits presque innombrables qui s'y succèdent continuellement, et à l'aide desquels il eût été facile d'arriver à la solution de quelques-unes des questions les plus disputées.

Les regrets que nous exprimons ici, et qui ne peuvent laisser aucun doute sur la haute opinion que nous avons du dévoûment et du savoir de nos médecins militaires, sont confirmés à nos yeux par le travail que vient de publier M. le baron Michel, et qui fournit un exemple frappant de l'utilité qu'auraient, pour les études médicales, des relevés semblables à ceux que nous y trouvons, opérés sur une force aussi considérable que les armées françaises, et s'étendant à un certain nombre d'années.

Cette STATISTIQUE MÉDICALE a déjà été imprimée, par ordre du conseil de santé des armées, dans le RECUEIL DES MÉMOIRES DE MÉDECINE MILITAIRE; mais, au grand étonnement de l'auteur et de ceux qui apprécient avec justesse les intérêts de la science et les devoirs qui ressortent des positions, elle y était accompagnée de notes critiques rédigées par M. C. Broussais. Cet acte insolite, qui ne peut trouver d'excuse, ni dans le respect pour une gloire éteinte, ni dans le sentiment le plus exagéré de la piété filiale, ni dans la conscience d'une supériorité que rien ne décèle, cet acte était trop opposé à tous les usages pour que l'auteur de la STATISTIQUE MÉDICALE ne crût pas devoir en appeler des critiques déplacées, nous pourrions dire malveillantes et sans portée, du professeur du Val-de-Grâce, qui n'avait aucun titre à ce rôle, à un public désintéressé. Dans cette seconde publication de son travail, M. le baron Michel a mis devant les yeux de ses lecteurs les pièces du procès, en reproduisant les notes de son Aristarque, et les faisant suivre de réponses toujours justes, où l'on trouve un heureux mélange d'argumens solides, et d'une critique fine et spirituelle.

Le travail de M. Michel se compose de tableaux qui présentent la statistique médicale de l'hôpital militaire du Gros-Caillou pendant les deux semestres de 1838 et des considérations générales, avec quelques conclusions tirées de ces tableaux. Nous ne reproduirons pas l'exposé des constitutions médicales qui se sont manifestées pendant ces deux semestres et qui sont indiquées avec soin dans une exposition préliminaire, ni plusieurs réflexions judicieuses sur le traitement de différentes affections; nous citerons seulement le passage suivant sur celui de la fièvre typhoïde; il suffira pour faire comprendre quelle est la portée pratique des vues de l'auteur, et que, sans cependant désespérer de l'avenir de la science il est loin de partager les illusions auxquelles se laissent encore entraîner quelques médecins en prônant des médications déjà prônées et abandonnées tant de fois: « M'étant assuré que les saignées, les purgatifs et même les toniques en général n'opéraient que très peu de guérisons, j'ai pensé que l'irritation nerveuse en général, suspendant les sécrétions et celles des muqueuses surtout, ce qui est indiqué par la sécheresse de la langue et la grande altération qu'éprouve le malade, il fallait rétablir les fonctions de la peau, qui a une si grande relation avec les muqueuses internes, et en même temps calmer l'irritation nerveuse par des sédatifs appropriés; à cet effet, j'ai employé l'acétate d'ammoniaque uni au laudanum pour remplir les deux indications à la fois.

» Aussitôt qu'un militaire présente tout ou partie des symptômes propres à la fièvre typhoïde, tels que l'abattement, les rêvasseries, la sécheresse de la peau, l'activité du pouls, la soif et la langue cornée, j'administre 7 grammes 81 centigrammes d'acétate ammoniacal et 1 gramme de laudanum, étendus dans un litre d'eau gommée; le malade en boit à discrétion. Quelques-uns en ont bu jusqu'à quatre et cinq litres en vingt-quatre heures.

» Dès le second jour, quand la maladie est de nature curable et qu'elle n'est pas liée à des lésions organiques, la langue devient plus molle, elle annonce un commencement de sécrétion des muqueuses, la transpiration s'établit..... Cette méthode présente encore l'avantage immense d'abréger la convalescence et de mettre le militaire dans le cas de sortir de l'hôpital en état de reprendre son service une vingtaine de jours après sa guérison, tandis que précédemment un militaire atteint de cette maladie restait des mois entiers sans se remettre et finissait par avoir besoin d'une convalescence de six mois et très souvent d'être réformé. »

Ce passage nous fait voir que l'auteur ne craint pas de sortir de la routine d'où tant d'autres n'osent s'écarter. Quant à cette méthode, il s'en loue beaucoup, et sous son influence les cinq sixièmes des militaires affectés de fièvre typhoïde ont été sauvés en peu de temps. Ces résultats et quelques autres considérations sur la fièvre typhoïde que nous ne pouvons reproduire l'ont déterminé à classer cette maladie parmi celles de l'appareil nerveux et cérébro-spinal. Nous nous trouvons ici amené à dire quelques mots des tableaux qui sont au nombre de neuf, et qui comprennent tous les malades reçus pendant l'année 1838 à l'hôpital du Gros-Caillou, avec indication des régimens et des casernes, qui les ne

fournis, du mois où ils ont été admis, de la nature, du résultat de leurs maladies et du nombre des journées qu'ils ont passé à l'hôpital. Ne pouvant dépouiller ici ces tableaux d'une manière convenable, nous dirons cependant, afin de donner une idée de l'importance des résultats auxquels on arriverait par ce dépouillement, que sur 6,561 malades reçus, pendant l'année 1838, au Gros-Caillou, on a compté 429 cas de fièvre typhoïde, dont 90 se sont terminés par la mort.

Au milieu des nombreux détails que nous trouvons dans ces tableaux, nous regrettons de n'y pas voir l'indication générale des proportions numériques qui ont fourni ces malades, soit par caserne, soit par régiment. Celle des années de service des malades est encore un point important que nous n'avons pas trouvé dans ces tableaux, qui, du reste, sont très complets et seront consultés avec avantage par ceux qui se livrent aux recherches de statistique médicale.

L'auteur des notes critiques dont avait été accompagnée la publication de ce travail dans le RECUEIL DE MÉMOIRES DES CHIRURGIENS MILITAIRES a été mal inspiré; elles n'ont eu pour résultat que de montrer la faiblesse des motifs sur lesquels reposent ses convictions et de fournir à l'auteur critiqué l'occasion de donner tout le développement nécessaire aux propositions énoncées dans son travail, et qui sont si généralement admises qu'elles n'avaient pas besoin de nouvelles démonstrations. Quelques exemples pris au hasard nous feront connaître le caractère de l'attaque et de la réponse. Le critique persistant dans l'opinion que les fièvres intermittentes sont le résultat d'une irritation des centres nerveux, s'élève, dans la note C, contre l'auteur, qui avait affirmé le contraire, et cite surtout à l'appui de son opinion celle des médecins militaires français qui ont eu tant d'occasions d'observer les affections intermittentes en Algérie. Cette citation n'est pas heureuse, car c'est en Algérie que la doctrine physiologique a eu le revers le plus éclatant et de la part même de ses adeptes les plus fervents. « A Bone et en Algérie, dit M. le baron Michel, en 1832 et 1833, les adeptes radicaux de la doctrine physiologique ne voyaient dans les fièvres intermittentes et pernicieuses que des gastro-entérites et des gastro-céphalites aiguës continues, quand quelques médecins militaires comprirent que tous les symptômes dépendaient du protée intermittent, et que, quels qu'ils fussent, il fallait n'en tenir aucun compte et donner le sulfate de quinine à hautes doses. On obtint immédiatement des résultats tels, que les partisans de la nouvelle doctrine, désappointés, reconnurent l'erreur dans laquelle ils étaient, et rentrèrent dans cette voie de médication, qu'ils poursuivirent avec le plus grand succès. » Un chirurgien principal de l'armée d'Afrique écrivait à cette époque : « Combien nous nous applaudissons d'avoir adopté la méthode de M. le docteur Maillot; car, avant lui, je déclare que tous nos moyens étaient impuissans dans la médication des fièvres de Bône..... Il est de fait qu'à dater du moment où nous avons adopté le traitement ci-dessus indiqué, nos pertes ont été moins grandes. Mon témoignage ne saurait être suspect. Il faut que ma conviction soit bien établie pour avoir abandonné une doctrine dans laquelle j'avais tant de confiance. » Ces faits si importans, sur lesquels la GAZETTE MÉDICALE a plusieurs fois appelé l'attention, et qui sont si honorables pour la médecine militaire française, sont aujourd'hui entièrement acquis à la science, et on ne peut les nier, ni tâcher de les détourner de leur véritable direction, sans fermer les yeux à la lumière la plus évidente, et sans renoncer à toutes les voies d'amélioration et de progrès.

Nous voudrions continuer les citations, mais déjà nous avons dépassé les limites que nous nous étions prescrites. Cependant, nous ne pouvons nous dispenser d'indiquer deux lettres rapportées dans cette discussion, et qui démontrent que l'auteur de la médecine physiologique est loin d'avoir été le premier adversaire des fièvres essentielles, puisque Ch. Gandini avait déjà proclamé cette doctrine vers la moitié du dernier siècle, à l'Université de Milan.

Terminons par un mot sur le travail de M. le baron Michel, auquel nous attachons beaucoup d'importance, non seulement pour la valeur des faits qu'il contient, et qu'apprécieront surtout les médecins militaires et tous ceux qui se livrent à des recherches sérieuses de statistique médicale, mais aussi parce que nous espérons que le baron Michel trouvera des imitateurs, et que tant de faits qui passent inaperçus et sans fruit ne seront plus perdus pour la science, après l'exemple qu'il vient de donner.

G.

VARIÉTÉS.

— APERÇU SUR LA STATISTIQUE ET SUR LA TOPOGRAPHIE MÉDICALES DU DÉPARTEMENT DE LA MAYENNE; par M. LEMERCIER, docteur en médecine à Mayenne. — In-8°.

A Laval, imprimerie de S. Feillé-Granpré.

— FRAGMENS DE PHILOSOPHIE MÉDICALE; EXAMEN DES DOCTRINES DE CABANIS, GALL ET BROUSSAIS; par E. FRÉDÉRIC DUBOIS, d'Amiens, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie royale de médecine. — Première livraison in-8°. Prix : 1 fr.

A Paris, chez H. Cousin, libraire-éditeur, rue Jacob, 21.

— OBSERVATIONS CONCERNANT LES CHANGEMENS APPORTÉS AU PROJET DE LOI SUR LE RÉGIME DES PRISONS PAR LA COMMISSION DE LA CHAMBRE DES DÉPUTÉS CHARGÉS DE L'EXAMEN DE CE PROJET; par M. CHARLES LUCAS, de l'Institut. — Br. in-8°.

Paris, bureau de la Revue de législation et de jurisprudence, rue Saint-Fiacre, n° 3.

SÉRIE DE MÉMOIRES

SUR LES DIFFORMITÉS DU SYSTÈME OSSEUX;

Par le Docteur Jules Guérin

PREMIER MÉMOIRE. — MÉMOIRE SUR L'EXTENSION SIGMOÏDE ET LA FLEXION DANS LE TRAITEMENT DES DÉVIATIONS LATÉRALES DE L'ÉPINE; lu à l'Académie royale de Médecine, le 15 novembre 1835; in-8°, avec planches. — Prix. . . . . 2 fr.

DEUXIÈME MÉMOIRE. — MÉMOIRE SUR LES MOYENS DE DISTINGUER LES DÉVIATIONS SIMULÉES DE LA COLONNE VERTÉBRALE DES DÉVIATIONS PATHOLOGIQUES; présenté à l'Académie royale de Médecine, le 2 juin 1836; précédé de trois Rapports faits à l'Académie sur ce mémoire; in-8°, avec planches. — Prix. . . . . 3 fr.

TROISIÈME MÉMOIRE. — MÉMOIRE SUR UNE NOUVELLE MÉTHODE DE TRAITEMENT DU TORTICOLIS ANCIEN; présenté à l'Académie royale des Sciences, le 3 avril 1838; in-8°. — Prix. . . . . . 2 fr.

QUATRIÈME MÉMOIRE. — MÉMOIRE SUR L'ÉTIOLOGIE GÉNÉRALE DES PIEDS-BOTS CONGÉNITAUX; lu à l'Académie royale de Médecine, le 1[er] décembre 1838; in-8°. — Prix. . . . . 2 fr.

CINQUIÈME MÉMOIRE. — MÉMOIRE SUR LES VARIÉTÉS ANATOMIQUES DU PIED-BOT CONGÉNITAL DANS LEURS RAPPORTS AVEC LA RÉTRACTION MUSCULAIRE CONVULSIVE; présenté à l'Académie royale des Sciences, le 18 mars 1839; in-8°. — Prix. . . . . . . 2 fr.

SIXIÈME MÉMOIRE. — MÉMOIRE SUR LES CARACTÈRES GÉNÉRAUX DU RACHITISME; lu à l'Académie royale des Sciences, le 17 juillet 1837; in-8°, avec planches. — Prix. . . . . 2 fr.

SEPTIÈME MÉMOIRE. — VUES GÉNÉRALES SUR L'ÉTUDE SCIENTIFIQUE ET PRATIQUE DES DIFFORMITÉS DU SYSTÈME OSSEUX, exposées à l'ouverture des conférences cliniques sur les difformités, à l'hôpital des Enfans de Paris; suivies du RÉSUMÉ GÉNÉRAL DE LA PREMIÈRE SÉRIE DES CONFÉRENCES CLINIQUES. — Prix. . . . . . . 2 fr.

HUITIÈME MÉMOIRE. — MÉMOIRE SUR L'ÉTIOLOGIE GÉNÉRALE DES DÉVIATIONS LATÉRALES DE L'ÉPINE, PAR RÉTRACTION MUSCULAIRE ACTIVE; lu à l'Académie royale des Sciences, le 23 septembre 1839; in-8°. — Prix. . . . . 2 fr.

NEUVIÈME MÉMOIRE. — MÉMOIRE SUR UN CAS DE LUXATION TRAUMATIQUE DE LA SECONDE VERTÈBRE CERVICALE, DATANT DE SEPT MOIS, ET RÉDUITE PAR UNE MÉTHODE PARTICULIÈRE; in-8°, avec planches. — Prix. . . . . 1 fr. 50 c.

DIXIÈME MÉMOIRE. — NOUVELLES RECHERCHES SUR LE TORTICOLIS ANCIEN ET SUR LE TRAITEMENT DE CETTE DIFFORMITÉ PAR LA SECTION SOUS-CUTANÉE DES MUSCLES RÉTRACTÉS. . 3 fr. 50 c.

ONZIÈME MÉMOIRE. — RECHERCHES SUR LES LUXATIONS CONGÉNITALES; exposées dans les conférences cliniques du 29 janvier et du 3 février 1841, à l'hôpital des Enfans malades. — Prix. . . . . . 2 fr.

Au bureau de la GAZETTE MÉDICALE, rue Racine, n° 16.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET C[e], RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (*Gazette de santé* et *Clinique des Hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis ; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, nº 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les Souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois sont invités à le renouveler promptement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le 1er avril. On s'abonne dans les départemens chez tous les Directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris. Vu la difficulté et les frais de recouvrement des mandats de la GAZETTE MÉDICALE, touchés au domicile des Abonnés des départemens, ce mode de souscription ne peut avoir lieu que pour des abonnemens de six mois, de neuf mois et d'un an.

SOMMAIRE.

CONSTITUTION MÉDICALE.

DE L'ÉTAT SANITAIRE DE PARIS PENDANT LES QUATRE DERNIERS MOIS DE 1841; QUELQUES MOTS SUR LA CONSTITUTION MÉDICALE ACTUELLE ET SUR LES MALADIES RÉGNANTES.

Ce que nous disions, il y a quelques mois, en parlant de l'état sanitaire de Paris, pendant le printemps et l'été de l'année 1840, nous devons le répéter pour les quatre derniers mois de la même année. La santé publique a continué de se présenter sous un aspect favorable, et les maladies qui appartiennent spécialement à cette époque de l'année ont été non seulement moins nombreuses, moins caractérisées, mais aussi moins fâcheuses, et aucune forme morbide n'a offert l'apparence épidémique. Le relevé suivant, dans lequel nous comparons le nombre des malades et des morts dans tous les hôpitaux de Paris, pendant les quatre derniers mois de 1840 et 1841, sera encore plus favorable à cette dernière année que celui des cinq mois précédens, que nous avons déjà donnés.

Total des malades dans tous les hôpitaux de Paris en 1841.		Morts.
Restans au 31 août	5,204	
Septembre	5,950	448
Octobre	5,778	464
Novembre	5,685	425
Décembre	5,920	463
Total	28,537	1,800

Un mort sur 15 malades 6/7.

Feuilleton.

ASSOCIATION MÉDICALE.

A M. LE RÉDACTEUR DE LA GAZETTE MÉDICALE.

Monsieur et très honoré confrère,

Permettez-moi une observation relative au passage de la LETTRE MÉDICALE de votre dernier numéro, qui a trait à l'*Association des médecins de Paris*.

Votre estimable et spirituel correspondant semble croire que, jusqu'au fait récent qu'il signale, cette association a négligé de s'occuper des intérêts moraux de la profession qu'elle est appelée, selon lui, à reconstituer. Permettez-moi de lui rappeler la mention constante de ces intérêts dans les COMPTES-RENDUS annuels que la GAZETTE veut bien publier chaque année; le rapport fait en 1833 à l'Association par M. le docteur Jolly, contenant un projet complet de réorganisation de la médecine; l'affaire Thouret-Noroy, dans laquelle l'association a plaidé avec chaleur la cause de l'irresponsabilité médicale; le coup décisif porté quelques années plus tard à une société industrielle d'abonnement médical, dont l'établissement aurait gravement compromis l'honneur et la dignité de notre profession; le retrait d'une ordonnance de police, qui était venue gravement entraver la pratique des autopsies dans la ville, obtenu par l'intervention de l'Association; la modification à l'institution des officiers de santé (en attendant l'abolition tant désirée de cette institution), demandée par l'Association au ministre; la surveillance exercée par les comités d'arrondissement sur tous les actes de charlatanisme; la révocation obtenue de l'autorité, par suite de cette surveillance, de l'autorisation d'exercice accordée à un étranger (le sieur Vleseké)... Mais je m'arrête, et je me borne à renvoyer notre confrère à la lecture des comptes-rendus officiels publiés chaque année, depuis neuf ans, par la GAZETTE MÉDICALE elle-même.

Veuillez agréer, etc.

GIBERT,
Secrétaire-général de l'Association des médecins de Paris.

Rien ne pouvait nous être plus agréable que cette communication de l'honorable secrétaire-général de l'association des médecins de Paris. Notre empressement à la rendre publique lui prouvera avec quelle satisfaction nous l'avons accueillie. Il nous permettra cependant d'y joindre quelques réflexions destinées à éclaircir et à développer certains points trop sommairement traités dans la dernière LETTRE MÉDICALE.

Et d'abord il nous semble que notre honorable confrère force peut-être un peu le sens de nos paroles, en nous faisant dire que l'association médicale a négligé jusqu'ici de s'occuper des intérêts moraux de la profession. Nous regretterions infiniment d'avoir involontairement exprimé une opinion si éloignée à la fois et de la vérité et de notre véritable pensée. Nous avons dit seulement et voulu dire que le but avoué, patent et officiel de la Société de *prévoyance*, tel qu'il est in-

Total des malades dans tous les hôpitaux de Paris en 1840.		Morts.
Restans au 31 août.........	5,295	
Septembre..................	5,392	541
Octobre....................	6,206	548
Novembre...................	5,868	490
Décembre...................	6,309	624
Total...............	29,070	2,203

1 sur 13 1/5.

Si la différence entre le nombre des malades est presqn'insignifiante sur un cbiffre aussi élevé, on ne peut en dire autant de la différence dans le nombre des morts; ici la comparaison est trop en faveur de l'année 1841 pour que nous ne proclamions pas hautement ce résultat à l'appui de ce que nous venons de dire de l'état sanitaire de la capitale pendant cette année.

La même amélioration s'est offerte dans les hospices consacrés aux vieillards et aux enfans, qui succombent si facilement sous l'influence de causes auxquelles les adultes résistent avec hien plus d'avantages. Le tableau suivant fournit la preuve que la température des quatre derniers mois de l'année leur a été favorable.

Total des vieillards et enfans trouvés des hospices de Paris en 1840.		Morts.
Restans au 31 août..............	10602	
Septembre.......................	926	201
Octobre.........................	883	178
Novembre........................	867	195
Décembre........................	832	323
	14110	897

Total des vieillards et enfans trouvés des hospices de Paris en 1841.		Morts.
Restans au 31 août..............	10667	
Septembre.......................	811	175
Octobre.........................	846	223
Novembre........................	848	215
Décembre........................	1013	212
	14185	825

Les affections pnerpérales ont été également très bénignes, ou plutôt bien moins communes que dans les premiers mois de l'année. Sous ce point de vue même, les résultats des quatre derniers mois de l'année 1841 ont été plus favorables que les mois correspondans de l'année précédente, si nous nous en rapportons aux chiffres fournis par l'hospice de la Maternité; car nous voyons que, sur 1280 femmes accouchées pendant les derniers mois de 1840, 59 avaient succombé, tandis que, sur 1210 qui ont accouché pendant les mêmes mois de 1841, 6 seulement sont mortes à l'hôpital.

Parmi les maladies qui ont été les plus communes, nous signalerons d'abord les inflammations de l'appareil respiratoire, les angines, les pneumonies, les pleurésies, les rhumatismes articulaire et musculaire, les névralgies. Ces affections, qui n'ont offert aucun caractère constitutionnel ou épidémique sur lequel on pût établir les bases d'une thérapeutique spéciale, ont cédé le plus souvent, et sans difficulté, aux médications ordinaires; dans quelques cas, des moyens actifs, tels qu'une ou deux fortes saignées, l'administration d'un cathartique, ont amené immédiatement la résolution d'angines ou de pneumonies légères, qui, traitées par la méthode expectante, les émolliens et le repos, auraient duré beaucoup plus longtemps.

Les affections intestinales, les diarrhées, les dysenteries, qui avaient apparu vers la fin de l'été avec nn caractère assez grave pour faire accueillir avec effroi le bruit que quelques cas de choléra s'étaient montrés en Angleterre, avaient à peu près complètement disparu.

A quelle cause attribuerons-nous le peu de gravité de la plupart des affections pendant les quatre mois dont nous parlons, et surtout l'absence de tout caractère général, soit épidémique, soit même constitutionnel? Est-ce à l'élévation de la température pendant tout le mois de septembre, et à la température moyenne qui n'a pas cessé jusqu'à la fin de décembre? Nous n'oserions l'affirmer; mais comme c'est dans les conditions météorologiques qu'on a presque toujours cherché la cause des affections qui régnaient sur une grande étendue, nous allons présenter le tableau des variations thermométriques pendant le temps dont nous nous occupons, et donner au lecteur le moyen de juger quelle part cette influence a pu avoir sur l'absence de tout caractère général.

	Septembre.		Octobre.	
	Maximum.	Minimum.	Maximum.	Minimum.
Moyenne du 1er au 10..	+ 23,2	+ 12,9	+ 16,9	+ 10,5
— 11 au 20..	+ 25,6	+ 14,7	+ 15,4	+ 8,7
— 21 au 31..	+ 21,3	+ 13,1	+ 11,5	+ 5,3
Moyenne du mois......	+ 23,4	+ 13,6	+ 14,6	+ 8,2

	Novembre.		Décembre.	
	Maximum.	Minimum.	Maximum.	Minimum.
Moyenne du 1er au 10..	+ 7,7	+ 3,3	+ 10,9	+ 6,4
— 11 au 20..	+ 8,2	+ 3,5	+ 6,3	+ 2,8
— 21 au 31..	+ 11,0	+ 6,9	+ 5,0	+ 1,5
Moyenne du mois......	+ 9,0	+ 4,6	+ 7,4	+ 3,5

Si, quittant l'époque dont nous venons de parler (la fin de l'année 1841), nous nous reportons à celle où nous nous trouvons (17 mars), et cherchons à déterminer les caractères des affections qui règnent en ce moment, nous nous trouverons dans le même embarras que pour la fin de la dernière année. Il est cependant bien vrai que le nombre des malades est très considérable à Paris depuis cinq ou six semaines, et que l'atten-

---

diqué par son titre même, et par les dispositions principales de ses statuts, est purement philantropique et économique. C'est comme simple institution de bienfaisance, comme Société de *secours mutuels*, que l'association s'est d'abord présentée au public, et c'est à ce seul et unique titre qu'elle existe légalement. Telle est sa mission spéciale et directe. C'est là un premier fait sur leqnel on ne peut contester. Mais nous avons ajouté qua cette mission, bien qu'honorable, louable et utile, pourrait et devrait à la longuo ne constituer que la moindra partie des attribntions de l'association. Nous avons dit qu'elle se trouvait en fait, sinon en droit, investie d'une autorité morale telle, qu'on pouvait fonder sur elle les plus légitimes espérances pour la reconstitution de l'esprit de corps dans la profession et pour la réforme des mœurs médicales; qu'il lui suffirait pour cela de tirer parti des moyens d'action intérieure et extérieure que deux ou trois articles de ses statuts ont mis entre ses mains; et nous la félicitions enfin d'être entrée récemment dans cette voie par un coup de vigueur dont elle n'avait pas donné encore l'exemple.

Dans cette exposition, notre confrère ne trouve à rectifier qu'un seul point, savoir : que l'exemple dont il s'agit n'est pas le premier, et il en énumère plusieurs autres qui, dit-il, tendent au même but et ont la même signification. Nous ne nions pas certes la valeur de ces faits, et nous reconnaissons qu'ils rentrent parfaitement dans l'esprit du rôle auquel l'association nous a paru destinée; nous les connaissions et il est très bon de les rappeler; mais, quoique importans, ils n'ont cependant ni la gravité, ni la portée du dernier événement. Ils sont, en outre, d'un autre genre, et c'est avec vérité que nous avons pu dire que le fait actuel était nouveau. C'est, en effet, la première fois que la Société de prévoyance a prononcé l'exclusion d'un de ses membres en vertu des articles 4 et 14 de son réglement constitutif. De tous les droits qu'elle s'est donnés, le droit de radiation est le plus important par les résultats, et par conséquent le plus efficace. Mais il est, à cause de sa gravité même, celui de tous dont l'exercice rencontrera toujours les plus grands obstacles. C'est une arme dangereuse, d'un maniement difficile, qui ne doit être tirée du fourreau qu'à coup sûr. La peur de l'abus, bien naturelle du reste, en restreindra singulièrement l'usage. C'est ce qu'a prouvé déjà d'ailleurs l'expérience, puisqu'en neuf années il n'y en a eu qu'un exemple. Si on veut expliquer cette rareté de la peine par la rareté des occasions de l'appliquer, nous ne nous y opposerons pas; mais il est permis de dire que cette explication est peu vraisemblable. Quoi qu'il en soit, il est certain que jusqu'ici l'article en question était demeuré à l'état de lettre morte, et c'est pour cela que sa première application nous a paru digne d'être notée et examinée dans sa signification et ses conséqnences.

Mais laissons là la question de savoir si, matériellement parlant, nous avons ou non été suffisamment exacts dans notre exposition des démarches de l'association, et prenons la chose d'un point de vue plus élevé.

On nous dit que la Société de prévoyance est déjà entrée, et depuis longtemps, dans la route que nous aurions pris assez inutilement la peine de lui indiquer, que nos espérances sont des faits accomplis, et que ce que nous montrons de loin comme un but à poursuivre et à atteindre, a déjà, en réalité, passé dans la pratique constante de la Société. On nous fait entendre en outre qu'il résulterait des rapports annuels des secrétaires et de l'ensemble des actes de l'Association, que cette mission élevée de haute surveillance et de direction morale



tion du public est frappée de la fréquence des maladies régnantes, qu'il désigne aujourd'hui sous le nom de grippe, comme il a donné, depuis 1837, le même nom à toutes les affections qui ont pris à Paris un accroissement un peu notable. Mais, soit que nous examinions les malades reçus dans les hôpitaux depuis six semaines ou deux mois, soit que nous consultions les résultats de la pratique de la ville, nous ne trouvons rien qui rappelle la grippe de 1837. Les hôpitaux contiennent très peu d'exemples de ces maladies légères dont nous parlons; car les ouvriers, qui n'ont pas été plus ménagés par elles que les classes plus élevées, n'entrent pas pour aussi peu de chose dans ces établissemens. La forme des maladies, l'aspect des malades même n'y offrent rien qui rappelle ce cachet particulier que présentaient la plupart des sujets pendant la durée du catarrhe épidémique de 1837; tous les médecins des hôpitaux sont d'accord sur ce point.

Nous faisons la même observation en ville, où cependant il y a un nombre considérable de malades, et plus grand qu'à la même époque dans les années ordinaires. Ces maladies très peu graves affectent cependant de préférence les membranes muqueuses, et se présentent sous trois ou quatre formes entièrement différentes, et qui se compliquent rarement l'une l'autre. Dans le plus grand nombre des cas, l'affection se borne à une inflammation aiguë, mais peu intense, occupant le pharynx, s'étendant quelquefois à toute la muqueuse buccale et souvent à celle de l'œsophage, où les malades accusent une sensation d'ardeur pénible. Dans un nombre considérable de cas, l'inflammation gagne le larynx, la trachée et même les bronches, et détermine tous les accidens d'un catarrhe pulmonaire qui n'offre rien de particulier, sinon qu'il résiste plus longtemps que les autres formes aux moyens, même actifs, qu'on emploie pour le combattre, quand il n'a pas été enrayé dès le début. Chez la plupart des sujets qui ont présenté l'une des différentes formes que nous venons de signaler, il y a eu des accidens fébriles assez prononcés, et plus intenses qu'on ne l'aurait attendu du peu d'activité de l'inflammation locale, qui ne se traduisait sur les points accessibles à la vue que par une rougeur peu prononcée, avec léger gonflement de la muqueuse et un sentiment d'embarras et de gêne, plutôt que par des douleurs aigues; enfin, un autre phénomène pathologique qui a été offert par un nombre assez considérable de ces malades, et qui a surtout appelé leur attention et celle des hommes de l'art, par l'analogie qu'on a cru y trouver avec la grippe de 1887, c'est un état d'accablement général qui durait deux ou trois jours, avec douleur dans les reins, les membres, et malaise considérable, et leur rendait même quelquefois le séjour du lit pénible. Le sentiment de courbature, qu'on observe au début de tant d'affections graves et surtout des maladies éruptives, disparaissait en même temps que les phénomenes fébriles les plus aigus.

Aucun des cas de ce genre n'a offert de gravité réelle, ni sous le point de vue de la durée de la maladie, ni sous celui de sa terminaison; sous l'influence d'une simple médication expectante, au bout de trois ou quatre jours les symptômes les plus intenses déclinaient, et après sept ou huit jours, l'appétit, qui ordinairement avait disparu, revenait, et le retour à la santé ne se faisait pas attendre.

L'emploi de moyens actifs, tels qu'une saignée suivie d'un laxatif, et, dans la généralité des cas, le laxatif seul amène immédiatement un grand soulagement, et abrège de quatre ou cinq jours la durée de la maladie. Chez un sujet très pléthorique, qui offrait depuis quinze ou dix-huit heures les symptômes d'une inflammation aiguë de la muqueuse pharyngienne et œsophagienne, avec ce sentiment de lassitude dont nous venons de parler, et approchant presque d'un état de collapsus général, une saignée du bras d'un kilogramme, et suivie d'un cathartique, enleva à la fois, et dans l'espace de quelques heures, non seulement toute souffrance des voies digestives supérieures, mais tout sentiment de malaise général.

Nous devons parler encore d'une autre affection qui est un peu moins commune que les précédentes, mais dont la fréquence nous paraît augmenter en ce moment, et qui n'offre avec elles d'autre analogie que le siége du principal symptôme dans une membrane muqueuse. C'est une affection intestinale, espèce de diarrhée, sans cause appréciable, sans fièvre, sans beaucoup de douleur, qui vient graduellement et a été supportée, par des personnes habituées à ne pas négliger même de simples indispositions, pendant des semaines entières sans frapper leur attention. Une, deux ou trois garderobes aqueuses en vingt-quatre heures, sans perte complète de l'appétit, amènent un amaigrissement notable, puis de la fièvre, ou des accidens dysentériques. Le repos, la diète, des vêtemens chauds, dans quelques cas l'emploi d'un laxatif, dans tous celui des astringens et des opiacés ne tardent pas à arrêter tous les accidens, mais les récidives sont faciles, et le sujet doit être tenu au régime de convalescence pendant longtemps.

Des détails dans lesquels nous venons d'entrer sur les affectinns qui règnent en ce moment à Paris, il est facile de conclure qu'aucune d'elles n'offre une analogie essentielle avec la grippe ni le catarrhe pulmonaire épidémique; que si elles ne présentent, par la variété de leur forme, aucun des caractères qui dénotent une affection vraiment épidémique, ni même une constitution médicale tranchée, cependant elles méritent d'être rapprochées sous le point de vue de l'identité du siége, des principaux symptômes et de l'action commune des causes qui ordinairement donnent lieu, d'une manière appréciable, à la production de mêmes phénomènes morbides; il est donc probable que ces différentes affections dépendent d'une seule et même cause générale que nous ne pouvons apprécier, mais dont l'action n'a eu qu'une faible intensité; et il est également probable que si cette cause eût agi avec plus d'intensité ou si elle eût trouvé moins de résistance dans les dispositions générales de la population ou dans des circonstances extérieures même à l'organisme, elle eût imprimé à ces différentes affections des formes plus identiques, et eût donné naissance, soit à une constitution médicale fortement dessinée, soit même à une maladie épidémique, suivant l'intensité de son action.

G.

MÉDECINE OPÉRATOIRE.

MÉMOIRE SUR QUELQUES RESTAURATIONS DE LA FACE; par M. Petrequin, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

La multiplicité des organes qui siégent à la face, l'importance de leur

---

dont nous voulons investir la Société médicale de Paris, est poursuivie par cette Société avec une pleine conscience et avec la vue précise et déterminée de ce but. Nous n'admettons qu'une partie de cette assertion. Nous convenons, qu'*en fait*, l'Association a, suivant l'occasion et les circonstances, adopté certaines mesures qui mènent au but, et qui manifestent la tendance dont nous parlions. C'est même sur ces actes et sur la considération de leurs suites éloignées, que nous avons établi tout notre raisonnement. Nous avons dit : la Société de prévoyance n'est légalement et ostensiblement qu'une caisse de secours mutuels; mais, en vertu de certaines dispositions de ses réglemens, en vertu du grand nombre et de la considération personnelle de ses membres, en vertu des rapports de solidarité créés par le fait même d'*association*, elle se trouve, par la seule force des choses, en position d'agir efficacement dans le sens de la réforme si désirée du corps médical tout entier, de se transformer peu à peu, de manière à représenter véritablement le corps médical lui-même réorganisé et régulièrement constitué. Pour démontrer la possibilité et même la facilité de cette heureuse métempsychose; nous avons dit que l'Association n'avait, pour y arriver, autre chose à faire que d'appliquer rigoureusement et avec persévérance deux ou trois articles de ses statuts, et nous l'avons félicitée de l'avoir fait dans une circonstance toute récente. *En fait* donc, nous le répétons, l'Association marche à l'accomplissement de l'œuvre supérieure que lui impose la force des choses, et nous convenons si bien de ce résultat, comme résultat, que nous n'avons eu d'autre but, dans notre précédent article, que de constater la réalisation, à quelque degré, de ce résultat même.

Mais nous ne conviendrons pas aussi facilement que l'Association, représentée, soit par la majorité, soit par ses membres les plus actifs et les plus influens, ait, sous ce rapport, une conscience parfaitement nette de sa position, et encore moins une intention bien déterminée et réfléchie d'agir systématiquement en vue de cette fin supérieure, et d'y subordonner, dans un plan suivi, toutes ses démarches. Nous ne pensons pas, en un mot, qu'elle ait fait à cet égard sa politique. Dans tous les cas, cette politique, si elle existe, ne pourrait être qu'assez récente, car, ni les comptes-rendus allégués, ni surtout les débats si longs et si animés qui ont signalé sa création, ne permettent de la lui attribuer. Ce n'est pas qu'une foule d'hommes, en dedans et en dehors de l'Association, n'aient très bien vu que cette institution renfermait dans son sein des conséquences tout autrement importantes que ses résultats directs et prévus comme œuvre philantropique. Au moment même de sa formation, qui coïncidait avec la ferveur des projets de réorganisation médicale, il s'est produit, dans les débats, des motions qui supposaient des vues tout à fait étrangères à l'objet immédiat de l'institution. Nous n'avons donc pas la prétention d'avoir fait sur ce point des découvertes. Mais toutes ces vues, toutes ces espérances, ne furent que des incidens dans les délibérations; elles ne pénétrèrent que par hasard et par fractions bien minimes dans la constitution de la Société, et il n'en reste que peu de traces dans ses statuts. Le but spécial de sa création prédomina bientôt et absorba tout le reste. Son réglement, dans ses deux éditions, est presque exclusivement administratif, par son esprit comme par son texte. Ainsi donc, tout ce qui a pu être pensé ou écrit à cet égard ne prouve pas que l'Association elle-même, constituée dans l'exercice de ses fonctions déterminées par ses statuts, ait jusqu'ici poussé ses vues beaucoup au-delà des limites positives de ses attributions. Nous croyons qu'elle

intégrité anatomique, et la diversité des fonctions qu'ils sont appelés à remplir, prêtent aux *restaurations faciales* une valeur et un intérêt qui s'accroissent encore par la considération que nulle part les difformités ne sont aussi apparentes et ne demandent à l'art des soins plus délicats et des résultats plus complets.

Malgré les immenses progrès de la médecine opératoire moderne, il reste sur ce point plusieurs questions incomplètement appréciées, négligées ou encore en litige. On trouve plus d'une règle douteuse ou erronée, et plus d'une lésion contre laquelle la science est sans ressources suffisantes; de nouvelles observations seraient donc utiles, quand elles n'aboutiraient qu'à fixer les esprits et à lever quelques doutes sur un sujet aussi important que les restaurations. Il me semble que la chirurgie ne joue jamais un plus beau rôle que lorsqu'elle répare la nature, qu'elle restaure des parties mutilées, ou rend l'usage d'organes dont les fonctions s'étaient perdues ou altérées.

La face, en anatomie, est représentée par un ovale étendu du front au menton et de l'une à l'autre oreille. J'ai cru devoir y comprendre ces deux derniers organes; et les recherches que j'ai à faire connaître auront trait à des restaurations de l'oreille, du menton, de la bouche, du nez et des paupières.

§ Ier. — RÉGION AURICULAIRE.

OTORAPHIE.

Il est peu d'opérations où le paradoxe de Pibrac contre les sutures paraisse plus évidemment condamnable que dans les restaurations de l'oreille. Le 18e siècle avait renchéri sur les anciens, qui, dans la suture, évitaient de comprendre le cartilage, comme le professait encore Ambroise Paré : « Et de ton aiguille ne toucheras au cartilage, de peur que la partie ne tombe en gangrène, ce que souventes fois est arrivé. » (Liv. x, chap. xxix.) Les observations suivantes montrent que cette crainte est illusoire et qu'il convient toujours d'essayer la réunion, quelle que soit l'étroitesse du lambeau qui attache encore l'auricule à sa base, d'autant mieux qu'aucun muscle ne peut ici, par ses contractions, former obstacle aux efforts de la nature.

SÉPARATION PRESQUE COMPLÈTE DU PAVILLON PAR UNE PLAIE CONTUSE; OTORAPHIE.

OBS. I. — En décembre 1841, un homme de la campagne, de 36 à 40 ans, d'une constitution forte et sanguine, étant dans un cabaret, fait une chute violente sur le côté de la tête. L'oreille porte sur le bord tranchant d'une table et se trouve largement divisée. Il s'écoule beaucoup de sang. Un pansement provisoire est appliqué, et le lendemain je constate ce qui suit : une longue plaie, irrégulière et fortement contuse, divise tout le pavillon à sa racine, en passant par la conque; l'auricule ne tient plus que par deux prolongemens étroits, l'un au lobule, l'autre au tragus, de sorte qu'il tombe vers la joue. Le malade voulait, si on l'eût laissé faire, en pratiquer l'amputation avec son couteau. Je lotionnai les parties avec de l'eau blanche, aiguisée avec quelques gouttes d'eau-de-vie camphrée, et je me disposai à restaurer l'oreille. Je rafraîchis légèrement les bords de la plaie, et je les réunis en cinq endroits par la suture à points passés. Contrairement au précepte des anciens, je compris le cartilage avec les tégumens dans les anses de fil, à l'exemple de M. Larrey. La restauration fut complète; l'oreille avait recouvré sa forme et se tenait fort bien en place. Je garnis les parties en arrière et en avant avec de la charpie imbibée d'eau blanche, à la fois pour les maintenir dans une bonne position et pour les protéger contre la réaction de l'air et prévenir l'inflammation.

Ce malade ne resta que peu de temps à l'hôpital, dans la crainte que sa famille ne fût inquiète sur son sort. Il revint ensuite pendant quelques jours au pansement gratuit, et j'eus occasion de constater que la partie opérée était dans un bon état.

Dans ce cas, l'étendue considérable de la lésion, la nature contuse de la plaie, l'étroitesse des lambeaux qui attachaient encore l'auricule à sa base et le peu de vitalité de cette partie semblaient laisser peu d'espoir; cependant je ne balançai point sur l'opportunité de la restauration, pensant qu'on était toujours à temps de faire le sacrifice du pavillon s'il survenait une mortification des tissus. A coup sûr, les autres moyens contentifs eussent difficilement amené un résultat aussi régulier, quoique Leschevin ait écrit : « La suture est, en général, inutile et superflue dans les plaies de l'oreille. » (PRIX DE L'AC. DE CHIR., 1819, t. IV, pag. 87.)

Voici un autre cas d'otoraphie, pratiqué en des circonstances toutes différentes :

ULCÈRE RONGEANT DE LA RÉGION AURICULAIRE; DÉCOLLEMENT DU LOBULE HYPERTROPHIÉ; OTORAPHIE.

OBS. II. — Augustin Cumini, âgé de 39 ans, de St-Privas (Haute-Loire), journalier, d'un tempérament lymphatique, d'une constitution médiocre, a été affecté d'une syphilis, qui a perforé la voûte palatine. Depuis huit mois, il s'est développé derrière l'oreille gauche une tumeur scrofuleuse qui, percée par le malade avec une épingle, a donné issue à une suppuration ichoreuse, et s'est ensuite ulcérée largement, avec décollement de la peau ambiante, etc. Le lobule s'engorge, se corrode et se détache, de manière à devenir pendant sur la joue. La maladie empire jusqu'à son entrée à l'hôpital, le 24 oct. 1840. Toute la région auriculaire, de l'os malaire à l'apophyse mastoïde, est le siège d'une ulcération profonde, irrégulière, de mauvais aspect, et baignée par une suppuration abondante et fétide. Le pavillon est tuméfié outre mesure; le lobule, détaché de ses adhérences, est d'une longueur insolite, et reste pendant sur les côtés du cou jusqu'à l'angle maxillaire, ce qui imprime à l'oreille une forme hideuse. Plusieurs ganglions cervicaux sont engorgés et menacent de donner lieu à des ulcères nouveaux. L'état général est peu satisfaisant. Vu la constitution lymphatique et scrofuleuse du sujet, et son affaiblissement, on ne pouvait agir efficacement sur la maladie locale sans améliorer l'état de l'économie. Le traitement local consista d'abord en cataplasmes émolliens, pour abattre l'irritation, en frictions avec la pommade d'hydriodate de potasse, pour attaquer l'élément scrofuleux, puis en lotions chlorurées, pour modifier l'ulcère; plus tard, en compresses de vin aromatique, pour stimuler le travail de cicatrisation, etc. Le traitement général comprit une nourriture fortifiante, des pilules d'iodure de fer, des bains sulfureux, etc. Sous l'influence de ces moyens combinés, l'état général s'améliora, ainsi que l'état local. L'ulcère se détergea, prit un meilleur aspect, puis se cicatrisa peu à peu. L'oreille perdit son volume monstrueux, de même que le lobule, qui restait toujours mobile et pendant. L'amélioration obtenue permettait de concevoir l'idée d'une restauration. 20 déc. Je rafraîchis le bord interne du lobule, je creusai un petit sillon dans la partie correspondante de la région parotidienne, et trois points de suture maintinrent les parties en rapport. Le premier appareil fut enlevé le quatrième jour. Le 3 janvier, la cicatrisation paraissait assez solide : du large ulcère, il ne restait plus qu'un point suppurant. Le malade demanda sa sortie.

Les cas d'otoraphie peuvent se rencontrer par intervalle dans la pra-

---

a fait, à l'occasion, un usage éclairé des moyens généraux d'action qu'elle a entre les mains; mais nous ne croyons pas que, comme corps, elle ait complètement mesuré la portée de ses actes dans leurs dernières conséquences, ni agi sciemment et constamment sous l'influence d'une prévision de cette nature. Liée par la lettre de son règlement organique, elle ne peut que par accident et accessoirement s'occuper d'autre chose que de la perception et distribution des fonds de secours dont la gestion lui est confiée. Enfin, il est évident pour nous que, jusqu'à ce moment, cette institution a fait plus et autrement qu'elle ne croyait faire, qu'elle arrive insensiblement à des résultats plus ou moins étrangers aux vues des fondateurs, et qu'elle est en réalité autre chose que ce qu'elle croit être. Nous ne parlons ici que du corps, et non des individus.

Cette opinion sera peut-être contestée; mais, en attendant qu'on la réfute, nous dirons que ce jugement ne fait aucun tort à l'Association. Il est de la nature de toutes les institutions humaines, politiques, administratives et autres, de s'ignorer en partie, et de produire inévitablement des effets imprévus que le temps réalise à leur insu, et qui d'ordinaire s'écartent de beaucoup, en plus ou en moins, de ce qu'on en attendait. Ce n'est qu'à la longue qu'une observation attentive fait apercevoir ces différences aux spectateurs du dehors. Il faut donc se garder de conclure en ceci du fait à l'intention; car ce serait une erreur de croire que les hommes savent et veulent toujours ce qu'ils font.

Nous irons plus loin encore. Selon nous, ce défaut relatif de prévision et cette demi-obscurité du but sont des conditions plutôt favorables que nuisibles à la réalisation du bien que nous espérons de l'association. La force de sa situation la conduit plus sûrement à sa fin que ne pourraient le faire des volontés décidées, qui, en se montrant, susciteraient des oppositions, et qui, cherchant à inventer des moyens particuliers et directs d'exécution, ouvriraient la porte à la dispute, aux incertitudes, à la lutte. Les moyens dont l'Association dispose sont bien modestes, mais c'est à leur peu de prétention qu'ils doivent d'être mis en œuvre. Nous nous défierions beaucoup plus de ces grands plans de réforme et de réorganisation médicale, dont on a vu il y a quelques années tant de spécimens élaborés à loisir et avec des efforts de tête inouïs. Qu'est-il sorti de toutes ces chartes ambitieuses? Rien. Pendant que toutes ces savantes élucubrations législatives ont pourri dans les cartons des ministères, des Facultés et des Académie, l'humble association de prévoyance, la modeste caisse d'épargne s'est établie à petit bruit, et au bout de peu de temps il s'est trouvé qu'elle a produit ou est en voie de produire avec une facilité surprenante et à peu près sans s'en douter elle-même, des résultats pour l'acquisition desquels nos faiseurs de codes médicaux demandaient main-forte à tous les pouvoirs, et fabriquaient plus d'articles de loi qu'il n'en faut pour gouverner un royaume. C'est dans sa position, plutôt que dans ses fonctions, que réside la force de l'association médicale. Elle a une tendance naturelle à s'étendre, en s'incorporant tout ce qui est hors de son sein. Elle s'agrandit sans envahir; elle ne s'impose pas, on vient à elle. C'est là qu'est le principe de réforme dont elle est le noyau.

Nous n'ajouterons plus rien à ces courtes observations suggérées plutôt que provoquées par la lettre de l'honorable secrétaire de l'Association des médecins de Paris. Au fond, nous sommes, sauf erreur, à très peu près d'accord; et il ne nous reste plus des lors de part et d'autre qu'à saluer les premières lueurs de ce jour nouveau que nous voyons poindre à l'horizon médical.

tique. J'ai cru utile de prémunir les chirurgiens contre les préjugés des anciens, renouvelés dans le dix-huitième siècle, et de démontrer la supériorité de la suture sur les autres moyens contentifs préconisés par les auteurs, et dont les meilleurs sont tous plus ou moins infidèles.

§ II. — Région mentonnière.

La valeur thérapeutique d'un diagnostic précis dans les maladies des os trouve un exemple frappant dans ce qui concerne le maxillaire inférieur, où des résections partielles peuvent si souvent être substituées avec succès à des extirpations plus considérables et sujettes à laisser quelques difformités. Ce mode opératoire dont les indications sont assez communes, qui est appelé à entrer dans la pratique générale, et qui, employé à temps, a l'immense avantage de prévenir des délabremens plus grands et des opérations ultérieures plus graves, mérite, ce me semble, d'autant mieux de fixer l'attention que les principes et les procédés de l'art ne sont ni fixes ni réguliers sur ce point. « L'amputation du maxillaire inférieur, remarque avec raison M. A. Bérard, n'est pas dans tous les cas ce qu'on nomme généralement une *opération réglée*. Le chirurgien est souvent obligé de modifier le manuel opératoire suivant la nature, le siége et l'étendue de l'affection de l'os. » (Dict. en 25 vol., 1838, XVIII, 441).

Un malade se présente avec une altération organique de la mâchoire au niveau du menton; il s'agissait de pratiquer l'entière ablation des parties affectées, sans entraîner beaucoup de délabrement, de manière à permettre ensuite une restauration complète de la région mentonnière; voici comment je crus devoir procéder.

Résection partielle du maxillaire inférieur.

Obs. III. — Achille Daniel, de Versailles, âgé de 30 ans, peintre en bâtimens, d'un tempérament nervoso-sanguin et d'une bonne constitution, est affecté, en 1837, d'une hémiplégie du côté droit à la suite d'une chute qui développe plus tard un abcès sous le menton. Il est ouvert par M. Roux à deux reprises, et se reforme de nouveau en 1838, puis en 1839, époque où M. Andral lui ordonne avec succès, pour sa paralysie, les eaux de Bagnères et de Barèges. Enfin, étant à Bordeaux, il voit reparaître, pour la quatrième fois, l'abcès mentonnier qui alors dégénère en fistule. Plus tard, un médecin de Lyon qu'il consulte en juillet lui conseille d'entrer à l'hôpital, où il est admis dans mon service le 23 juillet.

Le menton est le siége d'une douleur sourde presque continue, qui s'exaspère par intervalle; le malade présente une singulière anomalie; il a une double rangée de dents qui sont très mal disposées. La plupart de ces ostéïdes sont noires et altérées, ce que le sieur Daniel attribue à son séjour dans des lieux humides. Parmi les incisives, la médiane surtout est profondément altérée, ce qui porte à croire que les abcès de 1837, 1838, 1839, pouvaient provenir d'une carie des racines dentaires inférieures. Une tumeur douloureuse au toucher, arrondie, large comme un écu de cinq francs, embrasse toute la saillie du menton, au bas duquel existe une ouverture fistuleuse livrant passage à une sécrétion purulente, dont l'abondance augmente par intervalle, et dont l'écoulement ne s'est pas tari depuis le dernier dépôt. J'y introduis une sonde qui pénètre à une profondeur de 12 à 14 lignes (27 à 31 millim.) dans une cavité osseuse de forme ovoïde; je n'arrive pas directement sur le tissu osseux; j'éprouve avec le bec de l'instrument la sensation de corps d'une consistance médiocre, comme le seraient des fongosités. La cavité morbide paraît correspondre aux racines des dents incisives; l'étendue du foyer se dessine assez bien par la tuméfaction allongée des parties molles. A la face postérieure de la mâchoire, je ne trouve aucune trace d'altération. Je crois ainsi pouvoir diagnostiquer une carie fongueuse du maxillaire, bornée spécialement à la table antérieure et au diploé, ainsi qu'aux racines des dents incisives. Le malade demandait à être délivré par une opération. Je m'occupai des moyens de réséquer l'os au-delà des limites du mal par le procédé le plus simple et le plus propre à prévenir toute difformité ultérieure. Après quelques préparations appropriées, je l'opérai le 1er août; je m'y pris de la manière suivante: Je pratiquai sur la ligne médiane une première incision verticale à partir de 4 lignes (9 millim.) du bord labial qui reste intact jusqu'au-dessous de la symphyse du menton, en passant par l'orifice fistuleux. Une deuxième incision transversale a lieu sous la base de la mâchoire, en suivant la direction de l'os dans une étendue de plus de 2 pouces (55 millim.), de manière à former avec la première un ⊥ renversé. J'obtiens ainsi deux lambeaux qui sont disséqués et relevés de chaque côté, ce qui met largement à découvert les parties malades dont on peut déterminer les limites.

Dans un deuxième temps, après avoir reconnu l'étendue de la conversion fongueuse de l'os, je la circonscris avec le ciseau, et cherche, à petits coups portés de bas en haut sur la tumeur, à détacher la table externe, en sculptant, pour ainsi dire, le tissu osseux dégénéré jusqu'au-delà du diploé. Cette résection met à découvert une cavité irrégulière, rugueuse, où les racines de plusieurs dents font saillie; celle de l'incisive moyenne est à nu et cariée; je la fais sauter d'un coup de ciseau.

La forme caverneuse du foyer et la dégénérescence fongueuse de ses parois ne permettaient pas d'espérer que la rugine pût les nettoyer suffisamment; il fallait recourir à un moyen propre à la fois à détruire des portions d'os malades et à en modifier profondément la vitalité. J'eus recours au cautère actuel; j'y éteignis deux boutons de feu.

L'opération fut supportée avec courage. Le troisième temps fut le plus pénible; des lotions d'eau froide calmèrent la douleur de cette cautérisation.

Restait le pansement. Je restaurai les bords de l'incision verticale; puis, comme elle devait donner issue à la suppuration et aux escarres produites par le feu, je les rapprochai mollement, après y avoir placé une mèche de charpie pour y ménager une ouverture déclive. Quant à l'incision sous maxillaire, je la réunis immédiatement par deux épingles et la suture entortillée. (Diète, tis. viol. et till.; pot. calmante diacodée.)

2 août. Le malade a passé une nuit bonne et dormi plusieurs heures. Pas de fièvre; facies naturel. Il se trouve bien et demande à manger; je lui accorde deux bouillons.

3. Etat satisfaisant. Apyrexie. On lui permet deux crèmes de riz. (Lav. émoll. avec addition d'huile de ricin.) Évacuation alvine.

4. La fièvre traumatique avorte; pas de douleurs dans la plaie; la suppuration commence; l'opéré prend appétit. Quatre soupes. Le lendemain, lavement émollient et nutritif avec 15 grammes de gélatine épurée.

7. J'enlève l'appareil ainsi que les sutures et les épingles; la plaie a un bel aspect, et se trouve en partie cicatrisée. Je remplace la mèche de charpie.

9. Deuxième pansement. Peu de gonflement, pas de douleurs; l'ouverture déclive est maintenue et donne passage à la suppuration. Le malade se trouve bien et mange avec appétit.

14. Je commence à pratiquer dans le foyer des injections détersives avec de l'eau vinaigrée, qui se répètent tous les deux jours; elles entraînent au dehors la matière purulente, et soulagent chaque fois le malade.

15. L'incision sous-maxillaire est guérie; la verticale est aussi cicatrisée, sauf les points qui correspondent à la mèche. La suppuration diminue peu à peu, surtout à partir du 20; les injections ressortent de plus en plus limpides. La région n'est plus engorgée ni douloureuse à la pression.

Le 23, il commence à employer dans la mastication les dents antérieures, qui depuis longtemps ne lui servaient plus. (Grands bains.) Il parle de sa sortie prochaine.

25. Le malade se trouve si bien qu'il demande sa sortie. Il ne reste que l'ouverture déclive; la forme du menton est rétablie; l'incision verticale est réduite à une surface linéaire peu sensible; l'inférieure est complètement cachée sous la base de la mâchoire; il n'y aura aucune difformité.

Le sieur Daniel revient encore pendant quelque temps à l'hôpital. Il allait de mieux en mieux; les injections ressortaient nettes; la suppuration paraissait presque tarie, la cicatrisation intérieure très avancée, et les progrès croissans de la convalescence permettent de croire que la cure restera entière.

Je ferai remarquer que la forme des incisions offrait divers avantages: en faisant relever la lèvre, j'évitais d'en entamer le bord, et j'ai pu aussi en respecter la continuité, sans rendre, d'ailleurs, l'opération plus difficile. Je n'avais, en définitive, qu'une seule cicatrice visible; car l'incision horizontale, réunie par première intention, se trouvait, en outre, cachée à la fois par le menton et par la barbe, et cependant j'avais obtenu, avec le ⊥ renversé, deux lambeaux suffisans et aussi larges que pouvait l'exiger la maladie.

Le diagnostic précis que j'avais pris soin d'établir sur le siége de la carie me permit de réaliser ce précepte important de Delpech, qui veut qu'on respecte la table de l'os qui est saine, et qu'on borne la résection à l'autre seulement. On a ainsi l'avantage de ménager des dents, qui eussent été inutilement sacrifiées; et de plus, la table osseuse intacte, si minime qu'elle soit, offre aux chairs un point d'appui suffisant, et conserve au moins à la mâchoire sa forme et son étendue, de manière à prévenir les chances de suffocation et de difformité; bénéfice précieux quand on considère les accidens qui ont accompagné quelques résections du maxillaire.

Comme je l'ai dit, la nature du mal et la forme anfractueuse de la cavité ne permettaient pas d'espérer un nettoiement complet à l'aide du ciseau et de la rugine; c'eût été s'exposer imprudemment à une récidive; je crus devoir, pour détruire la dégénérescence fongueuse dans ses racines, et modifier efficacement la vitalité altérée de l'os, avoir recours au cautère actuel, suivant l'aphorisme d'Hippocrate, sanctionné par l'expérience générale et par la pratique de l'Hôtel-Dieu de Lyon, où Pouteau en a retiré de grands succès. J'éteignis deux boutons de feu dans le foyer. J'avais déjà éprouvé moi-même que le feu est un des modificateurs les plus énergiques et les plus puissans qu'on puisse opposer aux maladies des os; il m'a paru exercer une influence heureuse sur les suites de ces opérations et les rendre plus simples et moins exposées aux accidens de la fièvre traumatique.

Dans un cas de *résection partielle du rebord alvéolaire*, que je pratiquai en 1838 sur une femme atteinte d'un fongus des alvéoles du maxillaire inférieur, je jugeai nécessaire, après avoir fait sauter le bord dégénéré de l'os, avec deux dents malades, de cautériser la cavité avec deux boutons de feu. Les suites de l'opération furent d'une simplicité extrême, et la guérison assez prompte.

Dans un autre cas de *résection partielle du bord dentaire*, pratiquée

à la fin de 1838 sur une femme atteinte d'un fongus des alvéoles, je tins la même conduite et obtins le même succès.

Le feu, dans tous les cas de ce genre, jouit d'une immense efficacité; si l'application en est douloureuse, le malade en est dédommagé par le bénéfice qu'il en retire.

En somme, pour appuyer ce que j'ai dit de la valeur de ces résections, je ne saurais mieux terminer qu'en rappelant ces paroles de M. Velpeau : « Les avantages de ces excisions partielles de la mâchoire sont assez évidens pour que je n'aie pas besoin de les faire ressortir : facilité, promptitude dans le manuel, simplicité dans les suites, guérison rapide, peu de difformité, voilà ce qu'elles offrent d'incontestable et ce qui ne peut appartenir au même degré à la résection de toute la hauteur d'un point quelconque du même os. » (Méd. opérat., 1839, t. ii, p. 625.)

Le résultat que j'obtins sur Achille Daniel a été très satisfaisant, prompt, exempt d'accidens et de difformité et pleinement justificatif du diagnostic et des moyens thérapeutiques.

§ III. — Région labiale.

Chéiloraphie.

Dans les cas les plus simples de bec-de-lièvre, il est d'expérience que l'opération est suivie d'une difformité nouvelle. Un angle rentrant se forme au niveau de la cicatrice, et ne fait qu'augmenter avec le temps. L'implantation oblique de l'épingle inférieure, à l'exemple de Dupuytren, n'a pas atteint le but, qui était de favoriser la formation d'une saillie médiane à la lèvre. Tous les auteurs ont répété ce conseil en se copiant successivement. Mais on sait que cette précaution n'offre qu'une garantie illusoire, et, d'ailleurs, je ferai remarquer que, le bec-de-lièvre étant presque toujours *latéral*, on n'a que faire d'une saillie prétendue *médiane*, qui, par sa position, serait plutôt un objet de difformité; le but réel est de prévenir l'échancrure angulaire, qui cède plus tard à l'opération par la rétraction de la cicatrice, circonstance qui paraît avoir échappé à M. Malgaigne. (Man. opérat., 1839, p. 465; Velpeau, Méd. opér., 1839, t. iii, p. 498.)

Je rappellerai un procédé particulier pour l'opération du bec-de-lièvre, destiné à prévenir la difformité consécutive au mode ordinaire de chéiloraphie. J'ai remarqué, dans les amputations de sein, que, lorsqu'on fait l'ablation du cancer au moyen d'une double incision elliptique, la plaie, au moment de la réunion, offre une longueur plus considérable par l'augmentation de l'un de ses diamètres, longueur qui diminue à mesure que la cicatrisation se parachève, de manière à présenter une différence de plusieurs lignes aux deux époques extrêmes. Les phases de la cicatrice en rendent compte; sa rétraction progressive raccourcit l'étendue du diamètre précité; c'est elle qui, dans le bec-de-lièvre, produit l'angle rentrant, c'est elle qu'il faut avoir en vue, si l'on veut remédier à la défectuosité qu'elle entraîne. Il s'agit donc d'apprécier la quantité approximative du raccourcissement qui est dû à ce retrait; il s'agit, par suite, de produire une augmentation proportionnelle dans la longueur du bord à réunir. Transportons ces données au bec-de-lièvre. Taillons les bords suivant une direction curviligne, de manière à ce qu'ils se regardent par leur concavité; en les affrontant par la suture, on les redressera, et, par conséquent, la ligne de leur direction, de courbe qu'elle était, devenant droite, s'allongera nécessairement. On pourra, suivant la courbure imprimée aux incisions, faire dépasser le niveau du bord labial d'une quantité approximativement égale à celle que demande la rétractilité de la cicatrice, on aura ainsi atteint le but.

J'ai, en 1840, réalisé avec succès ces vues sur un malade, âgé de 21 ans (voy. Bull. thérap., 1840, xix, 100). L'application en est facile, surtout chez les adultes où les lèvres ont acquis des dimensions suffisantes. Remarquons que la plupart des auteurs classiques gardent le silence sur ce procédé opératoire dont j'ai reconnu la première indication positive dans Desault qui le blâme (Œuv. chirur., ii, 179), et sur lequel MM. Malgaigne et Léon Husson (Thèse, 1836, n° 183) n'ont pu fixer l'attention médicale, peut-être parce qu'il n'avait pas jusqu'ici été mis en pratique. Il me semble appelé à prendre place parmi les moyens de restaurer les lèvres, et je m'applaudis d'avoir le premier démontré cliniquement l'utilité d'une méthode ingénieuse qui ne semblait pas avoir encore reçu la sanction de l'expérience.

Je passe à l'histoire d'un bec-de-lièvre qui a présenté quelques circonstances notables, et dont on avait déjà pratiqué l'opération une première fois sans succès.

Bec-de-lièvre double, déjà opéré sans succès; chéiloraphie avec combinaison de deux sortes de sutures; guérison.

Obs. IV. — Anne Rey, de Chassieux (Isère), âgée de 10 ans, écolière, d'une constitution forte, m'est adressée, le 8 mars 1841, pour être guérie d'un bec-de-lièvre double. Une première opération a été faite sans succès par un médecin de Lyon quelques jours après sa naissance; on en voit encore les cicatrices.

Actuellement l'écartement des deux moitiés latérales de la lèvre est considérable, et laisse à nu trois dents incisives. Les vestiges du lobule médian qui est rudimentaire sont relevés et complètement adhérens à la mâchoire. La voûte palatine est un peu déformée; l'os inter-maxillaire est projeté en avant; et deux des trois incisives précitées, implantées obliquement dans les alvéoles, sortent de la bouche, *comme les défenses de quelques animaux*. Les ailes du nez sont écartées et tirées en haut, de même que les commissures labiales, de telle sorte que les angles externes des yeux sont relevés vers le front; ce qui donne à la physionomie un aspect hideux et sauvage. Il y a de la gêne dans la parole, dans l'articulation de quelques syllabes, dans la préhension des alimens et des boissons, etc. Les sens du goût et de l'odorat n'ont rien perdu.

Après quelques préparations préalables, je l'opérai le 17 mars, à trois heures du soir.

Procédé opératoire. — Ne pouvant refouler les alvéoles ni les dents, je fus obligé de pratiquer l'avulsion des deux incisives qui faisaient le plus saillie, et qui auraient nui à la guérison en tenant tendue la lèvre qu'elles auraient coupée. Le lobule médian ne pouvait servir à la restauration, vu ses adhérences et son étroitesse, et le tissu de cicatrice dont il était traversé; je pratiquai une incision transversale, d'une aile nasale à l'autre, pour régulariser la section des parties; j'enlevai ensuite la petite portion du lobule comprise au-dessous; puis je disséquai les moitiés latérales de la lèvre, et les détachai des fortes adhérences qui les unissaient à la mâchoire, ce qui en facilita beaucoup le rapprochement par une sorte de transport des lambeaux autoplastiques. Restait à rafraîchir le bord vertical tout à fait irrégulier. Mon but était de me servir du bistouri pour mieux en régulariser la section; mais l'extrême indocilité de la malade et ses mouvemens incessans et incoërcibles ne le permirent point. J'y procédai avec de forts ciseaux. Les difficultés de la restauration me portèrent à combiner trois modes de réunion, à savoir : les sutures 1° enchevillée, 2° entortillée, 3° sèche, de la manière suivante : 1° Deux morceaux de bougie furent placés de chaque côté en guise de chevilles, à 5 ou 6 lignes (11 à 13 millim.) des bords rafraîchis, pour servir de point d'appui à deux anses de fil qui rapprochèrent convenablement les deux moitiés de la lèvre.

2° Deux épingles passant dans la plaie servirent à affronter les surfaces saignantes, en maintenant la coaptation avec un double huit de chiffre; il me restait à niveler les bords de la plaie transversale, ce que je fis avec une suture à points passés sous l'ouverture de chaque narine. La restauration était complète. 3° En outre, je pris soin de refouler d'arrière en avant les tégumens des joues avec de longues bandelettes de diachylon, afin de diminuer les tiraillemens et de prévenir la section des chairs par les épingles lors de l'inflammation traumatique.

L'hémorragie qui avait été assez abondante s'arrêta aussitôt; la malade fut reportée à son lit (tisane viol. till.; potion calmante avec 30 grammes sirop diacodé; diète). La soirée fut bonne. Elle dormit à plusieurs reprises d'un sommeil tranquille pendant la nuit. 18. Etat satisfaisant; on lui donne un bouillon de riz avec un biberon. 19. Pas de fièvre traumatique; l'opérée est calme et va bien (lav. émoll. et nutritif avec 32 grammes de gélatine épurée; deuxième lavem. le 21).

22 mars. Je coupe les fils de la suture entortillée; la réunion est belle, et déjà un peu solide; pas d'inflammation (lait, purée de pommes de terre). La physionomie a beaucoup changé. Le nez n'est plus écrasé; les ailes sont rapprochées; les commissures labiales sont abaissées, de même que l'angle externe des yeux; la bouche est moins large; la figure perd peu à peu de son aspect étrange et repoussant. La malade commence à se lever.

Le 23, j'enlève l'épingle supérieure et les fils de la double suture à points passés sous les narines. Le 24, j'ôte l'inférieure, et le 25 les deux chevilles en bougie. Les anses de fil commençaient à couper les chairs. Il n'y a pas d'inflammation; les parties sont seulement un peu engorgées (lot. d'eau blanche et d'eau de rose). On continue l'usage des bandelettes de diachylon pour refouler les joues d'arrière en avant. Le sommeil est bon; l'appétit revient. 27. Nouveau pansement; l'engorgement diminue; l'ulcération des sutures se comble; la cicatrice médiane paraît solide. La tension des parties devient moindre. 31. Pansement avec des compresses de vin aromatique pour affermir le travail de réparation. Le niveau des bords s'égalise; le résultat de la restauration s'améliore; les diverses ulcérations sont cicatrisées le 5 avril. La lèvre commence à devenir un peu mobile; et la malade sort le 10 avril en très bon état. La restauration est complète. La malade continuera quelques lotions émollientes.

Son état alla de mieux en mieux; en mai, la région labiale n'était plus engorgée; en août, les cicatrices avaient perdu de leur couleur tranchée. J'ai constaté le 1er octobre que la lèvre jouissait de beaucoup de mobilité, et à quelques pas de distance on se douterait à peine qu'une opération a été pratiquée. Le résultat est très satisfaisant.

Je ferai observer que l'incision transversale que j'ai ajoutée d'une aile nasale à l'autre, a eu l'avantage, non seulement de régulariser l'opération en me débarrassant d'une portion difforme du lobule médian étroit et fibreux, mais encore de favoriser beaucoup l'affrontation des moitiés latérales de la lèvre par le transport des deux lambeaux, ce qui a converti cette autoraphie en autoplastie. Cette modification opératoire me semble

d'une utilité réelle et pourra être introduite avec avantage dans la cure de la plupart des becs-de-lièvre doubles.

A l'égard des dents, je n'ai pu les ménager toutes, en les redressant et refoulant l'alvéole à l'exemple de M. Gensoul que j'ai moi-même aidé dans le cas dont parle M. Velpeau (MÉD. OPÉR., 1839, III, 503). J'ai dû faire ici le sacrifice de deux incisives, comme Gérard; leur saillie très proéminente, leur mode d'implantation oblique, et l'indocilité indomptable de la malade qui ne voulait supporter aucun appareil, etc., me forcèrent à en pratiquer l'extraction; depuis, la courbure de l'arcade alvéolaire me semble être devenue moins angulaire.

L'étendue de la difformité me porta, pour assurer la réussite, à combiner ici les sutures enchevillée et entortillée, comme on l'a déjà fait, et comme je l'ai pratiqué moi-même après M. Roux, pour *la restauration du périnée et de la cloison recto-vaginale* (GAZ. MÉD., 1840, n° 52). Je n'insisterai pas sur les avantages de cette combinaison, que la lecture de l'observation précédente a dû faire ressortir suffisamment, et qui, dans les cas difficiles, offrira une ressource précieuse.

L'observation m'ayant montré combien est fâcheuse pour la régularité de la restauration le tiraillement des bords qui en favorise l'inflammation ulcérative et y développe un travail phlegmasique plus intense que celui qui convient à la cicatrisation, je jugeai utile d'ajouter l'action unissante d'un bandage contentif formé de bandelettes agglutinatives disposées de façon à refouler la peau des joues d'arrière en avant; plus tard, j'ai pour règle d'enlever successivement les épingles, pas assez tôt pour que la cicatrice trop faible encore ne vienne à céder, et pas assez tard pour que la présence de ces corps étrangers détermine une inflammation ulcérative qui laisserait après elle une cicatrice apparente.

§ IV. — RÉGION NASALE.

RHINORAPHIE.

Celse a émis l'opinion que les cartilages du nez et de l'oreille ne se réunissaient pas, et que la consolidation ne s'établissait qu'au moyen des chairs : « *Illud et in hac et in naribus ignorari non oportet : non quidem cartilaginem ipsam glutinari, circa tamen carnem increscere, solidarique eum locum.* » (DE RE MED., lib. VIII, cap. 6). Nous avons vu (§ I) l'influence fâcheuse qu'a exercée sur les *restaurations* ce préjugé des anciens; on se rappelle quelle incrédulité systématique accueillit l'observation de Garengeot (1), relative à un soldat du régiment de Conti, qui eut le nez recollé en 1724. (OPÉRAT., 1731, t. III.) Remarquons que Boyer et Richerand conservaient encore des doutes.

Les cas de *rhinoraphie* ne semblent pas très communs dans la science, si l'on considère que, en 1839, M. Velpeau n'en cite que de M. Roux et de lui. (MÉD. OPÉR., III, 296.) J'en ai pratiqué plusieurs avec succès; en voici deux exemples recueillis dans des circonstances différentes.

DÉCOLLEMENT TRAUMATIQUE DE L'AILE DU NEZ ET DU LOBULE; RHINORAPHIE.

OBS. IV. — En février 1840, un portefaix, occupé à encaver des tonneaux, est violemment entraîné dans une fausse manœuvre, et roule sur un escalier; la face porte rudement contre le bord tranchant d'un état; l'aile gauche du nez et une partie du lobule sont divisées par une plaie contuse; ces parties n'étant plus retenues que par un lambeau étroit sont pendantes et prêtes à se détacher. Il y a eu une hémorragie assez abondante, dont la principale source est sans doute dans la muqueuse nasale. Je déterge la plaie à l'aide de lotions d'eau tiède aiguisée avec quelques gouttes d'eau-de-vie camphrée; puis j'obtiens une coaptation exacte au moyen de trois points de suture qui comprennent le cartilage avec les téguments, contrairement au précepte de Celse (2).

Un appareil protecteur, composé de bandelettes de diachylon et d'un double tampon dans les fosses nasales, maintient les choses dans de bons rapports. J'enlevai successivement les fils des sutures, et, au bout de peu de jours, la restauration était complète et devint si régulière que le délabrement se révélait à peine dans une petite cicatrice linéaire.

J'insiste sur l'utilité de la rhinoraphie; car, ainsi que le remarque avec raison M. A. Bérard; « la partie décollée tombe et se renverse entraînée par son propre poids; et, si en ne se hâte de la remettre en place, la petite portion de substance qui l'unit encore au reste du nez, et qui quelquefois ne consiste qu'en un peu de peau avec ou sans cartilage, ne tardera pas à se mortifier. » (DICT. en 25 vol, 1840, XXI, 51.) Je rappellerai que Dionis relate un fait probant en faveur de cette pratique. (OPÉR., 1740, édit. de Lafaye, p. 587.)

ULCÈRE RONGEANT DU NEZ; RHINORAPHIE.

OBS. V. — Mademoiselle P., de Valence, âgée de 21 ans, d'un tempérament lymphatique et sanguin, est atteinte sur le nez, au début de 1840, d'un petit bouton rougeâtre, du volume d'une verrue, accompagné de démangeaison, et, par intervalles, de suppuration, etc. Elle consulte un médecin du pays, et, pendant plusieurs mois, suit un traitement sans résultat. Le mal empirant toujours, une de ses amies, que j'avais récemment guérie d'une maladie analogue, la décide à venir à Lyon. Le défaut de lits vacans ne lui permit pas d'entrer dans mon service; elle fut admise dans une autre salle où on lui fit deux cautérisations avec le chlorure de zinc. Elle sortit au bout de quelques jours, et rentra plus tard à l'hôpital, dans mes rangs, le 22 mars 1841. Voici quel était son état : la maladie siége à droite. La cautérisation a détruit une partie du lobule, pénétré dans la fosse nasale, et séparé l'aile du nez de la cloison médiane; il reste un ulcère dont les bords rouges et engorgés présentent l'aspect chagriné de certains eczémas chroniques et de quelques esthiomènes au début. Il reste de la douleur, de la démangeaison, et une partie des symptômes qui existaient auparavant. On ne peut suspecter aucune origine vénérienne. J'attaque la maladie par des moyens locaux et généraux; je l'envoie par intervalle aux bains sulfureux. Le 24, elle prend une bouteille d'eau de Sedlitz purgative. Le 25, elle est mise à la tisane de douce amère. 26. Une pilule d'extrait de ciguë (2 centigr.); pansement simple et frictions avec la pommade d'extrait de ciguë. Peu à peu, la plaie, qui avait un diamètre de plus de 7 lignes (16 millim.), se rétrécit, se cicatrise; puis, au 20 avril, il y a comme un arrêt du travail de réparation. Le pansement est changé. Cataplasmes, bains locaux dans une décoction émolliente. A l'intérieur, un suc d'herbes chaque matin, etc. Un changement notable s'opéra; la cicatrice se forme. Attouchement avec une solution d'or dans de l'eau régale. Des circonstances particulières suspendent le traitement pendant une partie du mois de mai jusqu'au 2 juin. Je prescris alors quelques bains sulfureux, un purgatif, des pédiluves sinapisés, etc.

Le 18 juin, la malade peut être considérée comme guérie. Il ne reste plus que la division qui sépare du lobule l'aile droite du nez dans une assez grande étendue. J'en rafraîchis les bords avec un bistouri fin, et je les réunis avec deux points de suture. Je recouvre et protège le tout avec un peu de charpie et des bandelettes de diachylon, faisant arroser l'appareil avec de l'eau fraîche laudanisée.

21. L'appareil est enlevé, la réunion est en partie faite. La plaie devient de plus en plus étroite et superficielle, ce qui me permet d'enlever les sutures. La restauration se maintient, et, le 6 juillet, la malade retourne dans le sein de sa famille. La *rhinoraphie* a eu un résultat complet; le nez est assez bien reformé; on s'aperçoit à peine de la déperdition de substance qu'avaient occasionnée l'esthiomène et surtout la cautérisation.

Les soins qui ont été pris pour le traitement donnent à espérer que la guérison sera durable, et ajoutent une modification à l'art de *raccoutrer le nez*, suivant l'expression ancienne.

§ V. — RÉGION OCULO-PALPÉBRALE.

ECTROPION, TRICHIASIS, ENTROPION, ADHÉRENCES OCULO-PALPÉBRALES.

Si les ressources connues de l'art peuvent satisfaire aux indications dans la plupart des circonstances, il en est beaucoup aussi où leur insuffisance n'est que trop réelle, et où la cure ne saurait s'obtenir qu'à l'aide de procédés spéciaux ou de méthodes nouvelles. La région oculo-palpébrale nous en fournira des exemples.

1° ECTROPION. — Je commence par l'ectropion ou éraillement des paupières.

ECTROPION DOUBLE DATANT DE DIX ANS A L'ŒIL GAUCHE, ET DE TRENTE ANS A L'ŒIL DROIT, AVEC PERTE INCOMPLÈTE DE LA VUE; OPÉRATION; GUÉRISON.

OBS. VI. — Pierre Mezard, âgé de 46 ans, pionnier, de St-Jean-Denay (Haute-Loire), exposé dès l'enfance par son état à toutes les vicissitudes atmosphériques, finit, après avoir incessamment souffert de la pluie, du soleil et des intempéries des saisons, par contracter une ophthalmie catarrhale dont il ne peut se guérir depuis longues années; forcé par la maladie de quitter ses travaux, il se décide à consulter, à Nevers, plusieurs médecins, qui prescrivent des collyres, des purgatifs, un séton à la nuque, etc., sans résultat avantageux; enfin, sa vue menaçait de se perdre complètement, lorsqu'il entra à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 14 juin 1840, avec un ectropion double. Le globe de l'œil ne peut être recouvert; il y a photophobie; les cornées sont obscurcies par un nuage opaque; la vue est confuse. Le globe oculaire est enflammé, mais à un bien moindre degré que la palpébrale, qui est rougeâtre, hypertrophiée et fongueuse. Les deux pau-

(1) Garengeot piqué ajouta cette réflexion critique : « La plupart des livres défendent les sutures aux parties cartilagineuses..... Mais, ne sont-ce pas là des leçons plus persuasives et plus utiles que ces connaissances prétendues sublimes, réservées à peu de personnes, qui enjolent à la vérité les malades pour quelque temps, mais dont ils aperçoivent bientôt la vacuité et le peu d'effet ? »

(2) « Itaque, si cum cute cartilago rupta est, cutis utrimque suitur. » (Celse, DE RE MED., VIII, 6.)

pières inférieures sont renversées sur les joues, avec écoulement muqueux et formation de croûtes à leur surface, commencement de cutisation de la muqueuse, blepharospasme, etc., ce qui donne à la physionomie du malade un aspect hideux et repoussant. L'ectropion de l'œil gauche date de dix ans, et celui du droit de trente ans.

Une opération chirurgicale pouvait seule triompher de cette lésion; mais, pratiquer la résection de la muqueuse dans cet état d'hypertrophie, c'était s'exposer à n'avoir qu'un résultat incomplet et irrégulier; j'ai souvent observé, dans l'ophthalmie blennorrhagique, que l'excision du chémosis ne laisse, après le dégorgement, qu'une plaie superficielle et une cicatrice à peine apparente. Je crus donc convenable d'attaquer d'abord l'inflammation chronique, pour réduire l'hypertrophie et la dégénérescence de la membrane, ce que j'obtins avec des collyres résolutifs, tantôt au sulfate de cuivre, tantôt au sulfate d'alumine, plus tard par quelques instillations de laudanum pur, et enfin, des attouchemens avec la pierre de cuivre, etc. L'action de ces moyens fut puissamment aidée par l'emploi d'un vésicatoire à la nuque, et de quelques purgatifs salins.

Le 10 juillet, j'avais obtenu une amélioration notable de l'ophthalmie. L'opération me semblait bien préparée. Je renversai la paupière gauche, je saisis la muqueuse avec une pince à dents de souris, et j'enlevai avec des ciseaux courbes, d'un angle oculaire à l'autre, une languette effilée plus large au centre qu'à ses extrémités. Je laissai un peu couler le sang, puis je bassinai l'œil avec de l'eau de roses, et, ne croyant pas convenable d'abandonner les choses à la nature, je relevai la paupière et la maintins en bonne position avec un grillage de bandelettes agglutinatives par dessus lequel j'appliquai une compresse imbibée d'eau blanche laudanisée. (Diète; potion calmante; pédil. sinap. Le lendemain, une bouteille d'eau de Sedlitz; irrigations d'eau fraîche.) Il ne survient aucun accident inflammatoire. L'appareil est renouvelé tous les deux jours; la paupière se maintient parfaitement droite, et l'œil gauche fait un contraste frappant avec le droit qui n'a pas été opéré.

26 juillet. Je pratique l'excision d'une petite végétation fongueuse qui s'était développée sur la plaie, et qui refoulait la paupière au-dehors; je touche la surface avec la pierre d'alun. (Même traitement.)

4 août. Résultat complet; je commence à exercer l'œil.

Le 8, la guérison étant complète, j'opère l'œil droit avec le bistouri, en présence du docteur Cathala, de Montpellier; l'hémorragie est assez abondante. La paupière est ensuite relevée et maintenue avec l'appareil précité. (Irrigations d'eau fraîche.) La compression méthodique, l'immobilité de l'œil et sa position abritée du contact de l'air préviennent tout accident.

Le 13, excision d'une végétation développée sur la plaie; attouchement avec l'alun. Ce résultat s'affermit. Le malade sort à la fin du mois en très bon état, guéri de son éraillement et de son ophthalmie; la vue est rétablie, et l'on ne se douterait pas qu'il eût été affecté d'un double ectropion.

L'ancienneté de la maladie, le degré de la difformité, et la dégénérescence hypertrophique et fongueuse de la conjonctive, dont d'autres médecins n'avaient pas cru pouvoir triompher, donnent une certaine valeur à cette cure. J'aurais difficilement réussi en imitant la conduite des opérateurs qui, après l'excision, abandonnent, à l'instar de Bordenave, la plaie aux seuls efforts de la nature; j'avais à remédier à la longue déformation du cartilage tarse. Il ne fallait pas tomber dans l'excès opposé, comme Dzondi, qui veut qu'on pratique une incision semi-lunaire à la racine de la paupière, pour en faciliter la réascension. Il semble aussi que la modification de M. Velpeau, qui propose quelques points de suture sur la muqueuse (Méd. opér., 1839, t. III, p. 346), constitue une pratique superflue et parfois dangereuse. J'ai parfaitement atteint le but à l'aide du relèvement méthodique de la paupière, de l'immobilité de l'œil et de la compression permanente, qui réunissaient plusieurs avantages en corrigeant la déformation du tarse, prévenant l'inflammation traumatique, rapprochant les lèvres de la plaie et hâtant la guérison de manière à éviter les inégalités d'une cicatrice interne.

Je passe à un cas plus compliqué.

ECTROPION DE L'OEIL DROIT DATANT DE SIX ANS, ET COMPLIQUÉ D'UN COLOBOMA TRAUMATIQUE DE LA PAUPIÈRE; EXCISION ET BLÉPHARORAPHIE COMBINÉES; GUÉRISON.

Obs. VIII. — Augustin Dubourget, âgé de 20 ans, maçon, de Challes (Ain), reçoit, à l'âge de 14 ans, un coup de corne de vache dans l'œil droit, qui produit une ophthalmie traumatique considérable, et laisse plus tard la paupière inférieure divisée et renversée sur la joue. Un mois après, un médecin de Poncia essaie de la relever avec des bandelettes. L'ectropion persiste, avec larmoiement, blépharite, etc.; jusqu'en janvier 1839, où, cinq ans après l'accident, un oculiste ambulant pratiqua, avec des ciseaux, une opération sanglante qui n'a pas de résultat. L'œil est au contraire plus larmoyant, plus sensible au grand air et à la lumière, et l'éraillement plus considérable. On lui conseille alors d'entrer à l'hôpital de Lyon, dans mon service, où il est admis le 20 avril 1840, plus de six ans après l'accident : photophobie; vue affaiblie; obscurcissement de la cornée; conjonctive oculaire rouge, mais moins enflammée que la palpébrale, qui est épaissie, boursoufflée; il y a larmoiement. L'ectropion est considérable, surtout dans la moitié interne de la paupière. La division de cette dernière existe en dedans du point lacrymal. L'œil gauche est sain. Outre la difformité, il faut noter, à droite, de la céphalalgie, quelques douleurs dans l'orbite et la tempe, et une disposition fâcheuse de l'organe à des récrudescences d'ophthalmie.

Je commençai le traitement par des moyens dirigés contre l'inflammation chronique, comme l'emploi de collyres au sulfate de cuivre laudanisé, des attouchemens avec la pierre d'alun et de vitriol bleu, alternativement, et l'usage de compresses protectrices, etc.; en aidant l'action de ces moyens par quelques pédiluves, des purgatifs salins, etc. Une fois l'état des parties suffisamment amélioré, je pratiquai successivement, dans le courant de mai, l'excision de deux bandelettes horizontales sur la conjonctive palpébrale, pour redresser la paupière, ce que j'obtins en grande partie. (Même pansement que dans l'observation précédente.)

1er juin. Je procédai à la blépharoraphie, qui se trouvait ici rendue plus difficile par le voisinage du conduit lacrymal. La division comprenait toute l'épaisseur de la paupière vers son bord libre, et devenait plus superficielle en descendant. J'en rafraîchis les bords avec précaution, de manière à n'intéresser en bas que le tissu cutané. J'applique ensuite deux points de suture avec un fil de soie; je protégeai les parties contre l'action des larmes avec des bandelettes. (Compression méthodique; irrigations d'eau fraîche laudanisé; péd. sinap.; pot. calm.) La réunion s'opère lentement.

Le 23, la *restauration de la paupière* est complète; mais la longue déformation du cartilage tarse tendant à diminuer la régularité du résultat, je continue la compression méthodique jusqu'au 2 juillet, époque où l'œil s'habitue aisément à l'air et au grand jour.

16 juillet. Pour prévenir toute récidive, je pratique l'excision d'une petite bandelette verticale sur la muqueuse palpébrale, dans le but de resserrer et de raffermir le bord libre. (Même pansement; eau de Sedlitz pour le lendemain.) Le succès est complet; la paupière se maintient dans une bonne position.

27. L'œil ne craint plus l'air ni la lumière; la paupière joue bien et se ferme exactement sans se renverser; la vue est rétablie; il n'existe plus d'ophthalmie.

1er août 1840. Il sort en bon état. C'est à peine si on s'aperçoit des traces de la cicatrice extérieure.

J'ai revu ce malade le 18 avril 1841, il continuait à aller très bien; on ne se serait pas douté de l'ectropion et du coloboma dont il avait été atteint. Son œil ne pleurait que lorsqu'il restait exposé au vent du nord, qui, en hiver, souffle violemment dans les montagnes de son pays. Cette vérification du succès, près d'une année après l'opération, est la meilleure preuve de l'avantage que j'ai obtenu à combiner la blépharoraphie avec l'excision, procédé dont les détails se trouvent suffisamment développés dans l'exposé de l'observation pour que je n'y revienne pas ici.

Voici maintenant un fait encore plus complexe et plus difficile.

ECTROPION DIFFORME, CONSECUTIF A UN NOLI ME TANGERE; MODE PARTICULIER DE RESTAURATION DE LA PAUPIÈRE, APRÈS UN TRAITEMENT PRÉALABLE DU CANCER.

Obs. IX. — Jeanne Lapian, de Vassieux (Drôme), fermière, âgée de 50 ans, est atteinte, en 1840, d'un *noli me tangere* à la face, qui débute, sur l'aile droite du nez, par un petit bouton d'abord indolore; il prend bientôt un accroissement assez rapide, qui fut augmenté peut-être par l'application à deux reprises que la malade fit elle-même d'un onguent caustique. Inquiète de voir le mal empirer toujours, elle alla, au bout de six mois, consulter le docteur Grand-Boulogne, de Goncelin, près Grenoble, qui me l'adressa à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 26 février 1841 : l'aile droite du nez est envahie par un carcinôme fongueux, dans l'étendue d'une pièce d'un franc, avec rougeur au pourtour, tension de la peau, élancemens douloureux, etc. La dégénérescence menace de ronger l'os du nez, la branche montante du maxillaire, etc. La paupière inférieure est tirée en bas, et le lobule du nez à droite et en haut. Je calme les douleurs avec l'extrait de ciguë en pilules et en topiques. Six cautérisations avec la pâte de Cancoin sont pratiquées avec succès; mais la cicatrice ne peut s'achever, et alors surviennent toujours de nouvelles végétations cancéreuses. Enfin, le 19 juillet, j'attaque le mal avec le fer rouge; j'éteins successivement dans l'ulcère cinq boutons de feu, qui pénètrent jusqu'à la branche montante du maxillaire; il en résulte une petite cavité dont les parois consistent dans une escarre noirâtre, lente à se détacher. La plaie qui lui succède se cicatrise ensuite peu à peu; mais, à mesure, le lobule du nez est fortement tiré en haut et en dehors, et l'ectropion augmente d'une manière difforme.

Le 14 août, au moment où la cicatrisation était assez avancée, je m'occupe de remédier à l'éraillement de la paupière.

Le cas me paraissait difficile; évidemment je ne devais compter sur aucune opération pratiquée à la muqueuse, soit cautérisation, soit excision, parce que d'abord elle eût été impuissante à redresser le bord palpébral tiraillé par une cicatrice cutanée solide, et parce qu'enfin elle n'eût abouti qu'à raccourcir la hauteur de la paupière, déjà trop courte. Partant de cette observation, que c'était surtout le grand angle qui se trouvait abaissé, de façon que le procédé de Jones n'était pas applicable, j'imaginai de former une sorte de lambeau qui me permettrait de remédier à l'éraillement, sans difformité.

Procédé opératoire. — Je pratique, d'un angle oculaire à l'autre, parallèlement au bord palpébral, et à 2 lignes (4 millim.) au-dessous, une incision transversale qui s'arrête sur le sac lacrymal. A partir de ce point, j'abaisse une incision verticale, suivant la rainure naso-maxillaire jusqu'au niveau de l'ouverture de la narine. Je forme ainsi un lambeau triangulaire à large base externe, que je dissèque, et qui me permet, en le relevant vers le sourcil, d'allonger d'environ 5

à 6 lignes (11 à 17 millim.) la hauteur verticale de la paupière. Cette dernière, détachée de ses adhérences, est légérement froncée d'une commissure à l'autre par un point de suture qui tend à porter en haut son bord libre. En même temps, le lambeau est maintenu par deux points de suture, l'un à sa partie moyenne, l'autre à son angle supérieur, de manière à le tirer en haut, en l'appliquant exactement. L'œil alors se trouve muni de moyens d'occlusion tels, que la paupière inférieure remonte beaucoup sur la supérieure; mais, vu la rétractilité de la cicatrice, il faut, dans ces cas, produire l'excès, pour obtenir plus tard le nécessaire. Quelques bandelettes étroites de diachylon, un gâteau de charpie imbibé d'eau de roses laudanisée, et quelques tours de bande, protègent et maintiennent les choses en bon état. Irrigations d'eau fraîche.

Chez notre malade, le premier pansement eut lieu le 16. Pas d'inflammation, peu de rougeur; l'œil va bien; le lambeau est en partie repris; la paupière reste relevée. J'enlève, le 17, les sutures du lambeau, et le 10 celles de la paupière.

Le 21, la *restauration* est en bon état; le lambeau est recollé, la paupière toujours soulevée; l'ectropion paraît ne plus exister. Le 23, l'œil se ferme bien dans un mouvement normal; si la contraction est exagérée, il y a tendance au renversement. Dans l'état de repos, il est ouvert suffisamment. Le résultat se maintient jusqu'au 8 septembre. L'œil alors est exercé à l'air; il y a de nouveau tendance au retour de l'ectropion. On reprend l'usage de la compression jusqu'à ce que la cicatrice se soit affermie suffisamment.

Le 18, la cicatrisation du cancer paraît avancée, mais elle contribue à tirer en bas la paupière. Une compression méthodique s'oppose au retrait des tissus, et le voile palpébral se trouve, le 23, suffisamment relevé. Cependant, il y a toujours un peu de tendance au renversement; mais l'œil se ferme bien dans le clignottement, et la malade sort le 30, à peu près guérie de son carcinôme et dans un état assez satisfaisant, quoique la tendance à l'ectropion n'ait pas complétement disparue. La cicatrice parallèle au bord palpébral est imperceptible, et la deuxième laisse une trace à peine sensible dans la rainure, où elle se perd. Le temps nous apprendra si la guérison reste complète.

Ce procédé me semble offrir des avantages incontestables. Dans quelques cas, on pourrait ajouter à l'opération une modification qui me paraît de quelque importance. Ainsi, on pratiquerait sur le côté du nez une petite déperdition de substance en forme de V, dont la base se confondrait en dehors avec l'incision verticale; en réunissant ses bords de bas en haut avec un ou deux points de suture, on aurait le double avantage : 1° de couvrir le point qui a été le siége de la maladie; 2° de faciliter l'ascension du lambeau en contribuant à relever l'extrémité inférieure de l'incision.

2° Trichiasis. — Pour le trichiasis, comme pour l'ectropion, il suffit de considérer la multitude des moyens thérapeutiques qui ont été successivement proposés, pour comprendre les difficultés que présente souvent la guérison. On a plus d'une fois lieu de se convaincre que l'excision des tégumens (Celse, Salicet), la cautérisation de la paupière avec le fer (Scachi), l'acide sulfurique (Héling, Quadri), avec la potasse (Solera), l'arrachement des cils (maître Jan), la cautérisation des bulbes pilifères (A. Paré, Carron du Villards), etc., n'amènent pas toujours la cure radicale; ce qui est d'autant plus à regretter, que le trichiasis ne laisse pas que d'être une maladie assez commune (1).

Voici deux observations sur l'emploi d'un procédé que je crois bien préférable dans les cas difficiles.

TRICHIASIS DOUBLE ET COMPLIQUÉ, DATANT DE DIX ANS; OPÉRATION; GUÉRISON.

Obs. X — Mad. A. Rayon, âgée de 47 ans, passementière, de Firminy (Loire), est sujette aux maux d'yeux depuis son enfance; à la longue, les cils se renversent en dedans et occasionnent de fréquentes récrudescences d'ophthalmies. On lui conseille d'arracher et de couper les poils, et sur la fin, elle se voit forcée de pratiquer cette manœuvre jusqu'à trois fois par semaine, ce qui n'empêcha pas que le trichiasis finit par se compliquer d'un commencement d'entropion. Elle était dans ce triste état depuis dix ans, lorsqu'elle me fut adressée à l'hôpital, le 14 juillet 1841 : elle était atteinte en outre d'un catarrhe vésical chronique, avec rétrécissement de l'urètre, maladie qui réclama nos premiers soins, et dont le traitement fut de deux mois.

A son entrée, les deux yeux sont le siége d'une ophthalmie chronique, moins prononcée sur la conjonctive oculaire que sur la palpébrale, résultat de l'irritation continuelle produite par le frottement des cils. Il y a douleur dans les mouvemens du globe; larmoiement continuel, surtout au grand air; la cornée commence à se ternir; la pupille est très resserrée; la vue s'affaiblit. Les paupières, surtout les inférieures, sont engorgées et comme œdemateuses; leurs bords libres offrent une rougeur intense; les cils sont renversés en dedans, surtout en haut; en bas, ils sont en grande partie détruits par la phlegmasie chronique.

Le 16 septembre, je procède à l'opération de l'œil gauche, après quelques préparations.

Je pratique, sur la paupière supérieure, une incision transversale d'un angle oculaire à l'autre, à une demi-ligne (1 centim.) au-delà de la racine des cils; puis j'engage la pointe effilée d'un bistouri dans l'épaisseur même du voile palpébral, derrière les bulbes ciliaires, et en avant du cartilage tarse, qui reste intact. J'abaisse alors à chaque commissure une incision verticale qui réunit les deux précédentes, et me permet d'enlever un petit lambeau quadrilatère, emportant avec lui les bulbes des cils. Je favorise l'écoulement sanguin avec des lotions tièdes; je tords une des artères palpébrales, et je procède au pansement. (Compresses d'eau de roses laudanisée; immobilité de l'œil et compression méthodique; irrigations d'eau froide; tisane et potion calmante.)

24. L'œil va très bien et n'a eu aucun accident. La vue est devenue meilleure, ce qui établit un contraste avec l'œil droit. Le 26, la cicatrice est à peu près complète.

Le 27 septembre, la malade demande elle-même à être opérée de l'œil droit; j'ai recours au même procédé. Le 30, la cicatrice est avancée; il n'y a point eu d'inflammation traumatique. Elle va de mieux en mieux.

4 octobre. Elle accuse quelques maux de tête et paraît menacée d'une fluxion érysipélateuse, comme cela lui arrive souvent. Elle est soulagée par de légers laxatifs; néanmoins l'érysipèle se développe. (6. Frict. d'axonge; tis. laxat. ped. sin.) 9. L'érysipèle facial a avorté en partie; l'état général est bon, les yeux sont bien, la vue devient plus claire.

14. Nouvelle menace d'érysipèle facial. (Sangsues au cou; onctions d'axonge; tisane de veau.)

17 octobre. La fluxion est guérie; l'état de la vue est très satisfaisant; elle voit les fils du tissu de ses draps et distingue un homme d'une femme au-delà du Rhône, à une distance de 500 pas. Les paupières supérieures sont cicatrisées régulièrement; sauf l'absence des cils, on ne s'aperçoit point qu'elles ont éprouvé une déperdition de substance. La malade part pour retourner dans son pays, aux environs de St-Etienne.

On voit que j'ai employé une modification du procédé de Vacca Berlinghieri, mis en pratique avec prédilection par M. Flarer, de Pavie, comme je l'ai indiqué dans mon Voyage en Italie (Gaz. Méd., 6 janv. 1838), modification qui me semble préférable au procédé de Jaeger, de Vienne, et surtout de Saunders (extirpation du tarse), et de Schreger (excision du bord palpébral). Cette méthode m'a procuré plusieurs beaux résultats.

L'observation suivante offre certainement une cure digne de remarque.

TRICHIASIS A DROITE, DATANT DE NEUF ANS (ATROPHIE DE L'OEIL GAUCHE), AVEC COMPLICATION D'OPHTHALMIE CHRONIQUE, DE DÉFORMATION DE LA CORNÉE, ET PERTE PRESQUE COMPLÈTE DE LA VUE; OPÉRATION; GUÉRISON AVEC RETOUR DE LA VUE.

Obs. XI. — La nommée Curlat Cadet, âgée de 36 ans, née en Savoie, m'est adressée le 7 juin 1841, par MM. les docteurs Roy et Malan, dans un état presque complet de cécité. A l'âge de 5 ans, elle a perdu, par la petite vérole, l'œil gauche, dont trois ans plus tard M. Bouchet fut obligé de pratiquer l'extirpation partielle, vers 1815. L'œil droit est myope, il fonctionna bien jusqu'à l'âge de 27 ans, époque où survint une ophthalmie qui fut traitée et guérie par M. Gensoul; en 1831, nouvelle ophthalmie qui fut suivie de taches kératiques et d'affaiblissement considérable de la vue. Elle fut traitée avec avantage par M. Bajard; elle recouvra assez de vue pour lire; les paupières avaient commencé à être affectées de trichiasis. On pratiqua plus de trente fois l'arrachement des cils; l'amélioration n'était que momentanée. La malade continua chez elle ces opérations, dont elle évalue le nombre à cent.

En 1838, ayant continué à perdre la vue, elle eut recours à l'électricité, avec un soulagement qui ne fut que temporaire. Elle se mit alors entre les mains de l'homœopathie; la vue n'éprouva aucune modification heureuse, les douleurs seules furent calmées. Voici son état au 7 juin 1841 : les bords ciliaires sont déformés et irréguliers; les cils sont déviés en dedans et labourent continuellement la surface de l'œil; il y a une blépharite chronique avec conjonctivite oculaire; la cornée est déformée, fortement bombée, vasculaire et opaque, ce qui a détruit la vue, au point que la malade ne peut se conduire, qu'elle n'entrevoit les personnes que comme des ombres, et ne peut reconnaître les petits objets, même à proximité. Elle est très fatiguée par une névralgie de l'œil et de l'orbite, compliquée de céphalée, avec des exacerbations assez fortes pour occasionner une insomnie prolongée pendant plusieurs mois. A son arrivée, elle prend ses règles, ce qui retarde le traitement de quelques jours. Le 12, une bouteille d'eau de Sedlitz purgative; instillations d'un collyre astringent et laudanisé, pour la préparer à l'opération, que je pratique le 16 juin, en présence des docteurs Edouard Bouchet (de Lyon), Gassilloud (de Seyssel), Malan (de Genève), etc., et des élèves de l'hôpital.

Procédé opératoire. — Je commence par la paupière supérieure; je la soulève sur le manche de mon élévateur pour la strabotomie; je la tends en dehors avec une pince à dents de souris et à agrafes; puis je pratique, d'un angle oculaire à l'autre, et parallèlement au bord palpébral, une incision qui passe derrière la racine des cils; alors, avec la pointe effilée d'un bistouri engagé dans l'épaisseur de la paupière, en avant du cartilage tarse et derrière l'implantation ciliaire, je détache une languette de peau, de manière à emporter avec elle tous les bulbes pilifères. Il survient un écoulement sanguin que je favorise pendant quelques instans avec des lotions d'eau tiède. Pansement avec des compresses

(1) Dans le compte-rendu de M. Caffe, je trouve : distichiasis et trichiasis, 23, ectropion, 21, entropion, 7, etc., sur un total de 2400 maux d'yeux, non compris 131 maladies des voies lacrymales. (Presse méd., 1837, n. 42.)

d'eau de roses laudanisée. (Diète; tis. viol. till.; potion diacodée; immobilité de l'œil; compression méthodique.)

18. Premier pansement; pas d'inflammation; l'état névralgique est moindre; il y a un peu de sommeil; appétit. 25. La cicatrice est si avancée que la perte de substance est en grande partie réparée; la vue semble un peu moins trouble. Cette amélioration est plus sensible le 29, et assure la possibilité prochaine d'une seconde opération. Le 30 juin, elle prend ses règles, ce qui amène un délai. Deuxième purgat. le 6 juillet.

Le 7, deuxième opération appliquée à la paupière inférieure, pratiquée de la même manière; pansement *idem*. La nuit est bonne; il y a un sommeil de sept heures. 9. Pas d'inflammation; le mieux est progressif; le trouble de la vue diminue, ainsi que les douleurs. Elle commence à entrevoir quelques objets. Le 14, elle distingue la teinte jaune du laudanum dont on imbibe ses compresses. 18. Elle reconnaît des ciseaux. (50 centigr. de calomel.) 20. Les paupières deviennent unies et fort belles; la déperdition de substance est comblée et a disparu par le travail de la cicatrisation; la conservation des cartilages tarses a permis le rétablissement complet de la forme du voile palpébral; attouchement avec le sulfate d'alumine pour parachever la cicatrisation. Collyre avec le sulfate de zinc et le laudanum. Le 26, la cornée commence à s'éclaircir; la malade entrevoit ses doigts, mais sans distinguer encore ses ongles; l'état névralgique circum-orbitaire s'est beaucoup amendé. 30. Elle aperçoit les malades qui se promènent dans la salle; elle accuse encore quelques douleurs dans l'œil, et je remarque deux cils très fins qui se sont développés sur le point lacrymal supérieur. Je pratique la résection des tégumens où ils sont implantés.

Le 3 août, le résultat est très satisfaisant; le bord palpébral a sa forme régulière.

Le 7 août, elle distingue les ongles de ses doigts et déchiffre de près des numéros de 2 pouces. Le 9, elle lit quelques caractères d'impression de 5 lignes de haut. Je fais commencer des instillations de laudanum pur. Le 13, la cornée devient plus nette, surtout en haut; la vue gagne peu à peu en finesse et en étendue; elle fixe les fils du tissu de ses draps. Le 15, elle reconnaît les montans en fer du pied de son lit. Le 19, la cornée s'est éclaircie dans ses trois quarts supérieurs. Le 24, elle commence à apercevoir les sœurs hospitalières à quelques pas. Le 27, elle entrevoit les petits soliveaux au plancher. Le 6 septembre, pour dilater la pupille et prévenir une synéchie postérieure, application tous les jours d'une compresse imbibée d'extrait de belladone. Le 8, elle peut lire quelques caractères d'imprimerie. Le 14, la vue est plus étendue que jamais; la transparence est en partie revenue dans la cornée, sauf en bas. (Grand bain de propreté, le 16.)

23 septembre. Elle sort; les paupières sont parfaitement restaurées. Leur bord libre est dépouillé de cils, mais net et régulier; les mouvemens de l'œil sont faciles et étendus. Il n'y a plus de douleurs; la malade voit bien et lit assez couramment dans un livre de prières (1).

La valeur du procédé opératoire que j'ai mis en usage me semble suffisamment démontrée par les deux observations qui précèdent. En laissant intact le cartilage tarse, on conserve à la paupière sa forme normale, le jeu de ses mouvemens et le libre exercice de ses fonctions pour protéger l'œil et concourir à la vision. La plaie se cicatrise en peu de temps; il ne peut y avoir de récidive, puisque le bulbe pilifère est enlevé. L'expérience clinique m'a démontré que la paupière opérée n'offre d'autre difformité qu'une absence des cils; le bord libre devient si régulier qu'après la guérison on ne se douterait pas de la déperdition de substance. La peau des paupières mobile et extensible est aidée dans ses mouvemens par le tissu cellulaire lâche qui l'unit au fascia sous-cutané; elle glisse facilement, et la petite plaie se comble par le transport du tégument qui vient se cicatriser avec le bord libre. Ces considérations me semblent assurer une prééminence marquée à la résection de la zône ciliaire sur tous les autres procédés.

3° ENTROPION. — Tous les entropions ne reconnaissent pas pour cause, soit des brides intérieures, soit un excès de peau, soit la difformité des cartilages tarses, etc. J'ai reconnu qu'il en est un certain nombre dont l'origine réside exclusivement dans la contracture permanente du muscle orbiculaire. Le blépharo-spasme qui accompagne souvent l'ophthalmie scrofuleuse, surtout chez les enfans, m'a servi d'indication et de preuve. Le siége en est d'ordinaire à la paupière inférieure. La disposition anatomique des parties en favorise le développement, tandis que, à la paupière supérieure, la même cause occasione ce que je nommerai *l'imbrication palpébrale*. L'observation et la distinction de ces phénomènes m'ont conduit à établir une variété d'entropion qui dépend de l'état spasmodique du muscle orbiculaire, et que je propose, en conséquence, d'appeler *entropion musculaire*; l'indication étant spécifiée il restait à trouver un moyen pour la remplir. J'ai pensé que la myotomie sous-cutanée trouvait ici une application rationnelle, à l'instar de MM. Currier et Phillips. Voici le procédé que j'ai suivi, et le cas où j'en ai fait l'épreuve.

(1) Le docteur Malan a revu cette malade à la fin de novembre : la guérison s'est parfaitement maintenue. Pendant le congrès de Lyon, je l'avais montrée à MM. Mayor, Caffe, Lombard, Bertini.

ENTROPION PAR CONTRACTION MUSCULAIRE; OPÉRATION SPÉCIALE; ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

OBS. XII. — Une ouvrière, âgée de 45 ans, se présente avec un entropion complet à droite. Je remarque que la paupière inférieure se plisse et se roule en dedans, en se recoquillant sur elle-même d'une manière concentrique, absolument dans le sens des fibres circulaires du muscle palpébral. Le doigt appliqué sur les parties sent la contraction des fibres qui augmente si l'on fait arriver sur l'œil une plus grande quantité de lumière; le spasme est permanent. Après avoir examiné la disposition anatomique, je m'arrêtai, le 22 août, au procédé suivant :

PROCÉDÉ OPÉRATOIRE. — Je fais tendre la paupière inférieure au moyen d'une pince placée à l'angle externe; j'implante un ténotome effilé à la partie moyenne de l'orbite, au niveau du rebord osseux de la courbe orbitaire inférieure; puis, par un mouvement de bascule, j'en fais fixer la pointe jusqu'au bord libre de la paupière (sans cela le résultat serait incomplet), en passant derrière l'orbiculaire. Cela fait, j'opère la section du muscle par un mouvement de dégagement de la lame, en favorisant l'opération à l'aide du doigt appliqué sur la peau, de manière à suivre tous les temps de la manœuvre. L'instrument est retiré; il se produit une ecchymose qui se résorbe facilement. On facilite le résultat à l'aide d'une compression méthodique; je coupe ainsi le muscle dans sa plus grande largeur, et dans toute son épaisseur, et je n'ai qu'une seule ouverture qui est cicatrisée en vingt-quatre heures, presque sans douleur et sans accidens; circonstances qui me semblent assurer dans *l'entropion musculaire* une prééminence marquée à mon procédé sur tous ceux connus dans la science.

Chez notre malade les choses se passèrent bien, et l'entropion aurait sans doute complètement disparu sans l'engorgement de la paupière et la laxité de la peau, suite de l'ophtalmie chronique qui occupait cet œil. Un mois après, elle fut prise d'une pneumonie double sur-aiguë qui marcha avec violence et l'emporta rapidement malgré le traitement le plus énergique.

L'AUTOPSIE, faite 30 heures après la mort, démontra une hépatisation rouge des deux tiers inférieurs d'un poumon et du tiers inférieur de l'autre.

ÉTAT DE LA PAUPIÈRE OPÉRÉE. — Point d'ecchymose; la peau enlevée avec précaution, je ne trouve pas d'épanchement sanguin. Le muscle palpébral est mis à nu avec soin, et je ne puis trouver aucun vestige de la solution de continuité que j'ai pratiquée, soit au milieu, soit en dehors. Il semble seulement que dans ces deux points il y a une modification dans la couleur du muscle qui est d'un rose plus pâle; il n'y a point de tissu de cicatrice, circonstance digne de remarque.

L'anatomie pathologique n'a point encore été faite à l'égard du sujet qui nous occupe; ce qui pourra prêter un nouvel intérêt à l'observation qui précède.

4° ADHÉRENCES OCULO-PALPÉBRALES (*symblépharon* de quelques auteurs). — A l'égard des adhérences des paupières avec le globe de l'œil, l'art est dépourvu de ressources réellement efficaces. M. Malgaigne a résumé ainsi l'état actuel de la science : « Les adhérences des paupières au globe de l'œil peuvent fort bien être détruites à l'aide du bistouri; *mais nous ne connaissons aucun moyen d'en prévenir le rétablissement.* » (MAN. DE MÉD. OPÉR., 1839, p. 402.) M. Velpeau tient à peu près le même langage (OPÉR., 1839, t. III, p. 367).

Ce n'est pas, sans doute, que cette affection soit essentiellement incurable; mais on n'a pas encore trouvé la véritable loi thérapeutique de ce genre de lésion. L'incision, l'excision, la cautérisation, etc., qu'on emploie, sont entachées d'un vice radical; s'y prendroit-on autrement pour produire des adhérences si elles n'existaient pas? Ce qui se passe dans les doigts palmés démontre surabondamment l'insuffisance de ces moyens. En général, c'est s'abuser singulièrement que de compter, pour prévenir la récidive, sur les mouvemens de l'œil (Héraclide), sur les plaques métalliques de Solingen, ou sur l'œil artificiel de Demours, etc.

Ayant eu à traiter un malade que n'avaient pu guérir plusieurs praticiens distingués de la Suisse et de l'Italie, je me suis préoccupé des causes d'insuccès et des moyens d'y remédier. Le but qu'on se propose est simple, mais la méthode manque pour l'obtenir. En effet, pour empêcher le retour des adhérences, il ne suffit point de les détruire par le mode jusqu'ici connu; j'ai imaginé de placer les surfaces dans des conditions différentes et indépendantes de vitalité et d'activité organiques. J'ai voulu rompre les rapports de cicatrisation de chacune d'elles. Le principe, c'est que les phases de réparation ne se correspondent pas. Il faut éviter qu'il y ait simultanéité; il faut que la période du travail s'achève dans l'une lorsqu'il commence à peine dans l'autre.

Voilà la méthode; restait à trouver le moyen de remplir cette indication. Voici le procédé opératoire que j'ai imaginé : je passe dans l'épaisseur des adhérences, à une profondeur variable, une aiguille armée d'un fil double pour permettre de pratiquer simultanément deux ligatures. Je serre la première assez mollement du côté de la paupière pour opérer la section à la longue; j'étreins, au contraire, la deuxième fortement du côté de l'œil, de façon à couper bientôt la bride; j'ai ainsi sur la sclérotique une plaie déjà en voie de cicatrisation, avant que du côté de la paupière

aucune surface soit encore mise à nu. Je puis en conséquence employer sur ce point les agens appropriés, et mettre les parties dans la nécessité de se cicatriser isolément; car le petit moignon, très minime, compris entre les deux ligatures, est inapte par sa nature à contracter aucune adhérence, puisque, étranglé qu'il est, il est dépourvu de vitalité et doit tomber en s'atrophiant. Il en résulte que la plaie du côté de l'œil poursuit son travail de cicatrisation, pendant que l'autre ligature est encore occupée à opérer la section de la bride sur la paupière. Plus les adhérences sont denses et fibreuses, plus il est facile, avec une différence dans le degré de constriction, d'établir à volonté une différence de plusieurs jours entre l'une et l'autre section. A-t-on affaire à des brides très épaissses, on en effectuera la dissection en plusieurs temps, en pénétrant chaque fois à une plus grande profondeur.

J'avais encore à trouver le moyen de réaliser impunément sur l'œil la méthode nouvelle que j'expose. J'y suis arrivé avec les précautions suivantes : et d'abord, j'immobilise le globe, à l'aide d'une compression méthodique propre à agir comme antiphlogistique, et à contenir les parties dans une situation respective convenable ; en le maintenant fermé, je produis un repos propice et j'évite les mouvemens du globe et des paupières si défavorables par le double inconvénient qu'ils ont d'irriter la surface oculaire, de tirailler les brides, et d'en faciliter trop tôt la rupture. Ajoutons que l'œil se trouve ainsi à l'abri des vicissitudes de l'atmosphère et du contact irritant de l'air et des poussières, c'est-à-dire dans les conditions de chaleur et d'obscurité les plus favorables,

Citons quelques faits pour montrer le mode d'application de ces principes, et les particularités que présente le procédé opératoire.

ADHÉRENCES OCULO-PALPÉBRALES, CONSÉCUTIVES A PLUSIEURS OPÉRATIONS DE PTÉRYGION; DESTRUCTION DES BRIDES PAR UN MODE PARTICULIER.

OBS. XIII. — M. X., de Clermont (en Savoie), âgé de 35 ans, est atteint, en 1826, à la suite d'une marche de trois heures dans la boue et la neige à demi-fondue, d'une ophtalmie qui laisse, après une durée de quinze jours, une rougeur persistante à l'angle interne des yeux. Il y survient en outre un peu d'engorgement qui augmente peu à peu pendant trois ans, de manière à former deux ptérygions triangulaires dont la base regarde le nez. En 1834, M. Mayor, de Genève, en pratiqua l'excision. Le gauche fut guéri radicalement ; le droit, au contraire, reparut au bout d'un mois, ramena un peu de gêne et de douleur dans l'œil, ce qui décida le malade à une deuxième opération; elle fut faite par M. Maunoir ; le succès ne fut que temporaire; le volume du ptérygion augmenta rapidement. M. X. alla consulter M. Riberi, de Turin ; l'excision fut faite ; la recrudescence du mal obligea d'exciser avec le ptérygion une partie de la caroncule; on y joignit la cautérisation. Le malade se crut guéri et retourna en Savoie. Là il eut le chagrin de voir se former des brides fibreuses entre les paupières et le globe de l'œil. Quelque temps après, il consulte un médecin de Chambéry qui ne crut pas convenable de l'opérer de nouveau. Un autre pratiqua l'excision des brides; il se développe une végétation considérable ; nouvelle extirpation; la maladie repullule. Troisième excision : on arrête la tendance à des végétations nouvelles par des attouchemens avec le sulfate de cuivre et le nitrate d'argent. La cicatrice se forme peu à peu; mais en même temps il se produit des brides fibreuses disposées en éventail, dont la base, implantée sur la partie interne des deux paupières, converge et se termine sur la cornée dont elle envahit la surface dans une étendue d'environ 2 lignes (4 millim.); c'est alors que M. le docteur Gassilloud, de Chambéry, m'adressa le malade, dans l'état suivant, le 10 avril 1841 : l'œil droit ne pouvait s'ouvrir normalement ; les brides précitées se composaient d'une multitude de faisceaux fibreux et très denses, convergeant en forme d'éventail. Elles tenaient la partie interne des paupières fortement attachée contre le globe, de manière à gêner les mouvemens des unes et de l'autre. Ainsi, elles ne pouvaient s'entr'ouvrir complètement, et l'œil ne pouvait se porter en dehors. Le malade voyait les objets doubles quand il regardait en dehors et à droite; et quelquefois aussi, mais à un moindre degré, quand il regardait fortement à gauche. Le grand air, le froid, le travail de la lecture et de l'écriture fatiguaient beaucoup cet œil, le faisaient rougir, pleurer et le rendaient douloureux. Ces adhérences donnaient à la physionomie une expression désagréable. Je commence par des instillations de laudanum pur pour diminuer la sensibilité de l'œil.

13 avril. Je pratique une première opération. Ce cas m'avait beaucoup donné à réfléchir. La tendance du mal à se reproduire, sa dégénérescence en tissus fibreux, le nombre des opérateurs habiles qui m'avaient précédé, la pénurie des moyens de l'art contre cette lésion, m'inspiraient des craintes et de l'hésitation. L'incision, l'excision, la cautérisation ne pouvaient m'offrir aucun avantage assuré puisqu'elles avaient échoué entre des mains habiles. Il fallait trouver un autre moyen; voici comment je m'y pris : Je compris dans une petite aiguille courbe, armée d'un fil double, 4 à 5 des faisceaux fibreux de la paupière inférieure. Je nouai le premier chef mollement du côté de la cornée. La même opération est répétée le lendemain, en dehors et en dedans des précédentes sutures. Immobilisation de l'œil, compression méthodique, irrigations d'eau fraîche laudanisée.

Le 15, les adhérences sont rompues du côté de la cornée ; je touche la plaie avec la pierre d'alun, et je glisse derrière le lambeau un brin de charpie; même pansement. Je cautérise, les quatre jours suivans, légèrement avec le sulfate de cuivre; la cicatrice se forme sur le globe; les autres ligatures tombent plus tard ; la paupière inférieure se dégage et devient libre et mobile; le tissu de la cicatrice blanchit et par là même s'affermit. Le 22, la guérison paraît à peu près complète. Nouvelles instillations d'un collyre astringent et narcotique pour calmer l'irritation produite et préparer à une nouvelle opération.

Le 26, j'attaque les brides de la paupière supérieure, j'embrasse plusieurs faisceaux dans les anses d'un fil double, dont je lie le premier chef mollement du côté de la paupière, et le second plus fortement du côté de l'œil. Mêmes précautions pour l'immobilité de l'œil; compression méthodique et irrigation antiphlogistique.

Le 27, les brides se trouvent coupées du côté de la cornée. Je fais pénétrer deux autres fils plus avant, de manière à comprendre des faisceaux plus profonds, que j'attaque par deux ligatures, l'une aussi près, l'autre aussi loin que possible de la cornée.

Le 28, les ligatures de l'avant-veille tombent avec le lambeau qu'elles embrassaient. Le ramollissement des tissus ne permet pas actuellement d'en placer d'autres.

Le 29, il survient un peu de gonflement. Je touche avec le sulfate de cuivre. La cicatrice se forme bien derrière les ligatures. Ces dernières tombent le 31. L'inflammation est calmée; je passe de nouveaux fils plus profondément. Il survient de la douleur; la paupière se gonfle; il y a larmoiement, céphalalgie, etc. (Péd. sinap., lotions fréquentes d'eau de rose et d'eau fraîche; inject. id., etc.) 2 mai. Il va mieux; la céphalalgie est moindre. Le 3, l'œil gauche se prend légèrement; je le touche de temps à autre avec la pierre d'alun. Le 6, la douleur continue (10 sangsues derrière l'oreille droite; péd. sinapisé ; purgatif id. ; salin, le 7). 9. L'ophthalmie diminue; la cicatrice semble se resserrer un peu ; les brides se boursoufflent d'abord. Peu à peu les choses s'établissent dans un meilleur état; la paupière inférieure paraît guérie assez complètement; la supérieure ne l'est encore qu'à moitié; les mouvemens du globe sont plus faciles.

Depuis quelque temps, des affaires pressantes rappellent dans son pays le malade, dont cette ophthalmie intercurrente a retardé le traitement et la guérison. Il part dans le courant de mai.

En septembre dernier, j'ai eu de ses nouvelles par le docteur Gassilloud qui s'était rendu au congrès scientifique de Lyon. M. X. paraissait aller assez bien (1).

AUTRE PROCÉDÉ. — J'avais d'abord songé à un autre procédé pour arriver au même résultat ; je me proposais de décoller avec précaution les adhérences dans leur implantation au globe oculaire, et de les replier ensuite sur la paupière, de manière à en tapisser la paroi interne en guise de conjonctive, en les y fixant avec quelques points de suture; je fus détourné de cette tentative par cette considération que les tissus fibreux et surtout ceux des cicatrices se prêtent mal à ce mode d'autoplastie, qui d'ailleurs aurait été ici très difficilement applicable, mais qui pourra convenir dans d'autres circonstances. Je crus devoir donner la préférence au procédé du double étranglement, comme dans l'observation suivante.

ADHÉRENCES OCULO-PALPÉBRALES, DÉJA OPÉRÉES SEPT FOIS SANS SUCCÈS; OPÉRATION PAR UN MODE PARTICULIER ; GUÉRISON.

OBS. XIV. — Jean-Baptiste Giron, de Chevrières (Isère), âgé de 21 ans, maréchal-ferrant, éprouve, à la fin de 1840, une brûlure de l'œil droit occasionée par de la chaux vive, qui produit une ophthalmie aiguë avec douleurs intenses, tuméfaction des paupières, perte de la vue momentanément, etc. Le traitement consiste en de simples émolliens. Pendant le cours de cette phlegmasie, il se forma des adhérences entre le globe et la paupière inférieure. Le malade se rendit à Valence où il consulta deux médecins, dont l'un l'opéra à deux reprises, mais sans résultat. Il revint à Saint-Marcelin, où trois nouvelles opérations furent faites pour détruire les adhérences persistantes, mais sans avantage. Las de voir son état empirer, il fit le voyage de Grenoble où on le dissuada de toute tentative nouvelle; mais comme il était résolu à se débarrasser de son infirmité, M. Guillard, de Saint-Marcelin, lui conseilla de venir à Lyon. Un chirurgien de la ville lui pratique deux nouvelles opérations; le malade paraît n'en avoir retiré aucun bénéfice; l'œil s'enflamma, et au bout d'un mois et demi de traitement, les adhérences restaient comme auparavant.

Le 10 juillet 1841, il fut admis dans mon service à l'Hôtel-Dieu, 9 mois après l'accident. La paupière inférieure gauche a contracté, dans son tiers externe, des adhérences larges et fermes avec le globe de l'œil. La commissure palpébrale est également adhérente, ainsi qu'une petite portion de la paupière supérieure, Les mouvemens de l'œil sont gênés, comme bridés et douloureux. Il ne peut se tourner en dedans ni s'ouvrir largement. La conjonctive est rouge à l'angle externe; l'œil est entraîné par le mouvement des paupières; ses fonctions motrices et sensitives sont troublées ; il n'y a pas harmonie entre les deux axes visuels; on est frappé d'une tendance au strabisme divergent, qui devient très prononcé dans certaines positions. Enfin, il y a diplopie, trouble de la vue, etc Le malade ne peut travailler à son état.

Le 11 juillet, je procédai à l'opération. Mais ici les brides se trouvaient ramollies par les tentatives récentes faites pour obtenir la guérison.

Je compris une certaine épaisseur des brides dans les anses d'un fil double dont les chefs furent noués séparément, l'externe plus mollement que l'autre.

(1) Je viens d'apprendre (25 nov. 1841) indirectement que le résultat ne s'est pas complètement maintenu.

Immobilité de l'œil et compression méthodique à l'aide de bandelettes agglutinatives et de quelques circulaires de bandes ramenées de droite à gauche et de bas en haut, pour s'appliquer plus exactement. Lotions d'eau froide laudanisée.

Le 18, premier pansement; la ligature interne eu du côté de la cernée tombe; l'œil éprouve déjà plus de liberté; il n'y a plus de diplopie; du reste pas de douleurs ni d'inflammation. L'appareil est renouvelé tous les deux jours jusqu'au 17. La cicatrice oculaire était faite en partie sans que les adhérences se fussent reproduites. La ligature externe était tombée tard.

Le 17, deuxième opération; je passe une anse double de fil plus profondément pour comprendre d'autres faisceaux. 20. Section des parties comprises dans les ligatures; l'angle externe commence à devenir libre. 27 juillet. Troisième temps de l'opération, pour poursuivre la section. 3 août. L'œil a recouvré une partie de ses mouvemens, et la vue beaucoup de netteté. 10. Nouvelle ligature qui paraît embrasser la bride jusqu'à sa base. 13. Les fils tombent; le malade dit sentir son œil très libre. Je touche la surface de la sclérotique, seulement avec la pierre d'alun. Le 15, pour favoriser séparément la cicatrisation complète des surfaces palpébrales et oculaires, je place une dernière ligature qui tombe au bout de quelques jours. Le 20, le résultat est très satisfaisant. 22. La commissure est libre; les adhérences sont détruites; il ne reste qu'un peu de rougeur dans l'œil. Le malade se trouve bien, dit que sa vue est complétement revenue, sans diplopie. Le 30, les choses se maintiennent; il demande sa sortie. La cicatrice n'a pas encore opéré ses périodes; si, par sa rétraction, elle gêne plus tard les mouvemens de l'œil, le malade doit revenir à la fin de septembre. Comme il n'a pas reparu, il est à présumer que la guérison radicale se sera suffisamment maintenue; d'autant plus que nulle part il n'avait éprouvé autant de soulagement, et subi des opérations aussi impunément que pendant le traitement que je lui ai fait suivre.

La méthode et le procédé que je viens de faire connaître présentent une circonstance qui doit en agrandir la portée, c'est qu'ils ne sont pas exclusivement applicables à la région oculaire; leur principe est d'une application féconde; peut-être seront-ils appelés à prendre rang parmi les opérations réglées, si l'on considère non seulement qu'ils sont simples et rationnels, mais encore qu'ils sont susceptibles d'une généralisation étendue; et en effet ils peuvent s'adresser avec avantage, sur les autres points de l'économie, aux adhérences contre nature, aux brides accidentelles, aux cicatrices vicieuses, aux doigts palmés, etc., c'est-à-dire à toute une classe de lésions, à l'égard desquelles on est forcé de convenir que la médecine opératoire est le plus souvent impuissante.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 14 MARS.

COMPOSITION DE L'AIR ATMOSPHÉRIQUE.

M. Dumas fait connaître le résultat des expériences qui ont été instituées dans diverses parties de l'Europe, pour répondre à l'appel fait par lui au mois de juin dernier. (Voy. GAZ. MÉD., 1841, n° 26.) M. de Marignac, à Genève, a fait une analyse de l'air atmosphérique dans des circonstances et avec des instrumens tout à fait semblables à ceux qu'avait employés M. Dumas. Sur 10,000 parties d'air, en poids, il a trouvé, moyen terme, 2,299 d'oxigène, preportion en harmonie parfaite avec le chiffre obtenu à Paris.

M. Lévy, à Copenhague, ayant emporté de Paris des ballons vides et des ballons jaugés, semblables à ceux du laboratoire de M. Dumas, a opéré sur de l'air recueilli dans différens endroits. Les premières expériences lui avaient donné un résultat tellement différent de ses prévisions qu'il fut découragé; mais bientôt il s'aperçut d'une imperfection dans les poids qui lui servaient; on remédia à cette cause d'erreur, et les expériences devinrent régulières.

M Lévy a d'abord analysé de l'air pris à Copenhague, et il a successivement trouvé pour 10,000 parties d'air, les quantités d'oxigène suivantes :

2,300
2,302
2,296
2,299
2,301

L'air recueilli en mer lui a donné, toujours sur la même quantité, les chiffres suivans;

2,257 d'oxigène.
2,258
2,259
2,256

Enfin de l'air pris sur la côte, par le vent de mer, a donné successivement :

2,302 parties d'oxigène.
2,301
2,302

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 15 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. FOUQUIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

MM. Requin, Blache, J. Pelletan, Gibert, Martinet, Bayle, Cazenave, Piédagnel, Brière de Boismont, Ricord, Casimir Broussais et J. Guérin écrivent à l'Académie pour se porter candidats à la place vacante dans la section de pathologie médicale.

REMÈDES SECRETS.

M. Villeneuve lit sur plusieurs propositions de remèdes secrets un rapport, dont les conclusions défavorables sont adoptées par l'Académie.

INJECTIONS UTÉRINES.

M. Capuron fait, en son nom et en celui de M. Moreau, un rapport sur un instrument, nommé par son auteur *injecteur mobile*, pour faire des injections dans l'utérus et le vagin, dans les maladies des organes génito-urinaires. Un de ses principaux avantages, dit M. le rapporteur, est de pouvoir s'adapter à toutes sortes de récipiens, et de permettre aux malades d'en faire usage dans toutes les attitudes.

Les conclusions sont favorables à l'auteur.

M. DELENS : Cet instrument est destiné à faire des injections, non seulement dans le vagin, mais dans l'utérus; et le rapport dit même avec éloge qu'il permettra d'injecter dans la cavité de cet organe une quantité de liquide plus considérable qu'on ne peut le faire par les moyens ordinaires. Il y aurait, ce me semble, des inconvéniens graves à mettre un pareil instrument entre des mains inexpérimentées; car nous connaissons tous les dangers que peuvent entraîner les injections utérines.

M. MARTIN-SOLON : J'appuie l'observation de M. Delens; il est bien reconnu aujourd'hui qu'en injectant un liquide dans la cavité utérine, on peut donner lieu à une péritonite mortelle.

M. CAPURON : Je répondrai qu'avec cet instrument on ne peut faire pénétrer une injection dans la matrice que lorsque son col est largement dilaté. Or, cette disposition dénote certainement un état morbide, dans lequel les injections ne sent pas aussi contr'indiquées qu'on le prétend.

M. MARTIN-SOLON : Mais cela n'empêche pas que les injections utérines ne puissent produire des accidens graves!

M. BÉGIN : On vient de vous dire que les injections conviennent lorsque le col utérin est béant : c'est fort bien; mais comment les femmes, entre les mains desquelles vous mettrez cet instrument, sauront-elles si l'utérus est ouvert ou fermé? Elles feront les injections, peut-être même en employant des substances irritantes.... Non seulement nous ne pouvons approuver ce procédé, mais il faut le condamner sévèrement.

M. VELPEAU : Sans doute les injections poussées dans la matrice sont capables de produire de sérieux désordres; mais ce ne sera certainement pas cet instrument qui pourra devenir dangereux; car il suffit d'y jeter un coup d'œil pour voir qu'il n'est bon à rien. (On rit.)

M. DOUBLE: Je suis frappé du peu d'harmonie qui existe entre les conclusions favorables du rapport et les imperfections de l'instrument. Je demanderai seulement si les commissaires ont examiné l'instrument et s'ils ont signé le rapport; dans le cas contraire, je proposerais de le renvoyer à la commission.

M. CAPURON répond que M. Moreau a approuvé les conclusions du rapport.

M. GÉRARDIN fait observer que l'instrument pour lequel on demande l'approbation de l'Académie a déjà été l'objet d'un brevet d'invention.

Plusieurs membres : Et il a été affiché sur tous les murs de Paris.

M. BÉGIN : Je propose de substituer aux conclusions du rapport, que l'Académie, frappée des inconvéniens que présente cet instrument, n'entend lui donner aucune espèce d'approbation. (Appuyé.)

M. DELENS : Mais, en adoptant cette modification, le corps du rapport resterait et ferait, avec les nouvelles conclusions, une fâcheuse disparate.

M. LAGNEAU déclare que l'instrument lui paraît incapable de faire pénétrer la moindre parcelle de liquide dans la cavité utérine.

M. LOUIS : Il est évident que l'Académie ne veut pas donner son approbation à cet instrument; il est évident aussi qu'en rejetant seulement les conclusions, il y aura désaccord entre les deux parties du rapport. Le seul parti à prendre serait donc de le renvoyer à la commission pour qu'elle fasse disparaître ces contradictions.

M. DOUBLE : Il me semble que la seule difficulté qui nous arrête ici est la lettre ministérielle qui accompagne cet instrument, et à laquelle il faut nécessairement répondre. Mais il est bien facile de satisfaire à tout, en rejetant d'abord

les conclusions, puis en chargeant le conseil d'administration de rédiger une réponse au ministre. (Appuyé, appuyé, aux voix!)

M. le Président : Conformément à la proposition de M. Double, il sera répondu au ministre que l'Académie n'approuve pas cet insirnment.

CAUSES DE LA MORVE.

M. le Président demande à l'Académie si elle veut entendre la lecture d'un mémoire de M. Fourcault sur cette question.

M. Cornac : Une commission a déjà été nommée pour s'occuper des divers points qui se rattachent à l'histoire de la morve chez les animaux et chez l'homme. Il y aurait donc, je crois, avantage à attendre, pour reprendre la discussion, que cette commission eût fait son rapport.

M. Renaud : Le travail qui a été lu par M. Hamont est un document d'une grande importance; il n'y a pas encore été fait de réponse. Je crois qu'il y aurait opportunité à entendre dès à présent la communication de M. Fourcault; car elle ne pourrait que jeter de nouvelles lumières sur la question, et fournir d'utiles données aux membres de la commission.

L'Académie, consultée, passe à l'ordre du jour.

NOUVEAUX BANDAGES HERNIAIRES.

M. Bégin lit un rapport sur de nouveaux bandages herniaires proposés par M. Tessigny. M. Bégin reproche surtout à l'auteur de n'avoir pas assez réfléchi qu'un bandage doit comprimer le canal herniaire et son ouverture profonde, plutôt que l'orifice extérieur.

En résumé, les bandages de M. Tessigny ne paraissent pas avoir de supériorité bien marquée sur les moyens contentifs ordinaires; mais, précisément parce qu'ils ont quelque chose de spécial dans leur confection, ils pourront sans doute trouver leur application dans quelques-uns de ces cas exceptionnels que présente si souvent la pratique.

Ces conclusions sont adoptées.

APPAREIL POUR LES FRACTURES.

M. Gimelle lit un rapport sur un mémoire de M. Dauvergne, intitulé : Nouvel appareil pour les fractures du membre inférieur. Cet appareil, dit M. le rapporteur, ne remplit aucune indication nouvelle; mais il pourrait toutefois être substitué aux appareils ordinaires dans quelques circonstances. Nous proposons en conséquence d'adresser des remercîments à l'auteur, et de déposer son travail aux archives. (Adopté.)

FISTULES VÉSICO-VAGINALES.

M. Leroy-d'Etiolles lit un mémoire sur les fistules vésico-vaginales, si rebelles aux efforts de la chirurgie. Les causes de nos insuccès, dit l'auteur, sont, comme chacun sait, la largeur de la perforation, la diminution de capacité de la vessie, le peu d'épaisseur de la cloison vésico-vaginale, l'action délétère de l'urine qui détruit les adhérences à mesure qu'elles se forment.

Beaucoup de petites fistules guérissent spontanément; quand elles sont un peu plus larges, la cautérisation aide à leur occlusion; le cautère actuel est préférable, mais la manière dont on l'emploie est vicieuse. Le gonflement des lèvres de la fistule les rapproche et suspend souvent pendant quelques jours l'écoulement de l'urine; mais les parties qui se touchent sont frappées de mort et ne peuvent s'unir, et lorsque les escarres se détachent le gonflement cesse et les lèvres s'écartent. Pour agir plus rationnellement, M. Leroy-d'Etiolles fait deux applications distinctes du cautère : l'une préliminaire, qu'il nomme *approximative*, a pour but de plisser le vagin et de tenir les bords de la fistule en contact d'une manière permanente; l'autre, qu'il nomme *adhésive*, avive les portions des lèvres qui se touchent. Des plaques et des *spéculum* fenêtrés imaginés par M. Leroy-d'Etiolles donnent le moyen de faire d'une manière régulière cette cautérisation approximative.

Pour les fistules plus larges, la cautérisation est insuffisante; il faut avoir recours à d'autres moyens. Pour obvier aux deux causes les plus puissantes d'insuccès, *le peu d'épaisseur de la cloison et le contact délétère de l'urine*: M. Leroy a imaginé de soulever la cloison et d'accoler dans la plus grande étendue possible, non les bords minces de la fistule, mais les surfaces du vagin largement avivées. Plusieurs instrumens propres à produire ce soulèvement et cet accolement par de larges surfaces sont placés sous les yeux de l'Académie. Mais pour que ce procédé soit mis à exécution, il faut que la fistule existe au centre de la cloison. Si l'une des lèvres manque, il ne présente plus de chances. Dans ce cas, M. Leroy-d'Etiolles a imaginé d'employer le col de l'uterus comme obturateur, après l'avoir avivé ainsi que le pourtour de la fistule; l'application inefficace qu'il a faite de ce procédé à Beaujon en 1835 ne l'empêche pas de fonder sur lui des espérances.

Pour les très larges perforations, l'autoplastie semble le seul moyen d'obturation. Le procédé de M. Jobert a presque toujours échoué à cause de la mortification des lambeaux longs et minces pris sur la grande lèvre ou la cuisse. L'autoplastie en arcade de M. Velpeau semble trop difficile à exécuter. A ces procédés, M. Leroy-d'Etiolles propose d'en substituer un qui consiste à prendre le lambeau sur la paroi postérieure du vagin, au moyen d'une incision faite au-dessous de la fourchette de la vulve, pénétrant dans l'espace cellulaire intermédiaire au commencement du vagin et du rectum et s'arrêtant au point où l'union devient plus intime entre les deux parois pour former la cloison vagino-rectale, précisément au point où commence l'incision de M. Velpeau. On obtient ainsi un lambeau court, large, épais, qui, en se retournant, vient s'appliquer sur la fistule par sa surface saignante.

Enfin, il y a des cas trop nombreux contre lesquels viennent échouer toutes les méthodes de traitement. Pour ces cas, M. Leroy-d'Etiolles indique un mode de tamponnement du vagin avec une feuille de caoutchouc, et du caoutchouc en pâte, substance élastique et malléable, exempte des inconvéniens qui, jusqu'à ce jour, avaient rendu le tamponnement permanent presque impossible. Quant à l'obturation du vagin, suivant le procédé de M. Vidal, M. Leroy-d'Etiolles ne s'en montre pas partisan, ou du moins il ne l'admettrait que comme méthode extrême et exceptionnelle.

Commissaires : MM. Blandin, Velpeau et Bégin.

La séance est levée à cinq heures.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOUVELLES OBSERVATIONS RELATIVES A L'INFLUENCE DE L'INFLAMMATION D'UN ŒIL SUR LE RÉTABLISSEMENT DE LA VISION DE CELUI DU CÔTÉ OPPOSÉ; communiquées par M. Serre, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Montpellier.

Après avoir cherché à apprécier l'influence que l'action de la lumière sur un œil, récemment opéré de la cataracte, peut avoir par rapport au rétablissement de la vue du côté opposé, qu'il me soit permis de citer quelques faits qui semblent prouver que l'inflammation de l'œil causée par l'opération ou par un agent vulnérant quelconque est susceptible jusqu'à un certain point de produire le même résultat.

Obs. I. — Tandis que j'observais ce qui se passait chez le nommé Carlas, dont il a été déjà question, j'eus à donner mes soins à un malade du département de la Lozère, qui m'avait été adressé par M. le docteur Salanson, et qui présentait d'un côté une oblitération de l'ouverture pupillaire, et de l'autre une amaurose presque complète à l'œil droit. Comme tous les moyens que j'avais mis en usage contre cette dernière maladie avaient été sans effet, et que le nommé Roumejean y voyait à peine pour se conduire, je conçus le projet d'établir une pupille artificielle à l'œil gauche; en conséquence, dès le 10 août 1841, je pratiquai, vers le milieu de la cornée transparente, une petite incision qui me permit d'aller saisir l'iris avec le crochet de Beer, près de son union avec le corps ciliaire, et de le détacher de manière à pouvoir l'engager dans l'ouverture faite à la cornée, et à frayer ainsi un passage aux rayons lumineux.

Cette opération réussit au-delà de mes espérances, eu égard à la formation de la nouvelle pupille, qui conserva toujours les mêmes dimensions; mais, à l'instant où le décollement de l'iris eut lieu, il me fut facile de reconnaître que les parties profondes de l'œil avaient trop souffert pour se prêter au rétablissement de la vision. Néanmoins, sous l'influence des accidens inflammatoires que suscita l'opération, la vue du côté de l'œil amaurotique éprouva une amélioration tellement sensible que le malade ne cessa, pendant plus de quinze jours, d'en témoigner tout son contentement. Malheureusement, à mesure que l'inflammation céda aux moyens que je crus devoir mettre en usage, l'état de l'œil atteint d'amaurose revint, à peu de chose près, ce qu'il était auparavant, et Roumejean sortit de l'hôpital sans être guéri.

Obs. II. — Ayant eu à traiter, pendant le même quadrimestre, un nouveau malade qui avait une cataracte à l'œil droit et une amblyopie déjà très avancée à l'œil gauche, j'ai pu constater encore que la vue de ce même côté s'était améliorée par le fait seul de la phlogose qui s'empara de l'œil droit à l'occasion de l'opération à laquelle il fut soumis. Il y a plus, au moment où l'inflammation touchait à son terme, une ophthalmie purulente, causée par une imprudence de la part du malade, se déclara à l'œil récemment opéré, et en entraîna la perte; mais, chose digne de remarque, cet accident, loin de nuire à la vue du côté de l'œil amaurotique, parut au contraire la fortifier.

Voilà donc deux sujets chez lesquels l'état inflammatoire d'un œil, survenu chez l'un à l'occasion de la formation d'une pupille artificielle, chez l'autre, à la suite de l'opération de la cataracte, a suffi pour améliorer, au moins momentanément, la vue du côté opposé à celui sur lequel l'opération avait été pratiquée.

C'est en réfléchissant à ces mêmes faits que j'ai été entraîné plus tard à plonger une aiguille à cataracte dans la chambre postérieure, chez un malade atteint d'amaurose, dans le but de titiller légèrement la portion de la rétine qui correspond à la partie inférieure de l'œil, et de réveiller ainsi la sensibilité de cette membrane. Ce moyen n'a pas eu, il est vrai, tout le résultat que j'en attendais, et son action n'a été que médiocre et temporaire; mais peut-être aussi, par ménagement pour le malade, n'ai-je pas provoqué un degré suffisant d'inflammation.

Lorsque je considère les bons effets que produit la cautérisation de la cornée dans certains cas d'amaurose, ou même ceux que quelques médecins oculistes disent avoir retirés des frottemens répétés sur les paupières ou sur le globe de l'œil, j'aime à me persuader qu'il y a encore quelque chose à faire dans cette direction, dans l'intérêt des sujets en proie à cette cruelle maladie; si, jusqu'à ce jour, elle a été, en général, rebelle à tous les moyens de l'art, cela n'a tenu qu'à ce que les remèdes dont on s'est servi n'étaient pas appropriés à la nature de la lésion. C'est là, du moins, ce que tendent à démontrer les succès qu'a obtenus M. Pétrequin, et dont il est fait mention dans le travail qu'il vient de publier..

En attendant que je me livre moi-même à des recherches ultérieures sur ce sujet, j'ai cru devoir prendre date et signaler les faits qui m'ont conduit à ouvrir une nouvelle voie au traitement de l'amaurose. Qu'il me suffise pour le moment de dire que, pour triompher de cette maladie, il faudrait peut-être agir directement, non pas sur la cornée transparente, ou sur la peau qui recouvre les parties les plus voisines de l'œil, mais bien sur la branche frontale du nerf ophthalmique de Willis, sur le ganglion ciliaire, sur l'iris, ou même sur la rétine. Il reste bien entendu que je ne parle que des amauroses asthéniques, nerveuses, dans lesquelles il y a perte plus ou moins complète de la vue, sans altération matérielle appréciable, dans les milieux transparens de l'œil.

BIBLIOGRAPHIE.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HÔPITAL DE LA PITIÉ; par J. LISFRANC. Tome Ier. — Un volume in-8°. Paris, 1841. Chez Béchet jeune et Labé, 4, place de l'École-de-Médecine.

Peu de livres voient le jour dans des conditions de réussite aussi heureuses que celui-ci. Dès la première annonce de sa publication, il existait dans le monde médical une sorte de préjugé en sa faveur; et cela se conçoit aisément. Sans parler de l'impatience, excitée par des retards toujours renaissans, on aime à voir un homme, mûri dans la pratique de l'art, livrer à ses contemporains les souvenirs d'une vie consacrée à l'étude. A cet âge où l'expérience est formée, où le jugement s'est souvent enrichi des débris de l'imagination, où l'on juge par ce que l'on a vu plus que par ce que l'on a lu, c'est, en quelque sorte, un besoin pour le médecin de jeter un coup-d'œil en arrière; c'est alors que, dépourvu d'ambition, sans haine et sans crainte, comme le témoin devant la justice, il peut dire toute la vérité, et, rapprochant la pratique de la théorie, donner à ses principes le plus sûr contrôle, celui des résultats; mission vraiment sublime quand elle est impartialement remplie! Bien supérieurs en certitude aux calculs de la statistique, ces comptes-rendus du praticien sont, sans contredit, le service le plus important qu'il soit donné à un homme de rendre à ses semblables. C'est là le véritable titre d'A. Cooper à la reconnaissance de la postérité. Lui seul peut-être a manqué à la gloire de Dupuytren!

Parmi les médecins placés au premier rang, M. Lisfranc était, sans doute, un de ceux dont la science avait, sous ce rapport, le plus à attendre. Versé depuis longues années dans cette chirurgie militante de la capitale, qui forme en si peu de temps l'esprit et la main, chef d'un enseignement non moins célèbre par ses formes agressives que par les hostilités dont il a été lui-même l'objet, le chirurgien de la Pitié se trouvait entouré de toutes les conditions qui assurent à un livre le succès et la vogue. Voyons donc comment il a accompli sa tâche et justifié l'approbation anticipée que l'opinion publique avait, on peut le dire, donné d'avance à son œuvre.

Les sujets traités par M. Lisfranc étant pour la plupart de ceux que leur importance a, depuis longtemps déjà, fait tomber dans le domaine commun, il lui était loisible, faute d'observations personnelles, de faire un appel à la pratique de ses contemporains pour infirmer ou corroborer les principes qu'il émet dans son ouvrage, et c'était là une nouvelle et féconde source de certitude qui s'ouvrait devant lui. Pour dire à cet égard toute notre pensée, il est à regretter que l'auteur, praticien de premier ordre, et qui connaît toute la valeur de l'observation, toute l'inanité des doctrines pures, n'ait pas cru devoir donner à son livre une forme moins didactique. En parcourant les chapitres qui le composent, l'impression qui reste, c'est que M. Lisfranc a une conviction entière, une foi profonde dans les maximes qu'il professe; mais, quelque respectable que soit son opinion, le lecteur désirerait souvent la voir appuyée sur autre chose que sur des assertions. Sans doute, M. Lisfranc a le droit d'être cru sur parole, et ses conclusions, nous n'en doutons pas, ont toujours l'observation pour fondement et pour contrôle. Mais, à tort ou à raison, les lecteurs aiment être à même de peser les faits en même temps qu'ils jugent les conséquences. Cette défiance, souvent exagérée, est cependant justifiée par de trop nombreux exemples pour que nous puissions la condamner. Elle forme, d'ailleurs, on peut le dire, un des caractères de l'époque actuelle, un des besoins de l'esprit public, qu'aucun auteur ne saurait aujourd'hui, sans se compromettre, refuser de satisfaire.

Telle est la première impression qui résulte de la lecture de l'ouvrage de M. Lisfranc. Dans l'intérêt de la génération médicale, sur laquelle son influence est si grande, dans l'intérêt de cette influence elle-même, nous avons cru devoir signaler ce qui nous a frappé, et ce qui frappera sans doute tous les médecins, à la lecture de son TRAITÉ DE CLINIQUE. Si nous l'avons fait avec franchise et sans détour, c'a été uniquement afin d'éclairer M. Lisfranc sur les exigences de l'opinion publique, qui, de nos jours, attache plus de prix à un fait qu'à un nom, quel qu'il soit; et nous attendons avec confiance les modifications que l'auteur jugera convenable d'apporter, sous ce rapport, à la rédaction de son second volume. Moins d'affirmations, plus de développemens et de preuves; ajouter aux descriptions de symptômes ce qu'on retranchera dans l'exposé des doctrines; raconter les résultats de son expérience, les bons comme les mauvais hasards de sa pratique, au lieu de se borner à dire, d'une manière absolue, qu'elle prouve dans tel ou tel sens.... Voilà les principales modifications dont nous nous permettons de soumettre l'idée à M. Lisfranc.

Nous connaissons maintenant le caractère général de l'ouvrage, mais il importe cependant de donner au moins un aperçu des matières dont il se compose; car plusieurs chapitres ont un intérêt particulier, que ne diminuent point les imperfections que nous venons de signaler; et, d'ailleurs, quelque vraies que soient nos remarques, elles ne peuvent pas s'appliquer également à tous les sujets si variés que l'auteur a embrassés dans ce premier volume. Pour mettre le lecteur à même de juger de son contenu, nous allons donc indiquer sommairement les points principaux qui s'y trouvent traités.

Le chapitre intitulé: APPLICATION DES SANGSUES SUIVANT LES LOCALITÉS renferme d'excellens préceptes et des remarques très intéressantes. Telles sont l'indication des lieux où les morsures des sangsues ont des inconvéniens particuliers. Ainsi, à l'angle externe de l'œil, elles produisent un érysipèle œdémateux, de l'ecchymose; à la vulve, elles sont douloureuses et guérissent difficilement; près du rectum, la plaie, baignée par le liquide stercoral, se convertit parfois en un ulcère rebelle, etc. De là le conseil de placer les annélides à quelque distance de ces parties, car c'est un fait d'observation que leur action conserve, malgré l'éloignement, la même efficacité. Ne mettez non plus jamais de sangsues sur les cartilages costaux, surtout chez les enfans; la mobilité de cette région favorise l'écoulement sanguin et apporte un obstacle souvent très sérieux à l'effet des moyens hémostatiques. Choisissez alors de préférence la partie située au-dessous du sternum et en dedans des cartilages costaux.

Vient ensuite l'exposé d'une médication à laquelle M. Lisfranc a attaché son nom d'une manière particulière; c'est l'emploi des petites saignées dans le traitement des affections chroniques de la matrice. Sans vouloir pour le moment donner à cette méthode une approbation ou une improbation explicite, ce qui nous conduirait nécessairement à une discussion trop étendue, nous dirons que l'auteur invoque avec beaucoup de raison en faveur de sa doctrine, les étouffemens, les éblouissemens, les palpitations qui surviennent en général chez les malades aussitôt après cette saignée. Il y a là de quoi rendre bien vraisemblable l'existence d'une congestion vers les parties supérieures du corps, que M. Lisfranc attribue aux évacuations sanguines ainsi dosées. Trente et une femmes, atteintes de maladies diverses de l'utérus, ont éprouvé pour la plupart ces symptômes, et par suite une amélioration marquée dans l'intensité des douleurs lombaires et abdominales tenant à l'affection utérine. M. Lisfranc rapporte sommairement ces observations, qui figureront sans doute parmi les élémens les plus importans de la discussion, quelle que soit la solution définitive que l'expérience ultérieure réserve à cette intéressante question de thérapeutique.

On connaît les idées de M. Lisfranc sur l'application du stéthoscope au diagnostic des fractures, des calculs vésicaux, etc. Nous ne nous y arrêterons pas maintenant, non plus que sur les CONSIDÉRATIONS RELATIVES AUX FRACTURES ET A LEUR TRAITEMENT. Il y a là vraiment de fort bons préceptes, mais émis depuis longtemps déjà par l'auteur, ils sont devenus en quelque sorte propriété publique. Nous en excepterons quelques remarques contre l'appareil inamovible. M. Lisfranc, d'accord en cela avec Dupuytren, fait une règle impérieuse de visiter souvent les membres fracturés durant les huit ou quinze premiers jours. Ainsi, dit-il, vous suivrez pas à pas l'ennemi que vous avez à combattre, vous l'attaquerez de quelque côté qu'il se montre, et vous finirez toujours par le vaincre complètement. C'est aussi de cette manière qu'on peut redresser à temps un cal vicieux et profiter de sa flexibilité pour corriger en temps opportun le raccourcissement du membre ou son incurvation.

Le vrai but de la chirurgie est de conserver et non de détruire. Aussi mettons-nous au nombre des plus utiles travaux de l'école contemporaine les recherches de M. Lisfranc sur LES CANCERS SUPERFICIELS QU'ON CROYAIT PROFONDS. Plus d'une fois, dans des autopsies de sujets cancéreux, l'auteur avait remarqué que l'affection carcinomateuse n'envahit pas en même temps tous les tissus de l'organe qu'elle frappe. Ce fut pour

lui un trait de lumière, et fécondant par la réflexion cette donnée tout empirique, il en vint à conclure que, le plus souvent, au lieu d'enlever une partie atteinte de cancer, la langue, la verge, par exemple, il suffirait de retrancher le tissu sur lequel le mal fait habituellement d'abord élection de domicile. De là, une diminution marquée dans la durée des souffrances, ainsi que dans la somme des chances fâcheuses de l'opération; de là surtout, possibilité de conserver souvent des organes, de manière à ce qu'ils restent encore susceptibles de remplir leurs fonctions. Bientôt l'expérience vérifia ces présomptions, et le chirurgien de la Pitié peut aujourd'hui se vanter à juste titre d'avoir le premier ouvert la voie à cette heureuse réforme. Lorsqu'il reste au chirurgien du doute sur l'étendue du mal et sur la nécessité de sacrifier la totalité de l'organe envahi, une incision exploratrice, dépourvue d'inconvéniens dans tous les cas, permet de mieux apprécier les limites de l'altération et de juger si l'extirpation partielle peut être admise à remplacer l'amputation. C'est encore dans le même but que M. Lisfranc préconise les anti-phlogistiques contre certaines tumeurs cancéreuses que leur volume ou leur situation rendent inopérables. En dissipant l'engorgement inflammatoire ambiant, la médication résolutive fait diminuer le volume de la tumeur elle-même, et les procédés de l'art, auparavant contr'indiqués par l'étendue trop considérable de celle-ci, redeviennent souvent applicables, grâce aux changemens de rapports que cette réduction imprime à la masse morbide. Nous trouvons aussi un exemple de cette chirurgie conservatrice dans les observations que cite l'auteur d'individus condamnés par d'autres médecins à l'amputation d'un doigt nécrosé, et auxquels un traitement habilement institué et patiemment continué a fini par sauver cette portion de membre avec l'intégrité de toutes ses fonctions. Il y a là de sages préceptes et de bons exemples; les uns et les autres se recommandent à la méditation des praticiens.

Mentionnerons-nous maintenant la réforme que propose M. Lisfranc pour la levée du premier appareil après les opérations? Revenant à la pratique des anciens, il veut qu'on renouvelle le pansement dès le second jour. Les avantages qu'on trouve à cette modification sont 1° de voir la plaie et l'état dans lequel sont les parties voisines; 2° de débarrasser la plaie du sang et de la sérosité qui se durcissent à sa surface et forment, avec les pièces d'appareil, une sorte de calotte qui retient les liquides et favorise leur décomposition, et par suite le dégagement et l'absorption de gaz délétères; 3° de substituer des pièces de pansement propres et fraîches à des pièces échauffées et salies. Ne voulant pas fournir nous-mêmes un exemple du défaut que nous reprochions tout à l'heure à M. Lisfranc, nous nous abstiendrons de diriger contre cette doctrine une critique que nous ne pourrions en ce moment motiver d'une manière suffisante.

Les ligatures d'artères et les désarticulations ont été, dans ce volume, l'objet de deux chapitres très détaillés et pleins de conseils fort précieux pour ceux qui désirent connaître dans toutes ses importantes minuties le manuel de ces deux opérations. Mais comme ils se trouvent pour la plupart consignés dans la thèse de concours de M. Lisfranc (voy. DES DIV. MÉTH. ET DES DIFF. PROCÉD. POUR L'OBLITÉR. DES ARTÈRES; 1834) et dans le MANUEL DE MÉDECINE OPÉRATOIRE de M. Malgaigne, nous pouvons nous borner ici à cette simple indication.

Une des meilleures sections de l'ouvrage est celle qui a pour titre: RÈGLES GÉNÉRALES POUR L'EXTIRPATION ET POUR L'AMPUTATION DES TUMEURS. C'est qu'aussi ce ne sont pas là des doctrines nouvelles, des systèmes originaux dont il faille donner la preuve; tout consiste en préceptes dont le simple énoncé suffit le plus souvent pour faire voir la justesse.

Ainsi, M. Lisfranc fait observer que, lorsqu'on extirpe une tumeur en conservant la peau, il faut avoir égard, dans la formation des lambeaux, au volume de la masse morbide. Par le fait de la tension prolongée qu'ont subie les tégumens, ils se rétractent, une fois la tumeur enlevée, avec une telle énergie, que souvent des lambeaux, très longs au commencement de l'opération, sont, vers sa fin, devenus insuffisans pour recouvrir la totalité de la plaie. Nous pourrions citer, à l'appui de ce précepte de M. Lisfranc, un exemple curieux tiré de la pratique de Dupuytren. Il faisait un jour, à l'Hôtel-Dieu, l'ablation d'une tumeur énorme, à large base, implantée sous l'aisselle. Connaissant bien toute la rétractilité qu'acquiert la peau dans ces circonstances, le professeur conserva des lambeaux tellement grands, tellement disproportionnés en apparence, qu'un chirurgien fort instruit qui se trouvait présent, M. Dubled, ne put s'empêcher d'en témoigner son étonnement. Qu'arriva-t-il cependant? L'opération s'achève; la tumeur, rapidement enlevée, laisse une surface dénudée qu'il fallait recouvrir. Mais la rétraction du tissu cutané avait agi, et Dupuytren, à son tour, ne put maîtriser un mouvement de surprise quand il s'aperçut que ces lambeaux, si démesurément longs un moment auparavant, ne suffisaient même plus pour fermer entièrement la plaie.

Citons encore, comme exemples de préceptes toujours bons à rappeler, ce qui a rapport à l'extirpation des ganglions lymphatiques situés profondément. Si vous ne liez pas leur pédicule avant de le couper, vous vous exposerez à une hémorragie abondante, car le vaisseau, une fois divisé et abandonné à lui même, remontera à une hauteur telle que vous ne pourrez plus le saisir. Malgré les avantages de la pratique que recommande ici M. Lisfranc, nous préférerions, en pareille occurrence, tenir la conduite que nous avons vu suivre à l'Hôtel-Dieu de Lyon, par M. Gensoul, en 1828. Lorsque vous craignez de rencontrer des vaisseaux dans le pédicule d'une tumeur profonde, divisez-le d'abord à moitié ou aux trois quarts d'un coup de ciseaux. De cette manière, vous vous assurerez s'il en contient en effet; dans le cas où il y aurait lieu à porter sur lui une ligature, il serait encore facile de la pratiquer sans craindre de voir la tumeur échapper, et vous n'auriez pas perdu de temps à faire une ligature sans nécessité, ce qui arriverait souvent si on suivait le conseil de M. Lisfranc, qui recommande de lier dans tous les cas le pédicule, avant de le couper.

On sait que les ulcères dits atoniques affectent de préférence les membres inférieurs, et qu'ils sont également plus fréquens à la jambe gauche. M. Lisfranc attribue cette prédominance, non à une débilité relative de ces parties, mais à la compression exercée sur la veine iliaque gauche par les deux artères iliaques primitives et par les matières contenues dans le colon descendant. Dans le traitement, M. Lisfranc s'attache surtout à combattre l'élément inflammatoire; il continue les antiphlogistiques tant que, sous leur influence, la cicatrisation fait des progrès. Plus tard, viennent la compression, les frictions iodurées pour résoudre l'induration des tissus, puis la cautérisation par le nitrate acide de mercure, le pansement avec la charpie imbibée de chlorure, les scarifications à la surface de la plaie; à propos des ulcères variqueux, l'auteur expose d'une manière assez complète les procédés imaginés surtout dans ces derniers temps pour déterminer l'oblitération des veines.

Nous indiquerons encore les deux chapitres intitulés, l'un: SI LES FISTULES PEUVENT PRODUIRE LES INDURATIONS QUI LES ENTOURENT, SOUVENT LES INDURATIONS PEUVENT AUSSI ENTRETENIR LES FISTULES; et l'autre: LES PLAIES PRATIQUÉES SUR DES TISSUS LARDACÉS NON SQUIRRHEUX ET NON PARVENUS A L'ÉTAT PULTACÉ PEUVENT RAMENER CES TISSUS A L'ÉTAT NORMAL; DES SCARIFICATIONS FAITES POUR OBTENIR LA RÉSOLUTION DES INDURATIONS. Les titres seuls donnent une idée suffisante du but tout pratique que l'auteur s'est proposé dans les développemens qu'il a donnés à ces deux propositions.

M. Lisfranc s'est aussi occupé d'une manière particulière du traitement des tumeurs blanches. Il divise ces maladies en deux grands ordres: celles qui s'accompagnent d'inflammation, et celles que ne complique pas cet élément. Dans les tumeurs blanches inflammatoires, le chirurgien doit d'abord se proposer de combattre cet épiphénomène, et ce n'est qu'après l'avoir dissipé par les émissions sanguines qu'il peut employer les moyens fondans et résolutifs, qui se trouveraient au contraire indiqués dès le début, quand l'affection ne revêt pas la forme phlegmasique. Une fois l'inflammation tombée, il est néanmoins prudent d'attendre encore six à huit jours avant d'en venir aux médications excitantes, propres à triompher de l'altération locale. C'est alors que la compression, les douches, les sangsues répétées souvent et en petit nombre, les vésicatoires, le muriate de baryte, etc., trouvent une application rationnelle. Tous ces agens ont de l'efficacité, mais il serait aussi dangereux qu'absurde de les administrer indistinctement et sans avoir posé l'indication particulière à remplir. C'est surtout l'importance de ces conditions différentielles que M. Lisfranc s'attache à faire ressortir. « On me demande souvent, dit-il, à l'aide de quelle méthode je guéris les tumeurs blanches; ces mots me déchirent l'oreille: je réponds que la méthode est dictée par les indications, et que, dans beaucoup de circonstances, pour obtenir la guérison, il faut non seulement employer en même temps un assez grand nombre de médicamens du même genre, mais encore épuiser souvent, pour ainsi dire, presque toutes les médications. La maladie peut en effet passer plusieurs fois de l'état aigu à l'état chronique; d'ailleurs, dans la plupart des cas, les médicamens qui ont d'abord produit beaucoup d'amendement n'en déterminent plus; on doit alors les remplacer...... »

Les citations qui précèdent suffisent pour familiariser le lecteur avec le fond et la forme de cet ouvrage. Nous ne prétendons pas pour cela avoir donné une idée complète de son contenu; de simples extraits ne peuvent remplir ce but; car, de même que nous avons dû omettre beaucoup d'articles importans, de même aussi tous ne présentent pas l'intérêt de ceux que nous avons choisis comme exemples.

Un mot, en terminant, sur la forme de cet ouvrage, sur ce qu'on pourrait appeler sa physionomie morale. Tout le monde connaît les caractères qui distinguent l'enseignement de M. Lisfranc, et la piquante originalité de ses sorties est pour ainsi dire passée en proverbe; mais, ce qui peut

relever l'intérêt d'un entretien improvisé, ne conviendrait pas également dans un ouvrage grave et sérieux. Disons, à la louange de l'auteur, que son livre n'est pas, sous ce rapport, la reproduction fidèle de ses leçons. M. Lisfranc aura senti que telle personnalité si bien accueillie dans un amphithéâtre ne blesserait ici que celui qui l'a lancée; il aura enfin compris que, lorsqu'on se croit en droit de porter plainte, la violence et les injures sont le pire de tous les argumens, puisqu'elles compromettent à la fois la cause et l'avocat. Quoique la réforme eût pu être plus complète, nous n'hésiterons pas à féliciter l'auteur du parti qu'il a pris, bien assurés d'être en cela l'écho de tous les lecteurs de M. Lisfranc.

VARIÉTÉS.

AU RÉDACTEUR.

Monsieur,

Je viens de lire, dans le dernier numéro de votre journal, une analyse de la STATISTIQUE MÉDICALE de M. le baron Michel, signée G., dans laquelle se trouve le passage suivant :

« Cette STATISTIQUE MÉDICALE a déjà été imprimée par ordre du Conseil de santé des armées dans le RECUEIL DES MÉMOIRES DE MÉDECINE MILITAIRE; mais au grand étonnement de l'auteur et de ceux qui apprécient avec justesse les intérêts de la science et les devoirs qui ressortent des positions, elle y était accompagnée de notes critiques, rédigées par M. Casimir Broussais. Cet acte insolite, qui ne peut trouver d'excuse ni dans le respect pour une gloire éteinte, ni dans le sentiment le plus exagéré de la piété filiale, ni dans la conscience d'une supériorité que rien ne décèle, cet acte était trop opposé à tous les usages pour que l'auteur de la statistique médicale ne crut pas devoir en appeler des critiques déplacées, nous pourrions dire malveillantes et sans portée, du professeur du Val-de-Grâce, qui n'avait aucun titre à ce rôle, à un public désintéressé. »

Vous voyez, Monsieur le rédacteur, que je suis personnellement attaqué par M. G.; et je viens vous prier de vouloir bien insérer, dans votre prochain numéro, quelques mots de réponse à cette espèce d'accusation.

Elle renferme plusieurs inexactitudes. Votre collaborateur, et en général nos confrères de l'ordre civil, se trompent quelque peu sur la portée et les effets de notre hiérarchie militaire; celle-ci domine dans le service, elle y règle nos rapports mutuels, elle détermine notre position officielle; mais elle ne pèse pas, Dieu merci! sur la science et sur l'intelligence. Il n'est jamais venu à l'esprit de l'administration supérieure de contenir le mouvement scientifique de notre corps dans la stricte limite des grades, et d'étouffer une polémique utile aux progrès de notre art sous le poids de la discipline et des réglemens, qui s'adressent aux serviteurs officiels, non aux savans, non aux paisibles écrivains de la science. L'expérience et l'observation, comme l'enseignement qui en dérive, sont en dehors ou au-dessus des classifications hiérarchiques : ainsi le veut l'intérêt sacré de l'humanité; ainsi l'ont entendu les hommes éminens qui ont tour à tour occupé les sommités de notre corporation; les Percy, les Heurteloup, les Parmentier, les Desgenettes, les Larrey, etc, n'ont pas défendu à leurs subordonnés en grade la discussion de leurs idées et même de leur pratique. Cette liberté de controverse est surtout un droit acquis aux officiers de santé qui se sont élevés au professorat; la chaire de l'enseignement ne reconnait qu'une discipline, celle de la vérité scientifique. Voilà ce que j'avais besoin de vous dire, ainsi qu'à vos nombreux lecteurs, avant d'aborder la triste querelle de grade et de broderie substituée par M. Michel et M. G. à une simple et loyale discussion de science que j'avais engagée avec le premier; mais dans cette querelle encore, vous verrez que je suis à l'abri du blâme injuste que m'inflige votre collaborateur.

M. le baron Michel se plaint qu'un médecin *ordinaire* ait osé ajouter des notes à l'œuvre d'un médecin *principal*.

Il est bien vrai que M. le baron Michel est médecin principal et que je ne suis que médecin ordinaire, grade immédiatement inférieur au sien, dans la hiérarchie des officiers de santé militaires, surtout si je fais abstraction de mon titre de professeur; mais ce que M. le baron Michel ne devrait pas ignorer, c'est que, dans l'affaire dont il s'agit, la hiérarchie des grades n'a point eu à souffrir. En effet : 1° son mémoire a été admis à l'insertion par le conseil de santé des armées sur mon rapport et d'après mes conclusions motivées; 2° les notes que j'y ai ajoutées ont été discutées en séance du conseil; 3° elles ont été approuvées dans leur rédaction par ce même conseil, qui en a revu les épreuves sans y rien changer; 4° enfin, l'autorisation de les imprimer a été donnée par l'administration de la Guerre.

M. le baron Michel n'a point, je l'imagine, la prétention de se mettre au-dessus du conseil de santé et de l'administration de la guerre; par respect pour la hiérarchie, il doit donc se soumettre et craindre de donner l'exemple de l'insubordination. D'ailleurs, s'il était sûr de son droit, pourquoi n'a-t-il pas adressé sa réclamation au conseil de santé?

Cet acte est insolite cependant, disent M. le baron Michel et son bibliographe; cet acte est opposé à tous les usages. Erreur. Le RECUEIL DES MÉMOIRES DE MÉDECINE MILITAIRE contient un grand nombre de mémoires, soit de chirurgie, soit de médecine, annotés par les rédacteurs. L'annotateur du travail de M. Michel est donc encore pleinement justifié par les antécédens du recueil.

En me refusant tout titre à ce rôle, M. G. annule la mission expresse des trois rédacteurs nommés par le ministre sur la présentation du conseil de santé pour diriger la publication des mémoires de médecine militaire. Comme rédacteurs de ce recueil, nous ne relevons que de notre conscience; c'est pour nous plus qu'un droit, c'est un devoir de faire toutes les observations que nous jugeons nécessaires dans l'intérêt de la science et des malades, toujours sauf l'approbation du conseil de santé et de l'administration de la guerre. M. le baron Michel émet des idées qui me paraissent hasardées et propose une médication inusitée; je lui demande des faits à l'appui. Où est le crime? Mais M. Michel n'a point communiqué de faits au conseil de santé, il n'en a point publié dans sa brochure; donc j'ai eu raison de faire des réserves. Aussi ai-je été approuvé par le tribunal supérieur, dont la sage expérience est respectée par MM. les officiers de santé militaires.

Je ne comprends pas maintenant pourquoi M. G. mêle à cette affaire le *respect pour une gloire éteinte*, *un sentiment exagéré de piété filiale*, *la conscience d'une supériorité que rien ne décèle*. Evidemment ces raisons, qui sont de l'invention de M. G., n'auraient paru convaincantes ni au conseil de santé, ni à l'administration de la guerre; il faut bien qu'il y en ait d'autres et de plus réelles pour que l'on ait autorisé mes notes.

Je ne releverai pas les autres objections de M. le baron Michel, reproduites par M. G. dans une analyse, parce que j'y ai suffisamment répondu dans la brochure que j'ai l'honneur de vous adresser et qui a pour titre : *Lettre du docteur Casimir Broussais à M. le baron Michel, etc., sur l'emploi du tartre stibié à haute dose, les fièvres pernicieuses et l'affection typhoïde.* Un mot seulement à l'occasion d'une méprise de M. G. Ce médecin m'attribue l'opinion que les fièvres intermittentes sont le résultat d'une irritation des centres nerveux, et à M. le baron Michel l'*opinion contraire*. J'ignore quelle est cette opinion contraire; mais ce que je sais, c'est que je n'ai émis nulle part aucune opinion sur la cause des fièvres intermittentes, et que c'est M. le baron Michel qui les attribue à une irritation du système nerveux ganglionnaire.

Agréez, etc. Casimir BROUSSAIS.

NOTE DE L'AUTEUR DE L'ARTICLE CRITIQUÉ. — La lecture de la lettre de M. C. Broussais nous fait regretter qu'il ait parcouru trop à la hâte l'analyse de l'ouvrage de M. le baron Michel; s'il l'avait lue plus attentivement, il se serait épargné la longue discussion qu'il élève ici à l'occasion « des querelles de grades et de broderies. » Il n'est question dans aucun point de cet article de hiérarchie militaire. Le seul passage qui a pu induire M. C. Broussais dans cette erreur est celui où nous parlons des « devoirs qui ressortent des positions, » mais ces expressions étaient prises ici dans leur sens le plus étendu, sans aucun rapport avec la hiérarchie des grades. Toute cette partie de la réponse de M. C. Broussais ne peut donc nous concerner.

Nous n'avons point eu la prétention de refuser aux rédacteurs du RECUEIL DE MÉMOIRES DES MÉDECINS MILITAIRES le droit de faire toutes les observations qui leur semblent convenables dans l'intérêt de la science et de ce recueil lui-même; mais nous avons dit que la publication de ces notes qui contredisent ou affaiblissent presque toutes les propositions émises par l'auteur, faite en même temps que celle de son travail, et sans que ces notes lui eussent été communiquées, était à nos yeux un acte insolite, et nous le répétons encore. Dans sa réponse, M. C. Broussais nous apprend que ces notes ont été discutées et arrêtées par le conseil de santé des armées, et qu'elles ont été imprimées par un ordre spécial de l'administration de la guerre. Nous sommes satisfaits que le reproche que nous avons formulé ne retombe pas sur M. C. Broussais; cependant comme le motif de notre critique n'en persiste pas moins, c'est, nous le disons à regret, au conseil de santé des armées lui-même qu'elle s'adresse, au conseil qui, après avoir accordé de justes éloges à l'auteur, et avoir ordonné l'impression de son travail le fait accompagner de notes qui mettent en doute ou renversent la plupart des propositions qu'il contient, et sans même les lui communiquer et lui fournir l'occasion de remplir les vides ou les oublis signalés, et d'apporter à l'appui de ses opinions les faits et les preuves qui ne pouvaient entrer dans le cadre des tableaux statistiques.

Nous n'avons qu'un mot, nous aussi, à dire sur la méprise que nous attribue M. C Broussais à la fin de sa lettre, c'est que, à l'exception pourtant du mot *irritation*, que nous avons mis par erreur, au lieu de celui *inflammation*, qui convenait, cette méprise est justifiée par la note suivante, dans laquelle M. C. Broussais s'élève contre l'opinion émise par le baron Michel sur l'absence des lésions locales inflammatoires à la suite des fièvres intermittentes pernicieuses, qui simulent si bien des inflammations locales, soit de la poitrine, soit de l'abdomen. « Cette assertion, dit M. C. Broussais dans sa note, n'est pas d'accord avec les recherches les plus modernes d'anatomie pathologique, comme le prouvent entre autres ouvrages ceux de MM. Mongellas, Bailly et Maillot. Il n'est pas un seul cas, dit ce dernier, où nous n'ayons noté une injection plus ou moins vive, toujours vermeille, soit de la substance, soit des membranes des grands centres nerveux. » (P. 101). C'est cette note qui nous avait porté à attribuer à M. C. Broussais l'opinion dont il est question sur la cause des fièvres intermittentes, opinion même qu'il ne repousse pas, se bornant à dire qu'il ne l'a émise nulle part. G.

La première séance du concours ouvert à la Faculté pour la chaire de clinique externe a eu lieu le 17 mars.

Le jury, composé de MM. Marjolin, Breschet, Blandin, J. Cloquet, Velpeau, Moreau, Gerdy, Cruveilhier, Bouillaud, Piorry, Bégin, Reveillé-Parise, Gimelle, Jobert et Villeneuve, a nommé M. J. Cloquet président, et M. Gimelle secrétaire.

MM. Michon et Lenoir, inscrits au nombre des candidats, ont fait savoir que le mauvais état de leur santé les empêchait de subir les épreuves du concours.

MM. les candidats se réuniront le 21 mars, à 11 heures, pour traiter la question par écrit, et le 22, à 4 heures du soir, aura lieu la seconde séance publique destinée à la lecture des mémoires composés la veille.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 13. (TOME X. — 1842.) SAMEDI 26 MARS 1842.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des Hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis ; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

MÉMOIRE SUR LA MYOTOMIE OCULAIRE PAR LA MÉTHODE SOUS-CONJONCTIVALE (lu à l'Académie des sciences le 18 octobre 1841); par le docteur Jules Guérin.

(Suite. — Voir les numéros 6, 7 et 10.)

ART. III. — INDICATIONS.

On a vu que la méthode sous-conjonctivale a des procédés différens pour les différentes conditions où la myotomie oculaire peut être employée. Sous ce rapport, elle n'a rien à emprunter aux autres méthodes : en toutes circonstances, elle peut se suffire à elle-même, sauf à approprier ses moyens d'exécution aux indications qu'elle a à remplir. Or, ces indications sont de deux ordres : 1° celles qui doivent décider de l'emploi de la méthode, c'est-à-dire de la myotomie; 2° celles qui doivent diriger dans le choix du procédé, et régler son mode d'application. Ces indications, également importantes à connaître, reposent sur un certain nombre de circonstances rationnelles et matérielles qui n'ont encore été, que nous sachions, l'objet d'aucune étude. Dans l'exposition que nous allons en faire, nous mettrons à profit les résultats qui nous ont été fournis par nos précédentes recherches sur les difformités du système osseux, résultats auxquels nous avons donné en temps et lieu tous les développemens nécessaires. Cet emprunt et ce rapprochement, en même temps qu'ils nous dispenseront, sur beaucoup de points, d'entrer dans de longs détails, serviront à montrer de plus en plus la communauté d'origine, et tous les rapports étiologiques secondaires du strabisme avec les autres difformités musculaires.

Les diverses circonstances qui fondent les indications de la méthode sous-conjonctivale peuvent se diviser en cinq principales : 1° la nature de

Feuilleton.

PREMIER RAPPORT ANNUEL DU REGISTRAIRE GÉNÉRAL SUR LES NAISSANCES, LES MORTS ET LES MARIAGES EN ANGLETERRE (1).

SECOND RAPPORT ANNUEL DU REGISTRAIRE GÉNÉRAL SUR LES NAISSANCES, LES MORTS ET LES MARIAGES EN ANGLETERRE (2).

Il a déjà été question plusieurs fois de ces rapports dans la Gazette Médicale et dans diverses autres publications françaises; mais jusqu'ici ils n'ont pas encore été, parmi nous, l'objet d'un examen sérieux, ou même d'une analyse un peu complète, et pourtant ils méritent de fixer l'attention par le grand nombre des faits dont ils se composent, par l'importance, la nouveauté, et même, dans quelques cas, la certitude des résultats obtenus, enfin, par les lumières que les recherches continuées pendant un certain nombre d'années semblent devoir presque nécessairement répandre sur quelques points des études médicales auxquels les chiffres peuvent être appliqués avec avantage. Quelques mots sur l'origine et l'historique de l'institution de l'enregistrement, et une indication rapide des résultats obtenus, nous paraissent donc de nature à inspirer un intérêt général.

On sait que, en Angleterre, les actes relatifs à la naissance, au mariage et à la mort, au lieu d'être, comme en France, confiés à l'autorité civile, sont tous fournis par les ministres des différens cultes, entre lesquels se partage la croyance de nos voisins. Cet usage entraîne des inconvéniens de plus d'un genre, et entre autres rend à peu près impossibles toutes les recherches sur l'accroissement ou la diminution régulières de la population, sur la mortalité, et prive de connaissances qui sont pourtant d'un si haut intérêt pour l'organisation sociale et pour la fondation des sociétés d'assurances sur la vie et des sociétés des amis, qui ont une si grande puissance en Angleterre. Ces besoins amenèrent l'idée du bill de l'enregistrement, qui fut adopté par le parlement en 1836, et d'après lequel les naissances, les morts et les mariages doivent être enregistrés sur tous les points de l'Angleterre et du pays de Galles, par une administration dont le centre est à Londres, et dont le chef doit, tous les ans, adresser aux ministres un extrait des naissances, des morts et des mariages qui ont eu lieu pendant l'année précédente. Les deux volumes que nous avons devant nous sont les extraits pour les deux premières années, dont l'une finit le 30 juin 1838, et la seconde le 30 juin 1839.

L'enregistrement des naissances, des morts et des mariages dans chaque paroisse de Londres remonte au seizième siècle, et fut le résultat de l'anxiété qu'éprouvaient les habitans de la capitale, à l'occasion des nombreuses maladies pestilentielles qui régnaient vers cette époque. L'usage de publier chaque se-

(1) Londres, 1839, 168 pages in-8°.
(2) Londres, 1840, 250 pages in-8°, avec de nombreux tableaux.

la cause; 2° ses différens modes d'action; 3° ses modes de distribution, ou siéges différentiels; 4° le degré de la difformité; 5° son degré d'ancienneté.

Avant de faire connaître la signification et l'importance de chacune de ces conditions, sous le point de vue du traitement chirurgical, il convient de rappeler en peu de mots sur quels élémens anatomiques peut s'exercer leur influence, et dans quels élémens matériels elles se résolvent.

Nous avons eu souvent occasion, en traitant des différentes difformités par rétraction musculaire, pied-bot, torticolis, déviations de l'épine, etc., de montrer que le raccourcissement actif du muscle est loin d'être le seul élément matériel qui produise ou entretienne la difformité. La rétraction musculaire est le fait principal de leur pathogénie. C'est, en quelque façon, leur cause ramenée à la simplicité idéale. Mais, après ce fait primordial, il s'en manifeste d'autres qui, quoique d'une importance et d'une fréquence moindres, n'en méritent pas moins toute l'attention du chirurgien, puisqu'ils deviennent des sources nouvelles d'indications, ou des causes qui les font varier. Ainsi, nous avons démontré qu'une fois la difformité produite, toutes les parties molles, muscles, ligamens, peau, se rétractent consécutivement et passivement pour s'adapter à la réduction des espaces qu'ils occupent, et que ce raccourcissement, quoique n'étant pas un élément primordial de la difformité, n'en constitue pas moins un obstacle au redressement, qui nécessite tantôt l'emploi du traitement mécanique, tantôt l'emploi du traitement chirurgical.

L'étude du strabisme conduit à des résultats analogues. La déviation du globe oculaire peut être produite, soit exclusivement par la rétraction active de ses muscles moteurs, considérée dans les divers modes et degrés que nous établirons plus loin, soit par différens modes et différens degrés de rétraction musculaire combinés avec différens degrés de retrait actif du fascia, et des parties molles voisines. On pourrait encore, de ce qui s'observe dans les autres difformités d'origine musculaire, induire la possibilité d'un strabisme uniquement produit par la rétraction de l'appareil fibreux; mais c'est un fait que l'observation ne nous a pas encore permis de constater.

Quand le strabisme a été ainsi produit par la rétraction active des muscles, aidée ou non de celle du fascia, toutes les parties molles situées du côté de la déviation, relâchées d'abord par suite du rapprochement de leurs points d'insertion, reviennent sur elles-mêmes, en vertu de leur propre rétractilité, et finissent par acquérir des dimensions fixes dans cette condition de raccourcissement. Les mêmes parties situées du côté opposé subissent, par contre, un allongement qui finit par être aussi plus ou moins permanent. Ainsi, les muscles dont la déviation oculaire a rapproché les points d'insertion se tendent en ligne droite entre ces deux points. De même, la partie correspondante du fascia, soit sa portion directe, soit sa portion réfléchie, ainsi que les autres parties molles environnantes, se raccourcissent dans tous les sens où les espaces qu'elles doivent mesurer ont été réduits. Tous ces tissus, quand ils sont devenus le siége d'un raccourcissement consécutif permanent, constituent autant d'élémens nouveaux de la difformité, élémens de permanence et de fixité, qui, tout secondaires qu'ils sont, n'en opposent pas moins un obstacle réel au redressement de l'œil et nécessitent l'emploi du traitement chirurgical. L'inverse a lieu pour les parties allongées et par conséquent affaiblies.

Ainsi donc il existe, au point de vue étiologique, trois ordres d'élémens anatomiques du strabisme mécanique; la rétraction primitive des muscles ou des fascias de l'œil, le retrait consécutif des mêmes tissus ou autres parties molles, et l'allongement et affaiblissement des parties soumises à des tractions permanentes.

Ceci posé, voyons comment les circonstances principales sur lesquelles nous avons dit que reposent les indications de la méthode sous-conjonctivale, à savoir: la nature de la cause, ses différens modes d'action, ses variations de distribution, le degré de la difformité et son degré d'ancienneté, formulent les diverses altérations que nous venons de passer brièvement en revue, et sont différemment tributaires de la méthode et de ses procédés, et comment elles règlent leur choix respectif.

§ 1er — Nature de la cause.

Dans un travail lu à l'Académie des sciences, le 25 janvier 1841, nous avons établi l'existence de deux espèces de strabisme. Dans le premier, celui dont nous nous occupons actuellement, la déviation de l'œil procède directement et uniquement d'une cause mécanique, la brièveté primitive des muscles et des membranes; nous l'avons appelé pour cette raison *strabisme mécanique* ou *primitif*. Dans le second, les liens qui retiennent le globe oculaire ne sont que consécutivement raccourcis ou même ont conservé leurs dimensions normales. Un obstacle au passage des rayons lumineux s'étant formé sur le trajet de l'axe oculaire, par suite d'une altération quelconque des tissus ou milieux de l'œil, celui-ci se détourne pour les besoins de la vision, de manière à présenter aux rayons des parties transparentes; c'est ce qui a lieu dans certains cas d'albugo, de cataracte, de déplacement de la pupille. Nous avons donné à cette espèce de strabisme le nom de *strabisme optique* ou *consécutif*.

Nous nous bornons quant à présent à rappeler cette distinction et les caractères généraux sur lesquels elle repose, sans analyser sur les particularités élémentaires qui différencient complètement l'un de l'autre le strabisme mécanique et le strabisme optique; d'autant plus que ce dernier fera l'objet d'un mémoire particulier. Mais nous devons insister dès à présent sur la différence essentielle qui existe entre les deux espèces de strabisme au point de vue du traitement. Or, en thèse générale, cette différence est du tout au tout, puisque, ainsi que nous l'avons déjà établi, dans l'un, la myotomie est toujours plus ou moins applicable, et dans l'autre elle ne l'est jamais qu'exceptionnellement et comme moyen accessoire.

En effet, dans le strabisme directement produit et entretenu par la brièveté primitive d'un ou de plusieurs muscles ou d'une portion de fascia sous-conjonctival, le seul moyen réellement efficace de guérison, le moyen indispensable, consiste dans la section, c'est-à-dire l'allongement des parties rétractées; tandis que dans le strabisme uniquement dû à des conditions optiques anormales, la section des muscles qui opèrent la déviation de l'œil pour l'exercice de la vision serait non seulement inutile, mais encore nuisible; inutile, parce qu'après la réunion des extrémités musculaires divisées, l'œil reprendrait, comme précédemment, la direction nécessitée par les besoins de la vision; nuisible, en ce sens que pendant l'espace de temps compris entre l'opération et le rétablissement de l'action musculaire, l'œil, privé du mouvement par lequel il neutralise en partie l'anomalie optique, ne pourrait plus prendre la position nécessaire à l'exécution régulière de la vision. Ajoutons que l'opération, pouvant entraîner une altération notable du mouvement de l'œil par suite d'une réunion vicieuse des deux bouts musculaires, déposséderait celui-ci

---

maine la liste des morts de Londres date de 1592, et, en 1657, ces listes avaient déjà à peu près la forme qu'elles ont conservée jusqu'à ces jours, el ne furent modifiées que dans des occasions graves, telles que la peste de 1665, qui, sur environ 500,000 habitans, en enleva 68,590. Ces listes furent quelquefois tenue avec une inexactitude qui ne permettait d'en tirer aucun parti pour l'étude de la mortalité de la ville de Londres. Leur insuffisance et les autres causes que nous venons de signaler ont fait adopter le bill de l'enregistrement, d'après lequel non seulement le décès de tous les individus morts doit être noté, mais encore avec indication de la cause de la mort. Cette dernière clause a donné, aux yeux des médecins anglais, une grande importance à ce bill, dont ils ont aide la mise à exécution avec une unanimité et une ardeur que nous devons signaler. Les colléges de médecine et de chirurgie, et la société de pharmacie, prêtèrent leur appui à M. Lister, qui est le registraire-général. Des circulaires furent adressées par ces corps savans à tous les praticiens d'Angleterre, pour les engager à favoriser de tout leur pouvoir la mise à exécution, el ces avis furent reçus avec faveur; car, dès la première année (1837), sur le nombre de 1,172 registraires chargés d'envoyer chaque semaine aux registraires surintendans les notes recueillies sur l'objet de l'enregistrement, on comptait 527 médecins. On peut donc espérer une certaine exactitude des tableaux qui résultent de ces documens de l'indication dans la cause de la mort. Cette cause est, au reste, le plus souvent signalée par le médecin qui a donné des soins pendant la dernière maladie.

Le registraire-général a chargé spécialement M. Farr du soin d'étudier les faits relatifs à la mort et à ses causes; aussi n'allons-nous nous occuper que de cette partie des rapports, qui, au reste, est la plus importante, en raison des hautes questions qui y sont agitées, et de la retenue avec laquel M. Farr agite les masses considérables de faits que lui ont fournis les deux premières années.

Le nombre des morts, pour les six derniers mois de 1837, s'est élevé à 141,607, et, pour l'année 1838 tout entière, à 342,529; toutes ces morts portent avec elles l'indication de la maladie ou plutôt de la cause qui l'a amenée, à l'exception de 3 à 4 pour 100, et ces maladies sont toutes désignées par des dénominations empruntées à un tableau nosologique que le registraire-général avait adressé à chacun des registraires chargés d'enregistrer la mort. Dans ce tableau, l'auteur nous semble avoir tenu compte, autant qu'il lui était possible de le faire, des progrès récens de la médecine, dus spécialement à la localisation d'un grand nombre d'affections, sans négliger les renseignemens que les siècles précédens nous ont appris, et qu'une observation un peu large ne permet pas de méconnaître. Les maladies comprises dans le tableau de M. Farr sont toutes partagées d'abord en deux grandes classes: les maladies épidémiques, endémiques et contagieuses et les maladies sporadiques. Cette première division, qui établit une distinction nette, tranchée, entre les affections sporadiques et épidémiques, endémiques et contagieuses, pourrait attirer de nombreuses critiques à son auteur de ce côté du détroit; mais elle nous paraît très heureuse et vraiment philosophique, et comme devant surtout amener à d'utiles résultats les vastes recherches des registraires. Ainsi, il est certain que souvent des cas de fièvre typhoïde ou autres paraissent, par leur isolement, se rapporter à des affections sporadiques qui, s'ils étaient examinés avec plus d'attention, s'ils pouvaient être rapprochés des cas analogues observés en même temps, et par d'autres praticiens, indiqueraient, malgré leur petit nombre, une épidémie près de son début ou de sa

à tout jamais de la faculté d'entrer en exercice. Nous ne prétendons pas cependant que la myotomie oculaire doive être complètement bannie du traitement du strabisme optique; nous dirons, au contraire, par anticipation, qu'elle est utile dans quelques cas exceptionnels; mais, dans ces cas, elle est soumise à des règles d'application que nous ferons connaître en temps opportun.

Tout ce que nous aurons à dire relativement aux indications de la myotomie oculaire sera donc fourni par la considération de la rétraction envisagée sous tous ses points de vue, dans tous ses effets, et dans toutes ses combinaisons.

§ II. — Modes de la rétraction.

La rétraction musculaire, ainsi que je l'ai établi dans mes différens mémoires sur l'étiologie des difformités du système osseux, n'est pas un fait simple et identique à lui-même; c'est un fait complexe; son existence comporte différens modes qu'on n'avait pas distingués jusqu'alors; et qu'on n'avait pas surtout rattachés à une origine commune, à savoir: l'*affection des centres nerveux ou des rameaux nerveux, produisant le spasme ou contracture du muscle*. Cet état pathologique, ainsi indiqué d'une manière générale, comprend différentes phases par lesquelles passe le muscle, depuis la contracture simple récente jusqu'à la paralysie. Ces différens états avaient été confondus jusqu'ici. On leur appliquait indifféremment les mêmes noms de *contracture*, *contraction*, *rétraction*, *spasme*, *rétraction spasmodique*, *raccourcissement*, *contraction paralytique* et autres, et on employait indifféremment toutes ces dénominations pour chacun d'eux, parce qu'on avait méconnu l'importance de leur distinction et les caractères essentiels sur lesquels elle repose. On n'y voyait qu'une seule et même chose, le fait du raccourcissement qui leur est commun. Cependant au-delà de ce caractère analogique superficiel, et dans ce caractère même, il existe des différences qui ne permettent pas de les confondre. Au point de vue qui nous occupe, ces différences sont de la plus grande importance; car elles sont la base d'indications souvent opposées. Aussi avons-nous affecté à chacun des états dont l'ensemble formule tous les modes de la rétraction, des appellations précises, rigoureuses, invariables, qui établissent, pour la myotomie oculaire comme pour la myotomie générale et toutes ses applications, des indices certains à ce qu'elle doit faire, ne pas faire, et à la manière dont elle doit le faire; c'était le moyen de conserver au traitement chirurgical du strabisme la communauté de principes qu'il doit tirer de sa communauté d'origine avec les autres difformités musculaires.

Or les différens modes de la rétraction sont au nombre de cinq: 1° *La contracture simple*, dans laquelle le raccourcissement du muscle dépend uniquement d'un simple plissement de ses fibres, par suite d'une contraction involontaire plus ou moins permanente et sous l'influence actuelle d'une affection nerveuse. Ce mode comprend lui-même trois variétés, la contracture *temporaire*, la contracture *fixe* et la contracture *chronique*. Dans chacun de ces états, le muscle peut être souvent ramené par des tractions, ou revenir de lui-même, à sa longueur normale. Sa texture n'a subi aucune altération appréciable. 2° *La rétraction fixe* ou *rétraction proprement dite*; c'est l'état du muscle contracturé guéri, mais resté court. Le raccourcissement ici est absolu et fixe. Le tissu musculaire a subi plus ou moins la *transformation fibreuse* ou *fibro-graisseuse* suivant les circonstances. La rétraction fixe est le mode le plus fréquent, le plus général du raccourcissement musculaire dans toutes les difformités. Les autres modes sont plus ou moins rares, et ne sont pour ainsi dire qu'exceptionnels. 3° *La rétraction spasmodique*. Le muscle est alternativement le siége de contractions et de relâchemens involontaires; il est à la fois fibreux et charnu; souvent il est hypertrophié dans sa portion charnue, quoique sa partie fibreuse soit plus étendue qu'à l'état normal. Ce mode comprend encore plusieurs variétés. Il est des cas dans lesquels les alternatives de contraction et de relâchement sont séparées par un temps plus ou moins long et n'offrent rien de fixe dans leur retour; c'est la *rétraction spasmodique intermittente*. Il y en a d'autres, dans lesquels les muscles sont le siége de mouvemens alternatifs constans, qui varient d'intensité, mais qui existent toujours; c'est la *rétraction spasmodique permanente*, *tremblante*; cette sous-variété est plus commune que la précédente. 4° *La rétraction paralytique*. Le muscle a subi un commencement de paralysie; en outre, la somme de contractilité qui lui reste est soustraite à l'influence de la volonté. Elle ne peut souvent s'exercer ni dans l'instant, ni dans la direction, ni dans les limites rigoureusement déterminés par le but du mouvement. La texture du muscle est amoindrie, celluleuse en quelques points, et d'apparence normale en d'autres, mais généralement moins charnue et plus pâle, plus graisseuse qu'à l'état normal. 5° *La paralysie proprement dite*, ou *résolution paralytique*, dans laquelle le muscle, complètement dépouillé de l'influence nerveuse, reste mou, flasque et dénué de toute contractilité. Il a perdu la texture charnue; il est réduit à une trame celluto-fibreuse ou celluto-graisseuse.

Tous ces modes de rétraction que nous venons de passer en revue, et que nous nous abstenons de déterminer, pour le moment, dans leurs conditions essentielles de production, devaient se rencontrer et se rencontrent, en effet, dans les muscles de l'œil, comme dans ceux des autres parties du corps. En outre, dans le strabisme, comme dans le pied-bot, comme dans le torticolis, comme dans les déviations essentielles des genoux etc., chacun de ces modes peut se déduire de certains *caractères indirects*, fournis par l'origine, la marche, l'âge de la difformité, etc., et, de plus, se traduit, s'inscrit, en quelque sorte, dans la difformité en *caractères directs*, appréciables à l'observation extérieure. Voici quels sont, pour le strabisme, les caractères propres à chaque mode de la rétraction.

1° Contracture simple.

On doit admettre un état de *contracture simple* quand le strabisme est très récent, ne date, par exemple, que de quelques semaines, quand l'affection qui lui a donné naissance existe encore, quand il augmente ou diminue par intervalles et presque subitement, sous certaines influences, externes ou internes, ayant pour effet d'agir sur le système nerveux. Les mouvemens des yeux sont souvent douloureux, surtout dans la contracture aiguë.

2° Rétraction fixe.

On doit admettre, au contraire, l'existence de la rétraction fixe quand le strabisme est ancien, quand l'affection nerveuse a disparu, quand la déviation oculaire et la gêne du mouvement en sens inverse existent toujours au même degré. Il faut bien remarquer cependant que la fixité du

---

fin, ou d'une très faible intensité. Cette première classe de maladies est très peu nombreuse, et en comprend à peine une trentaine.

La seconde classe ou celle des maladies sporadiques est divisée en autant de groupes qu'il y a d'appareils ou d'organes dans l'économie. M. Farr attache moins d'importance à cette classification des faits qu'aux faits eux-mêmes qui, après tout, constituent seuls la valeur réelle de ces extraits. Nous allons indiquer sommairement quelques-unes des principales conclusions que l'on peut tirer de ces faits rapprochés et classés suivant différentes circonstances.

Mortalité des années 1837 et 1838. — La mortalité de l'année 1838 a été plus élevée que celle de la seconde moitié de 1837; ce qui a été causé par l'accroissement qu'ont pris, en 1838, la petite-vérole, le typhus, et par la gravité extraordinaire qu'ont offerte, pendant la même année, les maladies pulmonaires.

La population de l'Angleterre et du pays de Galles étant portée à 15,553,860, la mortalité pour 1838 a été de 2,20 p. 100 ou de 1 sur 45.

Mortalité des 2 sexes. — Celle des hommes a été de 7 p. 100 plus élevée que celle des femmes. Il est donc bien démontré que la durée moyenne de vie est plus longue chez les dernières que chez les premiers. Les tableaux dressés par le docteur Farr font connaître les principales maladies sur lesquelles porte cette différence, et font voir que bien que les deux sexes soient à peu près également exposés à l'action de toutes les causes de mort, ils offrent cependant des différences tranchées dans leur susceptibilité à recevoir la mort. La plus grande fréquence des morts violentes chez l'homme et des morts à la suite des couches chez la femme s'explique facilement par les différences d'organisation et d'habitude; mais jusqu'ici on n'a donné aucune raison pour expliquer pourquoi 1,828 femmes et 620 hommes seulement sont morts du cancer; pourquoi 4,036 hommes et 5,071 femmes ont succombé à la coqueluche; pourquoi 27,935 hommes et 31,090 femmes sont morts phthisiques; pourquoi 152 hommes et 55 femmes ont péri par le diabètes. 34,321 hommes et 33,556 femmes sont morts de maladies épidémiques; la petite-vérole, la rougeole, le croup, les aphtes, la diarrhée, la dysenterie, le choléra et la grippe ont été très funestes pour les premiers et la coqueluche chez les secondes. Le typhus, la scarlatine et l'érysipèle ont frappé presque également sur les deux sexes.

Le nombre des hommes qui ont succombé à la phthisie est de 18 p. 100 sur la mortalité générale, et celui des femmes de 19,2; le nombre total de ces dernières qui ont succombé à la phthisie, en 1838, a été de 31,090, chiffre effrayant et bien digne d'appeler l'attention des législateurs.

1,338 hommes et 313 femmes sont morts des maladies des voies urinaires. Le chiffre des hommes morts de la pierre et de la gravelle a été de 4 sur 100,000 et celui des femmes de 0,5.

2,811 femmes sont mortes en couche, ce qui donne une proportion de 5 sur 1000; en 1837, elle n'avait été que de 4 sur 1000. Sur 1,200 sujets qui sont morts du cancer, et dont les cas ont été relevés sur les registres par le docteur Walshe, auteur de l'article *Cancer* dans l'Encyclopédie de chirurgie, il y avait 321 hommes et 879 femmes. 12 p. 100 des cas de morts ont été attribués, chez les femmes, à la vieillesse, et 10 p. 100 chez les hommes. Chez ces derniers 125 morts sont attribuées à l'intempérance et 36 seulement pour le sexe féminin; en tout 161. Le même nombre de décès est attribué à la privation d'alimens, 167, dont 126 hommes et 41 femmes. Le chiffre des morts violentes volontaires, ou non,

raccourcissement musculaire, quand il porte sur les muscles droits, ne suffit pas pour entraîner la fixité de l'œil dans sa position vicieuse. Quel que soit le degré de ce raccourcissement, l'œil peut toujours voyager d'une certaine quantité dans le sens d'action du muscle antagoniste. Ce fait de la possibilité du redressement de l'œil, quoique les muscles soient réellement rétractés dans le strabisme, et par conséquent raccourcis d'une manière permanente, comme dans le pied-bot et autres difformités musculaires, a été regardé par beaucoup de personnes comme contraire à notre théorie. Il n'en est rien cependant. Nous avons donné, il y a longtemps, la raison anatomique et physiologique de ce fait. (Voy. notre premier Mémoire sur le strabisme mécanique.) Il suffit de rappeler que les muscles droits ne s'insèrent pas perpendiculairement à l'axe antéro-postérieur de l'œil, mais presque parallèlement à cet axe; de plus, qu'ils sont enroulés d'une certaine quantité autour du globe oculaire. Il s'en suit que, malgré une certaine somme de raccourcissement permanent, le muscle rétracté ne s'oppose qu'indirectement au redressement de l'œil. Pendant la contraction des antagonistes, et sous l'influence de cette contraction, il cède d'abord dans les limites de son extensibilité; puis, s'appliquant contre la surface dépressible du globe oculaire, il la déprime, s'y enfonce, s'y creuse une gouttière plus ou moins profonde, en refoulant les humeurs de l'œil en sens opposé. Il se rapproche ainsi de la direction rectiligne et diminue d'autant les effets de son raccourcissement. Cette circonstance en outre que le muscle raccourci n'est pas dirigé en sens inverse du mouvement de redressement rend mieux raison encore de la possibilité de ce mouvement dans le strabisme. Cela devient évident surtout lorsqu'on se rappelle la condition toute contraire des muscles rétractés dans le pied-bot équin. Dans cette difformité, en effet, la brièveté des jumeaux fait directement obstacle à l'abaissement du talon. La résistance du tendon d'Achille s'oppose complètement à ce mouvement, parce que les muscles du mollet s'insèrent perpendiculairement à l'axe antéro-postérieur du pied, et non pas parallèlement, comme les muscles droits de l'œil, par rapport à son axe antéro-postérieur. Pour ces raisons, l'œil atteint de strabisme peut donc presque toujours se redresser et voyager d'une quantité relative au degré de rétraction du muscle, et à la somme de dépression qu'il peut subir. Sa *fixité* complète, ainsi que nous le verrons plus loin, dépend d'autres conditions matérielles, non moins importantes à déterminer.

3° Rétraction spasmodique.

Elle se révèle par des caractères qui varient suivant qu'elle est *intermittente* ou *permanente*.

A. Rétraction spasmodique intermittente. — Dans ce premier mode de la rétraction spasmodique, les sujets ne louchent que par intervalles, et ils louchent tout à coup, souvent d'une manière assez considérable, pendant la conversation, et à leur insu; leur œil se dévie sans cause appréciable, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre. Les influences morales, la fatigue, les veilles, peuvent cependant ajouter à la fréquence et à la durée de ces accès. Il faut d'ailleurs distinguer le strabisme produit par la rétraction spasmodique intermittente de trois autres variétés qui ont quelque analogie extérieure avec lui. La première consiste dans le premier degré de la rétraction fixe: celui qui réalise le *strabisme rudimentaire* ou *faux trait*. Nous avons montré, en effet, qu'à ce degré de strabisme, l'œil affecté n'est que temporairement dévié; il se redresse comme l'œil sain chaque fois que le sujet regarde; tous deux s'érigent vers l'objet regardé; le mouvement optique neutralise le faible degré de raccourcissement mécanique. Or, la liaison du redressement avec le moment du regard attentif, et la reproduction de la déviation avec le retour de la vision passive, suffisent pour empêcher de confondre le strabisme par rétraction spasmodique intermittente avec le strabisme rudimentaire. La seconde variété n'est pas moins différente, mais elle est plus difficile à déterminer; car, quoique je la reconnaisse parfaitement à ses caractères extérieurs, je ne suis pas encore bien fixé sur sa nature propre. Chez certains sujets, les deux yeux restent parfaitement droits quand ils ne cherchent pas à distinguer un objet, quand ils se bornent à exercer la vue passive; mais dès qu'ils veulent voir distinctement, lire, par exemple, l'un ou l'autre des deux yeux se dévie; et ce n'est qu'à la condition de cette déviation qu'ils peuvent apercevoir nettement les objets. Quoique je me dispense de dire l'idée que je me suis formée jusqu'ici de cette variété du strabisme, j'indiquerai, comme moyen de la distinguer de celle produite par la rétraction spasmodique intermittente, la liaison constante de la déviation de l'œil à l'exercice de la vision distincte. La troisième variété qui pourrait être confondue avec la rétraction spasmodique intermittente, est la *déviation optique* dans le strabisme optique. Dans certaines variétés de cette espèce, l'œil ou les deux yeux se dévient pour s'adapter à la direction de l'axe visuel, et par conséquent la déviation, comme dans la rétraction spasmodique intermittente, n'est que temporaire. Mais, indépendamment des caractères spécifiques propres à toutes les variétés du strabisme optique, caractères que nous ferons connaître en traçant l'histoire de l'espèce, nous dirons seulement: 1° que dans le strabisme optique la déviation a lieu pour et pendant l'exercice de la vision; 2° qu'en opposition avec ce qui a lieu dans la seconde variété précédemment examinée, l'œil ou les yeux déviés dans le strabisme optique servent également et simultanément à la vision.

Dans les trois cas que nous venons d'examiner, le fait de la déviation temporaire peut donc être facilement distingué de celui qui appartient à la rétraction spasmodique intermittente. Toutes ces distinctions acquerront d'ailleurs un nouveau degré de précision, quand nous exposerons, dans notre histoire générale du strabisme, les observations particulières sur lesquelles elles reposent.

B. Rétraction spasmodique continue ou permanente. — Ses caractères sont encore plus tranchés; déjà ils avaient été partiellement signalés par plusieurs auteurs; mais ils les avaient complètement isolés du fait principal, dont ils n'expriment qu'un mode particulier. Ils consistent dans des alternatives incessantes de déviation et de redressement incomplet: l'œil est le siége d'une espèce de tremblement horizontal ou vertical, ou autour de son axe antéro-postérieur, suivant le muscle affecté; c'est ce qui nous a fait donner à cette variété du strabisme le nom de *strabisme tremblant*. On reconnaît, dans les mouvemens d'oscillations du globe oculaire, sauf les modifications apportées par la disposition différente des parties, l'analogue de ce qu'on observe dans certains cas de torticolis par rétraction spasmodique des sterno et cléido-mastoïdiens, où l'on voit la tête perpétuellement agitée de mouvemens alternatifs de rotation de gauche à droite et de droite à gauche.

4° Rétraction paralytique.

Dans la *rétraction paralytique* l'œil dévié peut se mouvoir encore; mais

---

s'est élevé, en 1838, à 11,727, dont 8,359 hommes et 3,368 femmes. Sur ce nombre, 1,058 sont considérées comme suicides (751 hommes et 307 femmes); mais ce chiffre est loin de présenter exactement le nombre de tous les suicides; car dans beaucoup de cas la cause matérielle de la mort n'a pas pu être reconnue. Il résulte pourtant de ces cas considérés sous le point de vue de l'âge des sujets que la tendance à commettre le suicide va en augmentant jusqu'à 60 ans et dans la proportion de près de 50 p. 100 tous les 10 ans.

Tous ces chiffres, bien que déjà intéressans par eux-mêmes, le deviennent encore plus par les nouvelles voies qu'ils ouvrent aux recherches des moralistes et des médecins; les suivans sont encore plus importans ou au moins nous montrent les faits sous un point de vue nouveau et qui se lie intimement aux formes actuelles de notre état social.

Maladies des villes et des campagnes. — Dans la moitié de l'année 1837, la différence entre les maladies dans une population concentrée et dans une population répandue sur une large surface était déjà fort remarquable, et la mortalité plus élevée dans les villes n'a fait que confirmer ce que déjà d'autres observations avaient appris; mais jusqu'alors les malades des villes et des campagnes n'avaient pas été comparées sur une aussi vaste échelle. L'année 1838 est venue confirmer exactement les résultats de 1837. Pour comparer avec quelque exactitude la mortalité des villes et celle des campagnes, M. Farr a réuni les rapports fournis par plusieurs grandes villes formant une population d'environ 3,500,000 habitans, et a comparé les résultats de ces rapports avec ceux reçus de districts agricoles et d'une population équivalente. Voici le résultat de cette comparaison qui, sans présenter peut-être une grande exactitude sous le point de vue pathologique, n'en fournit pas moins des données précieuses sur les causes de l'excès de mortalité que présentent les villes.

	Villes.		Campagnes.
Populations	3,726,221	..	3,539,908
Maladies endémiques, épidémiques et contagieuses.	23,655	..	13,685
Maladies sporadiques: Du système nerveux	15,651	..	8,177
— Des organes respiratoires	28,973	..	18,508
— — de la circulation	1,301	..	712
— — de la digestion	6,505	..	3,361
— — urinaires	417	..	373
— — de la génération	984	..	547
— — de la locomotion	653	..	354
— De l'appareil cutané	144	..	66
— Siége incertain	10,447	..	10,529
Vieillesse	7,374	..	8,874
Morts violentes	3,104	..	2,516
Causes non indiquées	1,811	..	2,708
Total	101,019	..	70,410

Ainsi la mortalité des villes excède donc de près d'un tiers celle des campagnes et encore la population que M. Farr attribue à la campagne comprend de grandes villes et le pays des Cornouailles où les travaux des mines occasionnent tant d'accidens et de maladies graves.

L'influence défavorable des villes sur la durée de la vie de l'homme se fait sur-

il a perdu la faculté de se diriger; les contractions du muscle sont arbitraires; en sorte que l'œil ne peut se tourner à volonté dans le sens d'action du muscle, ni pointer d'aplomb vers l'objet regardé. Quand le sujet fait effort pour le porter dans une direction donnée, un le voit hésiter d'abord, puis se porter, par un mouvement brusque, tantôt dans une direction précisément opposée, tantôt dans la direction voulue, mais dans une étendue moindre ou plus grande qu'il ne le faut pour les besoins de la vision. Cette variété du strabisme a, comme toutes les précédentes, son analogue dans les difformités du système osseux d'origine musculaire. C'est ainsi que dans certaines difformités des membres supérieurs ou des membres inférieurs, par rétraction paralytique des muscles correspondans, les sujets ne peuvent saisir avec précision les objets ou diriger leurs pas, et semblent jeter leurs membres au hasard, en dépit des efforts de la volonté.

5° RÉSOLUTION PARALYTIQUE.

Enfin, les caractères distinctifs du strabisme par *résolution paralytique* consistent dans la déviation de l'œil du côté opposé au muscle affecté, par l'action du muscle ou des muscles antagonistes restés sains, avec impossibilité du mouvement dans *le sens du redressement*. Faisons remarquer cependant qu'il existe plusieurs variétés de strabisme où l'on rencontre encore cette impossibilité plus ou moins complète du mouvement dans le sens du redressement; que, par conséquent, ce caractère a besoin d'être rigoureusement analysé dans ses élémens essentiels et éclairé par les autres circonstances de la difformité.

Et d'abord, dans la véritable rétraction fixe, quand la difformité est très considérable et très ancienne, le muscle antagoniste du muscle rétracté, soumis à une traction permanente, finit par subir un certain degré d'allongement mécanique, en même temps qu'il perd une partie de sa contractilité, ce qui constitue ce que j'ai appelé *la paralysie mécanique*. Or, d'un côté, la contraction, se trouvant distribuée sur une étendue plus grande qu'à l'état normal, doit, pour une somme donnée, produire un raccourcissement relativement moindre des fibres musculaires, et par suite un mouvement moins étendu du globe de l'œil. D'un autre côté, la même insuffisance de contraction résulte plus directement et plus complètement de l'affaiblissement de la contractilité dans le muscle; ce muscle devient ainsi incapable de vaincre à un degré notable l'action du muscle retracte, et d attirer l'œil en sens opposé. Ajoutons toutefois qu'il a rarement perdu toute sa contractilité; que, par conséquent, l'œil peut ordinairement exécuter encore un léger mouvement dans le sens de son action; enfin que ce mouvement présente lui-même un caractère qui révèle à la fois l'impuissance et l'effort du muscle qui l'exécute, c'est-à-dire qu'il se fait en différens temps et par saccades.

Le même fait de l'impossibilité du redressement de l'œil peut encore se présenter dans d'autres variétés du strabisme sans paralysie, dans toutes celles où l'œil reste *fixe*, et que pour cette raison nous avons appelées *strabismes fixes*. Mais ces différentes variétés, dont nous examinerons en temps et lieu les conditions d'existence et les caractères, offrent d'autres particularités qui permettent de les distinguer du strabisme fixe par paralysie.

Le fait de l'impossibilité du mouvement de l'œil dans le sens du redressement n'appartient donc pas exclusivement au strabisme par résolution paralytique; et ainsi énoncé d'une manière générale, ce caractère ne suffirait donc pas pour faire reconnaître sûrement la variété dont il s'agit.

Or, la *fixité paralytique* est surtout remarquable par une impossibilité absolue du mouvement volontaire ou optique dans le sens du redressement, quoique la déviation ne soit pas très prononcée. Il est rare, en effet, que la simple contraction du muscle ou des muscles sains produise, par le seul défaut d'antagonisme du muscle paralysé, une déviation considérable. La déformation du globe oculaire est proportionnellement plus forte qu'au degré correspondant du strabisme par rétraction proprement dite. Enfin, il n'est pas rare que la paralysie d'un ou de plusieurs muscles de l'œil soit accompagnée d'un certain degré de paralysie des paupières et d'une amaurose plus ou moins complète.

Les différens modes de la rétraction musculaire que nous venons de passer en revue, entraînent dans le traitement chirurgical du strabisme, comme dans celui des autres difformités musculaires, des indications différentes. Des indications tirées de cette source, les unes, et c'est le plus grand nombre, appartiennent au premier ordre que nous avons établi, c'est-à-dire à celles qui doivent décider de l'emploi ou du rejet de la myotomie oculaire, quel que soit le procédé qu'on veuille adopter; les autres appartiennent au second ordre, c'est-à-dire sont destinées à régler le choix du procédé, et de son mode d'exécution.

Deux modes particuliers de la cause contre indiquent en général l'emploi de la myotomie; ce sont les deux modes extrêmes de la série : la *contracture simple* et la *résolution paralytique*.

Dans le premier cas, on doit craindre que l'affection nerveuse existante, qui maintient le muscle en état de contracture, ne survive à la section de ce dernier, et que les deux extrémités musculaires venant à se réunir sous cette condition, la contracture ne se rétablisse aussitôt et ne reproduise la difformité. Ce fait, que nous avons depuis longtemps constaté dans un grand nombre de difformités musculaires, dans le pied-bot, dans le torticolis, dans les déviations de l'épine, s'est de nouveau présenté à nous dans le strabisme. Cependant il importe d'établir une distinction entre la contracture produite par une affection centrale du système nerveux et celle qui est due à une affection d'un rameau ou filet nerveux. La première offre, en effet, une contre indication absolue, et la raison s'unit à l'expérience pour le faire concevoir. Il est de toute évidence, que, quelle que soit l'action temporaire de l'opération sur le muscle contracturé, ce muscle, après la réunion de ses deux bouts, restera sous l'influence de la maladie centrale qui a amené la contracture et qui l'entretient dans d'autres parties du système musculaire. Il n'en est pas tout à fait de même de la contracture produite par l'influence d'un rameau ou filet nerveux. Si l'avenir confirme les espérances que quelques expériences nous permettent de concevoir, ce mode de contracture ne devra pas contre indiquer absolument la myotomie. Rectifiant et précisant cette idée généralement répandue que la section d'un muscle, dans quelque portion que ce soit, et pour quelque mode que ce soit de raccourcissement, remédie à la difformité en faisant cesser la *contraction spasmodique* du muscle raccourci, nous espérons pouvoir établir expérimentalement que la section d'un muscle atteint de contracture simple n'a d'autre effet, quand elle est faite dans sa portion tendineuse, que de remédier temporairement à son raccourcissement, sans rien changer à l'affection nerveuse d'où émane la contracture. Mais lorsque, dans certaines conditions spéciales de période et de degré de la contracture, la section du muscle

---

tont sentir dans les premières années de l'enfance; ainsi qu'il résulte du tableau suivant, qui présente en regard le nombre d'enfans morts au-dessous de trois ans et de vieillards au-dessus de 70 ans, sur 1000 morts de tout âge dans les villes et dans les campagnes.

	Enfans morts au-dessous de 3 ans, sur 1000 morts de tout âge.		Individus morts à 70 ans et au-dessus, sur 1000 morts de tout âge.
VILLES.			
Manchester	475	...	53
Leeds	447	...	68
Birmingham	440	...	78
Liverpool	437	...	60
Londres	338	...	99
CAMPAGNE.			
Le Dorsetshire et le Wittshire	281	...	»
Devonshire	296	...	208
Yorksbire, à l'exception des districts mémélaltifères	282	...	202
Lancashire, Westmorland, Cumberland, Northumberland, à l'exception des districts métaltifères	253	...	210
Dans toute l'Angleterre	343	...	140

Ainsi, non seulement il succombe dans les campagnes un nombre beaucoup moins considérable d'enfans que dans les villes, mais un plus grand nombre d'individus y arrivent aussi à un âge avancé. Dans les districts où une partie de la population est occupée aux travaux des mines, et se trouve par conséquent, sous le point de vue de l'encombrement et des travaux, dans des conditions qui se rapprochent davantage de celles où sont les habitans des villes, les résultats se rapprochent aussi de ceux fournis par la population de ces dernières, bien qu'une partie des habitans y soit encore occupée aux travaux agricoles.

	Enfans au-dessus de 3 ans.		Individus à 70 ans et au-dessus.
Dans les districts métallifères du Staffordshire et du Shropshire	462 sur 1000	...	90 sur 1000
Districts métallifères du Northumberland et du Durham	349 —	...	150

Il résulte donc de ces données que la mortalité moyenne est, d[illegible]lles, de 2,7, et, dans les campagnes, de 2,0, ou que la mortalité des vi[illegible]elle des campagnes ce que 1,36 est à 1,0, ou enfin que la moyenne [illegible]ie est, dans les premières, de 37 ans, tandis que, dans les secondes, elle s'élève jusqu'à 50 ans. M. Farr s'appuyant sur ces données, dont on ne peut contester l'exactitude, examine jusqu'à quel point on pourrait espérer de rapprocher la moyenne de la vie dans les villes de celle des campagnes, qui elle-même est loin d'avoir atteint son maximum, problème important dans l'état actuel de la société, mais qui est trop compliqué pour que nous tentions même d'indiquer quelques-uns des points de

est faite au niveau de sa partie charnue, le résultat change. La maladie disparaît avec le raccourcissement, et l'allongement du muscle persiste. Cela nous paraît produit par la section des filets nerveux affectés, dont les conditions de vitalité ont été heureusement modifiées par l'opération. J'ai dit que pour cela certaines conditions spéciales de période et de degré sont nécessaires; c'est qu'en effet, dans la période très aiguë de la contracture, et avec un degré très prononcé de cette affection, il serait à craindre que l'irritation causée par l'opération n'exaspérant la douleur et l'irritation déjà excitantes, ne reproduisît et n'aggravât même la contracture.

Quoi qu'il en soit de la valeur de la myotomie oculaire dans les cas de strabisme par contracture, nous pensons que, malgré la réserve que nous venons de faire, il sera bon de s'abstenir au moins jusqu'après l'emploi des autres moyens. Or, l'expérience nous a appris que la véritable contracture des muscles de l'œil, comme celle des autres muscles du corps, peut être heureusement combattue par des moyens locaux et généraux appropriés à la nature de l'affection. Les purgatifs répétés, la saignée locale et générale, mais surtout la pommade stibiée et les petits moxas appliqués sur la tempe peuvent dissiper le strabisme par contraction, comme toutes les difformités produites par le même mode pathologique des muscles. Ajoutons enfin que lorsque la contracture aiguë tend à passer à l'état chronique, on peut espérer obtenir des muscles de l'œil ce que nous avons obtenu tant de fois des muscles du col ou des membres par exemple, à savoir, leur allongement mécanique. Dans ce cas, les lunettes et les exercices gymnastiques peuvent produire de grands résultats.

Le second mode de la cause, qui contre-indique l'emploi de la myotomie oculaire est, avons-nous dit, la résolution paralytique. Dans ce cas, la difformité a lieu par défaut de résistance du muscle paralysé, et par contraction physiologique non équilibrée des muscles antagonistes restés sains. Il est évident que la section du muscle qui entraîne l'œil et le maintient dévié ne pourrait produire qu'un redressement temporaire, sans rien changer à l'état des muscles paralysés. Après la réunion des deux bouts divisés, le même défaut d'antagonisme persisterait entre les puissances musculaires : le muscle paralysé continuerait à n'apporter aucune résistance à l'action des muscles sains, et ceux-ci continueraient à entraîner dans leur sens l'œil momentanément redressé. Ce qu'il faut, dans ces cas, c'est de chercher à réveiller l'action musculaire au moyen des excitans directs et indirects. Si la paralysie était récente et incomplète, nul doute que les vésicatoires avec la strychnine appliqués aux tempes, et l'électro-puncture ne pussent heureusement la modifier. Alors on pourrait espérer quelque succès de la myotomie.

Il est à peine utile de faire remarquer que dans les cas où le muscle paralysé pourrait être en partie suppléé dans son action par un ou plusieurs muscles auxiliaires, cette circonstance n'établirait pas davantage l'indication de la section du muscle antagoniste, puisque le bénéfice de cette action supplémentaire aurait dû avoir lieu dès le commencement de la difformité et il ne serait en aucune manière augmenté par l'opération. Ainsi, dans le cas où, la paralysie portant sur le muscle droit externe, l'œil pourrait encore exécuter un certain mouvement d'abduction par l'action combinée des obliques, la section du droit interne n'ajouterait rien à cette action et serait par conséquent aussi inutile que si le mouvement d'abduction était complètement aboli.

Ces règles sont certainement en rapport avec les résultats de l'expérience, éclairés par la distinction logique des conditions. En se renfermant dans le cercle des ressources habituelles de la myotomie oculaire, telle qu'elle a été employé par tous les chirurgiens et par nous-même, il n'y a pas de doute qu'il faudrait s'en tenir à ces contre-indications, et regarder comme à jamais incurables et inattaquables par la myotomie les strabismes produits par la résolution paralytique complète et définitive. Mais nous croyons avoir créé un ordre nouveau de ressources par le système d'opérations à l'aide duquel nous corrigeons les divers accidens du strabisme consécutif, ressources qui seraient jusqu'à un certain point applicables au strabisme par paralysie. On pourrait, en faisant la section du muscle sain, la résection du muscle paralysé, et d'une portion du fascia correspondant à ce dernier, faire cicatriser et le muscle et le fascia sur des points plus antérieurs du globe oculaire, en même temps qu'on tiendrait à l'aide du fil l'œil dévié dans le sens du muscle paralysé, pendant la période d'adhésion. On pourrait encore favoriser ce résultat en réséquant une portion du muscle sain : cette pratique aurait pour effet de rendre moins consistant le tissu de nouvelle formation intermédiaire aux deux bouts, ou de favoriser l'insertion du bout postérieur sur un point plus postérieur du globe oculaire. Le mouvement dans ce cas serait en partie sacrifié à la direction; mais, outre que les muscles auxiliaires pourraient intervenir encore, l'important serait d'obtenir le redressement de l'œil, et nous pensons qu'on l'obtiendrait sûrement en suivant exactement les moyens qui nous ont si bien réussi pour combattre le strabisme consécutif; car il y a une certaine analogie entre ce strabisme où le mouvement est souvent plus ou moins aboli par la faute de l'artiste, et le strabisme paralytique : nous insistons donc pour qu'on suive ces analogies dans la pratique.

Dans tous les modes de rétraction, autres que la contracture simple et la résolution paralytique, l'indication de la myotomie est formelle. Nous devons dire cependant que les chances de succès ne sont pas absolument les mêmes dans la rétraction spasmodique, dans la rétraction paralytique et dans la rétraction fixe.

Le premier de ces modes de rétraction a quelque analogie avec la contracture simple; comme, dans ce dernier cas, le muscle est sous l'influence d'une affection nerveuse existant actuellement, dont la persistance après la myotomie peut devenir une cause de récidive. Mais l'expérience nous a montré que les chances sont loin d'être les mêmes dans les deux cas. Dans la contracture simple, la récidive est presque constante, et cela peut se concevoir jusqu'à un certain point par l'acuité persistante de la maladie. Elle est rare, au contraire, dans la rétraction spasmodique, que l'on peut considérer comme une affection chronique, sinon mieux comme un mode particulier de vitalité que l'on change par la section des filets nerveux présidant au spasme musculaire. Cette manière de voir expliquerait les insuccès assez rares de la myotomie dans ce mode de la rétraction: et l'on pourrait les attribuer à la section incomplète des filets nerveux, soit parce qu'on n'aurait pas divisé le muscle dans sa portion charnue, soit parce qu'on n'aurait pas atteint tous les filets affectés.

La rétraction paralytique est, comme nous l'avons vu, un mode transitoire entre la rétraction spasmodique et la résolution paralytique. Elle comprend donc un certain degré de paralysie. Or, cette circonstance, sans contre-indiquer la myotomie réclamée par l'état de raccourcisse-

---

vue que soulève ici le statisticien anglais, et qui varient presque autant que les localités; nous nous bornerons à conclure avec lui, de l'inspection des tableaux où il a présenté le résultat de la mortalité avec l'indication des maladies qui l'ont produite dans les différens districts de l'Angleterre, que la plupart des maladies les plus funestes, dans ceux où la mortalité est la plus élevée, se rattachent au degré d'encombrement des populations, à leurs occupations habituelles et à leurs habitudes hygiéniques, toutes circonstances qu'il est plus facile au législateur de prévenir, qu'il ne l'est au praticien de remédier à leurs funestes effets. Ces conclusions ont d'autant plus d'importance, que la population des villes de l'Angleterre est plus considérable que celle d'aucune autre nation de l'Europe, et qu'elle augmente avec bien plus de rapidité que celle des districts ruraux. Si l'enregistrement fournit les mêmes résultats pendant plusieurs années de suite, il ne pourra rester aucun doute sur l'exactitude de ces conclusions.

L'*influence du climat* sur la mortalité est un des points les plus intéressans qui pourront ressortir de ces recherches statistiques; mais cette influence ne pouvait être très manifeste dans des limites aussi rétrécies que le sont celles de l'Angleterre, et d'ailleurs, comme elle doit être distinguée avec soin de celle de la densité de la population, de ses travaux et de son alimentation, on ne peut presque rien conclure des chiffres recueillis pendant les années 1837 et 1838; mais il n'est pas douteux qu'on ne puisse, après plusieurs années, retracer cette influence sur le tableau où sont indiquées les maladies des 324 districts que comprennent l'Angleterre et le pays de Galles. On peut espérer même que les résultats fournis par cette dernière contrée, qui est spécialement habitée par la race celtique, comparés à ceux des autres districts occupés par les descendans des Saxons, permettront de reconnaître s'il y a quelque différence entre les maladies des deux races; mais aujourd'hui, les lois ordinaires de la mortalité sont troublées, dans le pays de Galles, par le grand nombre d'ouvriers qui affluent dans les districts des mines.

L'*influence des saisons* présente les mêmes difficultés, pour être appréciée, que celle du climat, et les intéressans tableaux que M. Farr a dressés sur ce point n'auront acquis toute leur valeur que quand ils auront été répétés pendant plusieurs années.

Marche des épidémies; épidémie de petite vérole. — Parmi les causes de mort, les unes agissent avec une force égale d'année en année, d'autres subissent l'influence des saisons et augmentent ou décroissent avec la température. Les maladies épidémiques suivent des lois qui leur sont propres; elles restent presque stationnaires pendant des mois, des années, des siècles même, puis elles s'élèvent, se répandent sur les nations, qu'elles déciment, pour disparaître avec la même rapidité ou la même lenteur. L'enregistrement a déjà fourni des faits qui paraissent devoir jeter quelque jour sur la propagation de ces maladies. La petite vérole fait, en Angleterre, beaucoup de ravages depuis quelques années; c'est à l'étude de cette maladie que M. Farr cherche à appliquer les résultats déjà obtenus, remettant à s'occuper des autres épidémies, qui lui semblent suivre la même marche, dans les rapports suivans.

L'histoire des ravages de cette maladie comprend dix trimestres depuis le 1er juillet 1837 jusqu'au 1er janvier 1840 dans les 324 districts, et renferme deux hivers, deux printemps, trois étés et trois automnes. La marche de cette épidémie, dont nous donnons ici une idée, indique déjà la nature de cette classe d'af-

ment du muscle, devait faire présager son peu d'efficacité. C'est, en effet, ce que nous avons remarqué : l'œil se redresse après la section des muscles, mais ses mouvemens optiques sont difficilement régularisés. Cependant, nous avons vu, dans quelques cas le rétablissement plus ou moins complet de la motilité par l'opération. Le muscle recouvrant sa longueur normale reprend une certaine énergie et une certaine fermeté d'action qui lui viennent sans doute du retour de l'exercice de l'œil. Nous avions fait la même remarque dans le traitement d'autres difformités musculaires par rétraction paralytique. Toutefois, il faut le reconnaître, dans la majorité des cas, ce rétablissement des fonctions musculaires reste fort au-dessous de l'état normal; et alors l'œil, quoique redressé et se maintenant droit au repos, conserve de l'incertitude et de l'irrégularité dans ses mouvemens, qui donnent à l'expression du regard quelque chose d'étrange et d'analogue à ce qu'on remarque chez les opérés du strabisme qui ont perdu le mouvement de l'œil du côté du muscle divisé.

Reste la rétraction fixe. Ce mode de rétraction qu'il porte sur le muscle seul, ou sur le muscle et le fascia tout ensemble, constitue une indication formelle, absolue de l'emploi de la myotomie. Ici, il ne s'agit plus que d'un obstacle mécanique; l'état morbide qui l'avait engendré a disparu; ce ne sont plus que des liens trop courts qui tiennent l'œil bridé. Il faut donc les couper; et (toutes réserves faites des complications qui peuvent se présenter) le redressement de l'œil est l'effet aussi nécessaire de la section du muscle ou du fascia, que le strabisme l'avait été de son raccourcissement.

En résumé, les trois modes de rétraction compris entre la contracture simple et la résolution paralytique appellent donc l'emploi de la myotomie oculaire, sauf la différence des résultats.

Relativement aux indications du second ordre, aucun de ces modes, à l'exception d'un seul, la *rétraction spasmodique intermittente*, ne prescrit exclusivement l'un ou l'autre des procédés de la méthode. Dans le strabisme par rétraction spasmodique intermittente, le procédé par ponction convient seul. Le muscle n'étant que passagèrement et temporairement rétracté, le fascia oculaire conserve ses dimensions normales. Il est inutile de le diviser; car, en le divisant, on s'exposerait à produire un strabisme consécutif. Pour éviter cet inconvénient, il faut donc recourir au procédé par ponction, et diviser le muscle en avant, afin de comprendre dans la section le moins de fascia possible. Ajoutons que, dans toutes les variétés de strabisme par rétraction spasmodique, la section du muscle doit être faite au niveau de sa portion charnue, afin d'atteindre les filets nerveux qui s'y distribuent. Sauf ces particularités exceptionnelles, il n'existe donc pas d'indications du choix des procédés pour les modes de la rétraction, fournies par ces modes exclusivement. Ces indications sont toutes réglées par les autres circonstances de la difformité, celles relatives aux distributions ou siéges différens de la rétraction, à ses différens degrés, et à l'ancienneté du strabisme. Nous verrons en effet que ces circonstances peuvent faire varier le choix des procédés dans tous les modes de la rétraction ; c'est-à-dire que, dans le même mode, mais avec des conditions de siége, de degré et d'ancienneté différens, on devra employer, tantôt le procédé par ponction, tantôt le procédé par dissection.

(*La suite à un prochain numéro.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS DES DÉPARTEMENS ET DE LA BELGIQUE.

I. JOURNAL DE MÉDECINE PRATIQUE DE BORDEAUX.

Les cahiers d'octobre, novembre et décembre 1841, et de janvier 1842, contiennent les articles originaux suivans : 1° *Revue des maladies observées pendant le semestre d'été de l'année* 1841 ; par M. Henri Gintrac. 2° *Ostéo-sarcôme de la mâchoire supérieure du côté gauche; opération ; guérison* ; par M. Brulatour. (Le chirurgien ne fit pas la résection du maxillaire; il se contenta d'extirper tous les tissus malades, et de cautériser ceux qu'il n'avait pu atteindre avec le bistouri ; procédé évidemment beaucoup moins sûr que l'amputation. On annonce néanmoins que, trois mois et demi environ après l'opération, il n'y avait aucune apparence de récidive). 3° *Observation de fièvre larvée urétrale, sous le type quarte, puis quintane* ; par M. Rennes. 4° *Observation d'un kyste congénial contenant plusieurs dents et des cheveux*; par M. Pereyra. 5° *Rapport des mois de juillet, août, et septembre* 1841, *sur les infirmeries de la maison centrale d'Eysses*; par M. Lalaurie. 6 *Réfutation d'un mémoire de M. Bertulus, sur l'importation du choléra asiatique dans les villes de Tarragone, Roses et Figuières, par le vaisseau français* le Triton, *en* 1835; par M. E.-J. Fleury. 7° *Mémoire pratique sur l'ophthalmie scrofuleuse*; par M. Payan.

OBSERVATION D'UN KYSTE CONGÉNIAL CONTENANT PLUSIEURS DENTS ET DES CHEVEUX; par M. PEREYRA.

La question relative à l'inclusion des germes ou ovules les uns dans les autres s'est enrichie, depuis quelques années, de plusieurs faits précieux, tels que ceux de M. Velpeau, et de M. Schœnfeld. (Voy. GAZ. MÉD., 1840, p. 97, et 1841, p. 827.) Le cas suivant contribuera peut-être à éclairer quelques points obscurs de cette partie de la tératologie.

OBS. — Une femme de 32 ans portait, depuis sa plus tendre enfance, dans le côté droit de l'hypogastre, une tumeur qui, primitivement du volume d'une noix, avait peu à peu augmenté de volume. Vers l'âge de 10 ans, elle devint le siége de douleurs vives, mais que termina bientôt l'évacuation par les selles d'une grande quantité d'un liquide transparent, noirâtre, très fétide. Le ventre reprit ses dimensions primitives, et la menstruation s'établit régulièrement vers la seizième année. A 25 ans elle se maria et eut un avortement à deux mois de grossesse. Trois ans après, nouvel avortement à la suite duquel la tumeur se gonfla de nouveau ; les symptômes d'une péritonite se déclarèrent, mais tout se termina encore par le vomissement d'un liquide de même couleur que celui qu'elle avait rendu près de vingt ans auparavant. La tumeur redevint indolore et reprit son volume habituel. Enfin, la malade accoucha, il y a environ neuf mois, d'un enfant qu'elle nourrit sans aucun accident. Mais, au bout de ce temps, la tumeur devint encore douloureuse, et le cortége réactionnel se dessina très franchement avec les caractères de la péritonite la plus intense. Cependant un traitement énergique éloigna le danger, mais la malade conserva une fièvre lente qui épuisait ses forces.

Dans cet état, M. Pereyra, réfléchissant que déjà deux fois une évacuation spontanée avait sauvé la malade, se proposa d'imiter le procédé de la nature, en ponctionnant la tumeur ; ce qui fut fait, après l'avoir préalablement rendue adhé-

fections et montre aussi combien elles sont peu influencées par le changement des saisons.

	1837.		1838.			
Périodes....	1	2	3	4	5	6
Saisons.....	Eté.	Automne.	Hiver.	Printemps.	Eté.	Automne.
Morts......	2,513	3.289	4,242	4,489	3,685	3,851

	1839.			
Périodes....	7	8	9	10
Saisons.....	Hiver.	Printemps.	Eté.	Automne.
Morts......	2,982	2,505	1,533	1,730

La grande épidémie se compose elle-même de petites épidémies qui se succèdent, et soit qu'on la considère dès son début ou à l'époque de son plus grand développement, il est évident qu'on ne peut l'attribuer à aucune cause générale, telle que la température; car à l'époque où elle commençait dans un district elle était à son minimum d'intensité ou déclinait déjà dans un autre placé en apparence dans les mêmes circonstances générales.

Quand on commença à enregistrer les morts en juillet 1837, l'épidémie était déjà prononcée et faisait de rapides progrès, et à la fin de 1839, elle avait déjà fait périr 30,819 individus, et avait parcouru un grand nombre de points de l'Angleterre, et même avait apparu deux fois sous forme épidémique dans quelques endroits. M. Farr, après avoir signalé les principaux points où elle apparut sous cette forme avec l'époque et le nombre des morts, revient à l'étude des causes auxquelles on pourra attribuer la marche et la propagation de cette grave épidémie. Suivons-le dans cette discussion où, laissant de côté toute espèce de préjugé ou d'idées préconçues, il se met à la recherche des faits qui peuvent jeter quelque jour sur la marche si mystérieuse de ces maladies. Le principe de la contagion ne peut suffire seul pour expliquer la rapide propagation de l'épidémie ; car la maladie est toujours contagieuse et elle détermine un certain nombre de morts dans toutes les saisons et dans toutes les parties du pays. Les relations et le contact avec les malades ne sont ni plus fréquens ni plus faciles lorsque la maladie augmente ou est à son maximum d'intensité que quand elle est stationnaire ou qu'elle décline; on ne peut donc expliquer l'augmentation successive du nombre des morts pendant les trois périodes, 2,513, 3 289, 4,242, que par l'une des hypothèses suivantes, que l'origine de la maladie se trouverait dans quelque cause physique généralement répandue, que les principes contagieux augmenteraient de virulence et serait transmis avec plus de facilité par l'atmosphère; que la susceptibilité de la population serait augmentée, ou qu'enfin la tendance de l'organisation à subir cet état pathologique spécial augmenterait spontanément. Il meurt chaque semaine à Londres 5 individus de la petite-vérole lorsqu'elle n'est pas épidémique ; or le problème n'est pas d'expliquer cette moyenne de mortalité, de décider si ces cinq morts arrivent comme arrivent toutes les autres, ou si elles sont la résultat de la transmission uniforme de la

renle à ta paroi abdominale, au moyen d'une application de potasse caastique. Dix litres environ d'un liquide séreux, transparent et noirâtre sortirent par l'ouverture, et l'écoulement continua les jours suivans. Cependant, des gaz se développèrent dans la poche; la malade s'affaiblit peu à peu, malgré l'administration de légers toniques, d'opiacés, et elle succomba avec les symptômes d'une nouvelle péritooite, après deux mois et demi environ de séjour à t'hôpital.

Autopsie. — On rencontra dans l'abdomen un énorme sae formé antérieurement par te péritoine des parois abdominales, et postérieurement par une membrane épaisse et dure, à laquelle adhérait la masse des intestins grêles. Il fut impossible de reconaaître la trace des ouvertures qui avaieat par deux fois vidé la tumeur. La vessie et la matrice étaieat saines. Daas l'iatérieur du kyste, oa trouva trois productions ligamenteuses allant s'implanter à ses parois : deux d'entre elles étalent réunies par un faisceau de cheveux longs et fins et de couleur rouge-brun (les poils do la malade élaient d'un noir foncé). Immédiatement à côté de ce paquet de cheveux etaieat placées qaatre dents réunies en bouquet et implantées dans une portion osseuse d'une étenduo de 4 centimètres, qui allait adhérer à la face postérieure du kyste. Une dent volumineuse était libre dans l'intérieur de ta cavité. Un examen approfondi a fait reconnaître que cette deraièra était la deuxième petite molaira iaférieure gauche. Des quatre autres, deux étaient des molaires de première dentilion, at deux, des molaires de remplacement; une des premières était cariée.

MÉMOIRE PRATIQUE SUR L'OPHTHALMIE SCROFULEUSE; par M. PAYAN.

Voici les propositions principales contennes dans ce mémoire, dont nous regrettons de ne ponvoir reproduire lea développemens, écrits dans un esprit essentiellement pratique.

Il existe réellement une espèce d'ophthalmie influencée par la constitution scrofuleuse, et que l'auteur nomme pour cette raison ophthalmie scrofuleuse.

Quand on étudie la manière dont elle se manifeste, on est amené à conclure que les caractères qui la signalent présentent des différences assez notables, suivant les cas, et à établir par suite trois variétés de cette ophthalmie, savoir : l'ophthalmie scrofuleuse indolente, l'ophthalmie scrofuleuse inflammatoire, l'ophthalmie scrofulense irritative. Dans la première espèce, qui se développe chez lea sujets très lymphatiques, à constitution strumeuse indolente, les symptômes ophthalmiques affectent une marche et une allure tout à fait lentes, peu actives, totalement en harmonie avec l'indolence constitutionnelle des individus. Dans la seconde espèce, des symptômea phlegmasiquea suraigus sont surajoutés à l'ophthalmie, tandis que ce sont des symptômea irritatifs qui signalent principalement la troisième variété.

Le raisonnement, non moins que l'expérience, démontrent qu'un traitement différent doit être appliqué à ces trois espèces d'un même genre morbide; qu'à l'ophthalmie indolente convient le traitement antiscrofuleux excitant, celui que l'observation a démontré propre à activer le cours de la lymphe, à favoriser l'absorption organique; que, contre l'ophthalmie scrofuleuse inflammatoire, il faut s'adresser avant tout aux antiphlogistiques, aux dérivatifs, en un mot, à des moyens énergiques, pour juguler la phlegmasie oculaire; et qu'enfin, contre l'ophthalmie scrofuleuse irritative, il importe de recourir à dea moyens à la fois antiscrofuleux et antiirritatifs, notamment à l'hydrochlorate de baryte, qui possède en même temps une action directe contre la dyacrasie du sujet et contre l'irritabilité qu'on a à traiter. On y joint un régime antiphlogistique et adoucissant.

RAPPORT SUR L'ÉPIDÉMIE DE SUETTE MILIAIRE QUI A RÉGNÉ EN 1841 DANS LE DÉPARTEMENT DE LA DORDOGNE; lu au nom d'une commission par le docteur BOUCHARD.

La commissian que la Saciété de médeciae de Bardeaux avait, sur la demande de l'autarité, chargée de parter des secours sur les lieax où la suette régnait à cette époque avec une intensité qui pauvait faire craindre de plus grands malheurs, présente, dans ce rapport, le résultat des observations qu'elle a recueillies pendant sa mission. Ne pouvant reproduire, même de la manière la plus sommaire, les principales questions traitées dans ce long et consciencieux travail, nous serons obligés de noas borner à faire connaître quelques-unea des propositions par lesquelles les auteurs ont cru eux-mêmes devoir résumer le résultat de cea observations :

1° La suette est une maladie générale, c'est-à-dire que sa cause productrice attaque l'organisation entière immédiatement, primitivement. Les deux principaux agens de la vie, le système nerveux et le système sanguin, y compris le sang lui-même, en subissent la première atteinte.

2° Les désordres signalés dans certaines fonctions, et les lésions signalées dans certains organes ne sont que consécutifs; ce sont les effets des troubles qu'éprouvent l'innervation, l'hématose et la circulation.

3° L'extrême gravité de la suette, la rapidité avec laquelle elle enlève les malades, et l'apparence de bénignité trompeuse qu'elle revêt souvent permettent de la rapprocher des maladies classiques, malignes, du typhus même, dont elle diffère cependant par une circonstance importante : le grand nombre des cas légers qui se rencontrent dans toutes les epidémies de suette.

4° Le fait constant auquel se rattache son étiologie, et qu'on retrouve dans l'histoire de toutes celles qui, depuis cent ans, ont ravagé diverses contrées, c'est l'existence, dans les pays envahis, de très nombreux marais, étangs, ruisseaux et de forêts.

5° Le type rarement continu, beaucoup plus souvent rémittent et même intermittent, qu'affecte la suette dans toutes les épidémies, joint à l'étiologie établie tout à l'heure, doit la faire rattacher aux fièvres graves, dues à l'impaludation.

6° Pour les cas les plus simples, l'observation des règles hygiéniques, généralement prescrites dana les maladies aiguës, suffira. Le rôle qui, dans la suette, appartient à la sécrétion cutanée, est encore trop obscur pour que le médecin ne doive pas la respecter, et s'abstenir de chercher, par de téméraires violences, à la réprimer ou à l'augmenter.

7° Après avoir combattu les complications, dégagé les centres principaux de la vie qui seraient le siége de congestions, et avoir obéi aux premières indications, on s'attache sans retard à prévenir le retour du tumulte au milieu duquel la vie avait failli périr, et cette indication, qui est dominante, sera remplie par l'administration du quinquina ou même du sulfate de quinine à très haute dose.

8° On doit, dans les cas graves, au lieu d'attendre que la fièvre soit régularisée, profiter du premier relâchement survenu dans les symptômes, pour administrer le spécifique, et après la cessation des accès ou des redoublemens, on doit le continuer longtemps à doses graduelle-

maladie de famille à famille, mais de faire connaître pourquoi ces cinq morts se changant en 10, 15, 20, 31, 58, 88 morts par semaine, et ensuite retombent progressivement à leur premier chiffre. Le même problème peut être posé pour toutes les épidémies. Ces maladies, que M. Farr appelle poétiquement les tempêtes de t'atmosphère de la vie, semblent être produites à des intervalles inégaux, dans des lieux malsains, se répandent, en suivant une marche régulière et ensuite vont en déclinant; mais la cause de leurs évolutions nous est aussi inconnue que celle des paroxysmes périodiques de la fièvre intermittente; l'observation peut seulement déterminer les lois de leur action, ainsi que les circonstances dans lesquelles naissent les épidémies, ou qui peuvent arrêter leur développement

Au milieu des irrégularités apparentes de l'épidémie de petite vérole et de son apparition sur tous les points de l'Angleterre, on reconnaît pourtant qu'elle a été soumise dans sa marche à certaines lois générales; mais comme l'enregistrement n'a été commencé qu'à une époque où déjà l'épidémie avait fait de rapides progrès, ces lois, nous regrettons de le diro, ne sont applicables qu'à une partie de sa durée. Considérant chacun des trimestres pendant lesquels l'enregistrement a suivi les progrès et la direction de l'épidémie comme autant de périodes distinctes, M. Farr fait remarquer que la mortalité a été en augmentant jusqu'à ta quatrième période. Or, les trois premières étant représentées par les chiffres 2,513, 2,289, 4,242, on reconnaît immédiatement que ces nombres représentent une augmentation graduelle de 30 pour cent, car, en multipliant 2,513 par 1,30, on obtient 3,267, somme qui, par le même multiplicateur, donne 4,248. La moyenne de t'augmentation se ralentit à la fin de la troisième période, et le chiffre des morts ne s'accroît alors que de six pour cent dans la quatrième, où elle reste stationnaire, comme un projectile, au sommet de la course qu'il est destiné à parcourir.

Le déclin de l'épidémie est moins rapide que son ascension, et la mortalité a été un peu moins forte pendant les automnes de 1838 et de 1839 que pendant les étés, mais en prenant la moyenne des morts pendant les troisième et quatrième périodes, puis celle de la quatrième et de la cinquième, on arrive à une série régulière de chiffres.

Morts observées pendant le déclin de la maladie.

1	2	3	4	5	6	7
4,365	4,087	3,767	3,416	2,743	2,019	1,631

Morts suivant une série régulière.

1	2	3	4	5	6	7
4,364	4,147	3,767	3,272	2,716	2,156	1,635

Bien qu'il y ait quelque différence entre ces deux séries, cependant la concordance est vraiment remarquable, et nous reconnaissons que le chiffre des morts a diminué régulièrement et successivement de 5, 10, 15, 20, 26 et 32 pour cent.

Nous ne poursuivrons pas plus loin l'étude des lois qu'a semblé suivre, dans

ment décroissantes, comme dans le traitement des fièvres pernicieuses.

Nous désirons bien ardemment que le point de vue d'où les commissaires de la Société de médecine de Bordeaux ont considéré la grippe soit réel; cependant, comme cela ne ressort pas évidemment, pour nous, des études qu'ils ont exposées dans leur rapport, comme en outre nous entrons dans une ère médicale où l'influence paludienne (puisque le mot paraît avoir fait fortune) est appelée à jouer, dans la pathologie, un grand rôle, et qui sera probablement exagéré, nous n'accepterons ces propositions comme vraies que quand elles auront été soumises à l'expérimentation pendant toute la durée d'une épidémie; alors seulement nous admettrons qu'on ne pourra pas dire de leurs travaux ce qu'ils disent avec tant de vérité des recherches de ceux qui les ont précédés : « Dans aucun des nombreux ouvrages didactiques, dictionnaires de médecine, etc., qui représentent l'état actuel de la science ; dans aucune des relations fort instructives sous d'autres rapports, d'épidémies de suette observées en France depuis le commencement de ce siècle, la nature de cette maladie ne nous paraît avoir été reconnue. »

II. BULLETIN MÉDICAL DE BORDEAUX.

Les numéros de décembre 1841 et de janvier et février 1842 contiennent les travaux suivans : 1° *Quelques considérations pratiques sur le strabisme; modifications des procédés employés pour l'opération;* par M. Philippe. (Dans ce travail, l'auteur a surtout pour but de montrer les avantages du procédé par lequel on provoque la réunion directe des deux extrémités du muscle divisé au lieu d'exciser son bout scléroticat. C'est aussi le principe que professe M. J. Guérin, et quoiqu'il le réalise par un moyen plus simple que celui de M. Philippe, nous ne pouvons qu'approuver les travaux destinés à établir sa supériorité.) 2° *Etude anatomo-pathologique du coma;* par M. Alquié. 3° *Rapport sur une fracture de l'avant-bras et des os du carpe, envoyée par M. Lasserre;* par M. B. C. (Rien de neuf.) 4° *Mémoire sur le persil ; ses préparations et son emploi en médecine;* par M. Péraire. 5° *Opération de hernie inguinale au bout de vingt-huit heures d'étranglement; guérison; réflexions sur les indications respectives du taxis et de la kélotomie;* par M. E. Bermond. (Considérations parfaitement raisonnées; comme l'auteur le dit avec justesse, tout le monde est d'accord que dans l'étranglement le taxis doit être la règle, et l'opération l'exception ; il n'y a de division entre les médecins que pour le temps qu'il faut accorder au premier moyen pour ne pas compromettre le second. Mais la question est plus facile à poser qu'à résoudre, et M. Bermond n'ajoute que peu de chose aux données que possédait déjà la science sur ce point de pronostic.) 6° *Du goudron uni à la graisse, employé avec grand succès dans les diverses affections de la peau;* par M. Chabrely. 7° *De l'efficacité du goudron dans les irritations chroniques des membranes muqueuses et de la peau;* par M. P. de Mignot. 8° *Du spina bifida;* par M. Beynard.

MÉMOIRE SUR LE PERSIL ; SES PRÉPARATIONS ET SON EMPLOI EN MÉDECINE; par le docteur G. PÉRAIRE.

Les recherches présentées sur cette plante si employée comme assaisonnement sur nos tables sont exposées ici sous divers titres que nous allons reproduire successivement.

Considérations générales sur le persil; son antiquité ; recherches sur son usage. — Tout ce que nous savons sur ce point, c'est que le persil, dont l'usage remonte à la plus haute antiquité, était employé chez les anciens dans certaines cérémonies funèbres et triomphales, et que des couronnes formées de persil ont quelquefois servi de distinction aux poètes.

Etymologie du persil; ses caractères classiques, génériques et spécifiques; considérations générales sur les ombellifères.

Emploi du persil en médecine; opinion erronée des médecins; formes sous lesquelles il a été administré; ses propriétés; sa classification dans la matière médicale. — Les élémens qui entrent dans la composition organique du persil font naître l'idée qu'il doit exercer une action excitante ou stimulante sur l'économie, et c'est en vertu de cette propriété tonique générale qu'il était autrefois employé à la guérison des obstructions et à la provocation des règles, et qu'on le regardait comme apéritif. Quant à ses propriétés lithotriptiques et à l'accusation de produire l'épilepsie et d'autres névroses, elles ne reposent sur aucune preuve de quelque valeur. L'auteur ne partage pas l'opinion des anciens qui attribuaient aux racines et aux semences de cette plante des propriétés énergiques ; c'est dans d'autres parties qu'il fait résider ses principes les plus actifs. Après avoir mentionné quelques-unes des formules où le persil était employé, et qui toutes sont tombées dans l'oubli, il déclare que le persil est un agent spécial, antipériodique et fébrifuge, et qu'il doit prendre place à côté du quinquina. Dans l'un comme dans l'autre, on retrouve un principe gommo-résineux et un principe amer, mais qui est moindre dans le persil que dans l'écorce du Pérou.

M. Péraire, qui administre depuis longtemps le persil, fait connaître les formes nombreuses sous lesquelles il l'a fait préparer, et à chacune desquelles il attribue une action spéciale et positive. « Quelques faits isolés d'abord attirèrent plus tard mon attention, dit-il. Il ne me fut plus possible ensuite de contester les propriétés spéciales du persil, après avoir employé ses préparations dans de nombreux cas de fièvres revêtant les formes continues et surtout rémittentes ou intermittentes. . . . .

La facilité avec laquelle il enrayait la fièvre ne me permettait pas de douter de son action antipériodique et conséquemment fébrifuge... » Ici, M. Péraire termine sa communication dont nous attendons avec intérêt la continuation ; car il annonce qu'ayant obtenu du persil un résultat auquel il était loin de s'attendre, il a chargé un pharmacien distingué (M. Espir) de soumettre à une investigation sévère les produits extraordinaires qu'on en a obtenus.

DU GOUDRON UNI A LA GRAISSE, EMPLOYÉ AVEC GRAND SUCCÈS DANS LES AFFECTIONS DE LA PEAU; par le docteur CHABRELY.

DE L'EFFICACITÉ DU GOUDRON DANS LES IRRITATIONS CHRONIQUES DES MEMBRANES MUQUEUSES ET DE LA PEAU; par M. PAUL DE MIGNOT.

Le goudron n'est pas employé aussi fréquemment que sembleraient l'indiquer les propriétés énergiques dont il est doué. Le but des auteurs de ces deux articles est donc de rappeler ici quelques-uns des cas dans

ses périodes accroissantes et décroissantes, l'épidémie de variole qui a régné en Angleterre, et que signale ici M. Farr. La connaissance de ces lois acquerra une grande valeur si de nouvelles observations, faites pendant plusieurs années de suite, viennent les confirmer. Déjà pourtant la loi de progression a été trouvée exacte, non seulement, comme nous venons de le voir, pour l'épidémie de variole prise pour toute l'Angleterre, mais on la retrouve également dans celle de la ville de Londres, où la mortalité a été plus forte que sur aucun autre point de l'Angleterre et dans celui des comtés occidentaux et du pays de Galles. Dans ces épidémies, la proportion n'est plus la même; mais l'auteur indique une méthode pour la trouver.

Nous venons d'indiquer les principales questions soulevées dans les deux premiers rapports du registraire général. Nous ne doutons pas que la nombre de ces questions n'augmente à mesure que les recherches prendront plus d'extension et qu'elles seront répétées un plus grand nombre de fois et nous ne doutons pas que la plupart d'entre elles n'arrivent avec le temps, à l'aide de ces recherches, à la solution la plus approximative, car les recherches basées sur la statistique ne peuvent fournir de solution d'une autre nature.

Les deux rapports que nous avons en main ne sont, pour ainsi dire, que deux essais, mais qui déjà nous annoncent tout ce que l'on peut attendre de cette institution, lorsque tous les rouages auront acquis cette habitude d'action qui est indispensable pour l'exactitude des faits et leur véracité. Déjà la manière dont le régistraire général, M. Lister, et celui auquel il a confié l'étude des questions médicales, M. Farr, ont disposé, dans les deux rapports, de cette masse de faits, jusqu'ici sans égale, bien qu'ils n'y fussent point obligés par la nature de leurs fonctions, est pour nous une garantie qu'ils ne laisseront point s'enfouir sans utilité des faits pleins d'instruction pour ceux qui veulent l'y chercher, et aussi qu'ils ne leur donneront pas une valeur exagérée, et qu'ils n'en tireront que les conclusions qu'on peut tirer de faits pris en masse et qui n'offrent habituellement d'analogie que sous un petit nombre de points de vue.

G.

— FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — La réunion des professeurs particuliers pour la distribution des amphithéâtres pour les cours d'été aura lieu à la Faculté le mercredi 30 mars à midi.

— M. BECQUEREL, membre de l'Académie des sciences, commencera son cours de physique appliquée aux sciences naturelles, dans le grand amphithéâtre du Muséum d'histoire naturelle, le mardi 29 mars à midi et demi précis, et le continuera les samedis et mardis suivans à la même heure.

Le professeur traitera cette année :

1° De la constitution moléculaire des corps.
2° Des forces qui président à cette constitution.
3° De l'électrochimie.
4° De la phosphorescence.

Les forces électriques seront l'objet d'une étude spéciale.

lesquels on peut l'employer avec avantage, et les formules sous lesquelles il est administré à l'étranger, où on en fait un bien plus fréquent usage qu'en France. Disons quelques mots d'abord des principales de ces préparations : 1° l'eau de goudron, dont la composition varie suivant les pharmacopées ; 2° le sirop de goudron, composé d'une partie d'eau, de quatre parties de goudron et deux de sucre ; 3° la teinture de goudron, avec laquelle on pourra faire de l'eau de goudron, qu'on rend plus agréable en y ajoutant du sucre et quelques gouttes d'huile de muscade et même d'éther sulfurique, et dans la proportion suivante : eau, 500 grammes ; teinture de goudron, 10 décigrammes ; 4° l'onguent de goudron, dont la composition varie ; 5° comme topique ; 6° en liniment ; 7° en pilules ; on l'unit ordinairement à la poudre d'Auné. Voici une autre formule vantée dans les catarrhes chroniques :

Prenez : Goudron.......... 15 grammes.
Baume du Pérou.... 15
Iris de Florence..... 12

Faites une masse pilulaire dont on prendra 2 grammes chaque jour.

M. Chabrely pense qu'on a eu tort de borner l'emploi du goudron, jusqu'ici, au traitement des dermatoses chroniques et rebelles ; on le croyait plus irritant qu'il ne l'est réellement ; tout porte à croire qu'il serait des plus avantageux dans l'érysipèle phlegmoneux et dans l'érythème.

M. Mignot rapporte quelques faits qui prouvent que cette substance peut rendre d'éminens services, et qu'elle doit reprendre son rang parmi les agens thérapeutiques doués de quelque vertu ; ce sont des cas de bronchorrée, de cystirrhée, de leucorrhée, de gonorrhée. Le docteur Bermond regarde le goudron comme un véritable spécifique dans le traitement des scrofules, et assure l'avoir employé avec un succès remarquable.

Jusqu'ici on n'a pu expérimenter que sur l'huile, la pommade et le sirop de goudron, ou sur l'eau contenant en dissolution quelques-uns des principes de cette substance ; mais tout récemment un chimiste distingué, M. Frémy, a découvert dans la colophane de nouveaux élémens qui jettent une vive lumière sur la composition chimique du goudron. En distillant la résine avec ou sans chaux, on trouve dans la cornue un résidu qui contient du goudron et une huile (*résinéine*) qui entre en ébullition à 25°. Dans le récipient, on obtient un mélange de deux autres substances (résinéine et résinéone) liquides, insolubles dans l'eau et solubles dans l'alcool, et qu'on sépare par la distillation, en tenant la température entre 78 et 148. M. Peraire ayant pensé que la goudron seul pourrait bien contenir les mêmes principes que le colophane unie à la chaux, M. Magonty a entrepris une série d'expériences qui ont amené les résultats suivans.

Le goudron distillé fournit le mélange des huiles observées par M. Frémy. Ce mélange, désigné anciennement sous le nom d'*huile de Cade*, contient donc de la résinéine, de la résinone et de la resinéone, qu'il est facile de séparer en changeant le récipient aux trois périodes de l'opération. Déjà M. Peraire a expérimenté ces nouveaux produits, et a constaté que la résinéone possède des propriétés fort actives, et que sa combinaison avec diverses substances pourait remplacer avec avantage toutes les préparations de goudron usitées jusqu'à présent ; par exemple, en distillant la résinéone (5 grammes) avec l'alcool (100 grammes), on obtient un alcoolat de résinéone d'une couleur limpide et d'une saveur agréable. En la combinant au cérat simple, on obtient une pommade tout aussi active que celle que l'on emploie ordinairement, et qui n'a pas l'inconvénient de salir le linge et d'adhérer à la peau.

M. Peraire paraît avoir obtenu des résultats fort avantageux de ces topiques : 1° dans certaines altérations du col de l'utérus ; 2° dans certaines affections de la peau, et surtout dans l'*eczema rubrum* ; 3° dans les plaies anciennes et les ulcères atoniques.

DU SPINA BIFIDA ; par M. BEYNARD.

Nos lecteurs se rappellent sans doute l'excellent travail de M. Dubourg de Marmande sur le spina bifida (v. GAZ. MÉD., 1841, n° 31), dans lequel ce praticien a fait connaître deux cas de guérison obtenus par l'emploi d'un procédé qui lui est propre. Voici une observation recueillie dans la même localité, et où le succès a été aussi complet, mais dû à une méthode différente. Le rapprochement de ces faits ne peut qu'éclairer l'histoire si incomplète encore sous le rapport thérapeutique de cette affection.

OBS. — M. Beynard, chirurgien de l'hôpital de Marmande, fut appelé le 30 novembre 1841 pour voir un enfant né de la veille, qui portait, au niveau de la troisième vertèbre lombaire, une tumeur du volume d'un œuf de poule, recouverte d'une peau lisse, plissée à sa basse, molle, tenant à la colonne épinière par un pédicule d'environ 12 à 15 millimètres d'épaisseur sur 2 centimètres 1/2 de longueur, et diminuant par la compression qui paraissait fatiguer le malade.

M. Beynard, convaincu que l'accolement des parois opposées de semblables poches ne peut avoir lieu que par les adhérences de la membrane séreuse qui les tapisse, se décida à mettre en usage le procédé suivant: Il prit deux plumes dites *hollandées* dont il ne conserva que les tubes, et dans l'intérieur desquelles il passa un mode de chapelet un cordonnet ; il les plaça ensuite, l'une à droite et l'autre à gauche de la tumeur, pendant que la nourrice soulevait légèrement celle-ci, de manière à ce qu'ils fussent en rapport avec sa base dans toutes ses parties. Il serra alors peu à peu, à l'aide des fils qui dépassaient les bandelettes des tubes, jusqu'à ce que la tumeur présentât une certaine dureté et une couleur prononcée, et il les fixa dans cette situation par un double nœud. Des bandelettes agglutinatives furent placées au-dessous de la partie des plumes qui n'exerçait pas de compression pour ramener les tégumens vers le centre.

Le 1er décembre, second jour, la tumeur était de couleur lie de vin, dure, froide, parsemée de phlyctènes. Les plumes se trouvant écartées, on les resserra avec un fil passé circulairement. On fit à la tumeur quelques ponctions avec une aiguille courbe, et il en sortit d'abord du sang noir, puis une sérosité limpide. La tumeur devint flétrie.

Le 4 décembre, la tumeur était vidée ; les parois flétries furent retranchées au niveau des bandelettes agglutinatives ; et la plaie résultant de cette section fut saupoudrée d'alun calciné.

Le 6 décembre, on enleva les plumes, ainsi que la portion du pédicule compris entre elles et qui était dur et desséché. On vit alors à découvert une plaie grisâtre d'environ 2 centimètres 1/2 de long sur 8 millimètres de large, sans inflammation marquée ; on hâta la réunion par l'application de bandelettes destinées à maintenir ses bords en contact, et le vingt-sixième jour une cicatrice blanchâtre était formée, offrant un plan parfaitement uniforme avec la peau.

Puisque l'observation de M. Beynard nous en fournit l'occasion, il ne sera pas sans intérêt de jeter un coup d'œil général sur les trois procédés qui ont été récemment proposés dans la GAZETTE MÉDICALE contre l'hydrorachis congénial, et dont deux ont déjà reçu la sanction d'une expérimentation heureuse. Le premier en date est celui de M. Dubourg (v. GAZ. MÉD., 1841, n° 31) qui ampute la tumeur d'un seul coup, et réunit ensuite les bords de la plaie qui en résulte, à l'aide de la suture entortillée. Après celui-ci, vient la modification de M. Tavignot (v. GAZ. MÉD., 1841, n° 36). Ce médecin veut qu'avant d'exciser la tumeur, on l'étreigne à sa base avec un instrument semblable à une pince à disséquer, au-delà duquel on résèque ensuite la partie saillante de la poche, pour terminer, comme dans le procédé de M. Dubourg, par la suture entortillée de cette plaie. Enfin, nous avons encore le mode opératoire de M. Beynard suffisamment connu par les détails qui précèdent, et qui consiste essentiellement à produire l'oblitération graduelle du kyste séreux avant d'en faire l'excision. En comparant ces trois procédés entre eux, on reconnaît tout d'abord que leurs auteurs ne se sont pas également préoccupés du danger qu'entraîne le contact de l'air sur la séreuse rachidienne. En effet, le premier, celui de M. Dubourg, détermine nécessairement ce contact; celui de M. Tavignot, quoiqu'il ait été créé pour l'éviter, y expose néanmoins encore ; tandis que la striction lente de M. Beynard donne seule les moyens de l'éviter sûrement. Il va donc sans dire que nous accorderions la préférence à cette dernière opération, quoiqu'elle ait un effet beaucoup moins prompt que les deux autres ; en nous réservant toutefois d'en modifier le manuel de la manière qui nous semblerait la plus convenable suivant telle ou telle forme de tumeur. C'est ainsi que si la poche était trop volumineuse pour qu'on pût de primeabord rapprocher ses parois jusqu'à les mettre en contact, nous commencerions, suivant le conseil de M. Tavignot, par la vider partiellement à l'aide d'une ponction.

Outre la garantie qu'il donne contre l'introduction de l'air, garantie de sûreté, et par conséquent à nos yeux la plus importante, le procédé de M. Beynard a encore des avantages particuliers. En le suivant, l'oblitération du sac s'opère par l'adossement des surfaces séreuses, tandis que la suture de MM. Dubourg et Tavignot agit principalement sur la peau, et par conséquent provoque une adhésion beaucoup moins immédiate ; car on connaît la rapidité avec laquelle les adhérences s'organisent entre deux séreuses maintenues pressées l'une contre l'autre.

Enfin, un dernier avantage de la méthode employée par M. Beynard, et qu'il partage du reste avec la modification de M. Tavignot, est relatif à la présence du liquide céphalo-rachidien dans la tumeur. Si une pression trop forte faite sur la tumeur détermine toujours la paralysie et souvent la perte de connaissance, il est incontestable aussi que la cessation brusque de la compression qu'exerce sur la moelle le liquide contenu dans le sac peut produire les mêmes accidens. On connaît les expériences de M. Magendie sur les effets de la soustraction du fluide céphalo-rachidien chez les animaux. On se rappelle aussi l'intéressante observation où M. A. Bérard, après avoir appliqué quatorze couronnes de trépan pour un fongus de la dure-mère, vit le malade tomber sans connaissance, dès que le cerveau eut été mis à découvert, et ne put lui rendre le sen-

timent qu'en faisant largement comprimer l'encéphale. L'influence fâcheuse de ce défaut de pression dans l'hydro-rachis est d'ailleurs prouvée d'une manière plus directe et tont à fait péremptoire par les détails de la seconde observation de M. Dubourg (v. GAZ. MED., loc. cit., p. 283), où la petite malade qui poussait des cris aigus au commencement de l'opération, perdit le mouvement et *resta comme anéantie au moment de l'évacuation du liquide de la tumeur*. Nous rappelerons encore que, accompagnant, en 1836, M. Ph. Boyer auprès d'un enfant affecté de spina bifida, que ce chirurgien traitait par les ponctions répétées, nous avons vu plusieurs fois le malade perdre tout sentiment lorsque le liquide avait été évacué en trop grande quantité; et le seul moyen de le rappeler à lui-même était alors de maintenir pendant quelque temps sur la tumeur un bandage serré.

Si ces faits sont exacts, si l'évacuation subite de la sérosité arachnoïdienne peut entraîner de tels accidens, il est évident que le moyen le plus sûr de les prévenir est celui qui laisse dans la poche assez de liquide pour maintenir sur la moelle le degré de pression normal sans en laisser trop pour que cette pression soit portée au point de causer la paralysie. Or, le procédé de M. Beynard et celui de M. Tavignot remplissent parfaitement cette indication, puisque avec eux, et en y ajoutant, en cas de besoin, la ponction préalable, on peut conserver la quantité de liquide qu'on jugera être la plus convenable pour éviter l'un et l'autre excès.

III. RECUEIL DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DU DÉPARTEMENT D'INDRE-ET-LOIRE.

Le troisième trimestre de 1841 comprend : 1° *Analyse des séances de la société*. 2° *Considérations philosophiques sur le magnétisme animal*; par M. Delaunay. 4° *De l'avantage des applications d'eau froide dans le traitement des plaies*; par M. Patry. (L'auteur cherche à établir que ce moyen de traitement n'empêche pas l'absorption à la surface des plaies; qu'il constitue l'agent le plus propre à prévenir et à arrêter dans sa marche le tétanos; qu'enfin il ne retarde pas la cicatrisation des plaies. Les deux dernières propositions sembleront pour le moins contestables à tous les praticiens qui ont appliqué ou vu appliquer cette méthode curative.)

IV. GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG.

Les numéros de décembre 1841 et de janvier et février 1842 contiennent les articles originaux suivans : 1° *D'un nouveau procédé d'obturation palatine*; par M. Schuré. 2° *Histoire de l'épidémie de méningite cérébro spinale qui a régné à Strasbourg en* 1840 *et* 1841; par M. Gabriel Tourdes. 3° *Prodrômes de médecine positive*; par M. C. Forget. 4° *Observations pratiques sur l'opération de la fistule à l'anus, recueillies par M. Cl. Barbier, dans le service de M. Pétrequin.* 5° *De l'amputation de la jambe par un nouveau procédé mixte à lambeau externe*; par M. Sédillot. (Le procédé que M. Sédillot a employé dans ces cas a déjà été décrit et apprécié dans le numéro 21 de la GAZ. MÉDIC., année 1841.)

D'UN NOUVEAU PROCÉDÉ D'OBTURATION PALATINE, par M. SCHURÉ.

L'auteur de ce procédé, M. le docteur Pauli, propose de substituer aux obturateurs ordinaires, qui nécessitent tous des moyens de contention permanens et souvent la pose et le maintien de dents artificielles, un morceau de gomme élastique d'une seule pièce, taillé à peu près en forme de bouton à deux têtes renflées. On peut facilement se faire une idée de sa construction en se représentant un cylindre terminé par deux plaques minces et larges qui seraient placées l'une contre la voûte palatine, l'autre dans les fosses nasales. L'introduction de cet obturateur ne rencontrerait aucune difficulté, car l'élasticité du caoutchouc permettrait toujours de réduire assez le volume d'une des deux plaques pour la faire passer à travers la solution de continuité, à la largeur de laquelle le diamètre de ses plaques serait d'ailleurs proportionné.

A la suite de cette communication, le traducteur fait observer que ce moyen ne peut pas être généralement préféré aux obturateurs perfectionnés de M. Delabarre; et il se fonde sur ce que l'épaisseur de la plaque de caoutchouc saillante dans la bouche génerait plus ou moins les mouvemens de la langue dans la mastication et la prononciation. Nous ne saurions partager ces craintes; l'expérience montre chaque jour avec quelle rapidité les malades s'habituent au contact des corps étrangers, même les plus durs, même alors qu'ils sont placés dans les parties les plus irritables. Une canule métallique, déposée dans les voies lacrymales, n'y est plus même perçue par le malade au bout de quarante-huit heures. Faut-il rappeler l'exemple si vulgaire des yeux artificiels? Dans l'espèce, la présence d'une canule ou d'un fil après l'opération de la grenouillette, faite d'après le procédé de M. Dupuytren ou celui de M. Laugier ne gêne ni la mastication ni la prononciation. Eh bien ! il en serait de même, sans aucun doute, de cette plaque dont l'épaisseur, du reste, pourrait aisément être réduite à une fort petite dimension.

Le traducteur remarque encore que les obturateurs ordinaires, qui consistent en une simple plaque apposée sur l'orifice fistuleux, n'apportent aucun obstacle au rétrécissement graduel qui, ainsi que l'ont observé Bourdet et M. Delabarre, tend sans cesse spontanément à s'opérer dans cette ouverture. Il est évident que l'appareil de M. Pauli n'exposerait pas non plus à cet inconvénient, quoiqu'il nécessite la présence permanente d'un corps étranger dans le trajet fistuleux, puisque le volume de ce corps pourrait, suivant le besoin, et au fur et à mesure de la diminution de l'ouverture, être réduit peu à peu jusqu'aux dimensions d'un simple fil. Nous pensons donc que, vu la facilité de son application, et le peu de gêne qu'entraîne sa présence, ce moyen méritera fréquemment d'être substitué aux obturateurs actuellement en usage. Nous exceptons, bien entendu, les cas qui seraient compliqués d'une large perte de substance, d'absence de dents, etc.

OBSERVATIONS PRATIQUES SUR L'OPÉRATION DE LA FISTULE A L'ANUS, recueillies par M. CL. BARBIER, dans le service de M. PÉTREQUIN.

Cette note est spécialement consacrée à la description d'un *speculum ani* que M. Pétrequin emploie de préférence dans l'opération de la fistule à l'anus. C'est un instrument tout à fait semblable pour la forme aux *speculums ani* ordinaires; seulement il se termine par un cul-de-sac, et présente sur un de ses côtés une fenêtre ou échancrure prolongée jusque près de son sommet et suffisamment large pour la facilité du manuel opératoire. Après avoir introduit ce cône explorateur dans le rectum, on cherche à mettre sa fente en rapport avec le côté de l'intestin où siège l'orifice interne de la fistule. Puis une sonde cannelée introduite par l'ouverture externe vient, après en avoir parcouru tout le trajet, arcbouter dans le cul-de-sac du speculum où elle trouve un point d'appui. L'incision des parties, puis l'extraction des instrumens se font alors suivant les règles connues.

D'après M. Pétrequin, l'usage de ce speculum facilite l'opération, la rend plus simple, plus sûre, et ôte toute crainte de voir l'instrument tranchant se fourvoyer; il permet au chirurgien de voir parfaitement ce qu'il fait, comme s'il opérait à découvert. Enfin, par sa forme, il est très favorable à la recherche du point où correspond l'ouverture interne de la fistule; il permet donc de calculer exactement la hauteur et l'étendue du trajet, et, par conséquent, la direction que l'on doit imprimer à la sonde cannelée pour terminer l'opération. L'auteur cite deux opérations heureusement terminées, grâce à l'emploi de cet instrument.

Ces avantages sont réels, et nous croyons en effet que, dans les cas où l'emploi d'un gorgeret serait nécessaire, vu la hauteur de l'ouverture interne, le speculum de M. Pétrequin devrait lui être substitué. Mais ce sont là des cas très rares, exceptionnels même, comme l'a fort bien démontré M. Ribes; aussi l'usage de cet instrument nous semble-t-il devoir, par la nature même de la maladie, être borné à des indications fort restreintes. Si, effectivement, le doigt seul peut suffire dans la grande majorité des circonstances, pour terminer l'opération, aucun chirurgien ne consentira, sans doute, à en compliquer inutilement la manœuvre par l'introduction préalable d'un instrument spécial. Et notons bien que cette préférence accordée par tous les praticiens à l'emploi du doigt, dans ce cas, n'est point basée uniquement sur la simplicité qu'il donne au manuel opératoire. Conducteur sentant, comme le disait avec tant de sens Dupuytren, cet organe possède des avantages particuliers qu'aucun instrument ne saurait réunir. C'est avec lui qu'on peut tâter, essayer, deviner, enfin, l'orifice interne qu'on cherche, et abréger de beaucoup ce temps de l'opération. Avec lui, le chirurgien a la faculté de discerner si la muqueuse, encore intacte, est cependant trop décollée, trop amincie pour qu'on puisse espérer son recollement sans l'inciser. Enfin, c'est donc seulement grâce à sa propriété tactile qu'on peut arriver à déterminer s'il faut compléter la fistule en perçant la muqueuse, ou s'il on peut se permettre de temporiser encore. Avec lui, enfin, on va chercher, après que la canule est parvenue dans le rectum, s'il n'existerait point, au-dessus de l'orifice interne, une portion de muqueuse décollée et flottante sur laquelle il faudrait nécessairement porter de rechef le bistouri pour éviter tout retard dans la cicatrisation. Voilà une partie des avantages que présente l'emploi du doigt, et qui rendent la manœuvre si commode et si sûre

avec lui qu'aucun chirurgien, ne voudra, dans les cas simples, se servir d'un autre conducteur.

Nous n'en approuvons pas moins le speculum proposé par M. Pétrequin, mais sous la réserve que son application demeurera limitée au traitement des fistules qui s'ouvrent assez haut dans le rectum pour que le doigt n'atteigne que difficilement leur orifice interne.

V. JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON.

Les numéros de novembre et décembre 1841 et de janvier 1842 contiennent les articles suivans : 1° *Mémoire sur les altérations de la rate dans les fièvres intermittentes;* par M. Nepple. 2° *Sur la présence de l'iode dans les eaux d'Aix en Savoie;* par M. Bonjean. 3° *Compte-rendu de la neuvième session du congrès scientifique, tenue à Lyon;* par M. P. Brun. 4° *Mémoire sur le traitement de la disposition à la fatigue des yeux;* par M. Bonnet. (V. Gaz. Méd., 1841, p. 370.) 5° *Réflexions cliniques sur l'apoplexie pulmonaire;* par M. Rater. 6° *Clinique de l'hôpital de Saint-Etienne;* par M. Vial. 7° *Réponse de M. Peysson au rapport de M. Nepple.* 8° *Recherches nouvelles sur l'histoire de la syphilis;* par M. Gauthier. (Premier article.) 9° *Notice sur l'hôpital de Guy à Londres;* par M. Pointe.

Mémoire sur les altérations de la rate, dans leur rapport avec les fièvres intermittentes; par le docteur Nepple.

L'intumescence de la rate, dans les fièvres intermittentes, paraît à l'auteur devoir être rapportée à deux altérations différentes : l'une dans laquelle elle se présente avec un caractère indolent et stationnaire ; l'autre dans laquelle elle apparaît d'une manière très rapide, avec un mode excessivement aigu, en s'accompagnant alors d'un ramollissement funeste ou même d'une rupture qui ne l'est pas moins.

La première de ces altérations, que M. Nepple désigne sous le nom d'obstruction ou d'intermiscence indolente, s'observe surtout, et en grand nombre, dans les contrées où la fièvre intermittente est endémique ; elle diffère de l'autre forme, non seulement par les caractères physiques appréciables, mais encore par la cause qui la produit ; elle est un résultat de la constitution des indigènes des pays marécageux, du relâchement et de la débilité des tissus, qui sont si prononcés chez eux, et qui, pesant plus fortement sur la moitié inférieure du corps, s'y traduisent plus particulièrement par la stagnation veineuse et lymphatique, par l'engorgement passif des organes les plus vasculaires. « Lorsque la fièvre intermittente, dit M. Nepple, dont le propre est d'amener rapidement des perturbations extrêmes et opposées dans la circulation générale, joint encore son influence aux causes que nous venons de signaler, n'avons-nous pas l'explication complète de la formation de ces énormes intumescences de la rate qui se développent dans ces circonstances. » Malgré ces motifs, qui ont pourtant une certaine valeur, nous ne pouvons croire que cette explication toute mécanique suffise pour rendre compte du développement si considérable de la rate, sans que les organes voisins y prenneut si peu de part; il nous répugne d'admettre, avec M. Nepple, que cette grave altération ne soit qu'un degré avancé de la simple congestion mécanique des veines; nous pensons donc qu'il doit y avoir en outre quelque chose de spécial et qui n'a pu encore être apprécié.

Quant à la nature de cette altération, elle ne peut, d'après notre auteur, faire l'objet d'une discussion, puisque le tissu de la rate, quoique son volume soit triplé ou quadruplé, reste toujours parfaitement sain. Il ne veut pas qu'on appelle hypertrophie cette réplétion variqueuse stationnaire, qui ne se lie point à un excès de nutrition ; nous pensons qu'ici encore l'auteur met des limites trop étroites à la pathogénie.

La disparition de cet engorgement s'opère de plusieurs façons; d'abord par résolution, ce qui a lieu par la marche naturelle de la maladie elle-même, par l'emploi d'un traitement convenable, par celui du moxa surtout, dans les cas graves, et par des hémorragies naturelles ou artificielles. Quelques cas intéressans de ces divers modes de terminaison sont rapportés à l'appui. L'auteur indique encore deux autres modes de terminaison : par suppuration, ce qui suppose toujours un grave danger, et par des vomissemens ou des déjections noires.

La seconde altération, ou l'*intumescence aiguë*, s'observe dans les cas de fièvre intermittente ou rémittente pernicieuse, et M. Nepple ne l'attribue plus à une simple congestion passive ; il y reconnaît l'effet d'une congestion active aidée encore d'une exubérance considérable de la chaleur animale, qui amène l'altération du sang, le ramollissement des tissus, et ces ruptures de la rate que Bailly a souvent observées à Rome.

Nous ne dirons rien du traitement qui convient à ces deux altérations différentes; car, tout ce qu'en dit M. Nepple ne diffère pas notablement des données généralement admises aujourd'hui par les vrais praticiens.

Réflexions cliniques sur l'apoplexie pulmonaire ou pneumo-hémorragie; par le docteur Rater.

L'observation suivante, où l'on trouve une apoplexie pulmonaire compliquée de pneumonie, et qui a donné à l'auteur l'occasion de discuter quelques points de l'étude de la première de ces deux affections, est assez importante pour que nous en présentions une analyse étendue.

Obs. — Une femme mariée, forte, sanguine, âgée de 47 ans, sujette, depuis deux ans, à des pertes utérines abondantes, à chaque époque mensiruelle, était malade depuis quatre jours, se plaignant d'oppression, de douleurs gravatives dans le côté gauche de la poitrine. Elle continua néanmoins ses occupations de blanchisseuse, qui lui occasionnèrent un refroidissement à l'époque où ses règles devaient arriver. Ce refroidissement fut suivi d'une chaleur vive à la peau, d'une toux plus pénible, déchirante ; la malade rendit subitement une verrée environ de sang pur et se décida à entrer à l'Hôtel-Dieu, où elle offrit un état fébrile assez prononcé; l'intelligence intacte ; la langue blanche et humide ; toux pénible, avec oppression et douleur gravative au côté gauche du thorax. La poitrine, en arrière et à gauche, offrait un son à peu près normal, mais beaucoup plus sourd que du côté opposé ; il y avait un râle crépitant sec, à petites bulles ; point d'égophonie ni de respiration bronchique, ni de voix bronchique. A droite et en arrière, il y avait de la demi-matité sur plusieurs points différens : sous l'omoplate, le long du bord interne de l'omoplate, et sur la partie latérale du thorax. Dans un point rétréci, la matité était complète et cessait brusquement pour faire place à la sonorité normale. Sur ces différens points, on entendait un bruit de souffle tubaire, auquel était mêlé un râle muqueux à grosses bulles, et quelques bulles éparses de râle crépitant, surtout dans la toux. La partie antérieure de la poitrine résonnait bien dans toute son étendue, et la respiration y était un peu puérile. Il y avait eu quelques crachats légèrement sanguinolens. Un traitement actif fut employé; en quarante heures, deux fortes saignées, une application de ventouses mouchetées et de sangsues n'arrêtèrent pas le développement des accidens; la toux revenait par quintes violentes et amena une abondante hémorragie; la malade était pâle, l'expression de sa physionomie pénible; le pouls semblait misérable ; on eut recours à l'émétique à haute dose et aux vésicatoires appliqués aux cuisses, sans amélioration ; la malade succomba le lendemain dans la nuit.

Autopsie. Les deux tiers du poumon gauche sont hépatisés; le droit offre en arrière, de distance en distance, et disséminés d'une manière assez régulière, plusieurs points d'induration exactement circonscrits produits par l'infiltration du sang dans le tissu parenchymateux et présentant une substance compacte noire ou lie de vin, sans autre trace de la texture propre au poumon que les bronches et les gros vaisseaux. Tout autour, le tissu pulmonaire était à peu près à l'état normal, plus pâle sur quelques points; dans d'autres et surtout à la base, un peu infiltré de sang et de sérosité.

Il est rare de rencontrer sur le même sujet deux maladies qu'il aurait été si facile de confondre ou de méconnaître, et il est encore plus rare de les voir se dessiner aussi parfaitement et être diagnostiquées avec autant de justesse qu'elles paraissent l'avoir été dans cette occasion. Nous ne regardons pas comme fondées les craintes dont parle l'auteur, que les foyers des épanchemens sanguins dans les cas d'apoplexie pulmonaire soient souvent des causes directes de production tuberculeuse. Les circonstances dans lesquelles les épanchemens de l'apoplexie pulmonaire sont produits ne sont point favorables à cette hypothèse, et le grand nombre de sujets chez lesquels on a observé des épanchemens de ce genre sans aucune trace de dégénérescence tuberculeuse est bien une preuve que les cas, s'il y en a de semblables, sont fort rares. Nous ne nions pas cependant que dans quelques cas, sous l'influence d'une disposition particulière, d'une cachexie tuberculeuse prononcée, on ne puisse voir un point du poumon où il y aurait eu antérieurement un noyau apoplectique devenir le siége d'un dépôt de matière tuberculeuse ; mais ces cas sont extrêmement rares ; car l'apoplexie pulmonaire ne s'offre guère que dans deux conditions, où se rencontre rarement cette disposition aux tubercules ou chez des sujets scorbutiques ou chez des individus pléthoriques.

L'auteur ne parle pas de la gangrène du poumon qui est un accident bien plus fréquent et bien plus redoutable de l'apoplexie pulmonaire.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 21 MARS.

DISSOLUTION DES CALCULS URINAIRES.

M. Pelouze fait, au nom de M. Gay-Lussac et au sien, un rapport sur un travail de M. Leroy-d'Etiolles, ayant pour titre : De plusieurs médications proposées pour la dissolution des calculs urinaires. M. Leroy-d'Etiolles, dit M. le rapporteur, commence par rappeler, qu'avant l'époque où l'on s'occupa de l'analyse chimique des calculs, le nombre des remèdes lithontritiques était très considérable, circonstance qui, à elle seule, suffirait déjà pour prouver leur impuissance. Le plus célèbre d'entre eux, celui dit de Mlle Stephens, malgré la vogue qu'il avait obtenue en Angleterre, ne supporta pas l'examen d'un membre de l'Académie des sciences, de Morand, qui montra, par l'analyse des observations de prétendue guérison, combien il fallait rabattre de l'efficacité qu'on lui avait attribuée. Tous ces moyens empiriques tombèrent peu à peu dans l'oubli. Mais les travaux de Fourcroy, Vauquelin, Vollaston, Marcet, ouvrirent la voie à de nouvelles recherches, à des efforts mieux raisonnés. Connaissant la constitution moléculaire des concrétions calculeuses, on chercha à varier la nature du dissolvant suivant la nature de chacune d'elles. Cependant, pour appliquer à l'homme vivant ces ingénieuses données, il aurait fallu qu'un chirurgien mît la main à l'œuvre, et aucun ne jugeant à propos de s'en occuper, la question sur ce point en resta à une théorie formulée, mais sans réalisation. Il y a quelques années, on a préconisé l'usage des eaux alcalines, en prétendant que leur action a principalement pour effet de détruire le mucus qui sert de moyen d'union aux molécules solides, ce qui entraînerait nécessairement la désagrégation de la pierre. Mais les observations qu'on a citées à l'appui ne possèdent peut-être pas tous les caractères qui pourraient les rendre concluantes.

Depuis près de deux ans, nous avons cherché à éclairer cette question, soit par des expériences dans le laboratoire, soit par des observations cliniques. L'analyse chimique nous a d'abord appris que les carbonates alcalins n'attaquent les calculs d'acide urique qu'avec une extrême lenteur, même alors que la solution alcaline est très concentrée, et qu'on la fait agir à la température de 40°. Ce résultat, du reste, n'a rien d'imprévu; car on a constaté que des fragmens de calculs abandonnés dans les sources minérales de Vichy pendant longtemps n'ont pas été dissous complètement. Dans nos expériences faites sur des calculs du poids de 5 à 10 grammes, nous avons eu beau renouveler la solution alcaline, les fragmens ont diminué de volume, mais aucun d'eux n'a été entièrement détruit; il a fallu pour cela porter la température jusqu'au degré de l'ébullition. Nous avons eu le même insuccès en expérimentant avec le borate de soude, dont on avait vanté l'efficacité, avec les acides nitrique et hydrochlorique.

Les malades que nous avons pris pour sujet de nos recherches sont, pour la plupart, ceux qui avant de subir la lithotritie s'étaient déjà soumis à l'usage des eaux minérales alcalines naturelles ou artificielles. Nous pensons, d'après nos observations, que ceux-là se sont fait illusion qui ont annoncé la dissolution de calculs volumineux par le seul effet des boissons alcalines. Cette opinion, du reste, est aussi celle de M. Prunelle. Nous croyons également que l'usage de ces eaux, tel qu'il est prescrit pour obtenir le but désiré, n'est pas sans inconvéniens pour la santé générale. Une considération toute chimique nous a d'ailleurs frappé; c'est que les phosphates terreux doivent, lorsque leurs acides ont été neutralisés en partie par le régime alcalin, se précipiter et donner lieu à des calculs de phosphate de chaux et de magnésie. Marcet et Proust avaient déjà fait cette remarque. D'un autre côté, l'urine devenant ammoniacale par suite du mauvais état des voies urinaires peut bien à son tour avoir de l'influence sur la nature des concrétions qui se déposent ; et cet état variant suivant les circonstances, cessant quelquefois pour reparaître plus ou moins longtemps après, donnerait une explication rationnelle de ces couches concentriques, et alternant entre elles, d'acide urique et de phosphates, dont on trouve si souvent les calculs formés. Ces faits sont très importans, et ils appellent toute l'attention des praticiens. Citons encore une circonstance déjà mentionnée par M. Prunelle. Plusieurs malades, aussitôt qu'ils ont commencé l'usage des eaux alcalines, rendent une telle quantité de graviers et de poussière d'acide urique que, si on voulait les regarder comme tout formés auparavant dans les voies urinaires, il faudrait supposer à celles-ci une capacité supérieure à celle de l'estomac. Cette considération porterait à penser que les eaux alcalines peuvent fort bien aider à la production des concrétions urinaires. Il convient toutefois de ne pas lui accorder plus de valeur qu'à une simple présomption.

Désirant savoir à quoi nous en tenir sur ce point, et sachant aussi que les calculs entiers résistent très longtemps à l'action des alcalins, nous avons préféré expérimenter sur des fragmens laissés dans la vessie après la lithotritie. Mais au lieu de donner les alcalins en boissons, nous les avons employés en injection; et plusieurs fois, au moyen d'une sonde à double courant, nous avons fait passer dans la vessie de nos malades jusqu'à 200 ou 250 litres d'une solution alcaline plus ou moins concentrée. A la suite de ces injections, nous avons quelquefois obtenu une diminution de cohésion des calculs, une friabilité telle que, dans quelques cas, la moindre pression du lithotriteur suffisait pour les faire éclater. Mais ce résultat, il faut bien le dire, n'a été rien moins que constant dans nos expériences; et nous nous demandons s'il serait rationnel d'employer une médication, qui ne laisse pas que d'être fatigante, pour dissoudre des fragmens de calculs; à plus forte raison s'il s'agissait de calculs entiers.

On a encore récemment préconisé en Angleterre l'acide benzoïque dans le même but; mais nous n'avons retiré de son emploi aucun effet avantageux.

En résumé, les conclusions auxquelles M. Leroy-d'Etiolles est arrivé sont les suivantes :

1° Certains réactifs acides ou alcalins exercent sur les calculs une action dissolvante, laquelle porte principalement sur la matière muqueuse qui sert de moyen d'union aux molécules solides, salines ou acides.

2° Sans nier d'une manière absolue l'action des alcalins pris en boissons sur les concrétions urinaires, on peut cependant assurer que si la pierre n'est pas très petite, elle ne sera pas détruite.

3° L'injection est un procédé beaucoup plus efficace en principe; mais lorsqu'on en vient à l'application, il se présente des difficultés qui peuvent embarrasser le praticien.

4° Il est évident que la combinaison de la lithotritie et de la lithontritie produirait des effets plus avantageux que cette dernière seule ; car le calcul fragmenté présenterait alors plus de surface à l'action des dissolvans. Cependant, comme le premier écrasement de la pierre est le temps le plus difficile de la lithotritie, serait-il convenable, une fois ce résultat important obtenu, d'abandonner la méthode qui l'aurait procuré pour entrer dans une voie plus longue et plus chanceuse ?

Dans ce travail, M. Leroy-d'Etiolles a fait preuve d'une grande persévérance et de beaucoup d'habileté en rassemblant et coordonnant soit les observations tirées de sa pratique, soit les expériences chimiques auxquelles il s'est livré pour éclairer cette importante question. Nous vous proposons, en conséquence, de lui adresser des remercîmens et de l'inviter à poursuivre ses recherches.

Ces conclusions sont adoptées.

ÉCOLE DE PHARMACIE DE MONTPELLIER.

M. Manzini est nommé, au scrutin, candidat de l'Académie à la place de professeur-adjoint de physique et de chimie, vacante à l'Ecole de pharmacie de Montpellier.

STRABOTOMIE.

M. Boinet envoie à la commission, nommée pour examiner les différens procédés de strabotomie, un mémoire qu'il vient de publier sur ce sujet.

CARACTÈRES MICROSCOPIQUES DE LA BILE.

M. Bouisson, professeur à la faculté de médecine de Montpellier, adresse à l'Académie quelques observations sur les *caractères microscopiques de la bile et sur les applications qu'on peut en faire au mécanisme de la formation des calculs biliaires.*

« Pour bien constater les caractères microscopiques de la bile humaine, ou celle d'autres animaux supérieurs, dit-il, il faut l'examiner à un grossissement de 250 diamètres, et lorsque ce liquide est dans un certain état de concentration. La bile cystique d'un sujet ayant supporté une longue abstinence, est celle qui se prête le mieux aux observations.

» Le microscope fait découvrir trois sortes d'élémens :

» 1° Des plaques de matière colorante d'un jaune légèrement verdâtre, de dimension variable, ordinairement irrégulières ;

2° Des corpuscules à forme géométrique, d'apparence cristalline, en nombre moins considérable que les grumeaux de matière colorante avec lesquels ils sont quelquefois unis. Ces corpuscules sont de la cholesterine à l'état de suspension. Je m'en suis assuré en traitant par l'éther la bile dans laquelle on les découvrait; ils disparaissaient sous l'influence de ce dissolvant. En ajoutant artificiellement à la bile de la cholesterine réduite en parcelles très ténues, et en l'examinant au microscope, les nouveaux fragmens cristallins présentaient un aspect identique avec celui des corpuscules déjà signalés.

» 3° Des globules en quantité variable, tantôt disposés en petites masses cohérentes, tantôt associés à des grumeaux de matière colorante auxquels ils semblaient servir de moyen d'union. Ces globules appartiennent au mucus de la vésicule biliaire; on peut en dépouiller la bile en précipitant le mucus par de l'alcool. On observe alors à l'état d'isolement la cholesterine et la matière colorante.

» Il résulte de ces observations, dont je me borne à présenter la substance, que la matière colorante n'est pas entièrement dissoute dans la bile, mais qu'une partie est naturellement précipitée; que la cholesterine qu'on croyait, d'après les observations de M. Chevreul, exister dans la bile à l'état de dissolution, y est à l'état de suspension ; enfin, que le mucus facilite l'adhésion de ces deux élémens de la bile.

» La constatation de la forme sous laquelle la matière colorante et la cholesterine existent dans ce liquide, rend la formation des calculs biliaires beaucoup plus facile à expliquer que les théories proposées jusqu'à ce jour. Le plus grand nombre de ces calculs est composé des matières qui se trouvent dans la bile à l'état d'isolement, et dont l'agglomération peut être provoquée par des causes physiques très simples. Chaque sujet dans l'état sain porte une infinité de petits calculs biliaires. Les calculs volumineux, et qui constituent un état pathologique, résultent de l'union de matériaux préexistans. »

PHYSIOLOGIE DES ORGANES DE LA CIRCULATION.

M. Magendie présente un mémoire, écrit en anglais, qui lui a été adressé par M. René. Dans ce travail, l'auteur traite des effets de la position sur les battemens du cœur, des fonctions de cet organe, qu'il regarde comme agent exclusif de la circulation artérielle, veineuse et lymphatique, des anastomoses artérielles et du mécanisme des hydropisies.

PHÉNOMÈNES DE LA NUTRITION DANS LE SYSTÈME OSSEUX.

M. Chossat adresse le résultat sommaire des expériences qu'il continue depuis près de deux ans sur les effets de l'abstinence. Dans cette communication, il est principalement question de la nutrition des os. La plupart des expérimentateurs ont employé l'alimentation par la garance pour étudier les lois de cet acte physiologique. M. Chossat a suivi une autre marche. On sait que plusieurs animaux, les oiseaux entre autres, ont besoin de mêler à leurs alimens une certaine quantité de phosphate de chaux en sus de celui que ces alimens contiennent naturellement. Partant de cette donnée, M. Chossat a nourri des pigeons avec du grain bien trié, de manière à ce qu'il ne s'y trouvât mêlée aucune parcelle terreuse; on leur donnait en même temps de l'eau à volonté. Sous l'influence de cette alimentation, les os sont devenus tellement minces que, même pendant la vie, ils se fracturaient avec la plus grande facilité. On constata sur le cadavre de l'un de ces animaux que la substance osseuse du sternum avait disparu en plusieurs points, où elle n'était remplacée que par le périoste.

M. Chossat conclut de ces expériences que les sels calcaires déposés dans les os peuvent être résorbés en très grande proportion, résorption qui a lieu d'une manière très lente mais fort sensible.

M. Chossat annonce aussi qu'il est parvenu à enlever aux os, par le moyen de la pile galvanique, une partie de leur phosphate calcaire, et qu'il aurait sans doute pu les en dépouiller complètement s'il eût continué. Il se propose d'appliquer ce procédé à la destruction des sequestres dans les os nécrosés.

APPLICATION DES PROCÉDÉS RÉCENS DE DORAGE AUX INSTRUMENS DE CHIRURGIE.

M. CHARRIÈRE adresse à l'Académie la lettre suivante :

« Ayant fait dorer, par le procédé de M. de Ruolz, un assez grand nombre d'instrumens de chirurgie et de coutellerie, j'ai soumis ces instrumens à diverses expériences qui m'ont paru mériter de fixer l'attention. Ce sont les résultats de ces expériences que j'ai l'honneur de mettre sous les yeux de l'Académie.

» Les instrumens tranchans que j'ai soumis à des épreuves réitérées sur le cadavre n'ont été endommagés ni dans la qualité du tranchant, ni dans la dorure, et les instrumens à pression ont conservé toute la résistance donnée par la trempe.

» J'ai en outre acquis la preuve matérielle que les instrumens dorés par ce procédé ne sont point exposés à s'oxider ; c'est là un avantage dont on comprend facilement toute l'importance, surtout pour ce qui concerne les instrumens destinés à séjourner dans nos tissus pendant un temps plus ou moins long. J'ajouterai que l'argenture et le platinage appliqués par ce procédé aux mêmes instrumens donnent les mêmes résultats que la dorure. »

NOTA. « Les instrumens que M. Charrière a présentés à l'Académie royale des sciences et à l'Académie royale de médecine ont été l'objet d'une attention toute particulière. Outre les instrumens tranchans et à pression, M. Charrière a présenté à l'Académie royale de médecine des spéculum en étain doré, diverses pièces de ceinture hypogastrique et de bandage, une pompe à courant régulier, des seringues, des clous en plomb pour fistule lacrymale, et diverses autres pièces dorées ou argentées avec le plus grand soin.

» M. Charrière a présenté en outre une scie rachitome double munie d'un conducteur central destiné à maintenir les deux lames de la scie dans la direction voulue. Ce conducteur sert encore à limiter l'introduction des lames, et, par conséquent, à protéger la moelle contre les dents de l'instrument. Ce même conducteur est applicable à la scie à molette double ou simple; il avait joint à cet instrument divers modèles de cisailles simples et doubles qu'il a confectionnées d'après les indications de M. Magendie. Cette modification consiste en ce qu'une seule branche de l'instrument est mobile, tandis que l'autre sert de conducteur. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 22 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. FOUQUIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

MM. Lacorbière, Mélier, Briquet, Nonat et Sandras se portent candidats à la place déclarée vacante dans la section de pathologie médicale.

M. HAMONT présente à l'Académie un tableau indiquant les caractères distinctifs du cheval arabe.

MODIFICATION POUR L'AMPUTATION DE LA CUISSE.

M. LONDE lit la note suivante que lui a adressée M. Lesauvage, de Caen : NOTE SUR QUELQUES MODIFICATIONS APPORTÉES A L'AMPUTATION DE LA CUISSE PAR LA MÉTHODE CIRCULAIRE.

L'amputation de la cuisse dans la continuité, quelle que soit celle des méthodes circulaire ou à lambeau que l'on emploie, est assez fréquemment accompagnée d'un accident consécutif assez grave, qui souvent retarde la guérison, et rend bien moins facile l'emploi des moyens prothétiques. C'est la saillie de l'extrémité de l'os à la surface de la plaie, puis à celle de la cicatrice avec laquelle elle s'identifie.

Quoique placé au milieu du membre au moment de l'opération et après la réunion des lèvres de la plaie, le fémur se porte en haut, entraîné qu'il est par la contraction incessante des muscles psoas et iliaque, et son ascension doit être singulièrement facilitée par la réunion des lèvres de la plaie dans une direction verticale, et de telle sorte que les muscles du moignon, cédant lentement à leur propre poids, abandonnent bientôt l'extrémité de l'os qui finit par occuper l'angle supérieur de la cicatrice. Elle peut même y faire une saillie assez prononcée, quand par l'effet d'une abondante suppuration et de l'irritation prolongée qu'elle entretient, la rétraction consécutive des muscles a été portée très loin.

Jusqu'ici on n'a tenté, à ma connaissance, que peu de moyens pour remédier à cet inconvénient signalé par beaucoup de praticiens ; et c'est avec l'espoir de le faire disparaître, au moins dans un grand nombre de cas, que j'ai fait subir à l'amputation par la méthode circulaire les modifications suivantes dont on pourrait également faire l'application à la méthode à lambeau.

Après que la peau et les chairs ont été méthodiquement divisées, je place obliquement la compresse fendue, afin que la dénudation de l'os soit plus élevée à sa partie antérieure; puis j'incline la scie de manière produire une section très oblique de l'os, et de telle sorte que j'obtiens à son extrémité une surface ovale qui est dirigée en avant

Ce procédé a pour principaux avantages : 1° de fournir une large surface sur laquelle repose la portion moyenne du muscle triceps fémoral ; 2° de faire disparaître l'angle droit produit à l'extrémité de l'os par la section perpendiculaire, et qui peut devenir cause d'irritation. 3° d'effacer le vide que cette extrémité détermine en mettant obstacle au contact immédiat des chairs, et en favorisant une accumulation de fluides dont le séjour prolongé peut contribuer à la névrose que l'on observe encore assez fréquemment ; 4° enfin, de permettre une réunion plus immédiate des chairs entre elles et avec les surfaces osseuses, et conséquemment d'offrir plus de chances pour une réunion par première intention.

L'opération terminée, je place les bandelettes agglutinatives de manière à obtenir une réunion transversale. Deux bandes de diachylon suffisent, et placées de chaque côté du point qui répond à l'extrémité de l'os, elles la fixent dans ses rapports avec le triceps, et contribuent à empêcher tout déplacement consécutif.

On objectera peut-être que la forme donnée à l'extrémité de l'os pourrait plus tard déterminer quelque gêne, et, à cause de la forme tranchante, produire une pression douloureuse lorsque le moignon prendra sur le cuissart un point d'appui. Mais, sans aucun doute, les praticiens auront remarqué comme moi qu'après la guérison, l'os prend des formes variées et tout à fait indépendantes du mode de section. J'ai sous les yeux le fémur d'un homme que j'avais amputé il y a quelques années. Cet os a entièrement perdu la forme que la section perpendiculaire lui avait donnée, et il est terminé en pointe. Cependant, il n'en était résulté aucune entrave dans la marche de l'amputé. J'avais eu occasion de le voir assez fréquemment jusqu'au moment de sa mort arrivée par accident.

La réunion transversale n'offrira pas sans doute, dans le plus grand nombre des cas, les inconvéniens qu'on lui a attribués, et dont le principal était la rétention du pus entre les lèvres de la plaie. Ce mode de réunion avait déjà été proposé par Hennen, et M. le professeur Velpeau l'a également préconisé à l'occasion d'un procédé de la méthode à lambeau qu'il avait proposé ; c'était aussi dans l'intention d'opposer un obstacle au déplacement de l'os (NOUV. ÉLÉMENS DE MÉD. OPÉRAT., t. II, p. 577), et je pense qu'on pourra empêcher le séjour du pus en modifiant, ainsi que je l'ai fait, l'application de l'appareil.

Au reste, un essai de mon procédé, exécuté tout récemment à l'hôpital, et en présence de plusieurs de mes collègues, a pleinement justifié, ainsi que je vais l'exposer, la valeur des résultats que j'avais en vue d'obtenir.

OBS. — Le nommé Hamelin (Emmanuel), âgé de 38 ans, cultivateur en la commune de Luc, et d'une assez bonne constitution, entra à l'hôpital le 3 février dernier. Il était atteint au genou gauche d'une tumeur blanche volumineuse, avec déplacement spontané de la jambe. Des douleurs vives avec fièvre et insomnie altéraient la santé du malade, et le dépérissement faisait de rapides progrès.

Convenablement *acclimaté* dans l'hôpital, et soumis pour préparation à un régime très sévère et à l'usage des boissons légères, c'est le 18 du mois, quinze jours après son entrée, que le malade fut soumis à l'opération.

Les lèvres de la plaie réunies avec exactitude présentaient un simple trait linéaire aux extrémités duquel furent placés les fils de trois ligatures. Avant l'application des pièces ordinaires de pansement, je fis faire une traction sur la chair à l'extrémité du moignon; puis j'appliquai sur toute son étendue une bande dont les tours étaient à recouvrement. J'eus la précaution de placer au-dessous deux petits coussins allongés, faits avec de la charpie roulée dans un linge, et destinés à produire sur l'os une légère pression afin de mieux assurer ses rapports avec les chairs qui couvraient son extrémité.

Il ne survint aucun accident ; l'appareil fut levé le quatrième jour : il était pénétré par une sérosité sanguinolente. Le lendemain et jours suivans, il y avait sur le plumasseau un peu de pus ; il paraissait provenir du point qui répondait à l'os, et aussi des ligatures placées au côté interne ; bientôt il cessa de paraître, et l'amélioration marcha avec une telle rapidité qu'au vingt-huitième, la guérison aurait été à peu près complète sans la présence prolongée des ligatures, et si la peau en deux points peu étendus ne s'était faiblement roulée en dedans, et n'avait ainsi apporté dans la cicatrisation complète un retard de quelques jours.

Maintenant le sommet du moignon est mou et flexible, et il est évident que l'extrémité de l'os est parfaitement centrale et placée à plusieurs centimètres au-dessus de la cicatrice.

ÉPIDÉMIE DE SCARLATINE.

M. DESPORTES lit un rapport sur un travail de M. Guérétin, relatif à une épidémie de scarlatine qui a sévi, en 1841, aux environs d'Angers. Conclusions : remercîmens à l'auteur, l'inviter à poursuivre ses recherches, renvoyer son mémoire au comité de publication, inscrire son nom sur la liste des candidats au titre de membre correspondant de l'Académie. (Adopté.)

SUR L'ENTÉRITE COUENNEUSE DANS L'ESPÈCE BOVINE.

M. Bouley jeune fait un rapport très favorable sur un mémoire sur ce sujet, adressé à l'Académie par M. Lafont, vétérinaire. Conclusions : remercîmens à l'auteur, l'engager à continuer ses travaux, renvoyer son mémoire au comité de publication, et maintenir favorablement son nom sur la liste des candidats au titre de membre correspondant de l'Académie. (Adopté.)

CALCUL VOLUMINEUX; LITHOTRITIE.

M. Ricord présente les organes génitaux urinaires d'un calculeux. Cette pièce remarquable provient d'un jeune homme de 17 ans, admis dans le service de chirurgie de l'hôpital des Vénériens. Il s'était présenté pour être traité d'un catarrhe vésical, dont les symptômes à l'état aigu furent constatés, et contre lequel on employa une médication méthodique. Mais bientôt la persistance des accidens et l'observation clinique indiquèrent la véritable cause de l'affection. On reconnut une maladie des reins; en même temps le malade fut sondé, et M. Ricord constata la présence d'un calcul volumineux.

La vessie étant très irritable, il fallut en quelque sorte l'accoutumer à se laisser distendre par les injections avant de songer à pratiquer le broiement de la pierre, seule opération que le malade consentit à supporter. Dès la première séance, on put saisir un calcul qui présentait un diamètre de 5 centimètres; il paraissait assez friable, et deux autres séances, à cinq ou six jours d'intervalle, permirent au malade de rendre par l'urètre une grande quantité de fragmens. Malgré ce succès, et bien que la lithotritie eût pu être pratiquée sans produire le moindre accident, l'état général du malade s'aggravait constamment; les urines continuaient à déposer beaucoup de pus, l'inappétence devint complète, enfin, une diarrhée colliquative amena la mort le vendredi 18 mars.

Dans la pièce d'anatomie pathologique soumise à l'Académie de médecine, l'urètre et la prostate sont à l'état sain; la vessie, contractée, mais sans altération, renferme un calcul volumineux qui paraît brisé en deux; une moitié est réduite en fragmens, et l'autre, de forme oblongue, présente, dans son plus grand diamètre, l'étendue qui avait été notée par M. Ricord.

L'uretère gauche, énormément dilaté, au point d'offrir un volume égal à celui de l'intestin grêle, contient, dans sa portion inférieure, un calcul d'un centim. et demi de diamètre, et de 5 centimètres de longueur; au-dessus de ce point, le canal est distendu par du pus; enfin, le rein suppuré présente l'apparence d'un kyste purulent.

L'analyse du calcul a fait reconnaître qu'il était formé de phosphate ammoniaco-magnésien.

Après l'examen de cette pièce, M. Ricord développe des considérations pleines d'intérêt sur l'obscurité du diagnostic en pareil cas, et sur les moyens à l'aide desquels il a pu, dans une vessie contractée à ce point, exécuter un broiement aussi considérable.

M. Ricord insiste sur les avantages de la lithotritie, qui, d'après les résultats obtenus, aurait pu terminer la cure en deux ou trois séances de plus, s'il n'eût pas existé une affection des reins malheureusement au-dessus des ressources de l'art et nécessairement fatale.

ALTÉRATIONS DES VOIES URINAIRES CHEZ UN CALCULEUX.

M. Souberbielle met sous les yeux de l'Académie les organes génito-urinaires d'un jeune calculeux. Les parois de la vessie présentent une épaisseur considérable, il existe sur la membrane muqueuse des fausses membranes adhérentes, sous lesquelles on trouve des ulcérations plus ou moins profondes. Le calcul est situé au col de la vessie; une partie fait saillie dans le réservoir, l'autre se prolonge dans l'urètre. Au milieu de sa longueur existe un rétrécissement circulaire. L'extrémité qui correspond à l'urètre est plus volumineuse que l'autre. Le poids total est de 10 grammes, et la longueur de 5 centimètres. Les reins sont très volumineux, et renferment plusieurs foyers purulens. Les uretères offrent une dimension considérable. L'urètre est sain; la sonde le parcourt avec assez de facilité.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

CONSIDÉRATIONS PHYSIOLOGIQUES ET PATHOLOGIQUES SUR LES AFFECTIONS NERVEUSES DITES HYSTÉRIQUES; par H. Girard (de Lyon), D. M. P., médecin en chef de l'hospice départemental des aliénés d'Auxerre. — 64 pages in-8°. Paris, 1841, chez J.-B. Baillière, libraire.

L'auteur, avant d'exposer les idées qui lui sont propres, analyse avec soin les symptômes principaux des affections nerveuses dites hystériques, tels que les ont indiqués les médecins qui ont fait des recueils d'observations de ce genre. Il trouve que ces symptômes portent : 1° sur la sensibilité physique et morale; 2° sur le mouvement; 3° sur la circulation; 4° sur les sécrétions; 5° sur la nutrition et la chaleur. Il se demande ensuite quel est l'organe ou l'appareil d'organes, dont l'affection influence ces diverses facultés de l'organisme; l'axe cérébro-spinal ou l'encéphale paraît, au point de vue des vivisections, des passions et des lésions morbides, être le seul capable de rendre compte de ces modifications fonctionnelles; d'où il conclut que l'organe constamment souffrant, dans l'hystérie, c'est le cerveau ou l'encéphale.

Passant ensuite à l'expression des causes de cette maladie, malheureusement très fréquente, il les divise en causes prédisposantes, causes efficientes et occasionnelles. Il range dans les premières le tempérament nerveux qui poussé à l'extrême peut expliquer les symptômes hystériques. La moindre cause provocatrice, suffisant pour les faire éclater, il place dans les constitutives l'hérédité, un écart prolongé des règles de l'hygiène, les chagrins, les contrariétés de tout genre, les passions, et particulièrement l'amour qui agit doublement, d'abord sur le cerveau qu'il ébranle, puis indirectement sur le système générateur qui fait retentir son excitation réfléchie sur cet organe important, les excitations des sens, la privation du sommeil, les pertes sanguines. L'auteur appelle ces causes constitutives, parce qu'elles suffisent pour faire éclater la maladie. Parmi les causes occasionnelles, il range l'établissement d'une nouvelle fonction, et principalement de la menstruation, sa suppression et son trouble; il cite à ce sujet un fait rapporté par le professeur Lordat dans son *Traité des Hémorrhagies*, page 222: une femme affectée d'hystérie depuis dix-neuf ans, saignée *mille vingt fois* pendant cet intervalle, guérit subitement lorsque le cahotage d'une charrette lui eut causé une légère évacuation sanguine par l'utérus; enfin, il place dans le même ordre de causes l'orgasme utérin déterminé par le besoin de la fécondation ou une tumeur dans les ovaires.

Étudiant la nature des affections nerveuses dites hystériques, M. Girard se tient dans une sage réserve sur ce point tout à la fois si intéressant et si mystérieux. En dehors des théories matérialistes et vitalistes, il se borne à constater le fait le plus général de l'affection qu'il décrit; ce fait consiste à ses yeux dans une instabilité d'énergie des forces conservatrices localisées dans le système cérébral, envisagé par lui comme le nœud de la vie. Dans cette partie de son mémoire, il fait remarquer que l'encéphale est en même temps le point de départ et l'aboutissant de toutes les fonctions de l'organisme: *dat omnibus et ab omnibus accipit*, ce qui avait été entrevu par Hippocrate lorsqu'il dit : « Le principe de tout est le même. Il n'y a qu'une fin, et la fin et le principe sont un..... Dans l'intérieur est un agent inconnu qui travaille pour le tout et pour les parties, quelquefois pour certaines et non pour d'autres..... La nature est à la fois une et infiniment variée.... Il n'y a qu'un seul but, qu'un effort, tout le corps participe aux mêmes affections, c'est une sympathie universelle, tout est subordonné à tout le corps, tout l'est aussi à chaque partie, chaque partie concourt à l'action de chacune d'elles. » (Bérard, de la Doctrine de Montpellier, page 295.) D'après ce qui précède, il est clair que le cerveau étant à la fois l'aboutissant et le point de départ de toutes les fonctions, il doit jouir d'un degré d'énergie capable d'agir et de réagir en même temps d'une manière convenable, condition sans laquelle il manifeste son trouble par les phénomènes hystériques.

Vient ensuite le traitement rationnel de l'hystérie, qui consiste, suivant M. Girard, à rétablir l'équilibre des forces innervatrices; pour obtenir cet effet, l'auteur conseille en premier lieu d'éloigner les causes précitées, de calmer, par des procédés rationnels, une passion naissante; telle serait une diversion morale; de conseiller le mariage dans le cas d'inclination contrariée, en recommandant toutefois d'user des plaisirs conjugaux avec une extrême réserve; de favoriser l'évacuation menstruelle, ou de favoriser par des moyens appropriés l'accomplissement d'une fonction troublée, enfin, de seconder les efforts combinés de la nature et de l'art par une application constante des règles de l'hygiène.

Ces indications déduites, l'auteur passe à la partie pratique ou confirmative de la première; elle comprend quatorze observations recueillies avec soin à la Clinique de Lyon, sous les yeux du professeur Pointe, au service duquel M. Girard était attaché en qualité de chef de clinique.

Les titres sous lesquels elles sont groupées en font apprécier les détails:

1° Efforts de l'utérus pour effectuer l'évacuation menstruelle déterminant des troubles hystériques, accompagnés de six observations;

2° Cessation des fonctions menstruelles déterminant des troubles hystériques, suivis de trois observations;

3° Troubles nerveux hystériques occasionnés par une impression morale déterminant le désordre de la menstruation comprenant deux observations;

4° Modifications des forces innervatrices entraînant des troubles fonctionnels très remarquables sans laisser de traces anatomiques saisissables par le secours des sens, suivies de trois observations.

Tous ces faits sont accompagnés de réflexions qui tendent à établir les propositions émises dans la partie théorique, savoir:

1° Que l'hystérie a son siége dans le cerveau;

2° Qu'elle consiste dans l'instabilité d'énergie des forces innervatrices, déterminées par des causes morales ou physiologiques.

3° Que le rôle du médecin doit se borner 1° à éloigner les conditions de son développement ou à favoriser l'accomplissement d'une fonction; 2° et c'est le point le plus important, à fortifier le système cérébral.

Sans adopter entièrement les conclusions de M. Girard, nous ne pouvons que rendre justice à l'esprit judicieux avec lequel ses observations ont été recueillies et rapprochées; à la sage réserve qu'il met dans l'admission de théories plutôt ingénieuses que vraiment exactes ou utiles en pratique. L'auteur est bien placé pour l'étude des maladies nerveuses, et la science ne peut que gagner infiniment à des travaux entrepris et exécutés avec autant d'ardeur, dirigés avec une aussi grande bonne foi.

OBSERVATIONS TOPOGRAPHIQUES, MÉTÉOROLOGIQUES ET MÉDICALES FAITES DANS LE RIO DE LA PLATA PENDANT LE BLOCUS DE BUÉNOS-AYRES; par M. A. Brunel, D. M., chirurgien-major de la corvette la Perle. — 56 p. in-8°. Paris, 1842. Chez Desloges, rue Saint-André-des-Arcs, 39.

Parmi les observations intéressantes que contient en grand nombre cette brochure, il en est qui concernent plus spécialement les études médicales, et c'est sur celles-là seulement que nous nous arrêterons quelques instans, après avoir rappelé toutefois qu'on désigne sous le nom de Rio de la Plata l'immense nappe d'eau que forment par leur réunion les grands fleuves qui arrosent la plus grande partie de l'Amérique du Sud, que cette nappe d'eau n'a pas moins de quarante lieues d'étendue à son embouchure et qu'il faut s'élever à plus de vingt lieues de cette dernière pour y trouver des eaux douces.

Quelques détails sur les différentes races d'hommes qui habitent le vaste continent d'où s'écoulent toutes ces eaux ne seront pas, nous l'espérons, sans intérêt. Les peuples qui habitent ces contrées peuvent être rapportés à quatre classes principales: 1° les créoles qui sont issus des conquérans, et auxquels on peut réunir tous les Européens et les Américains du Nord qui viennent en grand nombre dans les villes, mais parmi lesquels domine toujours le caractère espagnol. Cette race, au lieu de s'altérer dans ces parages, s'est améliorée par l'influence toute particulière du climat. Les individus qui lui appartiennent sont tous bien faits et conservent des traits on ne peut plus réguliers; on en voit rarement de difformes. En général, ils sont doués d'heureuses facultés mentales; mais il y en a bien peu qui les cultivent. Dans les villes, le nombre des femmes l'emporte de beaucoup sur celui des hommes. Cette disproportion est attribuée par l'auteur aux guerres civiles qui sont très fréquentes dans le pays;

2° La population nègre forme une race d'hommes vigoureux et bien proportionnés. Les noirs sont en général robustes et dispos; ils montrent beaucoup d'activité, et, au besoin, déploient une grande énergie. L'auteur se demande avec raison si cette activité pour le travail tient à l'influence du climat ou bien à la facilité qu'ils trouvent à gagner de l'argent. Nous nous contentons de signaler l'à-propos de cette question à laquelle se rattachent de si grands intérêts.

3° Les métis formés par le mélange des Européens, des indigènes et des nègres. Le croisement de la race européenne avec la race indigène a produit les plus heureux résultats, et l'on remarque que les hommes qui proviennent de ces réunions entre les naturels et les Espagnols ont quelque supériorité sur les Européens par leur taille et l'élégance de leurs formes. On n'observe plus les mêmes avantages chez les individus qui proviennent des alliances des indigènes avec les noirs. Ceux-ci paraissent avoir perdu les avantages qui distinguent les deux races tout en héritant de leurs vices organiques. Ils sont sujets aux goîtres, à l'éléphantiasis, infirmités qui mènent chez eux au crétinisme. Heureusement les Zambas sont en petit nombre; la race indienne a toujours préféré s'allier avec l'espagnole.

4° Les Indiens à l'état sauvage ne sont plus aujourd'hui ce qu'ils étaient lors de la conquête. Ils ont conservé tout leur courage et augmenté leurs moyens de subsistance; ils sont peut-être moins nombreux; mais ils ont des armes et des chevaux. L'importation des bestiaux en Amérique par les Espagnols et notamment celle des chevaux a opéré dans leurs mœurs la seule révolution digne de l'attention des philosophes. Avant de connaître ces animaux, certaines de ces tribus étaient antropophages.

Les maladies épidémiques qui font de si grands ravages en Europe et en Asie sont à peu près inconnues dans l'Amérique du Sud. Il paraît cependant que la variole, la rougeole et la scarlatine règnent souvent épidémiquement dans les contrées du Rio de la Plata; mais la peste, le typhus, la fièvre jaune, le choléra-morbus et les fièvres intermittentes n'y sont jamais observées. Quelques affections prédominent à certaines époques causées par certains vents, par l'influence des variations rapides de la température et d'autres conditions propres à ces climats. La phthisie qui, pour les Européens, est une des maladies les plus redoutables de la Plata, moissonne presque tous les nègres à un âge peu avancé. Il est rare qu'un nègre ou une négresse vive au-delà de 60 ans. Les affections dentaires paraissent endémiques sur les bords de la Plata. La variole fait des ravages affreux chez les indigènes sauvages dont elle enlève quelquefois des tribus entières. La moindre des blessures, la transition subite du chaud au froid développent rapidement le *tétanos* qui atteint plus fréquemment les nègres et les Européens que les Indiens. « Les gauchos réussissent souvent, dit l'auteur, à guérir cette maladie en mettant le malade dans une peau de mouton nouvellement écorché. » Les maladies syphilitiques, le charbon, la lèpre, le goître sont les affections que l'on observe le plus fréquemment. Nous voyons avec plaisir que pendant le blocus de Buénos-Ayres l'escadre française n'a été atteinte d'aucune maladie épidémique. Les fièvres typhoïdes ont été nombreuses, spécialement sur la frégate *Amiral* où l'on entassait tous les marins de l'escadre gravement atteinte qu'on ne pouvait pas expédier sur l'île Martin-Garcia.

Les faits que nous venons de puiser dans la brochure du docteur Brunel suffisent pour donner une idée de l'intérêt qu'elle inspire et indiquent combien on pourrait attendre de documens utiles des médecins et des chirurgiens de notre brave marine, si on provoquait leurs recherches scientifiques d'une manière convenable et dans un but réel d'utilité publique.

VARIÉTÉS.

— Un concours s'ouvrira le 22 avril 1841 pour deux places de chirurgien au bureau central des hôpitaux et hospices de Paris. MM. les candidats pourront se faire inscrire jusqu'au 5 avril.

Le 29 avril 1841, un concours aura lieu pour quatre places de médecin au bureau central. Le registre d'inscription sera ouvert jusqu'au 12 avril.

— Traité des sections tendineuses et musculaires dans le strabisme, la myopie, la disposition a la fatigue des yeux, le bégaiement, les pieds-bots, les difformités du genou, les torticolis, les resserremens des mâchoires, les fractures, etc., etc., suivi d'un Mémoire sur la névrotomie sous-cutanée, avec atlas; par M. Bonnet, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon. — Un vol. in 8° de 664 pages, 1841.

A Paris, chez J.-B. Baillière et Germer Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine. A Lyon, chez Ch. Savy, quai des Celestins, 18.

Nous consacrerons prochainement un article détaillé à l'examen de cet ouvrage, qui se distingue, entre tous ceux publiés jusqu'ici sur la matière, par un grand amour de la vérité et un talent aussi original qu'élevé....

— Traité des maladies des femmes, qui déterminent des flueurs blanches, des leucorrhées, ou tout autre écoulement utéro-vaginal; par Henry Blatin, docteur en médecine de la Faculté de Paris, et V. Nivet, docteur en médecine de la Faculté de Paris. — Un vol. in-8° de 630 pages. — Prix: 7 fr.

A Paris, chez Germer-Baillière, libraire-éditeur, rue de l'Ecole-de-Médecine, n° 17.

A Clermont-Ferrand, chez Veysset, libraire, rue de la Treille, et chez Perol, libraire, rue Barbançon.

— La vérité sur la nature et les preuves démonstratives de l'existence et de l'immatérialité de l'ame, au moyen de l'explication précise des phénomènes de la vie; par le docteur J.-B.-R. Picard. — In-8°. Prix: 2 fr. 50 c.

Paris, chez l'éditeur, petite rue Saint-Roch-Poissonnière, 2 bis.

— Le médecin inspecteur des eaux de Bourbonne, M. Le Molt, nous prie de faire connaître aux malades qui y redoutent la trop grande affluence en juillet et août, que la saison des bains commence le 15 avril et finit le 15 octobre.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des Hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis ; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois ; pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

CONSTITUTION MÉDICALE.

MALADIES RÉGNANTES.

Depuis que nous avons signalé (Gazette Médicale, n° 12) les maladies qui règnent sur la population de la capitale depuis deux ou trois mois, et que les personnes étrangères à l'art et même quelques médecins désignent improprement sous le nom de grippe, il s'est opéré dans la forme et la fréquence de ces maladies quelques changemens sur lesquels nous désirons ici appeler l'attention, après avoir indiqué sommairement quelles ont été les principales conditions atmosphériques du mois qui vient de se terminer.

Bien que la température ait été extrêmement variable pendant toute la durée du mois de mars, et que nous ayons eu à peu de distance un froid assez vif, puis une chaleur assez élevée pour la saison, et quelques ouragans d'une grande violence, cependant le temps a été généralement beau et le ciel rarement couvert. Sous l'influence de ces conditions atmosphériques succédant à celles du mois de février, pendant lequel le temps avait été généralement froid et nébuleux, les formes morbides, répandues dans toutes les classes de la population, ont continué de se manifester avec les mêmes prodrômes, les mêmes caractères généraux et locaux, les mêmes lésions, lorsqu'elles ont pu être reconnues sur le vivant et avec la même gravité ; mais en même temps aussi elles ont paru devenir plus fréquentes ou frapper un plus grand nombre d'individus. Il n'était pas rare de voir pendant le courant de mars et dans des familles nombreuses trois ou quatre personnes garder le lit en même temps, et faire place, au bout de quelques jours, à un nombre égal de personnes de la même famille, qui offraient les mêmes symptômes, la même maladie, à cela près de quelques variations dans l'intensité. Les phénomènes morbides étaient chez quelques individus très prononcés et semblaient annoncer tout le début d'une affection grave, tandis que chez d'autres les accidens fébriles et les symptômes locaux sont assez peu intenses pour qu'ils n'apportent que quelques changemens légers à leur manière habituelle de vivre.

A cette augmentation du nombre des malades, nous devons ajouter encore une autre modification dans les formes mêmes de la maladie, et qui, bien que légère, et nous dirons même très fugitive, mérite cependant d'être remarquée. Les symptômes généraux, l'accablement, la prostration, la faiblesse, tous les accidens enfin qui caractérisent le début de la maladie, ont paru plus prononcés, ont duré plus longtemps, et, dans quelques cas, se sont dissipés, sans laisser de traces d'aucune lésion locale bien appréciable. Dans quelques cas encore, qui sont devenus plus nombreux, surtout dans la dernière quinzaine, l'état saburral des premières voies, que déjà l'on observait assez fréquemment, est devenu prédominant. La langue était large, épaisse, blanche, toute la muqueuse buccale pâle et œdémateuse plutôt que rouge et enflammée. Chez quel-

Feuilleton.

MÉDECINE VÉTÉRINAIRE.

Lorsque, vers le milieu de l'année 1840, l'Académie de médecine appela aux fonctions de sa présidence notre honorable confrère, M. Barthelémy, nous saluâmes avec joie cette nomination. Nous félicitâmes l'Académie de s'être donnée un si digne représentant, et d'avoir en même temps, en plaçant à sa tête un hippiâtre, rendu en sa personne, à la médecine vétérinaire, une justice qui lui est due et que d'anciens préjugés lui refusent encore. Elle proclama par ce choix significatif la confraternité à la fois scientifique et morale de tous les hommes qui exercent l'art de guérir. Les vétérinaires auxquels on tendait ainsi la main espéreront voir enfin tomber au moins quelques-unes des barrières qui les séparent encore socialement et hiérarchiquement des médecins. Plus notamment (Gaz. Méd., déc. 1841), nous crûmes avoir de nouveaux motifs de compter sur ce rapprochement. Nous venions d'apprendre qu'un nouveau réglement, élaboré par l'administration de la guerre, allait apporter dans la condition des médecins vétérinaires de nos armées une amélioration notable. Ce projet existe, en effet ; mais l'ordonnance royale qui doit le mettre en vigueur n'a pas paru encore, quoique souvent annoncée ; on ajoute même que des résistances imprévues menacent d'en retarder indéfiniment et peut-être d'en empêcher la réalisation. Or comme on attribue à tort ou à raison ces résistances aux médecins et chirurgiens militaires, il importe de chercher quels en peuvent être les motifs, et si ces motifs peuvent ou non être considérés comme légitimes dans l'état actuel de l'opinion publique médicale.

Et d'abord, en quoi consiste la mesure projetée ? A classer les vétérinaires *en premier* dans l'état-major du régiment, dont ils sont exclus, et d'assimiler sous ce rapport leur position à celle des chirurgiens. Voilà tout ce dont il s'agit.

Les raisons qui ont déterminé le gouvernement à donner aux vétérinaires de nos armées cet avancement hiérarchique, valent la peine d'être indiquées. Il a eu en vue en ceci, non de pures considérations morales, mais un intérêt direct, immédiat et pressant du service. Il suffit, pour le faire comprendre, de rappeler quelques faits.

La première fondation de nos principales écoles vétérinaires remonte déjà à près d'un siècle. Elle eut lieu en 1763. A cette époque, il n'existait encore ni enseignement, ni science vétérinaires, et l'exercice de l'art, dénué de principes et d'études régulières, était exploité par des homme illetrés pour la plupart, et n'ayant d'autre instruction qu'une sorte de routine empirique traditionnelle. Aux armées, le traitement des chevaux dans la cavalerie était confié aux *maîtres-maréchaux* du régiment, qui, dans la hiérarchie militaire, étaient assimilés aux maîtres-bottiers, tailleurs, etc., et avaient, comme ceux-ci, le rang de *maréchal-des-logis*. Tel est le réglement qui régissait alors la médecine vétérinaire militaire, et qui, résistant aux vicissitudes, aux révolutions et innovations que toutes les institutions politiques, civiles et militaires, ont subi depuis cinquante ans, subsiste encore aujourd'hui. Il est évident cependant que cette assimilation de la médecine vétérinaire actuelle aux autres services purement mécaniques,

ques sujets, cet état muqueux, très prononcé, était remplacé par des phénomènes bilieux, qui l'étaient plus ou moins. Dans la plupart des cas, il y avait inappétence et besoin de repos. Quelques sujets cependant continuent de prendre des alimens et de se livrer à leurs occupations habituelles. La troisième modification que nous signalerons, c'est la plus grande fréquence des troubles intestinaux, des accidens diarrhéiques et dysentériques, qui, comme les autres formes de la maladie, sont presque toujours accompagnés, dès le début, et même souvent précédés par les phénomènes généraux de prostration, de courbature et par la fièvre.

Après avoir signalé les légères modifications qu'ont éprouvées les maladies qui règnent en ce moment parmi nous, nous devons faire remarquer qu'elles n'atteignent que des circonstances pour ainsi dire accessoires, et que les phénomènes principaux restent toujours les mêmes, ou même se prononcent de plus en plus. En effet, si on suit, chez les personnes qui apprécient leurs sensations et qui savent en rendre compte, le développement de ces accidens de diverse nature, il est impossible de méconnaître ici une influence générale, qui non seulement agit à la fois sur un nombre considérable d'individus, mais encore frappe d'une manière toute spécifique sur l'économie, et à la manière des constitutions médicales les plus prononcées, des épidémies les plus graves, avant qu'apparaissent les phénomènes locaux par lesquels elles se terminent.

Cette succession de phénomènes de diverse nature, qui bien certainement dépendent tous d'une seule et même cause, ou d'une seule et même série de causes, quoiqu'elle n'offre ni intensité dans les accidens, ni gravité dans les résultats, et la durée de la maladie n'en appelle pas moins l'attention; car elle nous fournit un exemple certain d'une constitution médicale qui se maintient pendant longtemps, sous des influences atmosphériques très variées, frappant toutes les classes de la société indifféremment, et échappant par conséquent à toutes les explications prises exclusivement dans l'élévation ou l'abaissement de la température dans l'usage de certains alimens, dans des habitudes particulières. Quelle que soit la cause inconnue ou la série de causes de ces phénomènes complexes, elle n'en réclame pas moins l'attention de l'observateur; car, supposez qu'elle eût agi avec plus d'énergie (rien ne repousse cette hypothèse), et, au lieu de maladies sans aucune gravité, disparaissant seules et sans traitement au bout de quelques jours, et ne laissant que de faibles traces de leur passage, nous aurions une constitution médicale grave, imprimant son cachet de gravité à toutes les affections de l'époque, et dominant toutes les autres influences auxquelles les maladies, dans le cours ordinaire des choses, sont soumises. Supposez un degré de gravité de plus, et toutes ces maladies, qui, sous l'influence d'une constitution médicale très prononcée, offraient encore leurs symptômes spéciaux et n'avaient de commun que les caractères de la constitution, ne présenteront plus qu'une seule et même forme pathologique, une seule maladie qu'on désignera alors du nom d'épidémique.

Rien n'annonce que cette aggravation soit à redouter, bien que des fièvres éruptives assez graves augmentent encore en ce moment le nombre des malades; mais il n'en est pas moins utile de suivre le développement et les variations de ces constitutions médicales, qui ne restent pas toujours benignes, et surtout d'aller à la recherche de l'inconnue que nous signalions à l'instant, de la cause ou des causes qui exercent une influence si puissante sur les phénomènes de la vie.

CHIRURGIE HISTORIQUE.

RECHERCHES HISTORIQUES SUR LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DU BÉGAIEMENT; par M. BOURGERY (1).

Si la révélation faite par M. Velpeau, que l'opération du strabisme aurait pu, quoique très imparfaite, avoir été pratiquée il y a un siècle, a néanmoins singulièrement étonné le public et nous tout le premier, voici, quant au bégaiement, des documens historiques bien autrement importans, précis et circonstanciés, qui ne peuvent manquer d'intéresser le public médical. C'est à M. le docteur E. Joubert, qui s'est occupé de cette recherche, que nous devons les renseignemens curieux, d'où il résulte positivement que, sous tous les aspects, quant à l'étiologie, les conditions anatomiques de la langue, l'opération qu'elle réclame, les accidens qui en résultent, les récidives qui en sont la suite, et jusqu'aux moyens de prévenir ces dernières, rien en un mot de ce que nous commençons à savoir du bégaiement, n'a été ignoré des anciens et même des deux derniers siècles; que les mêmes espérances ont amené les mêmes tentatives suivies des mêmes désappointemens, mais pas assez forts pour y avoir renoncé: de sorte que, ce sujet, en apparence aujourd'hui si nouveau, est pourtant, comme l'exprime l'adage vulgaire, littéralement renouvelé des Grecs. Mais, par une circonstance assez singulière, nous allons voir que les mêmes données semblent s'être reproduites à plusieurs fois, sans aucun souvenir scientifique de ce qui avait précédé; si bien qu'à chaque réapparition de la même doctrine, à de longs intervalles, elle a pu paraître nouvelle, comme l'illusion en dure encore dans le public, quant à ce qui se passe aujourd'hui.

Voici donc le résultat des recherches historiques de M. le docteur E. Joubert sur les auteurs originaux.

Galien, dans de nombreux passages, et sous différens noms, traite de la question qui nous occupe; il connaît les modifications anatomiques de la langue, épaisseur, induration, raccourcissement, qui font balbutier ou bégayer les sujets affectés de ces vices de conformation. Il emploie, comme à l'ordinaire, des moyens nombreux, même la cautérisation. Mais nous n'avons pu reconnaître dans cet illustre auteur, et les écrivains ultérieurs n'y ont rien signalé qui se rattache à l'incision.

Après de quatre siècles de distance, nous trouvons *Aëtius* si explicite, en ce qui concerne le bégaiement, qu'il ne laisse en quelque sorte plus rien à désirer; en voici la traduction:

« *Des ancyloglosses* (2) *et de ceux qui peuvent à peine parler* (3).

(1) Cette note fera partie de la prochaine livraison du grand ouvrage de MM. Bourgery et Jacob.

(2) De αγκυλος, courbé, et γλῶσσα, langue.

(3) ÆTIUS *tetrabibli* II, *Sermo quartus*, *cap.* XXXVI.

De ancyloglossis, et qui vix loqui possunt.

Ancyloglossi quidam fiunt ex nativitate, quidam vero ex aliqua affectione: Ex nativitate fiunt, quum membranæ inferiores, quibus lingua innititur, duriores et mutilæ è natura sunt productæ. Ex affectione autem ancylosis et incur-

---

constitue une étrange anomalie. Tant que les maîtres-maréchaux n'ont eu ni science, ni instruction, ni éducation libérale, ils n'ont pas songé à se plaindre de cette position hiérarchique. Ils se sentaient à leur place et ils y restaient. Mais, lorsque par suite de ses progrès toujours croissans et de son grand développement, l'art hippiatique, jusque-là borné à un petit nombre de pratiques empiriques, devint une véritable science, un changement correspondant et proportionnel eut lieu dans l'instruction, dans les lumières, dans l'éducation scientifique et morale des hommes qui s'y destinaient. Ces hommes, nourris dans nos écoles d'études longues et laborieuses, pourvus de connaissances médicales étendues et variées, ne sont plus ces maîtres-maréchaux d'autrefois; et cependant les réglemens les maintiennent encore dans les rangs les plus bas de la hiérarchie des professions. Il leur est interdit de sortir du grade inférieur qu'ils partageaient avec les gens de métier. Quels que soient leur instruction, leur zèle, leurs services, ils sont et demeurent nécessairement *sous-officiers*. C'est là une anomalie choquante et un véritable anachronisme.

Aussi qu'est-il arrivé? Le droit et le fait étant dans une contradiction aussi évidente, les vétérinaires des armées ont commencé depuis plusieurs années à se lasser d'une carrière où ils ne trouvaient pas, à défaut de la fortune, des compensations suffisantes en considération et en dignité. Ceux pour qui cet état d'infériorité légale, qui à l'armée n'est pas une simple fiction, est trop difficile à supporter, abandonnent le service et vont chercher dans la pratique civile les avantages et la considération qui leur sont refusés dans les régimens. Ceux qui prennent ce parti sont assez nombreux, et il se trouve, en outre, que ce sont les meilleurs sujets. Il est naturel, en effet, que les plus capables soient toujours ceux qui, d'une part, reconnaissent le plus tôt et sentent le plus vivement l'insuffisance de leur position, et, d'autre part, ont assez de confiance dans leurs forces pour se lancer dans une carrière indépendante. On conçoit dès-lors combien le service de l'armée a dû se ressentir à la longue de la perte de tant de bons vétérinaires.

L'administration de la guerre s'est aperçue de ce fait; elle en a reconnu la gravité. Elle a vu avec inquiétude que les vides laissés dans les cadres par la disparition des sujets distingués n'étaient remplis que par des médiocrités désespérantes, et elle s'est cru menacée dans un avenir plus ou moins prochain d'une disette absolue de talens et de capacités. Elle s'est alors émue, et c'est pour obvier à cette désertion continue, qui l'effrayait, qu'elle a pris la mesure dont il est maintenant question. Elle espère par là retenir à l'armée l'élite des hommes de l'art, qui lui échappe, en leur y faisant une place plus digne et plus honorable; et il paraîtrait que ses prévisions à cet égard ne seraient pas trompées, car les vétérinaires ont recueilli l'annonce de ce projet avec des témoignages non équivoques de satisfaction, ce qui prouve qu'il réalise un de leurs vœux et qu'il aurait les conséquences qu'en attend le gouvernement.

Si on se place pour examiner cette mesure sur un terrain neutre, et en dehors de toutes les influences professionnelles et autres qui peuvent fausser l'opinion, on ne peut s'empêcher d'approuver l'esprit de cette mesure. Elle se borne à faire passer dans le droit ce qui est déjà dans le fait, à supprimer dans la loi une inégalité qui, depuis assez longtemps, n'est déjà plus dans les choses, c'est de la justice, et cette justice est en même temps de la prudence.

Tel est du moins le point de vue sous lequel elle s'offre à nous et que nous

« Parmi les bègnes, les nns le sont de naissance, les antres par l'effet de qnelque maladie. Ceux-là sont bègues de naissance, chezlesqnels, par le fait de la nature, les membranes inférieures qui fixent la langue sont dures et contractées. L'ancylose et l'incurvation de la langue, par suite de maladie, sont le résultat d'une ulcération qui laisse sous cet organe nne cicatrice dure. Ceux qui en sont affectés parlent difficilement, raison pour laquelle ils sont appelés, par les Grecs, Mogilali. Les ancyloglosses de naissance d'abord bésitent longuement lorsqu'ils veulent commencer à parler, mais enfin, l'obstacle vaincu, ils parlent avec assez de volubilité; cependant s'il se présente, dans la composition des mots ou des verbes, une nouvelle cause de difficulté, comme en produit la rencontre fréquente des lettres r, l ou k, ceux-là ne peuvent être positivement guéris que par la chirurgie. Pour y parvenir, il faut faire asseoir le malade, et lui faire relever la langue vers le palais, et si, en effet, les membranes se présentent à l'état d'incurvation, il faut les saisir avec un crochet et les tendre pour les couper, ayant bien soin de ne pas comprendre dans la section les veines sous-jacentes; mais si une cicatrice est cause de cette infirmité, il faut également la saisir et la tendre avec l'érigne, et tout ce que l'on trouve d'induré à la surface des chairs vives doit être divisé. L'opération terminée, on absterge la plaie avec de l'eau froide ou de l'oxycrat. Ensuite on la saupoudre d'encens, et y applique une tente de charpie roulée. Les jours suivans, on traite la plaie par des lotions émollientes, ou bien on enduit les surfaces d'onguent égyptiac, et on y réapplique des brins de charpie contournés, afin que, par lenr interposition, la plaie se guérisse avec écartement pour ne pas laisser se former une nouvelle cicatrice semblable à la première. »

Le texte de *Paul d'Egine* n'est pas moins cnrieux, non qu'il exprime rien de plus particulier; mais en ce que les détails sur lesquels il insiste sont différens. Suit la traduction.

« La stricture (*ligatio*) de la langue, que les Grecs appellent ancyloglosse, tantôt survient naturellement, et alors elle a pour cause première l'endurcissement et la contracture des membranes qui retiennent la langue; tantôt provient d'une cicatrice indurée succédant à une ulcération. Ceux qni ont cette infirmité par le fait de la nature se reconnaissent par cela même qu'ils font avec lentenr des efforts ponr commencer à parler, en même temps que la tension sous la langue devient plus apparente; tontefois une ulcération de la langue n'ayant point précédé. Ceux, au contraire, qui ont ce vice acquis offrent une cicatrice évidente (1). Le malade étant assis sur une chaise, et la langue relevée vers le palais, on divise le lien membranenx par nne plaie transversale. Que si la stricture provient de quelque cicatrice, transperçant avec un crochet la partie supérienre de la callosité ponr l'attirer à soi, par nne double section latérale, nons faisons cesser la déligation de la langue, avec le soin tontefois de ne point inciser les parties profondes, car nne bémorragie, qn'on ne pent arrêter, en est fréquemment la snite. L'opération terminée, on doit absterger la plaie avec de l'eau froide ou de l'oxycrat, etc. »

On le voit, rien de plus clair que ces textes de deux anteurs des sixième et septième siècles. Aucune circonstance ne manque, pas même la mention des récidives et des moyens de la prévenir ou d'y remédier.

A partir de ces temps reculés, nous ne connaissons rien dans les auteurs qui ait trait à l'ancyloglosse. Il faut franchir tout le moyen-âge pour en voir le nom reparaître au milieu de toutes les résnrrections de l'antiquité, non qu'à notre avis, pendant neuf siècles, la notion ait dû en être complètement perdne, mais du moins semble-t-il qu'elle avait disparu des livres usuels et de l'enseignement pour se réfugier dans la traditiou. Le premier des écrivains de la renaissance, dans les ouvrages duquel se trouve reproduite la doctrine d'*Aëtius*, c'est notre joyeux, mais si savant *Rabelais*, le collectenr et le révélateur de toutes les idées dans la science, comme il a été le metteur en œuvre de tous les élémens de notre langue (2).

En extrayant, dans son récit, le sérieux du bouffon, il est de toute évidence que, non seulement lui, mais la Faculté de Montpellier, au commencement du seizième siècle, connaissait l'opération de l'ancyloglosse et même son application aux muets (3).

A moins d'un siècle de distance, nous allons voir un grand chirurgien de la fin de la renaissance reproduire tous les faits qui nous sont déjà connus, et dont il emprunte la notion première à un opérateur ambulant.

---

vatio linguæ contingit, præcedente ulcere, et cicatrice dura sub lingua relicta. Qui hoc modo affecti sunt, difficulter loquuntur, quare etiam Mogilali à Græcis sunt appellati. Qui vero ex natura ancyloglossi existunt, principio quidem tarde in sermonem prorumpunt, ubi vero loqui cœperint, citra obstaculum et satis festinanter loquuntur. Impediuntur tamen in prolatione nominum aut verborum, quorum aliàs difficilis pronuntiatio existit, veluti in quibus r, aut l, aut k, litteræ, frequenter occurrunt : hos sane adhibita manu per solam chirurgiam curare oportet. Ad eam itaque perficiendam ægrum desidere oportet, eiusque linguam sursum ad palatum attollere : et si quidem membranæ ipsæ curvitatis causa existant, incurvo uncino eas apprehensas et extensas excindere, animadversione habita ne simul subjacentes venas dissecemus. Si vero curvitatis cicatrix causa fuerit, similiter uncino apprehensa extendatur, et quicquid durum adest, et quod cum naturali carne non consentit excindatur. Ab opere autem patrato aqua frigida aut posca os colluant. Postea inspergatur manna thuris, imponantur que linamenta convulsa : Sequentibus vero diebus curetur ulcus collutione aquæ mulsæ, aut illitione unguenti Ægyptii, linamentis convulsis simul impositis, ut per eorum intersitium cicatrix diducta, coalescat, neque rursus eadem cicatrix relinquatur.

PAULI ÆGINETÆ OPUS DE RE MEDICINA, per JOANNEM GVINTERIVM ANDERNACUM.

(1) *De ligatione linguæ quod ancylion dicitur*, liber IV, cap. XXIV.

Texte de l'opération. Collocari debet ægrotus in sedili ea figura ut linguam ad palatum suspendeat, et nerveum illud vinculum transversa plaga incidetur. Quòd si ex cicatrice aliqua ligatio provenerit, hamulo transfixum, superiorem callum extrahemus, ac laterali facta divisione ligationem solvimus, cura adhibita ne particulas altè latentes incidamus. Nam sanguinis profusio quæ sisti nequeat frequenter inde secuta est. Post hæc aqua frigida aut posca vulnus debet elui, etc.

(2) L.-J. DELÉCLUZE, *François Rabelais*, 1483-1553. Paris 1841.

(3) Tout le monde connaît ce passage si comique du PANTAGRUEL (liv. III, ch. 34), que nous a rappelé fort à propos notre bon ami M. F. Dubois, d'Amiens. « Ie ne vous auoys oncques puys veu que iouastes a Montpellier auecques noz anticques amys Ant. Saporta, Guy Bouguier, Balthazar Noyer, Tolet, Ian Quentin, Françoys Robinet, Ian Perdrier et Françoys Rabelays, la morale comedie de celluy qui auoyt espousé une femme mute. Ie y estoys, dist Epistemon. Le bon mary vouloyt que elle parlast. *Elle parla par lart du medicin et du chirurgien qui luy coupparent vng ancyliglotte que elle auoyt soubz la langue.* La parolle recouuerte, elle parla tant et tant que son mary retourna au medicin pour remède de la faire taire, etc. »

---

croyons être celui de la majorité des médecins éclairés. Cependant il paraîtrait, comme nous le disions en commençant, que ce projet a éveillé des susceptibilités dans le corps des médecins et chirurgiens militaires. On le dit du moins; on va plus loin, et on assure que ce n'est qu'à cette opposition décidée qu'il faut attribuer l'ajournement de la mesure. Mais quelque fondés que paraissent ces bruits, nous ne pouvons y croire, et dans le cas où ils le seraient réellement, nous ne pourrions approuver ni partager l'opinion des opposans.

Il n'y aurait, en effet, pour justifier cette opposition, qu'une bonne raison à donner; ce serait de dire qu'en *fait*, dans l'état actuel des choses, il n'y a ni abus, ni injustice, ni inconvenance, et que l'inégalité légale existante est justifiée, comme autrefois, par une inégalité réelle; et que cette inégalité réelle est telle qu'on ne peut la détruire arbitrairement par une égalité fictive, sans troubler les rapports naturels et légitimes des choses et des personnes. C'est là probablement aussi ce qu'on dira. Mais est-ce bien là la vérité? N'est-il pas évident, au contraire, à moins de fermer volontairement les yeux, que les vétérinaires sortis depuis dix ans de nos grandes écoles ont un degré d'instruction et d'éducation au moins égal à celui de nos officiers de santé? Sont-ils donc tellement inférieurs en lumières et en mérite personnel aux *sous-aides* chirurgiens qu'ils ne puissent être assimilés hiérarchiquement à ceux-ci sans compromettre leur dignité et les blesser?

D'ailleurs, qu'on le remarque bien, il ne s'agit pas du tout dans le projet de l'administration d'une assimilation absolue et complète; 1° elle n'ouvre la porte de l'état-major qu'aux *vétérinaires en premier*; 2° elle les place sur la ligne hiérarchique immédiatement *à la suite*, c'est-à-dire au-dessous des chirurgiens sous-aides. Assurément la concession n'est pas exagérée; dès lors comment concevoir la répugnance dont elle a, dit-on, été l'objet? On pourrait se l'expliquer si, comme cela existe dans quelques armes étrangères, les vétérinaires devaient devenir absolument les égaux des médecins dans la nôtre; car cette assimilation possible peut-être un jour serait très probablement prématurée en ce moment. Mais dans les limites indiquées par le projet du gouvernement, elle n'aurait, ce semble, aucun sens raisonnable.

Il ne nous est donc pas permis de penser que nos confrères de l'armée aient manifesté ou veuillent manifester des susceptibilités de ce genre. Nous les croyons animés de sentimens de libéralité et d'un esprit de justice qui les mettent à l'abri de tout petits calculs, de tout petits intérêts, et, jusqu'à preuve du contraire, nous nous refusons à admettre qu'ils voulussent repousser de leur société des hommes si près d'eux par l'analogie ou la presque identité des études qui leur sont communes, et dont un grand nombre ont une valeur et des mérites personnels acceptables partout, et qu'ils le voulussent par la seule raison qu'on les appelait jadis des maréchaux.

En exprimant cette opinion sur une question aussi délicate, nous ne croyons être que les interprètes de la pensée générale du public médical; et c'est cette conviction seule qui nous porte à la présenter avec quelque confiance. Dans tous les cas, on nous saura gré peut-être d'avoir appelé, sur cet objet, l'attention de nos lecteurs.

Une observation d'une bien autre importance, c'est que Fahrice de Hilden n'opère pas seulement pour cause de bégaiement, mais aussi, sans connaissance du renseignement fourni par Rabelais, et seulement guidé par ses inspiratioos personoelles, pour cause de mutisme congénial, indication qui, jusqu'à présent, n'a pas encore été saisie par les chirurgiens de nos jours.

Fabrice de Hilden, dans sa vingt-huitième observation adressée à Grégorius Horstius, et qui a pour titre : DANGERS DE LA SECTION DU LIGAMENT SUBLINGUAL, recommande d'agir prudemment en opérant ; mais, avant tout, de bien s'assurer si l'ancyloglosse est, ou non, dans le cas d'être opéré. Souvent, en effet, une cause toute autre qu'un lien sous la langue empêche les enfans de prononcer ou de parler ; la langue alors n'est retenue par aucun ligament. C'est pour prouver le danger de l'opération faite dans ce cas sans nécessité, qu'il cite l'exemple suivant (1).

« Au mois de mai 1608, un enfant de 2 ans qui était muet me fut présenté afin que je lui fisse l'opération du filet ; mais, ne lui trouvant aucun lien fibreux sous la langue, je refusai de l'opérer. Un mois après, l'enfant fut amené à un empirique ambulant. Celui-ci persuada aux parens que la langue était retenue par un ligament fibreux (nerveum) très dur, mais qu'il rendrait facilement la parole à leur enfant, moyennant un prix convenu. La somme livrée, l'enfant est placé sur les genoux d'une matrone. Alors notre charlatan fit dégager la langue par une incision profonde qui, de la partie antérieure, s'étendait à droite et à gauche de cet organe, ainsi, ajoute l'aoteur, qu'il m'a été assuré par les assistans. « Tum impostor linguam ex utraque et anteriore parte altè, ut mihi ab odstantihus relatum fuit, separavit. » Malheureusement cette opération n'eut point le succès désiré, l'enfant fut pris de convulsions et resta infiltré pendant quelque temps. » Toutefois Hildanus fit des expériences à ce sujet qui, plus tard, furent couronnées de succès, et l'enhardirent enfin à opérer son frère utérin : voici son récit : « Mon frère utérin, étant enfant, était arrivé jusqu'à l'âge de 4 ans, sans pouvoir prononcer une seule parole. Comme j'exerçais auprès d'un chirurgien fort répandu, et que presque chaque jour je pratiquais avec honheur la section des ligamens de la langue, il me vint à l'idée, de retour à la maison paternelle, d'ohserver la langue de mon frère. Je trouvai alors le ligament moyen si épais et si contracté, qu'à peine la langue pouvait atteindre les dents antérieures. « Tum mediante ligamento crasso spissoque linguam adèo annexam inveni, ut ipsa vix dentes anteriores attingere posset. » Ce ligament fut coupé avec le plus de soin qu'il me fut possible ; ensuite j'eus soin, trois et quatre fois par jour, d'enduire la plaie de miel rosat. Deux mois après la première opération, trouvant le ligament réuni de nouveau, j'eus recours à une opération analogue à la première. « Quapropter eodem modo ut prius processi. » Grâce à Dieu, je fus si heureux, que peu de temps après mon frère commença à parler, et depuis, Dieu merci ! il parle et articule on ne peut mieux (2). »

Fabrice de Hilden termine en décrivant sa manière de procéder.

« Cette observation est exempte de dangers, pourvu qu'elle soit faite convenablement ; il faut surtout avoir soin de ne pas inciser trop profondément. La langue étant relevée, avec la pointe des ciseaux je coupe le ligament le plus souvent en deux, quelquefois en trois endroits : de cette manière, la réunion est plus difficile que si l'on n'avait fait qu'une seule incision. Mais je coupe seulement ce qui est fibreux (*nerveum*), en atteignant à peine la chair (génio-glosses). Si, par cette première voie, on n'a pas assez coupé, ou s'il y a réunion, on peut alors avoir recours à la même opération.

» Le ligament coupé, je recommande à la nourrice de porter très soovent dans la plaie un doigt enduit de miel rosat ou commun, et de relever doucement la langue, afin de s'opposer à l'agglutination et à la réunion des parties divisées (3). »

Cette narration de Fabrice de Hilden est singulièrement curieuse ; il emploie l'expression grecque d'ancyloglosse, et cependant rien ne prouve

(1) Fabrice de Hilden, *Observatio* XXVIII, *Centuria* III.

(2) Res dei beneficio ita feliciter cessit, ut brevi loqui inciperet, tandemque et huc usque, laus Deo, vocem optime proferre et articulare posset.

(3) *De ligamenti sub lingua periculosa sectione.*

« Vacat autem omni periculo operatio hæc, dummodo rectè administrata fuerat, præcipuè autem perspiciendum convenit, ne nimis profundè incidatur ; ego elevata lingua, apice forfi ulum ligamentum ut plurimum in duobus, non nunquam et in tribus locis incido ; sic enim difficilius coalescit iterum, quam si in uno tantummodo loco incisio facta est : incido autem tantummodo quicquid nerveum est, ita ut carnem vix attingam, quod si prima vice non satis abscissum, aut iterum annexum fuerit, poterit postea eadem operatio administrari ; inciso ligamento, jubeo ut nutrix sæpissime digito melle rosaceo, aut communi madefacto, linguam blandè elevet; sic enim agglutinatio atque consolidatio impeditur. »

qu'il ait eu connaissance de l'opération pratiquée dans l'antiquité romaine. Au lieu de cela, c'est par un charlatan que lui en vient la première notion ; il s'inspire de ce que cet homme a fait, et y apporte, dans l'opération pratiquée sur son frère, les modifications qu'il juge convenables. Les conseils qu'il donne ensuite, et la manière dont il les présente, suffiraient à prouver qu'il a souvent eu recours à cette opération pour des causes variées, si déjà l'on n'avait à cet égard sa déclaration expresse, le fait unique rapporté plus haut n'étant qu'un exemple singulier entre plusieurs autres (1). En outre, chose remarquable, il réitère la section à plusieurs reprises, si d'abord il n'a pas assez coupé. Or, comme la première fois il ne fait qu'effleurer les génio-glossea, on peut donc induire de ses expressions que, dans les opérations subséquentes, il entame au besoin la substance de ces muscles. Enfin, il a eu connaissance des récidives, et pour les empêcher de se produire, il détruit ou ordonne de détruire avec le doigt la cicatrice à mesure qu'elle tend à se former. En un mot, dans ce texte simple et clair, se trouvent nettement formulés le procédé et les modifications qu'a retrouvés de nos jours M. Amussat, et auxquels ce chirurgien attribue avec raison les succès qu'il invoque en faveur de sa pratique.

Toutefois, en restituant à l'art chirurgical ces anciennes conquêtes de nos devanciers, notre intention n'est nullement de frustrer M. Amussat des éloges qui lui sont dus ; bien au contraire : comme, en fait d'invention, le mérite est le même à toute époque, et qu'une idée originale ne saurait rien perdre de sa valeur parce que d'autres l'auraient eue déjà autrefois, nous croyons faire plaisir à M. Amussat en publiant une théorie et des faits anciens qui viennent corroborer sa pratique et la fortifier de l'assentiment antérieur de l'un des plus grands chirurgiens de la renaissance, comme aussi nous espérons, par cette réhabilitation, relever la confiance ébranlée de nos chirurgiens, et les encourager à faire de nouveaux efforts pour ne pas laisser encore une fois retomber dans l'oubli une opération qui, étudiée avec persévérance et pratiquée avec sagesse, est peut-être appelée à prendre rang parmi les plus véritablement utiles.

Au reste, et pour tirer tout le parti convenable de ce texte de Fabrice de Hilden, si fécond en quelques lignes, nous invitons les chirurgiens à joindre leurs efforts aux nôtres pour étudier profondément l'application de la myotomie sub-linguale au mutisme congénial. Cette infirmité peut provenir de deux organes très différens, l'oreille et la langue. En d'autres termes, si, parmi les muets de naissance, il en est qui ne sont muets que parce qu'ils sont sourds, il en est d'autres aussi dont le mutisme a pour cause un vice de conformation exagéré de la langue qui ne permet à ces malheureux de s'exprimer que par des gloussemens inintelligibles.

A l'appui de cette assertion, indépendamment du frère utérin de Fabrice de Hilden, nous pourrions citer tant d'autres faits qui pullulent dans les auteurs, si les exemples de muets non sourds n'étaient pas tellement nombreux que chacun de nous a pu en rencontrer. Et si le dix-huitième siècle, aux acclamations de ses poètes et de ses philosophes, a pu se croire à sa naissance hautement glorifié lorsque, pour la première fois, par la main de Cheselden, l'art a gratifié de la vue les aveugles-nés, c'est pour le nôtre un noble sujet d'émulation et un motif d'espérance, en fécondant l'héritage intellectuel des siècles qui nous ont précédés, de parvenir à faire parler les muets.

Pour terminer cet historique des faits antérieurs à notre époque, nous n'avons plus que quelques mots à ajouter.

Après Fabrice de Hilden, il paraît que l'opération continue à rester dans la pratique. On trouve dans Dionis, écrivant à plus d'un demi-siècle de distance (1672), le passage suivant : « On voit souvent des enfans qui bégaient à l'âge de 4 ou 5 ans, parce que leur langue n'a pas la facilité de se remuer pour articuler et prononcer distinctement; on doit alors donner *deux ou trois petits coups de ciseaux en différens endroits* pour la débrider, et par ce moyen rendre à cet organe la liberté de se promener dans toute la bouche, etc. »

Un peu plus tard, Heister n'est pas moins explicite.

Il arrive, dit-il, quelquefois aux adultes de ne pouvoir prononcer facilement, parce que les membranes situées sous la langue sont trop courtes ou trop contractées; l'opération est alors le plus souvent nécessaire pour les guérir.

Enfin, dans le siècle dernier, l'auteur de l'article *Ancyloglossum* (DICTIONNAIRE UNIVERSEL DE MÉDECINE de James), après s'être inspiré des textes précédens, qu'il cite et résume par centons, donne les détails suivans sur l'opération telle qu'il la pratique : Il faut, de la main gauche, soulever un peu le bout de la langue, la prenant avec un linge, de peur qu'elle ne glisse des doigts, ou même avec une petite fourche faite ex-

(1) Denique de ancyloglossis inter cætera exemplum unum non volgare habeo.

près ; ensuite on coupera du frenulum, avec des ciseaux dont chaque pointe sera terminée en bouton, ce qu'on jugera nécessaire, pour qu'il ne reste plus d'obstacle qui empêche l'enfant de téter et de parler. On pourra aussi se servir d'un bistouri, en avançant entre les veines ranines et les conduits salivaires inférieurs ; mais il faudra le faire avec beaucoup de précautions, de crainte de couper en même temps les conduits salivaires, les veines ranines ou les nerfs de la langue ; car quand ils sont offensés, il en arrive des suites terribles. »

Tels sont, concernant l'opération du bégaiement, les documens authentiques à notre connaissance qui ont précédé la prétendue application nouvelle de myotomie qui est venue l'année dernière étonner le public médical.

De tout ce qui précède, il résulte, comme nous l'avons dit en commençant, que le bégaiement, considéré dans son étiologie comme la même affection que le filet, à un degré plus prononcé, a été parfaitement connu dans ses causes et son mode de traitement chirurgical, depuis la fin de l'antiquité latine, et que, si une lacune semble s'offrir entre le bas empire et la renaissance, il est probable que la mémoire des faits se sera transmise par l'intermédiaire des Arabes, de l'antiquité au moyen âge, pour être recueillie par Fabrice de Hilden à la renaissance, sous la forme ordinaire de traditions populaires.

Enfin, de la lecture des trois derniers auteurs que nous venons de citer, il paraît résulter qu'au milieu du siècle dernier, l'opération du bégaiement entrait dans la pratique usuelle, sans toutefois qu'on y mît beaucoup d'importance, et comme rien ne prouve que les récidives aient mis les chirurgiens dans la nécessité d'y renoncer, on ne comprend pas pourquoi le souvenir s'en était complètement effacé.

Quoi qu'il en soit, après un nouvel oubli d'un siècle, c'est donc bien réellement à M. Dieffenbach que l'on doit la réapparition de l'opération du bégaiement. Quelque blâme que nous soyons contraint de verser sur sa méthode, l'idée mère au moins lui appartient aussi originale, en raison de l'ignorance commune du passé, que si aucun chirurgien n'y avait songé avant lui, et la manière même dont cette idée lui est venue ne permet aucun doute sur la réalité de l'invention en ce qui le concerne.

De l'aveu de tous, avant le mois de février 1841, personne ne songeait à opérer les bègues. On en était réduit aux méthodes physiologiques plus ou moins ingénieuses de madame Leigh, de MM. Malbouche et Colombat, de l'Isère. Tout au plus, ce dernier ajoutait-il quelquefois à sa méthode la section du frein, lorsque le JOURNAL DES DÉBATS, dans son numéro du 1er février 1841, annonça qu'une découverte du professeur Dieffenbach excitait à Berlin l'attention générale. « Ce chirurgien, disait-on, a trouvé le moyen de guérir le bégaiement par une incision dans la langue : l'opération a complètement réussi. Suivant M. Dieffenbach, le bégaiement provient d'une impossibilité d'appliquer la langue au palais. Son procédé consiste à faire cesser cet inconvénient. » L'annonce de cette découverte produisit une grande sensation parmi les chirurgiens à Paris. La lettre de M. Dieffenbach n'étant pas encore connue, chacun, dans l'ignorance des détails de sa méthode, s'ingénia pour en trouver une. Si l'on peut en croire M. Phillips, qui s'est fait l'historien de cette époque, le premier il aurait opéré deux sujets le 6 février, et le surlendemain il en aurait écrit à l'Académie des sciences. Que ce chirurgien soit véritablement l'auteur de son procédé, ou qu'il lui ait été communiqué, nous l'ignorons ; toujours est-il qu'on ne peut s'empêcher d'y reconnaître une méthode originale, puisqu'il transportait aux muscles sous-linguaux une opération, pratiquée d'abord par M. Dieffenbach à la face dorsale, aux dépens des muscles intrinsèques. Au 14 février se rapportent les observations de MM. Velpeau et Amussat ; puis en mars celles de M. Baudens. Bientôt enfin, les tentatives et les procédés se multipliant, l'opération du bégaiement put commencer à entrer dans l'enseignement. Jusqu'à quel point des confidences échangées entre divers chirurgiens, suivant l'aveu de M. Phillips lui-même, auraient-elles concentré en commun les idées sur la méthode opératoire sous-linguale, qui deviendrait alors la propriété de tous ? Nous ne saurions le dire. Toutefois, cette méthode en elle-même est remarquable, en ce qu'elle constitue une réapparition des procédés anciens et qu'elle forme la base de ceux de nos jours qui paraissent devoir être conservés.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS DES DÉPARTEMENS, DE LA BELGIQUE ET DE LA RUSSIE.

(SUITE ; voir le dernier numéro.)

VI. ANNALES ET BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE GAND.

Les numéros de novembre et décembre 1841 et de janvier et février 1842 contiennent les mémoires originaux suivans : 1° *Considérations sur l'iatraleptie* ; par M. Lemarchand. 2° *Observations pratiques sur le fongus du rectum, compliquant les hémorroïdes* ; par M. Martin le jeune, de Lyon. 3° *Note sur l'emploi de l'aimant en médecine* ; par M. Beydler. 4° *Du cancer du foie et de la rate* ; par M. Staequez. 5° *Rapport au président de la commission médicale de la Flandre orientale sur une épidémie de fièvres typhoïdes à Meire, Erpe et communes environnantes* ; par M. Mareska. 6° *Lettre médicale sur la Hollande* ; par M. J. Guislain. 7° *De l'emploi de l'attelle latérale dans le traitement du pied-bot varus* ; par M. Putzeys. (Rien qui mérite d'être reproduit.) 8° *Des rapports de l'oreille interne et du cervelet* ; par M. A. Burggraeve. 9° *Observation de varioles qui se sont manifestées le huitième et le neuvième jour de l'inoculation de la vaccine, et qui ont été suivies de la cessation de la contagion ainsi que de la maladie* ; par M. J. Puls.

OBSERVATIONS OPHTHALMOLOGIQUES ; par M. PAMARD.

Nous croyons devoir rapporter avec détails l'observation suivante ; la maladie dont elle offre un exemple est, en effet, assez rare pour la rendre digne d'intérêt, de quelque manière qu'on veuille expliquer son mode de développement. Voici le fait :

OBS. — Un berger, âgé de 28 ans, n'ayant jamais eu de mal aux yeux, battait le briquet, lorsque tout à coup il sentit qu'un corps étranger pénétrait dans son œil. Il se manifesta une ophthalmie peu intense, qui dura huit jours et s'accompagna d'un trouble dans la vision, lequel persista après la disparition des phénomènes inflammatoires. Notons que, dès le lendemain, il avait cru, en regardant dans un miroir l'œil affecté, y découvrir un poil qu'il chercha vainement à enlever. Quatre médecins, appelés un peu plus tard, et à diverses reprises, reconnurent tous l'existence de ce poil, mais sans pouvoir préciser s'il était entre les lames de la cornée ou dans la chambre antérieure.

Lorsque ce jeune homme vint consulter M. Pamard, quatorze mois après l'accident, l'œil était exempt d'inflammation et présentait seulement à la partie inférieure de la chambre antérieure, un corps sphérique, du volume et de la forme d'un pois auquel était attaché un poil qui se dirigeait obliquement en haut et en dedans, et traversait la pupille. La contraction de l'iris était moins facile, et la vue plus incertaine que de l'autre côté. Du reste, pas de trace de cicatrice à la cornée.

Une incision faite à la cornée, comme pour l'extraction de la cataracte, permit de saisir ce corps anormal avec des pinces ; mais lorsqu'on voulut le tirer au-dehors, on s'aperçut qu'il adhérait assez fortement à l'iris. Il fallut donc, avec des ciseaux de Daviel, courbés sur le plat, inciser la partie de l'iris adhérente, le plus près possible du corps étranger ; dès lors, il fut facilement entraîné : il ne survint aucun accident, et le malade guérit rapidement.

Le corps extrait avait l'*apparence du tissu fibreux uni par du tissu cellulaire*. Le poil qui le traversait offrait, par ses dimensions, sa forme et sa couleur, l'aspect d'un des cils du malade.

A la suite de cette curieuse relation, l'auteur se demande comment on peut expliquer la présence de ce poil dans le globe oculaire. Deux hypothèses se présentent : ou un fragment du silex brisé dans l'action de battre le briquet a perforé la cornée transparente, et entraîné avec lui, en passant, un cil jusque dans la chambre antérieure, et une exsudation pseudo-membraneuse, effet de son contact irritant, aurait occasionné le développement de la substance qu'on trouva autour de lui ; ou bien ce serait un kyste pileux développé spontanément, analogue à ceux qui s'observent dans diverses parties du corps, et dont on ne se serait aperçu que lorsqu'il aurait acquis assez de volume pour gêner la vision. Ni l'auteur, ni le rédacteur, M. Florent Cunier, ne se décident pour l'une ou l'autre de ces deux explications. Quant à nous, la première nous paraît la plus vraisemblable. Elle seule, ce nous semble, peut rendre raison de diverses circonstances de l'observation, telles que l'instantanéité de la douleur, et la décroissance de l'inflammation à partir du moment de l'accident, tandis que si elle avait tenu à une lésion spontanée, cette inflammation aurait, au contraire, dû aller en augmentant ; enfin, la ressemblance du poil extrait

de l'œil avec les cils du malade. Le fait n'en est pas moins intéressant, et on peut le rapprocher de deux cas à peu près semblables que rapporte M. Cunier, et dont l'un lui est propre, et l'autre est tiré du journal de M. d'Ammon. (Vol. II, p. 81.)

CONSIDÉRATIONS SUR L'IATRALEPSIE; par le docteur LEMARCHAND.

Ce travail, dans lequel on ne trouve aucune vue réellement neuve, offre cependant l'avantage de réunir à peu près tout ce que la science possède sur cette méthode de médication, à laquelle on n'accorde pas, dans la pratique, toute la valeur qu'elle a ordinairement. Il est bien vrai qu'elle est souvent infidèle, et que la méthode endermique lui est, sous ce point de vue, bien préférable. Mais, outre que cette dernière méthode ne produit pas elle-même constamment les effets qu'on en attend, elle est douloureuse et exige, de la part du médecin, sa présence, pendant un temps dont la durée, dans quelques cas, s'accorde peu avec ses nombreuses occupations. Aussi peut-on établir d'une manière générale que, à part les cas où l'intensité de la douleur avec la gravité du danger fait an médecin un devoir d'employer immédiatement les moyens les plus prompts, on ne doit avoir recours à la méthode endermique qu'après avoir employé en vain l'iatraleptie, qui est moins infidèle qu'on ne croit communément, quand elle est entourée de toutes les précautions qui peuvent favoriser son action. L'auteur, qui n'a pas assez insisté sur les conditions qui favorisent le succès de cette médication, passe en revue quelques-uns des médicamens qui peuvent être introduits dans l'économie par cette voie, et il serait facile d'allonger encore beaucoup cette liste, comme il le reconnaît lui-même.

EMPLOI THÉRAPEUTIQUE DES PRÉPARATIONS CUIVREUSES; par MM. DE MUYNCK et GUISLAIN.

A la suite d'un rapport sur une dysenterie qui a fait beaucoup de ravages en 1840 et 1841, dans plusieurs régimens de la garnison de Gand, mais dans lequel nous ne trouvons rien qui mérite d'être signalé, sinon que le sulfate de cuivre, qui avait été conseillé et employé dans le traitement de cette affection, avait déterminé quelques accidens graves, M. de Muynck, qui blâme beaucoup cette pratique, dit pourtant qu'il n'est point de ceux qui croient qu'on doit bannir de la pharmacie toutes les préparations cuivreuses, car il pense, d'après un grand nombre d'observations qui lui sont propres, qu'elles peuvent rendre de grands services dans une foule de maladies rebelles aux moyens ordinaires. « Sur l'avis de Donat Monro, dit-il, j'ai donné le sulfate de cuivre dans des fièvres intermittentes rebelles, et je l'ai donné avec un plein succès. J'ai réussi à combattre, avec le cuivre ammoniacal, certaines affections nerveuses, contre lesquelles tous les autres moyens avaient échoué. Les gargarismes cuivreux rendent de grands services dans la phthisie laryngée. Je me rappelle deux cas de mélancolie religieuse où j'ai donné, d'après les conseils de M. Guislain, le sulfate de cuivre, avec un succès au-delà de toute atteinte. » M. Guislain ajoute aussitôt : « Je me hâte de dire que l'idée d'employer le sulfate de cuivre dans des aliénations mentales ne m'appartient pas; c'est dans un voyage que j'ai fait l'année passée en Hollande que l'emploi de cet agent dans ces affections m'a été signalé par M. Schroeder-Vanderkolk, professeur et médecin d'un établissement d'aliénés, à Utrecht. J'ai fait déjà plusieurs essais avec le sulfate de cuivre; j'ai eu beaucoup d'insuccès, mais j'ai aussi obtenu de bons résultats avec ce remède. Chez quelques maniaques, j'ai constaté du calme; chez trois sujets, je crois avoir provoqué une guérison entière; et dans les deux cas dont parle M. de Muynck, nous sommes arrivés à un état on ne peut plus satisfaisant. »

NOTE SUR L'EMPLOI DE L'AIMANT EN MÉDECINE; par le docteur BEYDLER.

Quatre cas où l'aimant fut employé dans le traitement de diverses affections sont rapportés dans cette note, sans presque aucune réflexion. Disons d'abord quelques mots de ces observations; nous analyserons ensuite le rapport fait par la commission sur ce travail.

La première de ces observations est l'histoire d'une dame qui souffrait depuis plusieurs semaines d'une affection rhumatismale de l'articulation coxo-fémorale, et qui, n'ayant été que médiocrement soulagée par les moyens qu'on lui avait conseillés, eut recours à l'emploi des armatures magnétiques. Mais leur application à diverses reprises, et pendant des demi-heures entières, n'ayant déterminé que de la raideur dans les parties, sans aucun amendement réel à ses douleurs, elle y renonça et fut guérie par l'hydro-ferro cyanate de quinine, à raison de 10 grains par jour, qui, dès le second jour, fit disparaître complètement les douleurs. Cette première observation est donc de peu de valeur pour l'étude des propriétés thérapeutiques de l'aimant.

Dans la seconde observation, l'aimant employé chez une dame qui avait un rhumatisme très douloureux sur les principales articulations, rendant tous les mouvemens impossibles, amena, dès la première séance, un peu de liberté dans les articulations, et de diminution de l'engorgement. Aucune sensation douloureuse ne suivit l'emploi de ce moyen; mais il fut accompagné d'une circonstance assez remarquable : c'est que chaque fois que le fer ne parcourait pas toute la longueur des membres, c'est-à-dire, qu'au lieu de le promener de l'épaule au bout du doigt, l'on s'arrêtait au conde, il lui semblait qu'un liquide s'y concentrait, et elle souffrait horriblement. Aussitôt après la première séance, qui fut d'une heure et demie, elle put se promener autour de sa chambre, et emmailloter son enfant, ce qu'elle n'avait pu faire depuis longtemps; mais la nuit suivante fut extrêmement agitée. Les applications continuées de dix-huit à vingt fois pendant un mois, mais beaucoup moins longues, ont fait disparaître les grandes douleurs, qui reviennent cependant aux variations de température.

Le sujet de la troisième observation est un homme âgé de 68 ans, sujet, depuis 1807, à des douleurs rhumatismales aux cuisses, aux genoux et aux articulations du pied, qui le tiennent quelquefois deux à trois mois alité. Soumis à des frictions avec le fer aimanté, dès la première séance son affection douloureuse fut complètement enlevée au bout d'un quart-d'heure. Il n'avait éprouvé aucune douleur ni chaleur; mais rapportait avoir senti, au moment où le fer lui passait sur les orteils, comme un liquide qui aurait coulé à travers les ongles. Trois semaines après, les douleurs étaient revenues; elles furent dissipées avec la même facilité.

Le sujet de la quatrième observation est une dame, âgée de 78 ans, atteinte d'une affection rhumatismale de la jambe droite, qui avait rendu la marche, sinon impossible, au moins excessivement gênée, et qui était restée rebelle à l'emploi des moyens ordinairement usités. Dès la première application, l'infiltration et le gonflement disparurent, les douleurs se dissipèrent complètement, et la marche, jusqu'alors si pénible, devint possible, même sans le secours de béquilles, qui lui étaient indispensables depuis plusieurs mois. Quatre séances suffirent pour faire disparaître tout le mal. Mais, huit jours après la dernière, elle fut frappée d'une attaque d'apoplexie qui l'a tenue paralysée jusqu'à ce jour.

La cinquième observation est l'histoire d'un vieillard de 71 ans, qui, tourmenté depuis longues années par une affection rhumatismale vague, traitée en vain par une foule de médications différentes, se soumit au traitement par l'aimant. Déjà il en éprouvait des résultats satisfaisans, quand il fut frappé de mort subite en sortant du spectacle.

Sur ces cinq cas, il n'y en a donc réellement que trois dans lesquels l'aimant ait paru exercer une influence appréciable sur la maladie. C'est à l'occasion de ces faits que la commission chargée d'examiner le travail du docteur Beydler cherche à jeter quelque jour sur la réalité et la cause de ces phénomènes, et sur la loi qui les régit, ce qui l'amène à examiner les questions suivantes.

1° *L'aimant exerce-t-il une influence sur le corps vivant?* Le nombre des faits recueillis dans les annales de la science ne permet pas le moindre doute à cet égard. Déjà employé par les anciens, l'aimant a été surtout vanté dans les temps modernes. Après avoir indiqué sommairement quelques-uns des auteurs qui s'en sont occupés pendant les deux derniers siècles, le rapport de la Société royale de médecine sur les procédés de l'abbé Lenoble, l'opinion de Thouret, celle de Hallé et surtout de Laennec, le rapporteur passe à l'examen de la seconde question.

2° *De quelle manière doit-on employer l'aimant?* A l'époque où l'on se servait de petites plaques aimantées, douées de propriétés peu énergiques, ou les portait en permanence, pendant quelquefois très longtemps, appliquées directement à la partie souffrante, ou bien en établissant à travers l'organe malade un courant magnétique, au moyen de plaques appliquées devant et derrière cet organe.... Depuis quelque temps, et surtout à Gand, on se sert de préférence de grands aimans artificiels, portant de 12 à 15 kilogrammes, et que l'on passe légèrement le long de la partie souffrante, en dirigeant les deux pôles à la fois vers l'organe endolori. Cependant, cette méthode est vicieuse, s'il est vrai que les deux pôles exercent une influence différente, comme l'affirment quelques bons observateurs, et comme il ressort surtout des expériences faites à l'hôpital St-Thomas de Londres, dans les salles du docteur Elliotson (GAZ. MÉD., juin 1833), et desquelles il résulte que la présentation du pôle nord faisait cesser les douleurs, tandis que celle du pôle sud les rappelait immédiatement. Des faits semblables étant consignés dans le BULLETIN MÉDICAL DE BORDEAUX (an 1833), le rapporteur a voulu constater le fait par lui-même, et voici les résultats qu'il dit avoir obtenus. Un plombier, atteint de cette névralgie douloureuse des articulations,

commune aux gens de sa profession, ayant été déjà plusieurs fois débarrassé de sa douleur par l'aimantation, s'adressa à lui pour être aimanté de nouveau, et, en effet, il lui enleva son mal en quelques minutes, en promenant, sur l'articulation malade, le pôle nord de l'aimant. Mais, curieux de constater l'effet du pôle sud, il le passa à plusieurs reprises sur le poignet, et, au bout de quelques minutes, le patient, qu'il n'avait pas prévenu, lui dit qu'il éprouvait un fourmillement continuel au bout des doigts. Cette sensation augmenta si rapidement, en même temps que le poignet devenait le siége d'une douleur poignante, que le malade retira brusquement sa main, et ne voulut pas le laisser continuer, prétendant que son aimant n'était pas le même que celui dont on s'était servi dans les premières applications. Il consentit pourtant à donner sa main, et le pôle nord ayant été passé le long de l'articulation, la douleur disparut. L'occasion a manqué au rapporteur pour répéter cette expérience.

3° *L'application de l'aimant est-elle suivie de quelques symptômes généraux ou locaux?* Ordinairement des fourmillemens se font sentir le long de la partie sur laquelle passe l'aimant; puis des picotemens assez vifs leur succèdent, et une ligne rouge se dessine sur toute le trajet parcouru par le pôle nord. Quelquefois ces symptômes ne se sont pas montrés, mais le rapporteur annonce les avoir observés constamment toutes les fois qu'il s'est agi d'aimanter un individu atteint de rhumatisme. Somme toute, dit-il, les symptômes qui accompagnent la pratique de l'aimantation sont assez obscurs, et il n'est pas démontré qu'ils soient indépendans de quelques circonstances accessoires, telles que le contact du fer, sa température toujours très basse, et la réaction naturelle que ces impressions doivent naturellement réveiller.

4° *Quelle est la cause des phénomènes magnétiques et de quelle manière l'aimant exerce-t-il son influence sur le corps humain vivant?* L'auteur croit pouvoir trouver une solution rationnelle de cette question dans les découvertes récentes sur l'électro-magnétisme, et surtout dans les deux résultats suivans: 1° l'identité du fluide magnétique et du fluide électrique; 2° la présence d'un courant électrique dans l'animal, et se dirigeant de l'axe cérébro-spinal aux autres agens. L'animal et le corps humain sont donc, d'après ces deux résultats, deux appareils électriques spéciaux, qui, mis en rapport, doivent exercer l'un sur l'autre une action nécessaire. Nous nous bornerons à faire remarquer ici que, si l'identité des phénomènes magnétiques et électriques est à peu près démontrée, il est loin de l'être également, même après les expériences de MM. Paccinotti et Puccinotti, que le corps humain est réellement un appareil électrique.

DES RAPPORTS DE L'OREILLE INTERNE ET DU CERVELET; par le docteur A. BURGGRAEVE.

L'étude à laquelle l'auteur se livre dans ce travail repose sur un seul fait qui, bien qu'observé par lui-même et sur lui-même, est loin, à nos yeux, d'avoir toute l'importance qu'il lui attribue. Cependant, comme il a rapproché ce fait de plusieurs observations d'anatomie et de pathologie comparées qui semblent venir à l'appui des opinions qu'il émet sur ce sujet encore enveloppé de tant d'obscurités, nous allons reproduire l'observation avant de passer aux conclusions qu'il en tire.

OBS. — Il y a quelque temps que je fus atteint, par suite du froid, d'une fluxion de l'oreille gauche. L'otite interne, très violente dès son début, se termina par suppuration. La membrane du tympan fut rompue et livra issue à un pus sanguinolent. Au bout de trois semaines de séjour forcé dans ma chambre, j'eus l'imprudence de sortir et de m'exposer de nouveau au froid. L'écoulement purulent qui n'avait pas tout à fait cessé se supprima subitement, et dès lors apparut une série de symptômes complètement insolites.

Le soir du même jour, je m'aperçus en rentrant que mes mouvemens étaient incertains; j'avais une peine extrême à régler ma marche, et plus d'une fois je trébuchai et je faillis perdre l'équilibre. La nuit se passa dans le sommeil le plus paisible; mais le matin, en m'éveillant, lorsque je voulus me mettre sur mon séant, il me sembla que j'avais une tendance à tourner, et j'eus besoin de me tenir au bord du lit pour m'empêcher d'y obéir. La tête était entraînée violemment de droite à gauche et *vice versâ*. Je me levai et essayai de faire quelques pas dans ma chambre; mais alors tout tournoya autour de moi; le parquet me parut mal assuré; j'étais comme sur le pont d'un navire agité par un violent roulis; je vacillais, et bientôt des nausées, des vomissemens, en un mot un véritable mal de mer se déclarèrent.

Quand j'ébranlais la tête, soit en la tournant brusquement, soit en me mouchant, soit en toussant, mes jambes se dérobaient de dessous moi, et je tombais comme terrassé par la foudre Cette impossibilité de me rendre maître de mes mouvemens et de les coordonner me mettait dans les conditions d'un homme ivre, mais avec la conscience parfaite de tout ce qui se passait au dedans et au dehors de moi; en vain ma volonté se raidissait contre mes membres rebelles, il semblait qu'ils ne m'appartenaient plus, et tout ce que j'obtenais c'étaient des mouvemens irréguliers, dans lesquels j'avais la plus grande peine à conserver mon équilibre.

Une circonstance digne d'attention, c'est que les extrémités supérieures ne partagèrent pas le dérèglement des extrémités inférieures, et que pendant tout le temps que dura ma maladie, elles conservèrent une intégrité et une précision parfaite dans les mouvemens.

Fatigué de lutter, je rentrai au lit; avec la position horizontale, tous les symptômes disparurent; je crus alors que j'avais été sous l'empire de quelque hallucination; mais voulant de nouveau me relever, le trouble dans les mouvemens reparut. Cependant la tête restait parfaitement libre; la vue, l'odorat, le goût, l'ouïe même, à part un bourdonnement et un sifflement incommode dans l'oreille malade, n'étaient pas altérés; le pouls et la respiration étaient réguliers, l'émission des urines facile. Mon ami, le docteur Moko, qui me vit dans cet état, ne sut à quoi attribuer l'altération de mes facultés locomotives; toutefois pensant que la brusque suppression de l'écoulement de l'oreille n'y était pas étrangère, il s'appliqua à la rappeler. Des sangsues me furent apposées autour du conduit auditif, et remplacées immédiatement par des cataplasmes légèrement aromatisés. Il me prescrivit également une mixture d'assa-fœtida. Sous l'empire de ce traitement, l'écoulement reparut, et peu à peu les mouvemens reprirent leur régularité. Cependant, durant plus d'un mois, je conservai une certaine indécision dans mes mouvemens, surtout quand je tournais brusquement la tête.

L'auteur rapproche cette observation du résultat des expériences dans lesquelles M. Flourens, ayant mis à nu les canaux semi-circulaires d'un pigeon, et les ayant coupés l'un après l'autre, la tête du pigeon était entraînée dans un mouvement horizontal d'une brusquerie remarquable, et n'admet pas avec M. Flourens que cette désharmonie dans les mouvemens vint de la lésion des canaux semi-circulaires eux-mêmes, mais pense que c'est à la lésion du cervelet qui, chez ces animaux, est si rapproché de l'oreille interne, qu'on doit l'attribuer. A l'appui de cette opinion il cite quelques faits d'anatomie comparée qui démontrent qu'il y a un rapport constant de développement et de proximité dans toute la série des vertébrés entre l'oreille interne et le cervelet; puis supposant démontrée l'opinion du même physiologiste qui regarde le cervelet comme le balancier, l'organe coordonnateur des mouvemens volontaires et rapprochant encore l'histoire de son indisposition des phénomènes présentés par les animaux chez lesquels le cervelet avait été détruit, il trouve un accord parfait avec ceux qu'il a éprouvés lui-même, et en conclut que la cause de tous ses troubles a été chez lui une métastase de l'affection de l'oreille sur le cervelet; métastase dont il existe, dit-il, de nombreux exemples dans la science, sinon sur le cervelet au moins sur le cerveau, et qui sont considérés par quelques pathologistes et par Itard, entre autres, plutôt comme dépendant de la propagation de la maladie que d'une véritable métastase. Pour nous, quand nous considérons la rapidité avec laquelle ont paru et se sont dissipés les accidens chez M. Burggraeve, la facilité avec laquelle apparaissent certains phénomènes tout à fait inexplicables chez les personnes douées d'un tempérament nerveux, quand surtout nous voyons que l'auteur, s'appuie sur des expériences sanglantes faites chez des animaux si éloignés de l'homme et dont les conclusions qu'en a tirées M. Flourens sont loin d'avoir été admises dans la science comme positivement démontrées, nous ne voyons là qu'un fait curieux et des rapprochemens plus ingénieux que réels.

VII. ANNALES D'OCULISTIQUE.

Les numéros d'août, septembre, octobre, novembre et décembre 1841, et janvier et février 1842 se composent des articles originaux suivans: 1° *Mémoire sur le glaucôme;* par M. Sichel. (Travail non terminé.) 2° *Observations d'ophtalmies gonorrhoïques, traitées par la méthode ectrotique;* par M. Gouzée. 3° *De la kopiopie ou ophtalmokopie, ou recherches sur les causes et le traitement de la lassitude oculaire;* par M. Pétrequin. 4° *Etude de quelques effets de la lumière sur l'œil;* par M. Guépin. 5° *Note sur les granulations conjonctivales;* par le docteur Decaisne. 6° *Héméralopie; amaurose intermittente;* par M. Stœber. 7° *Note sur une ophtalmie purulente qui a régné épidémiquement dans la salle des granulés du neuvième régiment d'infanterie à Namur;* par M. Fallot. 8° *Opinion de M. Malgaigne sur la nature et le siège de la cataracte.* (Voy. GAZ. MÉD., 1841, p. 90.) 9° *Phlegmon oculaire puerpéral;* par M. V. Szokalski. 10° *Encore une réclamation pour la priorité de la strabotomie.* 11° *Mémoire sur un nouveau procédé pour l'opération de la cataracte par extraction;* par M. Pétrequin. (Premier article.) 12° *Note sur la nature et le traitement des cataractes;* par M. Guépin. 13° *De l'opération de la cataracte sur un œil comme moyen de rétablir la vue des deux côtés;* par M. Serre. (Ce travail avait déjà été inséré dans la GAZ. MÉD., n° 8, 1842.)

OBSERVATIONS D'OPHTALMIES GONORRHOÏQUES TRAITÉES PAR LA MÉTHODE ECTROTIQUE; par M. GOUZÉE.

Les mouchetures de la conjonctive tuméfiée et la cautérisation de cette membrane avec le nitrate d'argent solide, tels sont les moyens que conseille M. Gouzée et dont il cherche à établir l'efficacité par des exemples tirés de sa pratique. Il n'y a rien, comme on le voit, dans cette médication, que de fort généralement connu, et nous nous serions dispensés d'appeler sur ce travail l'attention des lecteurs s'il ne renfermait quelques idées qui nous ont paru peu rationnelles, et même capables de conduire à une pratique tout à fait dangereuse.

« Tous les auteurs, dit M. Gouzée, recommandent dans le traitement de l'ophtalmie gonorrhoïque les émissions sanguines copieuses et répétés.... Il est à la vérité des complications graves qui exigent l'emploi des saignées générales et locales; mais, hors les cas de ce genre, j'ai tout lieu de les croire inutiles, et il serait même digne de toute l'attention des praticiens de rechercher si, comme j'ai cru le remarquer dans quelques circonstances, les émissions sanguines ne tendent pas dans certains cas à rendre plus désastreuse encore l'action du principe virulent et désorganisateur dont la maladie tire son origine. »

On comprend toute la portée de cette assertion. Bannir les saignées du traitement ordinaire de l'ophtalmie blennorrhagique, c'est une réforme dont on ne saurait examiner trop sérieusement la légalité, et M. Gouzée ne nous saura pas mauvais gré si nous ne l'admettons point sans avoir analysé les preuves sur lesquelles il l'appuie.

Et d'abord, il y a, ce nous semble, une certaine confusion dans la manière dont l'auteur a raisonné sur l'influence que la saignée serait capable d'exercer pour activer la marche de la maladie. On conçoit bien que des miasmes ou des émanations quelconques, véhicule d'une matière contagieuse, déterminent une impression d'autant plus forte que l'individu soumis à leur action aura été antérieurement plus débilité. On comprend encore à la rigueur, bien que cela puisse paraître contestable, qu'une inoculation directe, comme celle du muco-pus blennorrhagique sur la conjonctive, produise des effets plus prompts chez un sujet où des saignées antérieures auraient rendu l'absorption plus facile. Mais dire que, la contagion une fois opérée, des saignées plus ou moins abondantes auront la propriété d'activer les effets du principe virulent, c'est à notre avis se hasarder un peu loin dans le domaine des hypothèses et abuser étrangement de l'analogie qui existe entre les maladies contagieuses qui envahissent toute l'économie et celles dont les effets demeurent toujours bornés à un tissu, à un organe.

Voyons maintenant si la doctrine de M. Gouzée trouve un appui plus réel dans les résultats de l'expérience. Heurtant de front toutes les habitudes, tous les principes admis dans le traitement de la blennhophtalmie, il semble que ce n'eût pas été trop que de produire en faveur de ses principes des observations de guérison par centaines. Dans le travail que nous analysons, M. Gouzée ne rapporte que cinq faits. Dans les deux premiers où la cautérisation employée seule a réussi, le mal n'était point assez avancé pour qu'on puisse conclure de ce succès à la supériorité de la méthode. Restent trois observations, dans lesquelles l'affection présentait des symptômes plus formidables, chémosis prononcé, flots de pus jaillissant de l'œil malade dès qu'on l'ouvrait, etc.; en un mot, tous les signes d'une phlegmasie sur-aiguë. Or, de ces trois cas, si favorables pour bien juger la valeur de tel ou tel moyen thérapeutique, le premier a été traité par la cautérisation, dont on a secondé les effets par deux saignées, l'une de 16 onces, l'autre de 10, six ventouses scarifiées et douze grains de calomel, le tout dans l'espace de deux jours; les deux autres ont été traités par la cautérisation seule. Voilà certes les élémens les plus positifs pour une comparaison entre les deux méthodes. Eh bien! le premier malade *a guéri*, et les deux derniers *ont eu la cornée désorganisée!* Laissons M. Gouzée faire toutes ses réserves; concédons-lui que, dans les deux derniers cas, l'affection était un peu plus ancienne, que leur fâcheuse terminaison, s'il le veut, a été une circonstance tout à fait exceptionnelle; toujours est-il que ce n'est pas sur de pareilles observations qu'on peut établir la prééminence d'un mode curatif. De telles prémisses ne conduiront jamais qu'à une conclusion défavorable, et tout ce qu'on peut accorder à l'auteur, c'est un délai pour produire de nouveaux témoins capables de détruire l'impression fâcheuse qu'ont nécessairement dû exciter les indiscrètes révélations de ceux-ci.

Qu'on n'aille point nous soupçonner pour cela d'être opposés à la cautérisation de la conjonctive dans l'ophtalmie blennorrhagique. C'est un moyen précieux et dont il ne faut jamais se priver, soit qu'on l'emploie seul, comme cela peut se faire dans quelques cas rares, soit qu'il vienne en aide à la méthode antiphlogistique. Ce que nous avons attaqué, et nous ne saurions le faire avec trop de force, c'est la prétention de borner à la seule action des caustiques tout le traitement de cette maladie, et surtout l'idée d'en repousser, comme *inutiles* et *dangereuses*, les émissions sanguines locales et générales.

DE LA KOPIOPIE OU OPHTHALMOKOPIE, OU RECHERCHES SUR LES CAUSES, ET LE TRAITEMENT DE LA LASSITUDE OCULAIRE; par M. PETREQUIN.

Cette affection, aussi pénible que commune, et dont on ne trouve que des notions imparfaites, çà et là disséminées dans les divers traités d'ophtalmologie, a été, de la part de M. Pétrequin, l'objet de recherches spéciales: généralement attribuée autrefois à une irritation de la rétine, on la considérait comme un premier degré de l'amaurose, et son traitement en conséquence était celui de cette dernière. Une étude mieux raisonnée de son mécanisme devait naturellement conduire à une thérapeutique plus efficace; c'est là en effet que M. Pétrequin a été amené par ses réflexions, et l'application de la myotomie oculaire au traitement de cette incommodité, opération déjà justifiée par de nombreux succès entre les mains de M. Bonnet, apparaît en outre comme une conséquence toute logique, lorsqu'on a pris connaissance des considérations étiologiques auxquelles M. Pétrequin s'est livré sur la nature de l'affection. D'après lui c'est la tension exagérée des muscles de l'œil qui en est l'agent; et voici les preuves qu'il donne pour établir comment cette influence détermine la lassitude de l'appareil visuel.

Lorsque les muscles droits et obliques se contractent, il survient dans la cornée des changemens remarquables: non seulement la courbe que décrit la surface kératique change de figure, mais il se passe aussi des phénomènes particuliers dans sa diaphanéité. M. Pétrequin a constaté, dès l'année 1838, qu'une forte tension de la cornée en diminue la transparence. On peut aisément s'en assurer sur le cadavre; le trouble que la compression du globe oculaire détermine dans cette membrane est si grand qu'il peut en résulter une véritable opacité, soit qu'elle dépende de nouveaux rapports dans la contexture organique, soit qu'elle se lie à des phénomènes d'exosmose. L'organe est-il abandonné à lui-même? la diaphanéité revient aussitôt.

Il est encore une considération qui paraît à M. Pétrequin pouvoir concourir à prouver l'action des muscles sur la production de la fatigue oculaire. L'application du froid exerce, comme on le sait, un effet sédatif sur le système musculaire, et suffit parfois pour en calmer les spasmes, pour en tempérer les contractures. Eh bien! dans plusieurs kopiopies ce médecin a prescrit avec succès des lotions répétées d'eau froide sur les paupières et autour de l'orbite. Immédiatement après, la fatigue disparaît. Ce n'est, à la vérité, qu'un résultat momentané; mais s'il n'a qu'une faible importance au point de vue du traitement, ses conséquences, sous le rapport théorique, prêtent un nouvel appui aux autres argumens qui établissent la réalité de l'action exercée par les muscles.

Enfin, M. Pétrequin invoque encore à l'appui de la nature musculaire de l'*ophtalmokopie*: 1° l'inutilité bien reconnue de tous les moyens médicaux, proprement dits, contre cette affection; 2° la maladie ne tient pas à l'action trop active ou trop prolongée de l'œil, car les borgnes n'y sont pas particulièrement sujets; 3° les individus affectés de strabisme, et chez lesquels par conséquent il existe bien évidemment une rétraction musculaire, sont aussi très exposés à l'ophtalmokopie; et chez eux, elle existe surtout du côté qui est le plus dévié; 4° l'application, sur un œil ophtalmokopique, de lunettes appropriées au degré particulier de la vue du sujet, produit le même effet que les lotions d'eau froide; et cela se conçoit aisément, car ce moyen artificiel d'accomodation de l'œil supplée alors l'action des muscles auxquels cette fonction est dévolue à l'état normal, leur permet ainsi d'entrer en repos; 5° les exemples de paralysie de la troisième paire, où la vue devient toujours indécise et plus ou moins courte, prouvent encore toute l'influence du système moteur de l'œil sur son système sensitif. 6° Il est facile de constater sur soi-même qu'en faisant longtemps et fortement agir un des muscles de l'œil, le droit externe, par exemple, on perçoit une sensation très incommode de fatigue, la vue devient moins nette et se trouble.

Enfin une dernière preuve, et la meilleure incontestablement, c'est la guérison rapide et complète qu'on obtient par la section d'un ou de plusieurs muscles. M. Pétrequin rapporte de nombreux exemples dans lesquels la myotomie oculaire a rétabli la vision dans ses conditions normales; et ces faits, tirés de sa propre pratique, doivent être ajoutés à ceux qu'a fait connaître M. Bonnet. (V. GAZ. MÉD., 1841, n° 36.)

HÉMÉRALOPIE; AMAUROSE INTERMITTENTE; par M. STOEBER.

Obs. — Une femme de 25 ans raconte que, depuis deux ans, elle a été affectée à deux reprises d'une cécité qui commençait le soir au coucher du soleil et qui

avait disparu le matin quand elle se réveillait. Depuis quinze jours cette incommodité est revenue. Pendant plusieurs jours de suite la maladie a suivi la même marche; mais, il y a deux jours, la cécité, au lieu de n'arriver qu'au soleil couchant, commence au milieu de la journée.

Lorsque M. Stœber put observer cette malade, elle ne voyait rien à huit heures du matin, pas même la lueur d'une bougie allumée qu'on approchait de ses yeux. L'iris se contractait sous l'influence de la lumière, mais lentement. Toutes les autres parties de l'œil étaient à l'état normal. Cet accès dura six heures. (Un demi-gramme de sulfate de quinine à prendre en deux fois.) Il y eut encore deux accès qui suivirent le type tierce; mais à la fin du troisième, c'est-à-dire le sixième jour, une attaque d'épilepsie, à laquelle la malade était sujette, se manifesta. Le sulfate de quinine fut encore continué quelque temps, et la cécité ne revint pas.

L'amaurose intermittente dont cette observation offre un exemple aurait facilement pu être prise, dans son début, pour une héméralopie; car l'accès affectant le type quotidien et se prolongeant pendant toute la nuit offrait tous les caractères de cette maladie. Aussi le diagnostic aurait-il été fort difficile si la marche de la maladie n'avait pas changé. Mais, dès que les accès laissèrent entre eux un intervalle de quarante huit heures et s'établirent dans le milieu de la journée, on ne put méconnaître l'amaurose intermittente, et le succès de la médication antipériodique par excellence confirma la justesse de ce diagnostic.

ÉTUDE DE QUELQUES EFFETS DE LA LUMIÈRE SUR L'ŒIL; par M. GUÉPIN.

RÉFLEXION DE LA LUMIÈRE DANS L'ŒIL.

On sait que lorsqu'une bougie est placée devant la cornée d'un œil à l'état normal, l'observateur perçoit trois images distinctes, deux droites et une renversée. Ce phénomène, qui dépend de la transparence des divers milieux, manque en totalité ou est modifié lorsqu'une des parties de l'appareil visuel vient à être altérée dans sa diaphanéité. Ainsi, l'amaurose se distinguera de la cataracte, en ce que, dans la première, la transparence persistant, les trois images se produisent, tandis que, dans la cataracte, une ou deux d'entre elles sont supprimées, suivant que la face postérieure ou antérieure de la capsule a perdu son pouvoir réflectif. Telles sont, du moins, les notions que l'on doit à Sanson, et qui partout ont été acceptées, parce que partout l'expérience en a prouvé la justesse.

M. Guépin n'admet pas que les choses se passent généralement ainsi, ou plutôt (car il est assez difficile de bien définir les limites dans lesquelles il renferme son opposition) il prétend que le phénomène indiqué par Sanson manque souvent, bien que les circonstances les plus propres à lui donner lieu se trouvent réunies. Ce n'est donc point à ses yeux un signe différentiel entre la cataracte et l'amaurose aussi bon qu'on l'a prétendu. Résumant enfin son opinion en deux propositions, l'auteur établit : 1° que dans la cataracte la maladie peut être très reconnaissable, sans que pour cela les images produites par le cristallin aient disparu; 2° l'œil peut ne donner qu'une seule image, sans qu'il y ait cataracte. Voyons les faits qu'il invoque pour soutenir ces deux assertions; nous disons *les faits*, car M. Guépin ne s'appuie que sur des observations, et ne nie point la justesse des considérations de physique par lesquelles le phénomène de la triple réflexion s'explique.

A. *Les trois images existent, bien qu'il y ait cataracte.*

OBS. I. — Un vieillard de 72 ans fut amené chez moi pour une maladie des yeux; la pupille était peu dilatée; cependant je pus facilement constater que l'image renversée était très visible. Je n'en restai pas moins convaincu qu'il y avait cataracte, et aujourd'hui même, malgré les progrès du trouble intérieur de l'œil, l'on peut encore reconnaître une image pâle et renversée.

Cette observation paraît d'abord très concluante; mais, en analysant le peu de détails qu'elle renferme, on ne tarde pas à s'apercevoir qu'elle tend à confirmer la doctrine de Sanson plutôt qu'elle ne lui est contraire. Remarquez en effet que, au début de la maladie, la lumière renversée a été *facilement constatée* par l'observateur, qui l'a trouvée *très visible*. Plus tard, il ne parle que d'une *image pâle*. Sa perception est donc devenue d'autant plus difficile que l'opacité de l'œil est allée en augmentant. Or, c'est justement là ce qu'enseignait l'école ophthalmologique de la Pitié. Si nous comprenons bien la cause du phénomène et sa portée comme moyen de diagnostic, Sanson n'a point voulu dire que, dans un cas de trouble à peine sensible, les images sont totalement abolies. Ce qu'il y a de certain, c'est que si elles apparaissent encore lors du commencement de la cataracte, elles s'évanouissent dès que celle-ci est assez avancée dans ses progrès pour intercepter les rayons lumineux; et il n'y a rien d'étonnant ni de contraire aux prévisions de la théorie à ce que les degrés de transparence compris entre ces deux extrêmes correspondent à des degrés plus ou moins marqués d'intensité et d'éclat dans la production des images.

OBS. II. — Un homme se croyant menacé d'amaurose consulte plusieurs médecins; presque tous diagnostiquent une amaurose, trompés sans doute par les réflexions de la lumière, qui étaient les mêmes dans les deux yeux. Je l'examinai à mon tour et je reconnus l'existence d'une cataracte qui n'est plus douteuse aujourd'hui pour personne.

M. Guépin n'a oublié qu'une chose, c'est de nous apprendre si, aujourd'hui que la cataracte *n'est plus douteuse pour personne*, les images sont aussi apparentes qu'à l'époque où plusieurs médecins ont cru à une amaurose. Les mêmes réflexions que ci dessus s'appliquent à ce cas.

OBS. III — M. Jeanneau fut soigné, en 1839, par M. Velpeau, qui lui vit dans les yeux les trois réflexions d'une bougie et le déclara amaurotique. Deux ou trois mois après, j'examinai ses yeux avec soin : l'un des deux cristallins me présenta un point très petit tout à fait opaque. Sous l'influence d'un traitement révulsif, le malade a guéri et les cristallins se sont modifiés.

Les objections se présentent encore en foule contre cette observation. Ce point opaque existait-il lorsque M. Velpeau a vu le malade? et, s'il n'existait pas, qu'y a-t-il d'étonnant à ce que les phénomènes de réflexion se soient alors produits dans toute leur pureté? M. Guépin a constaté la présence d'un seul point opaque, mais il néglige de nous dire s'il a vu les trois images. Du reste, les eût-il vues, la théorie n'en serait nullement ébranlée, car la réflexion ne peut-elle pas s'opérer à travers un cristallin altéré aussi partiellement, comme à travers une lentille saine?

Nous ne dirons rien de trois autres observations dans lesquelles M. Guépin se borne à affirmer qu'il a constaté les trois images; une fois dans une cataracte *commençante*; une fois dans une cataracte molle qu'il *a soignée et presque entièrement guérie* (ces expressions porteraient à soupçonner que, dans ce cas, l'opacité ne lui a pas paru assez forte pour nécessiter l'opération); enfin, une fois chez un malade où l'affection du cristallin était déjà évidente, alors que la lumière donnait encore dans l'œil les images voulues, et notamment l'image renversée. Tout le monde voit quelles réserves nous pourrions formuler contre ces faits, d'ailleurs si succinctement rapportés.

B. *Les images manquent, quoiqu'il n'y ait pas cataracte.*

On sait combien les explorations du genre de celle dont nous parlons présentent de difficultés, et demandent, pour réussir, d'habitude et de soin. Aussi, avant de discuter la seconde assertion de M. Guépin, nous attendrons qu'il ait apporté, pour l'appuyer, autre chose qu'une seule observation faite sur un enfant de 8 ans, dont on comprend si bien que la mobilité naturelle ait pu rendre l'examen infructueux sous ce rapport.

En somme, les observations de M. Guépin resteront, non point pour infirmer le principe qui est admis en ophthalmologie depuis Sanson, mais pour rendre les médecins plus réservés dans les applications de ce principe. On comprendra qu'il s'agit là de phénomènes physiques, et que par conséquent leur manifestation ne dépend que de conditions toutes matérielles, et non de tel ou tel état morbide particulier; que, en d'autres termes, si l'on ne veut pas se faire une idée exagérée de leur valeur, il faut se contenter de dire que la réflexion de la bougie sera *forte, faible* ou *nulle*, suivant que les milieux de l'œil seront *sains, légèrement troubles* ou *opaques*. Mais le médecin ne pourra jamais faire de ce phénomène un signe constant et nécessaire de la cataracte à quelque degré qu'elle existe, puisque, en vertu même du mécanisme de sa production, il doit y avoir dans l'évolution de l'opacité cristallinè une période où il est très peu perceptible.

PHLEGMON OCULAIRE PUERPÉRAL; par M. V. SZOKALSKI.

Le sujet de cette observation est une femme de 29 ans qui, à la suite d'un accouchement où le placenta très adhérent dut être détaché avec la main, eut le troisième jour une métrite puerpérale. La maladie abdominale dura, sans complication, jusqu'au neuvième jour; à cette époque, l'œil droit commença à s'enflammer, et les symptômes locaux et généraux acquirent en peu de temps une intensité extrême, malgré l'emploi des médications les plus énergiques. Bref, dès le quatrième jour, la tuméfaction du globe oculaire était devenue tellement considérable qu'on fut obligé d'y faire une ponction qui donna issue à du pus. A partir de ce moment, tous les phénomènes se dissipèrent, et la malade se rétablit peu à peu.

L'auteur considère cette affection comme développée sous l'influence spéciale de l'état puerpéral. Assimilant la disposition particulière de l'économie qui accompagne le décollement artificiel du placenta à l'état d'un amputé, il pense que, chez cette malade, le phlegmon oculaire était

l'analogue des abcès métastatiques qui surviennent après les amputations. Une telle manière de voir appliquée à ce fait particulier soulèverait une foule d'objections: nous n'en ferons qu'une seule, c'est que la gravité est bien différente dans les deux cas que l'on rapproche. Il n'existe peut-être pas un seul exemple bien constaté de guérison des abcès viscéraux après l'amputation, tandis que, dans l'observation précédente, l'apparition de l'affection oculaire n'a point paru coïncider avec une exacerbation marquée de la maladie générale.

ENCORE UNE RÉCLAMATION POUR LA PRIORITÉ DE LA STRABOTOMIE.

Un anonyme, M. J. M. G., écrit dans l'ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT FUR CHIRURGIE (n° 13, année 1841) qu'il a opéré, en 1823, un strabisme interne, dont était affecté un aide-instituteur nommé K...r, du district de Schwabmünchen, en Bavière. Son malade loucha après l'opération un peu en dehors; son œil resta sans aucune expression, ce qui donna à la figure un air de stupidité et d'imbécilité (*ein ansehn von Dummheit und blodsinnigkeit*). Cette circonstance a été cause que M. C. s'est tu jusqu'en 1841 sur l'opération qu'il avait pratiquée.

NOTE SUR LA NATURE ET LE TRAITEMENT DE LA CATARACTE; par M. GUÉPIN.

Le travail de M. Guépin est exclusivement consacré à la réfutation de l'opinion émise par M. Malgaigne sur la formation de la cataracte (voy. GAZ. MÉD., 1841, p. 142). La doctrine de ce chirurgien, suivant l'auteur, est:

1° Que la cataracte ne débute pas par le noyau central du cristallin;

2° Que la cataracte capsulaire n'existe pas;

3° Que la cataracte dite de Morgagni n'existe pas non plus.

A ces propositions, M. Guépin oppose les faits suivans tirés de sa pratique, et dont il donne seulement l'indication sommaire. Nous nous bornons à citer les plus remarquables.

Cataracte traumatique avec adhérence, en un même point, de la cornée, de l'iris, de la capsule et du cristallin; opacité de la capsule et du cristallin qui ne sont plus séparés que par une matière molle et pulpeuse . . . . 3 faits semblables.

Ramollissement de la cataracte qui ressemble à de l'amidon cuit et en gelée, capsule partiellement cataractée adhérente à l'iris. . . . 6 faits.

Ramollissement du cristallin, cataracte capsulaire épaisse et résistante, mais n'oblitérant pas la pupille qui est mobile. . . . . 4 faits.

Capsule non altérée ou peu altérée, liquide purulent à la place du liquide de Morgagni . . . . 1 fait.

Chez une malade opérée par lui, M. Guépin a trouvé la capsule antérieure cataractée; il fallut l'enlever en partie, et on la trouva un peu ramollie.

Dans un autre cas, il trouva une capsule saine séparée du cristallin par un liquide pareil à du lait, qui s'est écoulé aussitôt la capsule incisée. Immédiatement après la sortie de ce liquide, l'opérée a mieux vu; cependant on fit l'extraction du cristallin qui était transparent sur les bords, opaque et coloré au centre.

Chez une femme de 82 ans, on dut, après l'extraction des cataractes, enlever un morceau de la capsule qui était ramollie et cataractée.

Un vieux cordonnier a présenté une disposition semblable.

Chez un indigent, M. Guépin a retiré le cristallin atrophié et mou, enveloppé de sa capsule opaque.

Dans un autre cas, la capsule présentait au centre une opacité triangulaire.

Nous savons tout ce qu'on peut alléguer contre quelques uns de ces faits, et combien le défaut d'autopsie doit rendre circonspect sur les conclusions à en tirer. M. Malgaigne ne manquera pas de faire valoir ces causes de doute. Il serait injuste cependant de les étendre sans exception à toutes les observations de M. Guépin; car, comme le fait remarquer cet auteur (et nous approuvons son dire, quoiqu'avec certaines restrictions), l'extraction de la cataracte n'est-elle pas une autopsie véritable? Du reste, nous devons à la vérité de rappeler que M. Malgaigne n'a point présenté sa doctrine sous la forme générale et absolue que M. Guépin lui prête ici. Il s'est contenté de dire que, sur 25 cas de cataracte examinée chez des vieillards, il n'avait jamais rencontré, ni opacité bornée au centre, ni cataracte de la capsule, ni trouble circonscrit de l'humeur de Morgagni.

VIII. JOURNAL DE MÉDECINE ET D'HISTOIRE NATURELLE.

PUBLIÉ PAR L'ACADÉMIE IMPÉRIALE MÉDICO-CHIRURGICALE DE ST-PÉTERSBOURG.

Les trois premiers cahiers de ce nouveau journal ont paru dans le dernier trimestre de 1840 et les deux premiers de 1841; ils contiennent les travaux originaux suivans: 1° *Sur le système silurien de l'Esthonie*; par M. Eichwald. 2° *Hémostatine, ou liquide anti-hémorragique*; par M. Néloubin. (L'efficacité de ce liquide, qui est semblable à l'eau bien connue du docteur Chapelain contre les hémorragies, a déjà été prouvée par ses observations. L'auteur attend pour en faire connaître la composition chimique que l'expérience se soit prononcée plus complètement sur ses effets.) 3° *Annonce d'un manuel de médecine opératoire*; par M. Salomon. (Énumération sommaire des diverses méthodes et procédés opératoires.) 4° *Clinique médicale professée à l'Académie impériale de St-Pétersbourg*; par M. Soidlitz. 5° *De la mortalité des sangsues*; par M. Warlitz. 6° *Faits les plus remarquables sur la lithotritie*; par M. Savenko. (Cet article n'est qu'une analyse très sommaire d'un ouvrage qui ne contient lui-même aucun fait particulier, et paraît plutôt être destiné à l'exposition dogmatique des règles qui concernent la lithotritie.) 7° *Fracture de cuisse déterminée par la contraction musculaire*; par M. Naranovitch. 8° *Sur l'opération du bec-de-lièvre*; par M. Berg, de Varsovie. 9° *Fistule de la vessie et du vagin*; par le même.

FRACTURE DE CUISSE DÉTERMINÉE PAR LA CONTRACTION MUSCULAIRE; par M. NARANOVITCH.

L'auteur rapporte qu'un soldat de cavalerie, âgé de 29 ans, se trouvant à l'hôpital militaire pour une plaie scrofuleuse au genou droit, était assis un soir à terre, les jambes croisées, devant une cheminée. Il voulut tout à coup se lever pour gagner son lit, et se souleva sans s'appuyer sur les mains; mais, à l'instant même, il sentit une rupture avec craquement dans la cuisse droite et retomba sur sa jambe. On reconnut, en effet, une fracture simple, transversale de l'os de la cuisse droite, située précisément à la partie moyenne.

Ce cas doit être rapproché de ceux qui ont été cités par d'autres auteurs comme exemples de fractures produites par la seule action des muscles. Mais ce qui distingue celui-ci de la plupart d'entre eux, c'est qu'il n'est guère possible d'attribuer la fracture survenue chez le sujet observé par M. Naranovitch à un état maladif préexistant de l'os rompu. L'auteur présente, d'ailleurs, des considérations ingénieuses pour expliquer ce fait si exceptionnel. Dans le mouvement fait pour enlever le corps de terre, sans s'aider des mains, le fémur, tiré par ses muscles, représente un levier du troisième genre; or, il est évident que cette disposition étant la plus désavantageuse à l'action des forces, celles ci doivent gagner en rapidité et en intensité ce qu'elles perdent sous le rapport de leur mode d'insertion. De là, un effort plus considérable et plus subit; de là la rupture de l'os dans le point où s'attachent les muscles agissans, rupture qui survient avant que l'effet de leur contraction se soit transmis à toutes les parties qui devaient partager le mouvement, c'est-à-dire au tronc lui-même. Il est remarquable, en effet (et cette observation confirmerait en partie la vérité des réflexions de l'auteur), que la plupart des fractures dues à la contraction des muscles ont eu lieu à la cuisse (voy. les faits cités par Sam. Cooper, Desportes, M. Rostan, et celui rapporté dans les ARCHIVES, t. XIII, p. 450), c'est-à-dire au membre qui présente la double circonstance d'avoir un squelette assez peu résistant et de tenir à une partie du corps qui, en raison de son poids, ne peut que tardivement partager les mouvemens qui lui sont communiqués par l'intermédiaire du fémur.

SUR L'OPÉRATION DU BEC-DE-LIÈVRE; par M. BERG, de Varsovie.

Tous les chirurgiens ont depuis longtemps remarqué qu'après l'opération du bec-de-lièvre la plus heureuse, il reste sur le bord de la lèvre une échancrure, un angle rentrant qui correspond à l'extrémité inférieure de la division congéniale. Ce défaut, qui tient soit à l'insuffisance des moyens opératoires, soit à la rétraction consécutive de la cicatrice, suivant sa longueur, a préoccupé l'esprit des inventeurs. Les uns ont cru qu'il suffirait pour y remédier d'imprimer une certaine obliquité à l'aiguille inférieure, au moment où on l'introduit dans les tissus; d'autres ont conseillé de substituer aux deux incisions droites qui servent à opérer le ra-

vivement, deux incisions courbes, se regardant par leur concavité, comme deux parenthèses (). Ces modifications ont toutes pour but de donner à la lèvre, dans le lieu de la solution de continuité, une longueur excessive, afin que la rétraction inévitable qui surviendra ensuite ne fasse que ramener les parties à leur configuration normale. M. Berg regarde ces ressources comme insuffisantes, et il propose de faire de chaque côté, au lieu d'une incision courbe, une incision composée de deux lignes droites, d'inégale longueur; la supérieure, plus longue, se dirigeant obliquement en bas et en dehors; l'inférieure plus courte, s'élevant de l'extrémité de la seconde à angle droit, et allant gagner, obliquement en bas et en dedans, le bord libre de la lèvre. Considérées dans leur ensemble, les incisions pratiquées de chaque côté pour l'avivement représenteraient donc cette figure <>. L'application de la suture effacerait ensuite cet angle et donnerait à la lèvre une exubérance de longueur telle qu'on n'aurait plus à craindre de voir se reproduire ultérieurement l'échancrure.

Cette modification est fort juste, sans doute; mais, nous devons le dire, elle n'est que la réalisation exagérée d'une idée déjà posée en principe par les auteurs qui ont substitué, pour l'avivement, les incisions courbes aux incisions droites. Quelle que soit l'origine de ce dernier procédé (plus récente peut-être que ne voudraient le faire croire certains écrivains, si jaloux de faire honneur au passé de tout ce qu'ils ne peuvent s'approprier dans le présent), nous croyons qu'il doit être préféré à celui du chirurgien polonais. M. Pétrequin de Lyon (voy. GAZ. MÉD., 1841, p. 135) a déjà prouvé par l'expérience sa parfaite convenance, et le succès complet avec lequel il prévient cette échancrure, si fréquemment observée après l'emploi de la méthode ordinaire. Nous croyons rendre service aux chirurgiens et aux malades en appelant d'une manière spéciale l'attention sur les avantages de ce procédé.

FISTULE DE LA VESSIE ET DU VAGIN; par le même.

Enregistrons avec empressement cette observation qui nous fournit l'exemple d'un succès bien rare dans les circonstances graves où était placée la malade qui en fait le sujet.

OBS. — Il s'agit d'une femme de 25 ans, qui eut, il y a sept ans, à la suite d'une couche laborieuse terminée par le forceps, une fistule vésico-vaginale étendue, en même temps qu'une rupture du périnée jusqu'à l'anus, et une descente de la vessie. Opérée trois fois sans succès, une première fois par la cautérisation avec le nitrate d'argent, et les deux autres par la méthode de Nægele et de Lallemand, elle ne fut confiée qu'en 1837 aux soins de M. Berg, qui constata alors l'existence d'une fistule vésico-vaginale, large d'un pouce et demi. La vessie se présentait à l'extérieur entre les grandes lèvres; mais le chirurgien ne jugea pas convenable de profiter de cette circonstance pour exécuter plus facilement la suture. Il remit les parties en place, réséqua les bords de la fistule dans l'étendue de 3 lignes, et plaça six points de suture; mais l'adhésion ne fut que partielle, et elle se détruisit bientôt, de manière à mettre la malade dans un état pire qu'auparavant, sous le rapport du diamètre de la perte de substance. Cependant M. Berg, ayant remarqué que, grâce à l'avivement pratiqué pour cette dernière opération, les lèvres de la fistule étaient devenues plus épaisses, fonda sur cette circonstance l'espoir d'un résultat plus heureux. Il se décida en conséquence à une nouvelle tentative. Le 10 novembre 1837, en présence de plusieurs médecins, il commença par opérer la chute de la fistule au moyen d'un crochet; puis, sur une plaque de corne introduite dans la vessie, il excisa, dans toute la circonférence de l'ouverture fistuleuse, une ligne de son bord, temps de l'opération qui présenta quelques difficultés, surtout pour la partie supérieure. Il réussit alors, en retenant le bord de la plaie avec des crochets pointus, à écarter la vessie du vagin de 2 à 3 lignes. La surface obtenue par cette section était large de 4 à 5 lignes et présentait toutes les conditions favorables à la réunion. Dix points de suture à nœud furent nécessaires pour fermer cette vaste ouverture. On introduisit ensuite par l'urètre un cathéter, et l'on fit une injection froide dans la vessie ainsi que dans le vagin. De vives douleurs forcèrent de l'ôter le troisième jour, mais on le replaça bientôt après. Tout se passa bien; et le septième jour toutes les sutures étaient retirées. Le huitième, le vagin était complètement sec. Enfin, M. Berg termine l'observation par ces mots: « Le dixième jour, le cathéter fut retiré tout à fait, et la malade est entièrement délivrée de sa fistule jusqu'à présent (1841). »

Le cas était assurément ici on ne peut plus grave, puisque, pour avoir une idée de la largeur de la fistule, il faut ajouter par la pensée à un diamètre d'un pouce et demi, l'agrandissement qui dut résulter de l'excision de toute sa circonférence dans l'étendue de 3 lignes. Et cependant le succès a couronné l'emploi d'un procédé excessivement simple. Remarquons, à cette occasion, que, par le fait de l'abaissement facile de la vessie et de la vaste déchirure du périnée, l'opérateur se trouvait dans les conditions les plus favorables pour exécuter avec aisance et de la manière la plus exacte l'avivement et la suture. C'est sans doute à cette heureuse circonstance qu'il a dû d'obtenir un succès complet par l'emploi de moyens qui ont si souvent échoué entre les mains des hommes les plus habiles. De cette observation, on pourrait conclure avec assez de fondement que ce qui manque dans la thérapeutique des fistules vésico-vaginales, ce sont moins les méthodes que les moyens pour les exécuter fidèlement et sûrement. Loin de chercher de nouvelles indications curatives, ce serait donc surtout à perfectionner le manuel instrumental des procédés déjà connus qu'il faudrait s'attacher désormais.

L'observation de M. Berg montre encore que la diminution de capacité de la vessie n'est pas un aussi grand obstacle à l'oblitération définitive de la fistule qu'on l'a prétendu dans ces derniers temps. Certes, si cette réduction du réservoir urinaire devait exister quelque part, c'était assurément dans ce cas où l'urine sortait depuis sept ans par une aussi large ouverture; on a vu néanmoins que la guérison a été obtenue, aussi prompte que solide, par un procédé qui, loin d'agrandir la vessie, ajoutait encore à son rétrécissement.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 28 MARS.

DE LA LITHOTRITIE DANS LES CAS COMPLIQUÉS DE RÉTENTION D'URINE ET D'UN NOUVEAU MOYEN D'EXTRAIRE LES FRAGMENS.

M. AUG. MERCIER présente un mémoire sur ce sujet. Après avoir rappelé que la rétention d'urine a été presque toujours considérée jusqu'à présent comme une contre indication à la lithotritie, et démontré l'insuffisance des procédés mis en usage pour évacuer artificiellement le détritus, il décrit ainsi celui qu'il a imaginé il y a près de trois ans et qu'il a déjà employé avec succès. « L'instrument dont je me sers a la forme d'une sonde droite dans presque toute sa longueur, et est coudée à 25 millim. environ de son extrémité, de manière à former un angle un peu plus ouvert que l'angle droit (110 à 120 degrés). Mais cette sonde est, suivant sa longueur, formée de deux pièces dont l'une, correspondant à la concavité, forme les deux tiers de la circonférence; l'autre, qui correspond à la convexité, forme le troisième tiers. Les bords de la portion droite de cette dernière, que j'appellerai *mâle*, sont reçus dans une rainure que présente chacun des bords de la portion correspondante de l'autre pièce, que je nommerai *femelle*. De cette manière, lorsqu'on fait glisser la pièce mâle dans les rainures de la pièce femelle, leur bec s'éloigne l'un de l'autre, comme cela a lieu dans le lithotriteur Heurteloup.

»La pièce femelle représente sur sa convexité ou dos une gouttière très profonde dans la portion droite: peu profonde, au contraire, dans la partie qui forme le bec.

» La pièce mâle présente également une gouttière, mais sur sa concavité. Cette gouttière est destinée à compléter le canal formé par la gouttière de l'autre pièce, lorsque toutes deux sont assemblées; ce canal a au moins 6 millimètres de diamètre si l'instrument en a seulement 8.

» Mais cette pièce mâle présente une particularité, c'est qu'elle est formée elle-même de deux lames concentriques soudées par leurs bords, mais laissant partie de circonférences inégales, de telle sorte qu'il existe entre ces lames dans toute leur longueur un petit canal en forme de croissant. Ce canal se termine à l'extrémité externe par un entonnoir muni d'un robinet, et à l'extrémité interne, il s'ouvre du côté concave par plusieurs petits trous disposés en arrosoir.

» Ainsi l'instrument, lorsque ses deux pièces sont assemblées, forme deux canaux: l'un, qui est très large et circulaire, doit donner passage au détritus; l'autre, qui est beaucoup plus étroit, sert à pousser un courant d'eau dans la vessie. On voit qu'en faisant glisser la pièce mâle sur la pièce femelle, d'une part, le premier canal se trouve largement ouvert dans la vessie, et prêt à donner passage à tous les fragmens dont le diamètre n'excédera pas le sien; on voit que le bec de cette pièce mâle s'éloigne du bas fond (je le suppose dirigé en arrière), et que si on pousse un courant d'eau par le canal qui la traverse, ce courant s'échappera par les trous dont le bec est percé, s'éparpillera sur le bas-fond où le détritus se trouve accumulé, le délaiera, le mettra en mouvement et l'entraînera par le large canal. J'appelle cet instrument: *sonde évacuatrice à double courant*. »

L'auteur dit ensuite qu'on peut, suivant certaines circonstances, employer cette sonde de deux manières: faire mettre le malade debout ou le faire rester couché en supination pendant qu'on opère; il décrit les manœuvres de cette opération et finit par assurer qu'en combinant ce procédé avec l'emploi du brise-pierre à cuillère, dans le but surtout de réduire les fragmens à un petit volume, la rétention d'urine n'est plus, *par elle-même*, une contre-indication à la lithotritie.

URÉTROPLASTIE AVEC ÉTABLISSEMENT D'UNE PLAIE AU PÉRINÉE.

M. SÉGALAS communique à l'Académie les détails d'une opération d'urétroplastie qu'il a pratiquée dans les circonstances suivantes:

Un malade s'était lié, à l'âge de 6 ans, la verge avec un fil, et il en résulta la mortification d'une partie de l'urètre, et une fistule qui donnait passage à l'urine et au sperme. L'ouverture avait un pouce de longueur environ. La portion d'urètre située au devant avait subi un resserrement, une diminution de capacité en

rapport avec la perte de ses fonctions. M. Ségalas mit d'abord une sonde à demeure; puis il incisa le prépuce pour donner plus de laxité aux tégumens et pour remédier en même temps à un phymosis dont le malade était affecté. Lorsque la plaie fut guérie, M. Ségalas porta dans l'urètre un cathéter qui servit de guide au bistouri pour pénétrer dans la portion membraneuse de ce canal, et une fois celui-ci assez largement ouvert, une sonde élastique fut introduite jusque dans la vessie, puis transformée en syphon à l'aide d'un tube œsophagien. Quelques jours après, la plaie du périnée n'étant pas douloureuse et aucun accident n'ayant eu lieu, M. Ségalas fit sous la verge, en avant et en arrière de la fistule, deux incisions semi-lunaires se réunissant sur les côtés par leurs extrémités; puis il dénuda avec soin toute la surface circonscrite par les deux incisions, et mettant en rapport les deux lèvres de la plaie qui était résultée de cette dissection, il les maintint rapprochées à l'aide de six points de suture entortillée. Une bougie avait été introduite dans les parties moyenne et antérieure de l'urètre, en la faisant pénétrer par l'ouverture du périnée, passer sur le fond de la plaie et sortir par le méat urinaire. L'hémorragie cessa aussitôt le pansement terminé. On appliqua des compresses imbibées d'eau froide autour de la verge, et le syphon fut mis en action. Tout alla bien, et la réunion immédiate se fit partout, excepté du côté gauche où les aiguilles avaient été trop écartées; mais dans ce point même la plaie se rétrécit rapidement, et bientôt il n'y resta plus qu'un pertuis à peine visible. Dès le vingt sixième jour, à partir de la formation de la plaie périnéale, la sonde, qui traversait cette ouverture, avait été remplacée par une sonde de gomme élastique portée dans la vessie par le méat urinaire, et le malade la débouchait lorsqu'il voulait uriner. Au bout de deux mois environ, on laissa la plaie périnéale se cicatriser, le pertuis fistuleux paraissant fermé; mais bientôt il se rouvrit et laissa suinter quelques gouttes d'urine. Plusieurs cautérisations n'ayant pu réussir à en amener l'oblitération définitive, on fut obligé d'appliquer à cette petite ouverture le procédé employé pour le ravivement de la fistule primitive, dissection de ses bords, et réunion à l'aide d'un point de suture entortillée, La guérison complète suivit de près cette dernière opération.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 29 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. FOUQUIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

EAU DE MER GAZEUSE.

M. Pasquier, pharmacien à Fécamp, adresse la note suivante sur une préparation d'eau froide de mer, dans laquelle il a introduit de l'acide carbonique :

Malgré les résultats importans qui ont été publiés sur l'efficacité de l'eau de mer, l'usage de ce liquide, pris à l'intérieur, ne s'est pas généralisé, tandis que les bains ont, au contraire, acquis une grande popularité.

Cette différence tient à une cause capitale : l'eau de mer puisée près du rivage ne peut se conserver sans altération. Elle ne supporte pas non plus le transport. Elle a aussi un goût âcre et nauséabond qui répugne complétement aux malades.

Frappé cependant des bons effets que j'avais vu produire à l'eau de mer, soit comme médicament purgatif, soit comme anthelmintique, soit comme altérant, habitant un port de mer, où il m'était facile de me livrer à quelques expériences, j'essayai s'il ne serait pas possible, tout en conservant à l'eau de mer ses principes médicamenteux, de la dépouiller d'abord de ses principes organiques qui en rendent l'altération si facile ; puis d'en diminuer le mauvais goût qui la rend si difficile à prendre aux malades; enfin, de lui enlever cette sensation de pesanteur qu'elle fait éprouver à l'estomac des personnes qui en usent et qui rend sa digestibilité difficile.

Pour obvier au premier inconvénient, j'ai suivi le conseil fort simple donné par Buchan : j'ai puisé l'eau de mer fort loin du rivage, à 2 ou 3 lieues, et à plusieurs pieds de profondeur; puis je l'ai filtrée, et ces simples précautions suffirent pour la priver des matières végétales et animales, et de cette couche huileuse que présente l'eau de mer recueillie sur le rivage. Pour la rendre plus digestive et moins désagréable au goût (il faut remarquer d'ailleurs que les matières putrescibles que contient l'eau de mer près du rivage contribuent beaucoup au mauvais goût qu'elle présente), je l'ai chargée d'acide carbonique, à quatre ou cinq volumes.

Ainsi préparée, je fis prendre l'eau de mer à plusieurs malades qui avaient essayé d'abord de la prendre telle qu'on la puise dans la mer, et j'eus la satisfaction de voir qu'elle leur paraissait plus légère, moins désagréable et qu'ils n'en éprouvaient plus à l'estomac ce sentiment de pesanteur dont ils se plaignaient auparavant.

L'eau de mer gazeuse que je présente à l'Académie est un liquide parfaitement limpide, incolore et inodore dont le goût est moins désagréable que celui des eaux salines purgatives naturelles ou artificielles, et que l'on peut presque entièrement masquer en la coupant, soit avec de l'air, soit avec du bouillon.

Ainsi préparée, l'eau de mer gazeuse possède encore un grand avantage, c'est qu'elle peut se conserver indéfiniment, si on a le soin de tenir les bouteilles couchées et dans un endroit frais, et qu'elle peut se transporter à de grandes distances sans éprouver d'altération. Les bouteilles que j'envoie à l'Académie ont été préparées le 15 février dernier à Fécamp et ont été transportées à Paris le 10 mars.

A la dose de trois ou quatre verres pour les adultes, l'eau de mer ainsi préparée est le purgatif le plus doux et la plus fidèle ; une dose moindre pour les enfans, est l'anthelmintique le plus sûr, et à dose dite altérante, elle jouit des propriétés les plus puissantes sur cette disposition vicieuse de l'économie qui produit les scrofules, les tubercules, le carreau et le rachitisme.

M. Prus écrit pour se porter candidat à la place vacante dans la section de pathologie médicale.

TUMEUR ÉNORME DU COU.

M. Velpeau lit, en son nom et en celui de M. Lisfranc, un rapport sur une observation de tumeur énorme du cou, communiquée par M Belhomme.

Un individu, ayant jusque-là joui d'une bonne santé, s'aperçut, en 1834, d'une légère tuméfaction sous le menton. Traité sans succès par Murat, puis par M. Sédillot, il entra ensuite à l'hôpital Saint-Louis, et ne fut soumis à l'examen de M. Belhomme qu'en 1840. La tumeur (dont un dessin est présenté à l'Académie) offre actuellement un volume véritablement énorme. Elle fait principalement saillie à la partie antérieure du cou. Du reste, elle n'est incommode que par son poids; car la peau qui la recouvre est sans altération. On ne peut d'ailleurs en aucune manière songer à l'opérer.

Conclusions : remercier l'auteur et l'engager à donner ultérieurement la suite de l'observation s'il y a lieu.

M. Nacquart : On se borne à vous présenter cette tumeur comme remarquable par ses dimensions; mais n'y aurait-il pas plus d'intérêt à rechercher quelle peut être sa nature, et par suite quel traitement aurait le plus de chances de succès; si l'on ne pourrait point, per exemple, essayer d'en faire l'ablation?

M. Velpeau : Sans doute, ce serait là le point important de la question ; mais d'abord, quant à moi, n'ayant point vu le malade, je ne puis me permettre de prononcer sur la nature de la tumeur; je rappellerai ensuite que, malgré les conseils les plus éclairés et les plus nombreux, le diagnostic en est jusqu'ici resté incertain, et qu'aucun moyen de traitement n'a réussi. Du reste, que M. Nacquart veuille bien jeter les yeux sur le dessin de cette tumeur, et il sera sans doute convaincu, comme moi, qu'aucune opération ne serait applicable dans ce cas.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

LÉSION GRAVE DU CERVEAU SANS PARALYSIE.

M. Velpeau lit un rapport sur une observation de lésion grave du cerveau envoyée par M. Poilroux, membre correspondant de l'Académie. Le malade qui fait le sujet de cette observation eut une fracture du crâne avec une ouverture faite comme par un emporte pièce, et dont les bords étaient déprimés en dedans. Des portions assez considérables de la substance cérébrale sortirent par cette ouverture et se séparèrent par le travail de la suppuration ; et cependant le malade n'éprouva jamais de paralysie. Sous ce rapport, le fait est un exemple digne de toute l'attention des chirurgiens.

M. Castel : Voilà un nouveau cas de lésion étendue du cerveau qui n'a point été suivie de la mort. Mais remarquez qu'ici il n'y avait eu de compromis que la superficie de l'encéphale, et, d'un autre côté, il n'existait point de compression. C'est à ces deux circonstances que doit être rapportée l'heureuse issue de la maladie dans ce cas, car, dans les conditions opposées, les plaies de tête sont mortelles.

M. Dupuy : Aux assertions de M. Castel, je répondrai par deux faits. J'ai expérimenté, en présence de M. Magendie, qu'après avoir mis la moelle à découvert, j'ai pu la couper en travers, la broyer avec une aiguille à cataracte, sans que l'animal témoignât de douleur ou poussât le plus léger cri. Si, au contraire, je grattais avec l'instrument la surface de la moelle, il donnait des signes énergiques de souffrance.

J'ai eu occasion de voir, dans le service de Dupuytren, deux tumeurs très volumineuses situées dans le milieu du cerveau. Pendant la vie, le malade n'avait offert aucun signe qui pût faire soupçonner l'existence d'altérations aussi étendues.

M. Velpeau : Il paraît que M. Castel a cru que la plaie dont il est question dans le fait de M. Poilroux est une blessure superficielle du cerveau ; loin de là, le corps vulnérant, ainsi que les esquilles, ont pénétré à 1 centimètre environ de profondeur, et, d'autre part, la suppuration a entraîné la destruction d'une partie considérable de la pulpe cérébrale. De pareils exemples sont rares, et, lorsqu'on les rencontre, il faut les signaler hautement à l'attention des pathologistes. Dupuytren, auquel il s'en était présenté un de ce genre, en avait été frappé; et cependant le cas était beaucoup moins extraordinaire que celui-ci ; car il n'y avait eu aucune solution de continuité extérieure, et tout se bornait à un enfoncement de la voûte crânienne persistant avec conservation du mouvement, du sentiment et des facultés intellectuelles.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

OBSERVATIONS CLINIQUES.

M. Gimelle, au nom de M. Desportes et au sien, fait un rapport sur une relation des principaux faits cliniques observés à l'hôpital de Boulogne, pendant les années 1838, 1839 et 1840, par M. Gorré. Les conclusions sont d'adresser des remercîmens à l'auteur, d'inscrire son nom sur la liste des candidats au titre de membre correspondant, et de renvoyer son travail au comité de publication. (Adopté.)

ÉPIDÉMIE DE DYSENTERIE A VERSAILLES.

M. le docteur Articue lit un travail sur l'épidémie de dysenterie qui a sévi sur la garnison de Versailles, dans le mois de septembre dernier. C'est au 13 sep-

tembre qu'on peut rapporter l'invasion de cette épidémie. Chez presque tous les individus, l'affection a commencé par de la diarrhée, et, dans aucun cas, on n'a observé de prime-abord le flux dysentérique. M. Arligue ne croit pas à la contagion de la maladie, et aucun des faits qui ont passé sous ses yeux ne lui a fourni de documens propres à la lui faire admettre.

LUXATION DE LA PREMIÈRE PIÈCE DU STERNUM SUR LA SECONDE.

M. Maisonneuve présente à l'Académie les pièces anatomiques provenant de deux individus chez lesquels avait eu lieu une luxation de la première pièce du sternum sur la seconde. Les cas de ce genre sont très rares dans la science. M. Maisonneuve n'en connaît de bien constaté qu'un dont la pièce est déposée au musée Dupuytren.

Le sujet de sa première observation est un homme de 32 ans, qui était tombé de 40 pieds de hauteur sur la nuque; il vécut six semaines et succomba aux suites d'une fracture de la colonne vertébrale.

Le second cas est relatif à un homme de 42 ans, qui tomba aussi d'une hauteur de 40 pieds sur le bassin; la colonne vertébrale fut comme broyée dans sa partie inférieure, mais la région dorsale resta intacte. Il mourut presque immédiatement.

Chez les deux individus, la lésion locale était identique. A l'autopsie, on trouva le corps du sternum placé au-devant du manche de l'os; le périoste était conservé entier en avant. Les cartilages diarthrodiaux présentaient leur aspect normal. M. Maisonneuve s'est assuré, par des recherches entreprises dans ce but, que l'articulation entre les deux premières pièces du sternum n'est pas du genre des amphyarthroses, mais qu'elle subsiste à l'état de diarthrose avec des cartilages d'encroûtement et une certaine mobilité, jusqu'à un âge très avancé.

Commissaires : MM. Blandin, Velpeau et Gerdy.

TUMEURS DÉVELOPPÉES SUR DES CICATRICES.

M. Gimelle fait voir à l'Académie un militaire qui a reçu sept coups de yatagan sur différentes parties du corps. Il s'est formé sur toutes les plaies une tumeur rosée, aplatie, pédiculée, et offrant l'aspect d'un champignon. Le malade n'a jamais eu la syphilis. M. Gimelle, conservant du doute sur la nature de ces tumeurs, demande l'avis de ses collègues pour le diagnostic et le traitement qu'il conviendrait de leur appliquer.

Le malade, après avoir été examiné par la plupart des membres présens, sort de la salle.

M. Velpeau : Les tumeurs que vous venez de voir m'ont paru présenter les caractères de la kéloïde décrite par Alibert. Cette maladie, comme vous le savez, est surtout propre aux tissus de cicatrice. Les signes de ces tumeurs, d'après le médecin de l'hôpital St-Louis, sont d'être assez dures, d'un rouge pâle, indolentes, aplaties, sous forme de plaques, de présenter une coupe homogène; or, tous ces caractères sont aussi ceux des excroissances que vous avez eues sous les yeux. Maintenant, quelle est la nature de la kéloïde? On s'accorde à la regarder comme une variété du squirrhe; du moins elle est, ainsi que lui, très sujette à repulluler. Plusieurs fois déjà j'ai enlevé de ces tumeurs, et j'ai souvent observé des récidives. Chez une dame, entre autres, qui en portait une entre les deux seins, je fis l'ablation du tissu morbide, et j'eus soin de comprendre, dans l'excision, une certaine quantité de peau saine. La maladie reparut néanmoins peu de temps après. Il est cependant d'observation que, lorsque la kéloïde a pris un certain développement, elle demeure stationnaire. Le malade de M. Gimelle en est peut-être arrivé à cette période. Ce serait donc une question que de savoir si on doit attaquer les tumeurs qu'il porte, ou les abandonner à elles-mêmes. Quoi qu'il en soit, si l'on se décidait pour le premier parti, il faudrait, je crois, enlever, avec les végétations, une portion des tégumens qui leur donnent naissance.

M. Gerdy : Il n'y a en effet que deux hypothèses à émettre sur la nature de cette maladie : l'une est celle que vient de soutenir M. Velpeau; l'autre consisterait à considérer ces tumeurs comme de simples fongosités succédant aux végétations d'une plaie qu'on n'a pas eu soin de réprimer durant le travail de la cicatrisation. C'est la seconde manière de voir qui me paraît la plus vraisemblable. Dans la kéloïde, en effet, la tumeur ne se renverse pas comme un champignon, et ne se détache point par un pédicule de la peau qui la supporte. Il y a d'autant plus de présomptions en faveur de l'opinion que je défends, que, sur l'une des tumeurs que présente le malade, on peut s'assurer que la cicatrice n'est pas achevée et qu'il y a encore à sa surface un peu de suppuration. Elles ne présentent pas toutes un aspect aussi simple, j'en conviens, mais je répugne néanmoins à supposer que ce soient là de véritables kéloïdes. En l'état, et autant qu'on peut se prononcer d'après un examen aussi peu approfondi, je ne verrais aucun danger à en faire l'excision.

M. Patissier : Je veux seulement dire que j'ai un malade auquel il survient des tumeurs semblables à celles-ci toutes les fois qu'il met des sangsues.

M. Londe : Il y a dix ans, je me rappelle avoir servi d'aide à Sanson dans l'ablation d'une tumeur qui présentait, en apparence du moins, les mêmes caractères que celles-ci. L'opéré a guéri sans récidive.

M. Rochoux : J'ai souvent vu des végétations semblables se développer sur le lobule de l'oreille, chez les mulâtresses qui portent de longs pendans d'oreille. Je ne veux pas non plus oublier de faire remarquer (et cette circonstance ne sera peut-être pas sans intérêt pour le diagnostic) que les doigts du malade de M. Gimelle offrent beaucoup de rapport avec les doigts des lépreux, ou avec ceux qui sont frappés de gangrène sénile commençante.

M. Blandin : La lividité des doigts sur laquelle M. Rochoux vient d'appeler votre attention peut s'expliquer par la division de l'artère et du nerf cubital, qui a probablement eu lieu à la suite d'une des blessures dont le malade porte les traces sur l'avant-bras. Quant aux tumeurs qu'il offre sur les cicatrices de ses plaies, il m'a semblé, comme à M. Gerdy, que ce sont là d'énormes végétations, ainsi qu'on en observe souvent à la suite des panaris qu'on a ouverts par des incisions trop peu étendues; les bourgeons charnus poussent alors à travers l'ouverture étroite de la peau, et y subissent souvent une sorte d'étranglement, circonstance qui peut rendre raison de la lividité qu'offrent ces tumeurs.

Relativement au traitement à mettre en usage, sur lequel M. Gimelle demande notre avis, je crois qu'on pourrait très bien guérir ces tumeurs comme on guérit les végétations ordinaires, en les excisant, puis en cautérisant la base, et en y joignant ensuite la compression. La compression seule suffit quelquefois. J'ai traité un ecclésiastique d'une tumeur qu'il portait sur la lèvre. Le travail de cicatrisation de la plaie donna naissance à une tumeur du genre de celle dont il est question. Je dus l'exciser, mais il en revint une seconde tout à fait semblable. Plusieurs médecins lui avaient conseillé d'en faire pratiquer l'ablation. Je lui fis construire, par M. Ferd. Martin, une petite machine propre à exercer sur la tumeur une compression permanente, et il guérit en peu de temps.

M. Gimelle : J'inclinerais vers l'opinion de MM. Gerdy et Blandin plutôt que vers celle de M. Velpeau. Quant à l'hypothèse de végétations mal réprimées, je rappellerai cependant que le malade a été soigné par un médecin instruit tant que les plaies ont suppuré, et que les tumeurs n'ont commencé à se développer qu'après la cicatrisation. Je ferai observer en outre que ces tumeurs augmentent encore de volume en ce moment.

M. Velpeau : Je sais parfaitement que les kéloïdes ne sont pas habituellement aplaties et pédiculées : mais ne peuvent-elles jamais exister sous cette forme? D'ailleurs le pédicule n'est pas ici très étroit. D'un autre côté, les végétations ne se cicatrisent jamais complètement tant qu'elles persistent, tandis que, dans le cas que nous avons sous les yeux, la cicatrice est terminée sur la plupart des tumeurs. M. Gimelle vient encore de fournir un argument contre cette hypothèse, en disant que les tumeurs n'ont apparu qu'après la cicatrisation. Ceci serait tout à fait opposé à ce que l'on sait de l'évolution des végétations dans les plaies.

Je me rappelle fort bien avoir vu le malade dont a parlé M. Blandin, et je sais qu'à l'époque où il me fut présenté, je le considérai comme affecté de kéloïde. J'ai observé depuis, à la Charité, deux individus qui en portaient aussi de développées sur des cicatrices.

M. Lagneau : Je regarde ces tumeurs comme résultant d'un travail de cicatrisation mal dirigé; peut-être l'idiosyncrasie du sujet n'a-t-elle pas été étrangère à leur formation. Quant au traitement, je conseillerais, pour celle de l'épaule, qui gêne par son volume, d'en faire l'ablation en la circonscrivant par deux incisions semi-elliptiques, qu'on réunirait ensuite par première intention.

NOUVEAU RACHITOME.

M. Bégin présente, au nom de M. Compagnaud, un nouveau rachitome. Cet instrument est constitué par une cisaille très forte dont le mécanisme nous a paru être à peu près le même que celui de l'instrument connu des anatomistes sous le nom de costotome.

INSTRUMENT POUR L'ABLATION DES AMYGDALES.

M. Leroy-d'Etiolles montre à l'Académie un instrument qu'il a modifié dans le but de rendre plus facile l'ablation des amygdales. On sait qu'avec l'instrument de Phanestock, celui qui est préféré pour cette opération par presque tous les chirurgiens, une aiguille vient embrocher l'amygdale avant qu'elle soit coupée, afin d'empêcher qu'elle ne tombe dans le pharynx. Mais cette aiguille, qui remplit parfaitement son office quand l'amygdale a un certain volume, pourrait être insuffisante lorsque le corps à exciser n'a que de petites dimensions. Pour obvier à cette imperfection, M. Leroy-d'Etiolles lui substitue une double airigne qui saisit l'amygdale et la fixe en place durant l'opération.

TUMEUR FIBREUSE DE L'UTÉRUS, EXTIRPÉE.

M. Géry présente, au nom de M. Chaupart, une tumeur fibreuse de l'utérus, enlevée par ce dernier chirurgien. La femme sur laquelle cette opération a été pratiquée ne s'était jusque-là plainte d'aucune incommodité, lorsqu'elle accusa, il y a environ huit jours, une rétention d'urine. En introduisant le cathéter, M. Chaupart reconnut un corps fibreux volumineux de l'utérus. Il le saisit alors, d'abord avec une airigne, puis, après l'avoir fait descendre, il remplaça l'airigne par le forceps. L'opération s'acheva heureusement, et la malade est jusqu'à présent dans un état satisfaisant; la tumeur, quoique desséchée, pèse encore aujourd'hui 2 kilogrammes et demi.

NATURE DE L'ENTÉRITE FOLLICULEUSE.

M. Casimir Broussais, après avoir rappelé les principaux faits énoncés dans le mémoire qu'il a lu dernièrement à l'Académie sur cette question (Voy. Gaz. Méd., 1841, p. 716), met sous les yeux des membres des pièces anatomiques sur lesquelles il montre la réalité de ses observations.

La séance est levée à cinq heures.

CONCOURS

OUVERT A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, POUR UNE CHAIRE DE CLINIQUE CHIRURGICALE.

PREMIÈRE ÉPREUVE. — QUESTION ÉCRITE.

Au moment d'entrer en lice, alors que juges et spectateurs cherchent à deviner d'un coup d'œil le degré de forces que chaque combattant apporte dans la

tuite et le caractère particulier de son talent, on ne saurait choisir d'épreuve trop décisive, trop hérissée de difficultés, pour mettre en évidence la capacité de chacun, restreindre le champ des prétentions, et préparer ainsi un jugement plus facile en circonscrivant le choix à un petit nombre d'athlètes éprouvés. C'est sous ce rapport que la question posée par le jury pour la composition écrite a paru obtenir l'assentiment unanime. Grosse de controverses, mais féconde aussi en enseignemens pratiques, embrassant d'un côté les mille détails de la médecine opératoire, touchant de l'autre aux dogmes fondamentaux de la science, au solidisme, à l'humorisme et au vitalisme, elle avait l'avantage de mettre le candidat en position de montrer à la fois ses connaissances de théoricien et son talent d'application. Aussi, peu de questions convenaient-elles mieux que celle-ci au début d'un concours aussi sérieux, et dans lequel on pouvait assurer d'avance que les points les plus épineux de la chirurgie trouveraient des interprètes à la hauteur des difficultés, quelque nombreuses, quelque imprévues qu'elles pûssent être.

Disons-le cependant, par anticipation: il n'a pas tenu à certains candidats que le champ de la question posée, *«de l'infection purulente»*, ne devînt singulièrement circonscrit. Le sujet a fourni de nos jours à de si longues discussions, il a été si généralement envisagé au point de vue exclusif des doctrines, que plusieurs d'entre eux, ne faisant en ceci que suivre d'illustres exemples, ont cru avoir traité la question, en cherchant seulement à préciser le mécanisme intime suivant lequel se produit la maladie. D'autres, au contraire, se défiant peut-être de la propension qui nous entraîne tous vers les controverses de pure spéculation, ont soigneusement évité toute explication théorique, et n'ont décrit de l'affection que ses phénomènes patens et incontestables, que ses causes avérées et constantes. D'autres enfin, obéissant à une méthode plus judicieuse, ont dirigé sur le sujet les lumières réunies de la théorie et de la pratique; éclairant et contrôlant l'une par l'autre, ils ont ainsi rempli leur tâche autant qu'elle pouvait l'être, et s'ils n'ont pas donné de solution complètement satisfaisante, nul ne pourrait affirmer du moins que des efforts aussi bien dirigés ne doivent porter des fruits pour préparer celle que l'avenir nous réserve sans doute.

Tel est le triple rapport sous lequel la question a été envisagée, ou du moins telle est la tendance la plus marquée qui caractérise chacune des compositions que nous allons examiner; car, à une seule exception près, aucun de leurs auteurs ne s'est exclusivement renfermé dans les considérations de l'un ou de l'autre ordre; aucun n'a écrit avec l'intention avouée d'être seulement théoricien ou seulement praticien. Mais n'ayant ici à exposer et à apprécier que des résultats, nous ne pouvions nous dispenser de cette remarque préalable qui nous a frappé et que nous répétons volontiers, parce que à elle seule elle constitue déjà un jugement implicite et exempt de toute application personnelle, sur la valeur relative de ces différentes productions. Qu'il nous soit permis, avant d'entrer dans une analyse plus détaillée, de dire un mot sur la question elle-même. Nous n'avons ici la prétention ni de la résoudre en quelques mots, ni d'ajouter de nouvelles lumières à celles qu'ont projetées sur cet intéressant sujet tant d'esprits distingués. Notre unique but est de faciliter l'intelligence de ce compte rendu en donnant d'abord aux lecteurs un aperçu sommaire de l'état où la question était arrivée de nos jours.

Les idées qui sont aujourd'hui professées au sujet de l'infection purulente et de ses différens modes de production ne sont pas nouvelles. Déjà indiquées d'une manière générale dans les ouvrages de Galien et de ses successeurs, on les retrouve formulées assez nettement dans les écrits des accoucheurs sur la fièvre puerpérale. Ce que la chirurgie contemporaine peut revendiquer pour elle, ce n'est donc pas le principe même d'aucune des théories en vigueur, mais, ce qui est plus précieux sans doute, l'observation plus attentive de faits anatomiques jusque-là méconnus ou mal définis, les découvertes de détail sur les propriétés des veines, sur les lois de l'absorption, les conditions où apparaît la maladie, la disposition des foyers métastatiques, tous faits importans pour la discussion, je dirai plus, sans lesquels la discussion était impossible. Grâce à ces données essentielles dont l'acquisition est due aux méthodes d'investigation modernes, la question a pu être étudiée avec fruit, et si quelques doutes restent encore sur la manière dont l'altération du sang s'opère, du moins le fait lui-même de cette altération est aujourd'hui incontestable, et, chemin faisant, à travers toutes ces discussions, la science s'est enrichie de préceptes fort utiles sur les circonstances qui peuvent en favoriser le développement; d'où naît une médecine prophylactique, la seule possible dans cette maladie, et dont l'étude avait été singulièrement entravée au commencement de ce siècle par la préoccupation des esprits tournés uniquement vers la recherche de la cause prochaine.

Quant à cette cause elle-même, trois théories restent aujourd'hui en présence, et attribuent les phénomènes morbides, l'une à la résorption purulente, l'autre à la phlébite, la troisième à une infection primitive du sang qui le prédisposerait à se transformer en pus. Or, à l'hypothèse de la résorption purulente, on oppose 1° l'impossibilité de cette absorption en nature, vu le volume trop considérable des globules du pus, et l'oblitération des veines à la surface des plaies en suppuration; 2° le peu de vraisemblance d'une influence morbide aussi délétère exercée par le transport du pus, puisqu'on voit tous les jours la résorption rapide de foyers volumineux s'opérer sans aucun trouble de la santé générale; et, d'autre part, le défaut constant de toute altération appréciable du pus à la surface des plaies, avant que les symptômes de l'infection purulente se manifestent; 3° les cas, rares il est vrai, où l'on a trouvé des abcès métastatiques sans qu'il y eût eu de suppuration locale; 4° la nécessité, pour la théorie, de chercher, en outre, la cause qui force cette résorption à s'opérer dans certaines circonstances, alors que dans des conditions en apparence les mêmes, elle n'aura pas lieu, ou du moins ne produira pas les mêmes effets.

A l'hypothèse de la phlébite donnée comme cause des accidens, on objecte 1° que souvent chez des sujets où existaient des abcès métastatiques, on a vainement cherché des phlébites locales; 2° que, d'après les lois de l'organisation des vaisseaux sanguins, toute phlébite suppurée est limitée par un caillot adhérent aux parois de la veine, et qui sert de barrière contre l'introduction du pus dans le sang.

Ces deux explications étant détruites, reste la troisième qui attribue les phénomènes généraux, aussi bien que les suppurations locales soit des veines, soit des viscères, à une infection miasmatique du sang qui contracte une tendance particulière à se transformer en pus, à la diathèse purulente, en un mot, pour nous servir de l'expression de M. Tessier. Cette hypothèse se fonde d'abord sur l'insuffisance des deux premières, puis sur une foule d'analogies et de probabilités que nous ne pouvons rapporter ici. Les partisans des théories précédentes qui reprochent à celle-ci de n'avoir, malgré toute sa vraisemblance, aucune preuve directe en sa faveur, oublient que, sous ce rapport, elle est partagée plus avantageusement que celles qu'ils défendent, puisqu'on n'a du moins formulé contre elle aucune objection, aucune impossibilité matérielle du genre de celles que nous venons d'exposer contre les premières doctrines. La seule difficulté qu'on pourrait élever contre elle serait cette coexistence presque constante d'une plaie en suppuration toutes les fois qu'il se développe des accidens d'infection purulente, coexistence qui porte l'esprit à supposer un rapport de causalité entre les deux phénomènes. Mais outre que c'est ici une simple présomption, outre que le fait sur lequel elle s'appuie n'est rien moins que constant, on peut encore répondre qu'une plaie suppurante est en effet un organe actif ouvert à l'absorption, et loin d'être contrariée par la coïncidence qu'on invoque entre la présence d'une plaie et la manifestation des symptômes d'infection purulente, la théorie de M. Tessier s'en accommode bien au contraire, puisqu'elle trouve dans cette condition de quoi expliquer plus facilement l'introduction dans le sang, des miasmes, des élémens délétères auxquels est due l'infection primitive de ce fluide, la diathèse purulente, la maladie générale, en un mot, qui préexiste aux suppurations locales.

Malgré les apparences de vérité que présente cette doctrine, nous ne prétendons point donner la conclusion qui en découle comme la solution définitive et irrévocable d'une question si controversée. Nous voulions seulement, en traçant ce tableau des diverses opinions, montrer où la science en était sur ce point. Nous sommes maintenant en mesure d'exposer avec plus de clarté les notions apportées par les candidats sur cette question si difficile et si obscure encore. C'est ce que nous allons faire, en suivant dans l'examen des compositions l'ordre précédemment indiqué, et en classant les compétiteurs selon qu'ils se sont plus spécialement préoccupés de la pratique ou de la théorie, ou qu'ils ont cherché à satisfaire, sous ces deux points de vue, aux exigences du sujet proposé.

M. CHRESTIEN.

Nous commençons par ce candidat, parce que sa composition est la plus propre à montrer toute la justesse de notre division. En effet, M. Chrestien s'est placé de propos délibéré au point de vue exclusivement pratique, et faisant abstraction complète de toute discussion dogmatique sur la cause prochaine de l'infection purulente (ce qu'il appelle le côté physiologique de la question), il s'en tient à l'histoire clinique de la maladie. Son point de départ est l'introduction du pus dans le sang, et c'est de là qu'il commence la description des symptômes. Dans toute plaie suppurante, on peut voir survenir les accidens qui sont propres à cette affection. Le frisson est un des premiers et le plus caractéristique. Dans certaines contrées, dans les pays méridionaux, par exemple, dit-il, ce frisson devient intermittent ou rémittent. (Qu'il nous soit permis en passant de faire remarquer à M. Chrestien qu'à Paris les choses ont absolument lieu de la même manière.) Les abcès viscéraux, ou les épanchemens articulaires se forment ensuite, en donnant lieu à des symptômes beaucoup moins marqués que ceux des phlegmasies franchement inflammatoires.

Une division que M. Chrestien donne comme de la plus haute importance est celle qu'il établit dans les diverses formes de la maladie, suivant que l'infection purulente est primitive ou secondaire. La première espèce est la plus grave, car elle tient à des causes générales, qu'on ne peut pas toujours se flatter de bien apprécier, telle est une forte impression morale. L'infection secondaire, au contraire, si nous avons bien compris l'auteur, résulterait d'une cause spéciale, quelquefois d'une maladie particulière; il cite pour exemple l'effet d'un courant d'air, produisant en très peu de temps un épanchement de pus dans la plèvre.

La connaissance des conditions où la maladie se développe de préférence conduit à des préceptes importans sur les moyens de la prévenir. Ainsi, on n'opérera pas les sujets déjà en proie à une autre affection; ainsi, après l'opération, on tâchera de provoquer la réunion par première intention; ainsi, on adoptera, pour les amputations, la méthode circulaire, de préférence à la méthode à lambeaux; et si l'on est forcé d'employer cette dernière, on devra plus que jamais tenter d'obtenir ensuite l'adhésion primitive. D'après le même principe, toutes les fois que la méthode sous-cutanée pourra remplir sûrement le but, on profitera de l'avantage qu'elle présente d'empêcher l'action de l'air sur la surface des solutions de continuité, ce qui est une puissante garantie contre l'infection purulente. C'est encore en se guidant sur les mêmes considérations qu'on doit exciser les polypes de l'utérus, au lieu de les lier. M. Chrestien rapporte cependant un cas où une hémorragie alarmante suivit l'excision d'une tumeur de ce genre, et il adopte en conséquence un procédé qui consiste à ne couper la masse fibreuse qu'après avoir d'abord porté une ligature sur son pédicule.

Dans le traitement de l'affection, dit M. Chrestien, les saignées générales sont peu utiles; elles seraient surtout contr'indiquées dans l'infection purulente primitive. (Nous croyons, nous, que cette proscription des évacuations sanguines n'est ni assez absolue ni assez générale; c'est partout et dans tous les cas qu'il faut les condamner, non pas comme inutiles, mais comme éminemment pernicieuses.)

M. Chrestien commençait à tracer l'anatomie pathologique de l'infection purulente, lorsque le temps de terminer son mémoire est arrivé.

Malgré l'insuffisance de son plan, M. Chrestien a trouvé moyen d'intéresser l'auditoire par les idées pratiques qu'il a émises sur la comparaison des procédés opératoires, établie au point de vue des garanties que chacun d'eux offre contre l'infection purulente. C'était un des bons côtés de la question telle qu'il l'envisa-

geait, et il en a habilement tiré parti. M. Chrestien possède beaucoup des qualités du professeur ; il a toute l'assurance et l'éloquence de diction qui conviennent à la chaire qu'il dispute. Les développemens viennent facilement, trop facilement peut-être, sous sa plume ; et si nous avions un conseil à lui donner pour les épreuves ultérieures, nous croirions lui rendre service en l'engageant à songer dorénavant plus à la Faculté où il se trouve qu'à celle qu'il vient de quitter. Les mêmes qualités de style n'obtiennent pas la même faveur à Montpellier et à Paris.

M. THIERRY.

Bien que ce candidat n'eût pas, comme le précédent, déclaré s'abstenir volontairement de toute explication théorique, il n'a toutefois accordé, dans son cadre, qu'une fort petite place aux discussions des doctrines. Après avoir rappelé que Dupuytren attribuait les abcès métastatiques à la fonte purulente de tubercules préexistans ; après avoir signalé les découvertes contemporaines qu'avaient préparées les recherches de MM. Breschet et Ribes sur les canaux veineux des os, il admet la phlébite comme cause de l'infection purulente, s'appuyant sur ce que plusieurs médecins ont vu le pus circuler dans les veines.

Vient ensuite la description des symptômes, qui n'a ajouté que peu de choses à ce que l'on sait sur cette partie de la question. Tous les opérés d'une salle ne succombant pas à l'infection purulente, il faut bien admettre que des circonstances particulières y prédisposent certains individus. Aussi les plaies des parties molles en sont-elles plus rarement accompagnées que les solutions de continuité osseuses. Partant de ce fait bien constaté, M. Tessier regarde la maladie comme une diathèse, et l'appelle diathèse purulente. Une seconde cause réside dans les conditions extérieures, l'encombrement, le défaut de ventilation, l'humidité. Enfin, les causes morales, l'abattement, le désespoir, sont des influences qui ne concourent pas avec moins d'énergie au développement de cette affection.

Pour ce qui regarde le traitement, nous avons vu, dit M. Thierry, employer les moyens les plus disparates, isolément ou combinés entre eux, et nous ne croyons pas avoir vu un seul cas d'infection purulente bien caractérisée guérir. Il ne faut pas cependant abandonner les malades, mais c'est plutôt vers un régime hygiénique bien entendu des opérés, que le chirurgien doit tourner ses efforts, et tout en écartant, autant que possible, les causes extérieures, il ne négligera pas la propreté et la célérité dans les pansemens, qui doivent être fréquemment renouvelés. L'ensemble de ces précautions empêchera souvent le développement de la maladie.

L'absence de toute discussion, une certaine simplicité dans la forme, ont pu, aux yeux de quelques personnes, donner à cette composition une apparence d'infériorité. On vient de voir cependant, d'après ce court résumé, que, malgré sa brièveté, elle contient de sages préceptes et des idées qu'on ne saurait du moins accuser d'être trop hasardées.

M. PH. BOYER.

La maladie qu'on désigne sous le nom d'infection purulente ne saurait se prêter à une définition exacte, tant que l'on ne connaîtra pas sa cause immédiate. Ce n'est donc que par une description sommaire des symptômes qu'on peut la faire connaître.

Quesnay avait déjà entrevu l'altération du pus par le sang, et Morgagni l'avait aussi signalée dans sa cinquante-unième lettre. On l'attribua plus tard à des tubercules ramollis et suppurés pendant la fièvre traumatique; mais l'anatomie pathologique ayant montré que les tubercules occupent de préférence le sommet des poumons, tandis que les abcès métastatiques sont disséminés dans tout leur parenchyme, on dut renoncer à cette explication. Une nouvelle carrière s'ouvrit dès-lors aux recherches, et les pathologistes modernes l'ont parcourue avec éclat.

M. Boyer pose ensuite une division excellente, en annonçant qu'au point de vue étiologique, il examinera séparément : 1° les lésions qui favorisent le développement de l'infection purulente (causes éloignées, médiates) ; 2° l'altération qui lui donne lieu directement (cause prochaine, immédiate). Malheureusement il n'a pu traiter en détail, comme ils auraient dû l'être, ni l'un ni l'autre des deux chefs de sa division. Ainsi, à propos des causes éloignées, il déclare que leur énumération n'apprendrait que peu de chose. Nous croyons, nous, au contraire, qu'une partie importante de la prophylaxie réside dans cette étude. Quel meilleur moyen avons-nous de prévenir la maladie que de préciser d'avance les conditions où elle se manifeste le plus fréquemment ?

Quant à la cause prochaine, M. Boyer rejette comme inadmissibles dans l'état actuel de nos connaissances, la doctrine de de Haën, qui croyait à l'existence du pus tout formé dans le sang. Celle des métastases, où tout s'explique par les sympathies qui unissent les viscères, ne repose pas sur des bases plus solides. La propriété absorbante des veines, si bien démontrée par M. Magendie, a fait rapporter l'altération du sang à l'absorption du pus de la plaie par les conduits veineux et lymphatiques; et si la ténuité de la plupart de ces vaisseaux empêche d'y découvrir le pus, on peut cependant quelquefois en constater la présence dans ceux de l'utérus. Du reste, il faut bien savoir que le pus ne s'absorbe qu'à la surface des plaies récentes ; car, dans les foyers anciens, il se forme une membrane pyogénique qui ferme l'orifice des absorbans.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — On connaît depuis longtemps la prédilection des abcès métastatiques pour le foie et le poumon, et pour différentes parties de ces viscères. D'après ces faits, on serait conduit à établir, d'une manière générale, que les abcès de ce genre affectent surtout les organes qui reçoivent plus de sang qu'il ne leur en faut pour leur nutrition. Ainsi, le foie et le poumon sont incontestablement les viscères les plus vasculaires. On expliquerait encore ainsi leur existence dans la rate, le cœur, dans les muscles jumeaux, où la circulation artérielle est très abondante.

Les épanchemens purulens ou séro-purulens des séreuses et des synoviales constituent une autre forme déjà indiquée par Ledran.

Les veines principales de la partie où siége la plaie contiennent des caillots quelquefois entièrement sanguins, quelquefois suppurés. A propos de ces collections de pus qu'on trouve au centre des caillots intra-vasculaires, M. Boyer pense qu'elles sont dues à l'infection purulente générale, qui donne lieu à des suppurations dans ce point comme elle en détermine dans les autres parties de l'économie. Nous ne pouvons qu'adhérer à cette explication, en faisant cependant remarquer qu'elle paraît plus en harmonie avec la doctrine de M. Tessier qu'avec celle à laquelle M. Boyer semble avoir plus haut donné la préférence.

Tous les âges, tous les sexes, toutes les constitutions sont également sujets à cette maladie. Les conditions de localité paraissent exercer plus d'influence : M. Boyer en observe très peu à l'hôpital St-Louis, dans les salles des nouvelles accouchées.

Un frisson marque toujours le début du mal. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que les abcès viscéraux restent latens et ne développent ni douleurs prononcées, ni signes physiques auxquels on puisse les reconnaître. Cependant les épanchemens pleurétiques sont assez faciles à distinguer. Le diagnostic de ces lésions internes est donc le plus souvent à peu près impossible ; mais ce qui doit consoler le praticien, c'est que, arrivé à cette période de la maladie, la connaissance la plus exacte de ses symptômes ne lui servirait de rien pour le traitement. Ici, on doit tout attendre de la nature, car nous ne pouvons la seconder qu'en aveugles.

La thérapeutique, néanmoins, n'est pas absolument nulle. C'est surtout à combattre les causes générales de la maladie qu'il faut s'attacher, en aérant convenablement les salles, en nourrissant de bonne heure les opérés, etc. Quant aux moyens curatifs proprement dits, leur choix ne peut être qu'empirique. Les révulsifs aux extrémités, les topiques irritans sur la plaie, ne doivent pas être négligés. M. Boyer doute que les saignées soient indiquées dans cette maladie. Ce n'est pas là, selon nous, une formule de proscription à beaucoup près assez sévère contre une pratique aussi constamment pernicieuse.

M. Boyer n'a consacré qu'une petite partie de son mémoire à discuter les théories des auteurs, et peut-être même le choix, un peu arbitraire en apparence, qu'il a fait de l'une d'elles, ne paraîtra-t-il pas heureux. Malgré ces défauts, qui lui sont communs avec plusieurs de ses compétiteurs, il est juste de reconnaître que son mémoire, rédigé, comme on l'a vu, dans un esprit purement pratique, contient des indications importantes, et se fait remarquer en outre par une grande netteté d'exposition.

M. MALGAIGNE.

Lorsqu'un sujet est atteint d'une grande lésion traumatique avec suppuration, principalement après les grandes amputations, on voit souvent survenir un frisson qui revient à intervalles plus ou moins éloignés ; la plaie se dessèche ; la peau prend une teinte jaunâtre ; le sujet ne tarde pas à succomber ; et, à l'autopsie, on trouve les viscères parsemés d'abcès plus ou moins nombreux, plus ou moins avancés dans leur évolution. C'est là ce qu'on appelle infection purulente. A. Paré et Hunter ont déjà parlé de l'altération du sang qui la constitue; mais leurs idées n'attirèrent pas l'attention, et c'est à la chirurgie moderne que doit être faite la plus grande part dans l'inventaire des découvertes qui ont rapport à cette affection. Faisons d'abord l'histoire clinique de la maladie ; nous parlerons ensuite des explications qui ont été émises sur le mécanisme de sa formation.

L'infection purulente peut accompagner les lésions les plus minimes, une saignée, une fausse route faite pendant le cathétérisme. Mais c'est surtout quand la solution de continuité a reçu le contact de l'air que les accidens sont à redouter ; on dirait que cette condition précipite et double le danger. Et cependant elle n'est pas nécessaire pour que la maladie se produise, car on a observé celle-ci après l'incision sous-cutanée des veines variqueuses. (Nous ne pouvons ici nous dispenser de dire à M. Malgaigne que cet exemple ne prouve en aucune manière le principe qu'il veut établir. S'il est bien démontré d'un côté que, dans l'immense et très immense majorité des cas, l'infection purulente se développe à la suite de plaies exposées à l'air, tandis que les foyers purulens à l'abri de son action sont exempts de cette complication ; si l'on considère, d'autre part, que les ponctions dites sous-cutanées sont loin d'être toujours faites suivant les principes de la vraie méthode, et par conséquent ne peuvent pas être regardées comme empêchant sûrement l'introduction de l'air, on hésitera à coup sûr avant de nier un principe aussi vraisemblable, d'après des faits aussi peu concluans.)

On assure en général, continue M. Malgaigne, que l'infection purulente est plus rare dans la pratique civile que dans les hôpitaux. Sans avoir reçu de preuves directes, cette assertion paraît cependant être conforme à la vérité. J'ai aussi trouvé, en comparant, dans 852 cas d'amputation, celles qui étaient pratiquées pour des altérations organiques avec celles qui avaient suivi des lésions traumatiques, que ces dernières exposent plus à la maladie dont nous parlons; les femmes s'y soustraient aussi plus que les hommes, les enfans plus que les femmes. Ce qu'il y a de sûr également, c'est que plus il y a d'amputés dans une salle, plus le chiffre de la mortalité s'y élève, ce que l'on peut attribuer, soit à l'encombrement, soit au défaut de soins. (Ici encore M. Malgaigne paraît avoir été entraîné par une inspiration plus spécieuse que juste. Il y a sans doute une apparence de vérité à dire que deux opérés seront moins bien soignés qu'un seul, et que le chirurgien, ne donnant à chacun d'eux qu'une attention partagée, négligera l'un aux dépens de l'autre. Mais, à qui persuadera-t-on que le défaut de soins puisse être invoqué dans les hôpitaux de Paris, à l'Hôtel-Dieu par exemple, et dans le service de Dupuytren, où l'assiduité du chirurgien en chef était pour ainsi dire passée en proverbe, où le nombre des élèves internes et externes était beaucoup plus que suffisant, et où cependant la maladie semblait exercer plus spécialement ses ravages ?)

SYMPTÔMES. — Il n'y a ici aucuns prodrômes; à toutes les époques, l'infection peut se montrer. Tout à coup, et sans signe précurseur, apparaît un frisson, symptôme terrible, et que d'anciennes sœurs hospitalières, vieillies dans le service des malades, regardent comme si caractéristique que, en en rendant compte au chirurgien, elles y joignent, sans hésiter, et comme une conséquence nécessaire, le pronostic le plus funeste. Presque en même temps, la plaie se dessèche

la peau prend une teinte jaunâtre, les orbites se cavent, l'amaigrissement devient en peu de temps très sensible, etc.

Le diagnostic exact n'est pas facile, et c'est pour cette raison qu'on compte si peu de cas de succès sur la réalité desquels il ne reste aucun doute ; car la maladie ne peut en général être bien reconnue qu'à l'autopsie.

TRAITEMENT. — Après avoir essayé sans succès de tous les moyens préconisés contre l'infection purulente, M. Malgaigne en est revenu, de guerre lasse, au tartre stibié qu'il donne à dose Rasorienne.

Après cette description de la maladie, faite sans se préoccuper de sa cause prochaine, M. Malgaigne passe à l'étude des questions qui se rattachent à celle-ci. La présence de collections purulentes trouvées dans les veines du membre amputé semblait donner raison aux partisans de la résorption du pus en nature, lorsque M Tessier vint leur enlever cet argument, en montrant que les foyers de pus que contient le système veineux sont toujours limités, et séparés du sang par un caillot obturateur. Ce caillot, dit M. Malgaigne, je l'ai constamment observé dans toutes mes autopsies, et ici, je l'avoue, je suis pleinement et résolument de l'avis de M. Tessier. L'état des tissus qui environnent les abcès viscéraux porte aussi à les considérer comme des produits d'inflammation, plutôt que comme des amas de pus transporté par la circulation et déposé dans les parenchymes.

Nous avons indiqué les théories qui se sont écroulées. Sur leurs débris s'est établie celle qu'a fondée avec tant de vigueur et de logique M. Tessier. Au reste, son premier auteur paraît être Dupuytren lui-même, qui en avait jeté les bases dans ses leçons cliniques (1).

Le jury, continue M. Malgaigne, a compris et accepté, ce me semble, cette réforme, en substituant, pour désigner la maladie, au mot, anciennement usité, de résorption purulente, celui d'infection purulente, qui est à lui seul toute une doctrine. Du reste, ces discussions ont leur importance, mais elles n'ont jusqu'ici que peu ou point influé sur le traitement.

M. Malgaigne termine en posant deux indications importantes pour prévenir le développement de l'affection. L'une consiste à s'abstenir d'émissions sanguines, et à donner aux opérés une alimentation un peu plus abondante qu'on ne le fait d'ordinaire. L'autre a trait aux conditions extérieures : les grandes salles, en général, sont éminemment dangereuses pour les amputés ; et, sous ce rapport, il y aurait sans doute convenance à créer un établissement spécial, un hôpital modèle pour les opérations.

Quoique M. Malgaigne se soit franchement déclaré pour l'explication, qui, à notre avis, est la meilleure, la seule possible en l'état actuel, nous aurions aimé à le voir motiver sa préférence, et sans aucun doute, les causes de sa conviction, s'il eût pu les faire connaître, auraient entraîné à sa suite bien d'autres adhésions. Nous ne pouvons que regretter la brièveté qu'il a cru devoir s'imposer sous ce rapport, et nous le regrettons d'autant plus que certaines parties de son mémoire, celle, par exemple, qui a trait à la statistique des amputés, auraient pu, sans aucun inconvénient, être abrégées, pour permettre l'exposé plus complet de points qui ne présentaient pas un intérêt moindre. Malgré cette lacune, le travail de M. Malgaigne a vivement frappé l'auditoire, et il ne pouvait en être autrement, car on aura remarqué qu'il présente la plupart des qualités qui distinguent les autres productions de ce chirurgien.

M. VIDAL (DE CASSIS).

Dès long-temps signalée, mais oubliée un moment en raison des préoccupations d'un solidisme absolu, la question de l'infection purulente fut de nouveau posée au commencement de ce siècle par Broussais, puis reprise et approfondie par les chirurgiens modernes.

Ne voir dans cette maladie que la présence du pus dans une veine serait ne regarder qu'un coin du tableau. Outre ce fait, qui est incontestable, il faut étudier ses causes, et les circonstances qui contribuent à le produire. Ce sont là des notions positives, les plus importantes sans contredit, sous le rapport pratique, et elles méritent pour cette raison d'être exposées en premier lieu.

On a accusé le tempérament lymphatique de prédisposer à l'infection purulente, mais elle s'observe également chez des sujets pléthoriques. L'encombrement a aussi été signalé. Il est certain d'ailleurs que, certaines années, certains hôpitaux en présentent un plus grand nombre de cas, et ces conditions changent quelquefois sans qu'on puisse s'en rendre compte, au point que telle localité, jadis la plus ravagée par cette affection, en devient momentanément exempte. L'état moral mérite aussi l'attention du chirurgien : nous ne répèterons pas ce qu'on a dit à ce sujet sur le parti vainqueur et sur le parti vaincu.

Les lésions à la suite desquelles la phlébite peut se développer sont de trois ordres : lésions physiques, lésions vitales, dégénérescences. Les altérations traumatiques des veines se présentent ici en première ligne, soit qu'elles arrivent accidentellement, soit que la main du chirurgien les ait produites. Mais leur gravité diffère suivant une foule de circonstances. Ainsi, toutes conditions étant égales, la maladie est plus à craindre si le vaisseau divisé se trouve dans des rapports anatomiques tels que son orifice reste béant. Remarquons qu'une maladie des parties voisines peut développer cet état dans des veines qui ne présentaient naturellement rien de semblable. Au surplus, il faut toujours se rappeler l'influence du contact de l'air, et une solution de continuité *exposée*, comme le disait Hunter, fait courir au blessé bien plus de chances de phlébite qu'une plaie *non exposée*. C'est sur ce principe qu'est basée la méthode sous-cutanée, mais on abuse des meilleures choses, et de déduction en déduction, on en est venu même à proposer de briser de vive force, sous la peau, les jointures ankylosées.

Parmi les lésions vitales, nous devons d'abord mentionner la phlébite, quoique nous n'ayons pas à décrire la maladie elle-même, mais seulement un de ses accidens. Mais la phlébite varie suivant une foule de point de vue différens ; elle peut être oblitérante ou non oblitérante ; le premier cas, le plus commun, est aussi le plus favorable, et on peut le provoquer artificiellement en soumettant les veines divisées à la compression ; de là un des élémens de la supériorité de la réunion immédiate dans les opérations. La phlébite est bornée à la veine ou se propage au tissu cellulaire qui l'entoure ; elle est ascendante ou tend au contraire par une exception à sa marche habituelle à gagner la périphérie ; elle est diffuse ou limitée. Je comprends encore au nombre des lésions vitales tous les abcès, quel que soit leur volume, depuis les pustules de la variole jusqu'aux abcès par congestion les plus vastes. Le défaut de membrane pyrogénique, la présence d'une veine qui s'ouvre dans l'intérieur du foyer favorisent alors l'accident. (Si nous ne nous trompons, ce sont là des conditions de phlébite mais non d'infection purulente. Les accidens qui se développent souvent chez les sujets porteurs de grands abcès non ouverts sont des phénomènes de fièvre hectique, mais jamais ou presque jamais on n'observe dans ces cas l'infection purulente proprement dite, avec sa marche si rapide et ses altérations cadavériques si tranchées. Peut être M. Vidal n'a-t-il pas voulu dire autre chose ; mais, dans tous les cas, cette partie de sa description ne saurait en aucune manière se rapporter au sujet qu'il avait à traiter).

Quant aux dégénérescences, M. Vidal dit seulement que le tissu encéphaloïde étant parsemé de veines, les opérations qui portent sur lui exposent à la phlébite et le chirurgien doit par conséquent s'en abstenir autant que possible. (Sans discuter la question de savoir si l'on doit mettre, dans ce cas, les chances de la phlébite en parallèle avec les suites inévitables du développement des encéphaloïdes, nous ferons seulement observer à M. Vidal que la fréquence des phlébites après les ablations d'encéphaloïde n'est rien moins que démontrée. Et cela se comprend d'ailleurs quand on songe que dans les opérations de ce genre, les incisions ne doivent porter que sur des parties saines où la circulation, par conséquent, et le nombre ainsi que le volume des veines se trouvent dans les conditions de l'état normal.)

Je me suis étendu un peu longuement sur l'étude des causes, continue M. Vidal, et l'on en comprendra aisément la raison ; car la maladie étant à peu près incurable une fois qu'elle est déclarée, c'est à la prévenir qu'on doit surtout s'attacher, et les notions étiologiques sont celles qui conduisent le plus sûrement à ce résultat.

M. Vidal expose assez rapidement les symptômes, la marche et le pronostic de l'affection. Celui-ci, dit-il, est constamment funeste, et quand le malade guérit, on peut affirmer qu'il y a eu erreur dans le pronostic. Il décrit ensuite les altérations anatomiques qu'on rencontre dans les viscères, les cavités séreuses et synoviales, et l'état du système veineux.

Arrivant enfin à l'exposé des doctrines, trois théories, dit-il, subsistent encore ; l'une défend l'humorisme dans toute sa pureté ; elle invoque la rapidité avec laquelle la suppuration se supprime à la surface de la plaie, la formation, pour ainsi dire instantanée, des abcès métastatiques, le défaut de traces d'inflammation autour de ces abcès ainsi que dans le voisinage de la plaie. A ces considérations, les opposans répondent que la quantité du pus que sécrétait la plaie est bien inférieure à celle que contiennent les abcès viscéraux. Mais, réplique M. Velpeau, le pus produit le pus. M. Cruveilhier professe, lui, que le point de départ constant de la maladie est une phlébite locale suppurée, dont le pus se mêlant au sang va engendrer dans les viscères des phlébites capillaires, d'où résultent les abcès dits métastatiques. A ceux qui lui disent n'avoir pas trouvé de phlébite locale, dans plusieurs cas d'infection purulente, M. Cruveilhier répond que vraisemblablement alors on n'a pas eu le temps de les chercher. C'est là, dit M. Vidal, l'expression la plus académique de cet argument !...

Le temps a manqué à M. Vidal pour achever sa composition. Mais on a pu voir par la manière dont il l'avait commencée, comment il aurait su remplir un des meilleurs plans, et le plus *pratiquement* ordonné peut-être, de tous ceux qui ont été présentés dans cette longue succession de mémoires. Nous n'avons garde de blâmer les développemens qu'il a consacrés à l'étude étiologique de l'affection, et l'on a vu combien d'utiles corollaires jaillissaient à chaque instant de cet ordre de considérations. Il est seulement fâcheux que d'aussi intéressantes prémisses aient manqué de conclusions. Et cette lacune doit être d'autant plus vivement sentie par l'auteur, qu'il a paru adopter assez explicitement l'hypothèse de la phlébite, sans avoir pu trouver l'occasion de justifier sa préférence ; ce qui a donné à cette partie de sa composition le désavantage d'une forme un peu arbitraire, défaut que la suite aurait probablement fait disparaître, si nous en jugeons d'après la verve qui se remarque dans le commencement de son exposition des doctrines. Nos regrets sont donc on ne peut plus sincères, et nous les unissons de grand cœur à ceux que le public a fait éclater avec une unanimité si flatteuse pour M. Vidal.

(La suite au prochain numéro.)

(La suite au prochain numéro.)

La seconde épreuve du concours de clinique chirurgicale ouvert à la Faculté de Paris commencera lundi prochain 4 avril. MM. les candidats, ainsi que le jury, se réuniront à quatre heures à l'hôpital de la Charité, et à cinq heures aura lieu la séance publique.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

(1) Il serait à désirer que M. Malgaigne eût pu indiquer l'époque où Dupuytren aurait émis, dans ses leçons, cette idée dont la démonstration du moins est bien certainement due à M. Tessier. Ce médecin ayant été attaché comme interne au service de Dupuytren, dans ses dernières années, peut-être aurait-on pu, en rapprochant les dates, donner une solution précise à la question de priorité qu'a soulevée en passant le candidat.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des Hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

ÉPIDÉMIES.

RELATION DE L'ÉPIDÉMIE DE MÉNINGITE ENCÉPHALO-RACHIDIENNE, OBSERVÉE A LA CLINIQUE MÉDICALE DE LA FACULTÉ DE STRASBOURG, EN 1841; par C. Forget, professeur de clinique médicale et de maladies épidémiques.

Quels que soient l'indépendance et même le dédain qu'il est convenu d'affecter aujourd'hui à l'égard de ce qu'on appelle systèmes, doctrines, théories, il n'est pas un praticien qui ne subisse, même à son insu, les influences des idées plus ou moins nettes et rationnelles qu'il se fait de la nature des maladies. Ces influences sont telles qu'oubliant l'indifférence dont ils font parade, on voit les médecins se passionner en faveur des systèmes qui peuvent étayer leur pratique et lutter ardemment contre ceux qui pourraient militer contre elle. En effet, c'est là, c'est à la pratique que viennent, en dernier terme, aboutir nos systématisations, et, quoi qu'on en dise, c'est presque toujours de celles-ci que dérivent nos procédés thérapeutiques.

Il est donc de la plus haute importance de réunir tous les élémens susceptibles de fixer nos idées sur la nature des maladies. Cette nécessité ressort particulièrement de l'étude des épidémies, au sujet desquelles l'imagination des médecins s'est dans tous les temps livrée à de si bizarres et si funestes aberrations.

Une des plaies de notre science est, sans contredit, la confusion qui règne dans le langage médical et, par suite, le défaut d'accord sur la valeur qu'il convient d'attribuer aux termes en usage. Cette confusion se révèle alors qu'il s'agit de fixer la signification du mot *nature* des maladies. En philosophie, la nature des choses est leur essence propre, intime, primordiale; mais en médecine, cette essence doit varier suivant qu'on envisage le fait du point de vue de la théorie ou de celui de la simple pratique. Dans le premier cas, l'imagination tend à pénétrer indéfiniment au-delà du monde visible, et, de cause en cause, elle finit par se perdre dans les régions obscures et illimitées des abstractions pures : au-delà des symptômes, on suppose une lésion, matérielle ou non; au-delà de celle-ci, un principe appelé vital, régi lui-même par un autre plus abstrait encore, etc. Au point de vue théorique, chaque variété de cause implique une spécialité d'essence morbide, chaque modification de l'appareil phénoménal une modification relative dans la nature intime du mal. C'est à s'y perdre, en vérité, car au-delà des faits patens, toute supposition est possible, et toute erreur peut être produite et soutenue à l'ombre des subtilités de la dialectique.

En pratique, la raison et l'humanité nous font une loi de procéder

Feuilleton.

PROJET D'INSTITUTION DE MÉDECINS VOYAGEURS.

Dans sa dernière séance, l'Académie de médecine s'est occupée incidemment d'une question nouvelle et intéressante. Sous forme de simple vœu, M. Louis est venu, à l'occasion d'un rapport, jeter dans l'assemblée une de ces idées qui, par leur justesse et leur utilité évidente, se concilient immédiatement tous les esprits.

L'Académie a, comme on le sait, dans presque toutes les villes de l'Europe et dans diverses contrées, des membres correspondans. Lorsqu'il surgit au sein de l'assemblée une question dont la solution réclame des documens puisés dans l'histoire médicale de pays plus ou moins éloignés, on écrit aux collègues étrangers, et il faut attendre de leur obligeance une réponse aux questions qu'on leur adresse. Qu'arrive-t-il le plus souvent? Fort zélés sans doute pour les progrès de la science, mais très distraits en général par les soins de la pratique, puisque le titre de membre correspondant ne va chercher dans chaque pays que les sommités, les correspondans répondent tard, répondent mal, ou ne répondent pas. Jamais, d'ailleurs, lorsqu'il faudrait avoir des renseignemens de diverses localités, ils n'arrivent en même temps de manière à pouvoir être utilement groupés. Ces essais plusieurs fois répétés l'ont toujours été infructueusement. L'insuffisance bien reconnue des moyens de correspondance médicale existant a suggéré à M. Louis un système de moyens nouveaux, système qu'il avait déjà proposé à une autre époque, mais qui, venu en temps moins opportun, n'avait pas été compris ni accueilli comme il devait l'être. L'honorable membre demande donc pour remédier à l'état actuel des choses que l'on institue des médecins voyageurs qui, à l'instar des naturalistes voyageurs envoyés par le muséum, seraient chargés d'aller observer les constitutions médicales, les épidémies, les cas insolites, les maladies endémiques, etc., dans les pays plus ou moins éloignés de la France.

Disons-le d'abord, et nos lecteurs l'apprendront avec plaisir, la proposition ainsi formulée d'une manière générale a été prise en considération par la presque unanimité de l'assemblée, et une commission est chargée de préparer un projet de demande dans ce sens, à présenter au ministre. L'esprit général de la mesure est donc consacré par un vote, mais on n'est pas fixé sur le choix du mode d'exécution. C'est là, si nous ne nous trompons, le moment où la discussion peut le plus utilement intervenir.

La création des médecins-voyageurs (expression pittoresque et abrégée que nous empruntons aux débats de l'Académie) comprend deux questions bien distinctes, la question de principe et la question d'application. Quelque minutieux, quelque prévoyant que puisse être un projet, il surgira toujours dans son exécution des difficultés inattendues, et, comme l'a dit un spirituel orateur, il faudra attendre qu'il se présente quelqu'un pour attacher le grelot. Mais autre chose

autrement. Ce n'est pas qu'il doive être interdit au praticien de chercher à pénétrer dans les profondeurs de la nature, de creuser le mystérieux problème des qualités occultes; mais ce qui est utile et beau dans les élucubrations du cabinet, dans les investigations du laboratoire, dans les inspirations de la chaire professorale, devient dangereux et quasi coupable au chevet de la douleur. Praticiens, profitons des conquêtes avérées que les génies créateurs peuvent nous transmettre; mais sachons distinguer les procédés scientifiques de ceux qu'à l'art il est permis de mettre en œuvre. Or, en médecine pratique, l'acception du mot nature ne doit, selon nous, embrasser que ce qui, plus ou moins directement, relève du domaine des sens; l'indication n'est permise qu'à condition de s'étayer sur ce qui est visible et tangible.

Et pourtant, lorsqu'on parcourt les écrits des observateurs les plus révérés, on est frappé de la candide assurance avec laquelle ils font évoluer les causes occultes, les esprits vitaux, les forces altérées, les humeurs peccantes, comme s'ils eussent tenu ces causes, ces esprits, ces forces, ces humeurs à la portée du doigt et de l'œil! Et puis, sur cette base vaporeuse, vous les voyez édifier hardiment les systèmes curatifs les plus hasardés!... Le progrès le plus heureux de notre époque est, certainement, d'avoir établi les limites qui séparent le réel de l'imaginaire, l'hypothèse de la démonstration. En réhabilitant l'humorisme, par exemple, les modernes sont allés au-delà du sens brut, il est vrai, mais c'est en invoquant le sens perfectionné, c'est en fortifiant l'œil par le microscope, c'est en continuant le scalpel par les réactifs; nous reculons ainsi les bornes du monde réel, mais nous ne les franchissons pas.

Donc, au point de vue de la médecine positive, deux élémens nous paraissent devoir constituer la nature appréciable de la maladie : ce sont les symptômes et les lésions matérielles, la fonction et l'organe. Alors que dans des cas isolés se produisent des symptômes analogues et des lésions semblables, nous disons que ces deux cas sont de même nature; des nuances d'intensité, d'étendue, de durée ne suffisent pas généralement pour constituer des cas de nature distincte; il nous faut des différences flagrantes dans la physionomie symptomatique, une modification radicale dans la structure des produits morbides, pour autoriser l'admission d'une nature spéciale. Quant aux élémens impénétrés, tels que les causes formelles dans beaucoup de cas de maladies épidémiques, par exemple; sans doute nous avons à gémir de notre impuissance à les découvrir; mais force nous est bien d'en faire abstraction, comme de tout ce qui échappe à l'empire des sens. En théorie, nous voudrons bien accueillir toute hypothèse raisonnable, mais en application nous répugnerons à en faire usage. *Nam agitur de pelle humanâ.*

Il est dans l'esprit humain une tendance invincible qui, disons-nous, le porte à reconnaître un caractère spécial dans tout effet provenant d'une cause inusitée. Or, les épidémies étant des effets accidentels de causes passagères, on en conclut qu'une épidémie doit être un fait radicalement exceptionnel, précisément parce que la cause est inconnue; car l'esprit s'effarouche de tout ce qu'il ne connaît pas. Or, en poussant ces données instinctives aux conséquences qui logiquement en découlent, on en conclut encore qu'un traitement tout particulier doit être appliqué à ces maladies prétendues toutes spéciales. Là précisément est le mal que nous déplorons. Voyez à combien de lamentables écarts furent entraînés les praticiens consternés, désorientés à l'apparition du choléra épidémique! Combien d'idées bizarres surgirent à l'occasion de la grippe! Et tout cela pour aboutir, après d'amères déceptions, au traitement pur et simple du choléra et de la bronchite sporadiques, ou à peu près.

Remarquez pourtant que ces perturbations scientifiques ne se produisent pas à l'occasion d'une épidémie quelconque; il faut pour cela : 1° ou que l'épidémie soit très meurtrière; 2° ou qu'elle se traduise rarement à l'état de grande épidémie. Que, par exemple, une petite épidémie de furoncles, de panaris, d'érysipèles vienne à se manifester, personne ne s'en émeut, et l'on traite fort tranquillement la maladie comme furoncle, comme panaris, comme érysipèle, car il n'y a pas là péril de la vie. Si pourtant l'épidémie prend une grande extension, quoique peu meurtrière, elle cause de l'étonnement, et dès lors on lui prête des caractères excentriques : telles furent les épidémies de grippe de 1833 et 1837. D'autre part, qu'une maladie grave, mais vulgaire, comme la pneumonie, le croup, la variole, viennent à régner épidémiquement, on ne s'en émeut pas davantage, et l'on traite ces maladies tout comme à l'état sporadique, ni plus ni moins; on ne s'émeut pas, parce qu'on est habitué à voir ces graves maladies régner sous forme épidémique. Mais qu'un fléau terrible, étranger, tel que le choléra, vienne une fois ravager le monde; qu'une maladie mortelle, comme l'est le plus souvent la méningite suppurée, vienne foudroyer inopinément une malheureuse population qui jamais n'avait vu pareille épidémie, alors les esprits se troublent et délirent comme à l'occasion de toute passion violente; la passion ici c'est la terreur. L'étonnement, la terreur, voilà donc les grands mobiles de ces divagations scientifiques; car les épidémies légères ou vulgaires sont aussi, le plus souvent, des faits exceptionnels de cause occulte; mais l'absence du danger ou l'habitude vous laissent toute liberté d'esprit à leur égard. Qu'on veuille y réfléchir et peut-être nous pardonnera-t-on ces idées paradoxales, en apparence; car, après tout, un paradoxe peut bien être une vérité.

Nous demandons grâce pour ce long préambule, lequel nous a paru nécessaire pour faire comprendre, par anticipation, comment nous sommes arrivés à voir, dans l'épidémie dont nous offrons la relation, une maladie comme on en rencontre assez fréquemment à l'état sporadique.

Déjà le public médical avait connaissance des épidémies de méningite qui, à diverses époques assez récentes, avaient ravagé les garnisons de quelques villes de France, telles que Versailles, Rochefort, Metz, etc.; des recherches historiques avaient démontré que pareille calamité n'était pas nouvelle, et que des épidémies analogues avaient été observées en divers lieux de l'Europe, dans les siècles précédens, lorsque la même maladie vint faire invasion à Strasbourg, sans qu'aucune filiation ait pu être saisie entre les épidémies précédentes et celle dont il s'agit. Mon intention n'est pas ici de compulser les archives de la science à ce sujet, mon but étant tout simplement de raconter ce que j'ai vu, de faire œuvre d'observateur et de praticien (1).

Quelques cas d'affections encéphaliques graves, mais clair-semées, avaient déjà fixé l'attention de MM. les médecins de l'hôpital militaire de

(1) A ceux qui désireraient prendre connaissance des travaux les plus récens et les plus complets sur l'épidémie de méningite observée en divers lieux, nous nous faisons un devoir de signaler les savantes relations de M. le docteur Faure-Villar sur l'épidémie de Versailles (JOURN. DE MÉD. MILIT., 1841), de M. le professeur Lefèvre sur l'épidémie de Rochefort (ANNALES MARITIMES, 1840), et la THÈSE de M. le docteur Wünscheudorff (Strasbourg, 1841).

---

sont des obstacles, même sérieux, autre chose sont des impossibilités matérielles; et comme en définitive la mesure n'a pas à craindre de rencontrer sur sa route des écueils de cette dernière espèce, il est bien permis, tout en tenant un large compte des difficultés de détail, de juger d'abord la valeur du principe considéré en lui-même.

Or, sous ce premier point de vue, il n'y a pas de discussion possible, et quoique les opinions les plus contraires en apparence se soient produites à l'Académie, il n'y a réellement eu aucune divergence à l'égard de l'utilité de la mesure. Prouvez-nous qu'elle est exécutable, disaient à leurs antagonistes les opposans les plus déclarés, et nous y souscrirons avec plaisir, avec empressement. Une scission s'est seulement manifestée, quand, du principe considéré à part et unanimement approuvé, on en est venu à préciser la manière dont il devrait être entendu. M. Royer-Collard a soutenu qu'il ne fallait pas se contenter de demander la création de médecins-voyageurs; qu'une indication aussi vague n'annonçant aucune réalisation prochaine ne satisferait point le ministre et n'obtiendrait pas son assentiment; qu'il serait à la fois plus *adroit* et plus utile d'adopter une marche qui consisterait à étudier d'abord à fond quelques-unes des questions encore litigieuses de la médecine, et de n'envoyer des savans en mission dans les pays étrangers que quand on aurait sur telle ou telle maladie un point bien déterminé à livrer à leurs recherches.

Cette doctrine a été développée avec talent; mais c'était là, comme l'a justement remarqué M. Adelon, une nouvelle proposition substituée à celle de M. Louis. Elle avait bien son côté séduisant, et M. Royer-Collard l'a fait ressortir avec une habileté qui montre assez ce que l'Académie peut attendre de ce nouveau collaborateur dans les circonstances si nombreuses où elle se trouvera en rapport avec l'autorité administrative. La longue expérience de M. Royer-Collard le rend dans ces affaires un conseiller précieux, et cette fois, par exemple, la tactique dont il indiquait la pensée, comme le moyen le plus propre pour obtenir une approbation indispensable, a vivement frappé les meilleurs esprits. Cependant, il faut bien le dire, et l'événement l'a prouvé, la question ne pouvait pas se résoudre sur de pareilles considérations. Malgré l'importance qu'on est bien forcé de leur reconnaître, les difficultés d'exécution, les chances d'une autorisation plus ou moins tardive ne devaient venir ici qu'en seconde ligne, et la seule question à poser était celle-ci : L'idée de M. Louis promet-elle des résultats avantageux pour la science; envisagée dans son sens le plus général et comme principe, mérite-t-elle d'être prise en considération? A ce point de vue, la réponse était toute simple, et elle ne s'est pas fait attendre. Le système le plus large a obtenu toutes les sympathies de l'assemblée, et cela devait être. Au lieu d'émissaires spéciaux envoyés dans une direction donnée, pour un but unique et un temps limité, ne rapportant par conséquent que des résultats essentiellement restreints, on comprend immédiatement la préférence à accorder à la création de savans offrant les garanties d'une instruction générale, voyageant pour observer, ne laissant sur leur passage aucun fait intéressant sans l'enregistrer, restant dans chaque pays autant de temps qu'ils y trouveraient des matériaux dignes d'être recueillis, sans se priver néanmoins de la possibilité d'aller plus particulièrement là où les appellerait une cause plus ou moins urgente, une épidémie, une épizootie, un cas rare, l'essai, annoncé comme heureux, de quelque méthode thérapeutique nouvelle. C'est ainsi que s'organisent les voyages faits par les naturalistes,

Strasbourg, lorsque, vers les derniers jours de l'année 1840, ces cas se multiplièrent en progression rapide parmi les troupes de la garnison. Dès lors l'épidémie frappa des coups nombreux et meurtriers, avec certaines périodes de rémission, néanmoins, jusqu'aux premiers jours de mai 1841, époque où les accidens perdirent définitivement de leur fréquence sinon de leur gravité. D'abord confinée dans un seul régiment, l'épidémie avait gagné successivement les autres corps de la garnison, décimant les soldats, mais épargnant les officiers, à de rares exceptions près. Pas n'est besoin de dire que l'administration mit tout en œuvre pour découvrir la cause du mal et en atténuer les ravages, mais sans arriver à des résultats satisfaisans. Rien, en effet, dans le régime du soldat, ne différait des conditions antérieures. Quant aux influences de la saison, si l'épidémie avait commencé à sévir sous l'empire d'un froid assez rigoureux et prolongé, on la vit se continuer sous des conditions toutes contraires. Il y avait cependant de fortes présomptions pour admettre que la cause formelle gîsait dans le régime militaire, puisque l'épidémie se maintenait exclusivement parmi les soldats sans affecter la population civile. Mais enfin quelques cas qui se manifestèrent parmi celle-ci durent lever en partie les scrupules de l'administration militaire.

Comme dans presque toutes les épidémies, ce fut la population pauvre qui, presque exclusivement, eut à souffrir. La presque totalité des victimes admises à l'hôpital civil fut reçue dans mes salles qui offrirent ainsi un spécimen assez complet des désastres opérés parmi les malheureux de l'ordre civil; de sorte que, sous ce rapport, notre travail pourra servir de pendant à ceux que préparent sans doute MM. les médecins militaires (1) et complètera l'histoire de l'épidémie de Strasbourg.

§ I. — Étiologie.

Lorsqu'une épidémie sévit dans une localité, c'est tout d'abord dans les qualités de l'*air* qu'on espère en trouver la source; or c'est en hiver que la nôtre a pris naissance, et l'on a dû, tout naturellement, l'attribuer à la rigueur d'un froid précoce et continu. Mais d'abord le froid extrême n'est pas la cause ordinaire des encéphalites qui, plus généralement, se produisent sous l'influence de la chaleur. En second lieu, bien des hivers tout aussi rigoureux ont passé sans produire d'effets pareils; enfin, cette étiologie tombe devant le fait qui nous montre que des cas nombreux ont surgi sous le règne d'une douce température, comme sous celui des froids précédens; c'est ainsi que les mois de mars et de mai, pendant lesquels nous avons joui continuellement d'un beau soleil de printemps, nul produit plus de malades que ceux de février et d'avril où la température fut rigoureuse. Ainsi, relativement à l'époque de l'invasion, nos 40 cas de méningite sont répartis comme il suit:

Janvier (14)	1
Février	2
Mars	13
Avril	9
Mai	15
Total	40

Parmi nos 40 malades, 5 seulement ont attribué leur maladie au *refroidissement;* et encore on sait avec quelle facilité cette cause banale est invoquée.

Relativement à l'*habitation,* rien de particulier non plus n'a pu être observé: si quelques-uns de nos malades habitaient des réduits obscurs, humides, encombrés, d'autres, en assez grand nombre, se trouvaient dans des circonstances différentes.

Nous avons été curieux de savoir si, comme pour l'affection typhoïde des grandes villes, la *nouveauté de séjour* pouvait avoir quelque influence sur la production de notre méningite; eh bien! beaucoup de nos malades étaient nés à Strasbourg et ne l'avaient jamais quitté; d'autres l'habitaient depuis longues années; la minorité n'y séjournait que depuis peu de temps.

Les considérations relatives aux *vêtemens* ne peuvent offrir que des particularités de peu d'importance. Si quelques-uns de nos malades se trouvaient dans le dénuement à cet égard, la plupart des autres n'ont pas eu gravement à souffrir des privations de ce genre. Et d'ailleurs, quelle relation établir entre l'insuffisance des vêtemens et une maladie de l'encéphale? encore s'il s'agissait d'une maladie de poitrine!

Quant au *régime alimentaire,* rien non plus de particulier, ni dans les qualités des denrées offertes à la population, ni dans l'abus qu'elle a pu faire des alimens sains ou nuisibles. L'intempérance est péché d'habitude chez l'homme du peuple, et cette cause d'ailleurs n'a rien de spécial en tant que productrice des maladies encéphaliques. Si quelques actes d'intempérance ont, chez quelques-uns, signalé le début de l'affection; chez la plupart, notamment chez les femmes, pareille cause ne peut être articulée. Chez trois de nos malades seulement l'intempérance a pu être signalée comme cause déterminante.

Si le métier de soldat, si notamment les longues factions de nuit, par un temps rigoureux, ont pu donner lieu à de philantropiques observations de la part de quelques médecins militaires, cette étiologie a dû tomber, avons-nous dit, lors de l'éruption de l'épidémie dans la population civile. En effet, à l'égard de la *profession* et des *habitudes,* nos malades présentent les différences les plus variées. Ainsi, nous comptons:

Parmi les hommes:	Cordonniers	3
—	Ferblantier	1
—	Huissier	1
—	Journaliers	3
—	Libraire	1
—	Menuisier	1
—	Ouvriers militaires	2
—	Palefrenier	1
—	Serrurier	1
—	Tailleur	1
—	Tisserand	1
—	Profession inconnue	5
Parmi les femmes:	Couturière	1
—	Filles publiques	3
—	Blanchisseuses	2
—	Ouvrière en tabac	1
—	Servantes	10
—	Profession inconnus	2
	Total	40

(1) Déjà M. le professeur Malle a publié, dans l'Esculape, quelques articles dont nous aurions désiré la continuation.

et les résultats de leurs savantes pérégrinations n'ont-ils pas prouvé, dans tous les pays et à toutes les époques, la supériorité de cette méthode?

On oppose, nous le savons, à ce système, selon nous le meilleur, qu'il serait bien plus convenable de n'envoyer les médecins en mission que lorsque les questions relatives aux maladies à étudier auraient été assez bien élaborées pour qu'il ne restât plus à éclaircir qu'un petit nombre de points litigieux. Si l'on ne connaissait toute la bonne foi de ceux qui adressent cette objection, elle ressemblerait singulièrement à une fin de non recevoir. Vous voulez attendre qu'il n'y ait plus à élucider que quelques points obscurs. Assurément ce désir est fort louable; mais depuis plus de vingt siècles, on travaille à le satisfaire, et sur quelle question est-on arrivé jusqu'ici à réduire la médecine à cet état de simplicité où quelques documens suffiraient pour compléter le dogme et le rendre parfait? Cessons donc d'entretenir un espoir si manifestement chimérique. Ce que des milliers d'années n'ont pu accomplir, une commission académique le fera-t-elle en quelques mois? A propos de ce que pourrait l'Académie par elle-même, M. Royer-Collard a fait une remarque qui n'est peut-être pas aussi fondée qu'il paraît le croire. On accuse, a-t-il dit, l'Académie de médecine de ne pas travailler assez par elle-même, d'attendre un peu trop que des travaux lui arrivent du dehors. Mais les corps savans ne sont point créés pour s'occuper de telle ou telle partie de la science; le but de leur institution est d'encourager, de diriger et de coordonner tous les efforts isolés qui s'accomplissent chaque jour, afin de les faire concourir au perfectionnement de la science et de l'art. Chaque membre peut individuellement, quand il lui plaît de déroger aux habitudes traditionnelles, travailler, faire des découvertes, porter la science dans de nouvelles voies, mais ce n'est pas à eux, considérés comme corps, de prendre l'initiative, ils ne doivent pas donner l'impulsion, mais la régler; à eux seuls appartient le droit de toucher à l'arche sainte pour la retenir ou la redresser. C'est dans une pareille entente de leur mission que résident toutes les garanties de succès et de considération des Académies, et nous ne saurions, sous ce rapport, opposer aux paroles de M. Royer-Collard un plus frappant exemple que celui de l'illustre corps savant que l'usage aussi bien que la loi ont nommé le premier de la France.

En conseillant à l'Académie de donner à sa demande une forme plus précise, afin de réunir plus de chances en sa faveur auprès de l'autorité, M. Royer-Collard a touché une corde très sensible pour les véritables amis du progrès. A-t-il eu davantage raison en ceci? Certes, nous ne sommes pas de ces moralistes rigoureux qui condamnent le moindre détour, dûssent en résulter les plus grands avantages. Mais, tout puritanisme mis de côté, nous ne pouvons vraiment croire que ce soit là une considération digne de déterminer le vote de nos honorables confrères. L'acquiescement de l'autorité à une mesure générale véritablement bonne, à une mesure principe, ne doit pas être enlevé comme par surprise. L'Académie est un juge trop compétent en ces sortes de matières, pour qu'on n'ait pas égard aux avis qu'elle formule avec tant de lumières et un désintéressement si entier. Si nous avons parfois mis en doute la réalité de son influence auprès du pouvoir, c'a été seulement lorsqu'elle se montrait elle-même, par son indifférence ou ses fâcheux entraînemens, peu soucieuse de la conserver; mais cette influence n'en demeure pas moins tout entière. Fondé sur l'organisation de ce corps savant, sur sa composition actuelle, sur la considération unanime dont l'entoure le monde médical, sur les précédens qui régissent ses rapports avec l'autorité, son

En égard aux *évacuations naturelles* (*excreta*), considérées comme causes possibles de tant de maladies, nous n'avons rien noté de particulier: aucun de nos malades n'a songé à invoquer la suppression des sueurs; aucune femme n'a mis en avant la suppression des menstrues.

Ce n'est point à l'occasion des maladies qui sévissent sur le pauvre qu'on a lieu de redouter l'influence des causes morales, surtout en ce qui concerne les contentions d'esprit, les effets d'imagination. Si les causes de chagrin sont plus multipliées, par une sorte de compensation elles pénètrent moins profondément dans ces organisations éprouvées par l'habitude de la souffrance et du malheur. Il est même remarquable qu'à l'occasion d'une maladie de l'encéphale, nous n'ayons constaté qu'une fois l'intervention d'un mouvement passionnel, et c'est celui qui est le plus familier au peuple, la colère.

Voici, du reste, le résultat de nos investigations, quant aux causes présumées déterminantes de notre épidémie :

Colère..................	1
Chute..................	1
Intempérance...........	3
Refroidissement.........	5
Cause inconnue.........	30!...

L'épidémie étant restée longtemps confinée chez les militaires, on pouvait croire, *à priori*, que le sexe masculin s'y trouvait exclusivement exposé; mais une fois répandue dans la population, on reconnut bientôt que les deux sexes y étaient sujets en proportion à peu près égale; car sur nos 40 malades se trouvent 21 hommes et 19 femmes.

L'âge moyen est celui qui a été le plus souvent affecté, comme le prouve le relevé suivant :

De 13 à 20 ans...........	14	sujets.
De 20 à 30 ans...........	18	—
De 30 à 40 ans...........	4	—
De 40 à 50 ans...........	3	—
Au-dessus de 50 ans......	1	—
Total..........	40	—
Minimum..................	13	
Maximum..................	58	
Moyenne..................	25 1/4	

De ce que l'âge moyen fut généralement affecté, il ne faudrait pas conclure que la méningite n'a pas sévi sur des sujets de moins de 13 ans, car nos salles ne reçoivent guère que des adultes. Mais nous n'avons pas appris que la maladie ait été souvent observée chez les enfans. Nous savons que plusieurs de ces derniers ont succombé à des maladies accompagnées de symptômes cérébraux; mais nous avons lieu de croire que, pour plusieurs au moins, il s'agissait moins de la méningite proprement dite que de l'hydrocéphale aigu (convulsions, fièvre cérébrale) si commune à cet âge et en toute circonstance. Du reste, quant à la gravité, l'une vaut bien l'autre. Ce qu'il y a d'assez positif, c'est que les individus âgés de plus de 50 ans ont été généralement affranchis de l'épidémie. Notre sujet de 58 ans portait une phthisie au troisième degré, et la méningite constatée à l'autopsie était une des plus légères que nous ayons rencontrées.

La constitution vigoureuse figure au nombre des causes prédisposantes, comme il résulte du relevé suivant :

Constitution forte..........	23
— moyenne......	9
— faible.........	7
— indéterminée...	1
	40

Le tempérament sanguin-lymphatique étant celui qui domine chez la jeunesse alsacienne, on pressent que c'est celui qui s'est le plus fréquemment rencontré chez nos malades.

Disons un mot de cette faculté préservatrice des épidémies en général, qu'on a cru reconnaître dans certaines affections préexistantes, telles que les maladies chroniques, la grossesse, les exutoires, etc.; nous n'avons point observé la méningite chez des femmes enceintes. Nous avons bien eu connaissance d'une dame ayant succombé à des accidens cérébraux dans un état de grossesse avancée; mais on a reconnu à l'autopsie qu'elle était affectée d'une dégénérescence chronique de l'encéphale.

En revanche, nous avons observé la méningite chez un sujet affecté de phthisie avancée, comme on l'a vu plus haut, et chez un autre individu cachochyme affecté de gibbosité rachitique, chez lequel la maladie fut accompagnée de symptômes très graves, et qui pourtant a guéri sous l'influence d'un traitement antiphlogistique assez vigoureux.

Une grave question nous reste à examiner, c'est celle de la contagion, de l'infection, de la *communicabilité* enfin, n'importe par quel mécanisme. S'il est vrai que, dans certaines localités plus ou moins voisines de Strasbourg, la maladie ait surgi postérieurement à l'arrivée de quelques détachemens provenant des régimens parmi lesquels régnait l'épidémie, je dois déclarer, sans vouloir nier les faits contraires, n'avoir été témoin d'aucun fait qui puisse militer réellement en faveur de la transmission d'individu à individu. Si mes salles ont reçu quelques ouvriers militaires, si deux ou trois de mes autres malades habitaient au voisinage des casernes ou avaient eu quelques relations avec des militaires appartenant aux régimens affectés de l'épidémie, tous les autres sujets étaient exempts de suspicion à cet égard. Nous ferons remarquer en outre que : 1° aucun des malades n'a été pris de méningite dans nos salles, où ils gisaient pêle-mêle avec les victimes de l'épidémie; 2° pas un individu parmi les élèves de la clinique, les infirmiers ou les sœurs de l'hôpital, qui, comme nous, remuaient et soignaient les malades, n'a présenté de symptômes de la maladie. L'élève Fluch, qui a succombé à la méningite, ne fréquentait plus l'hôpital depuis longtemps. 3° Je ne sache pas que, si ce n'est dans les casernes, on ait observé en ville plusieurs malades dans une même habitation, dans une même famille. En définitive, si la maladie doit être suspectée de caractères contagieux, ce ne peut être que sur des faits exceptionnels, sinon litigieux. Que la contagion ait été dûment constatée dans d'autres localités, je ne puis ni ne veux le contester: *Quod vidi dixi*.

Un grand fait surgit de l'étude étiologique de notre épidémie, comme de la plupart des autres, c'est que la population pauvre a été presque exclusivement frappée, de sorte qu'ici nous voyons saillir, comme toujours, ce funeste élément: *misère*. Quant aux causes particulières, spécifiques,

---

ascendant dans les questions d'intérêt public est incontestable, parce qu'il naît d'une source à laquelle la malveillance la plus jalouse ne peut supposer aucun élément impur. N'avons-nous pas vu récemment le vote de l'Académie entraîner presque immédiatement la suppression d'un arrêté qui menaçait la prospérité de notre école anatomique? Que l'Académie ose donc adopter le meilleur système sans se préoccuper des moyens d'obtenir la sanction du pouvoir, et cette sanction ne lui manquera pas.

Il nous reste un dernier scrupule cependant. Les grandes mesures s'établissent rarement d'emblée. L'administration éprouve généralement de la répugnance à admettre une institution nouvelle avant d'avoir vu par une pratique d'essai ce qu'elle peut produire, et si cette pratique confirmera les espérances de la théorie. Sous ce rapport, la voie moins absolue conseillée par M. Royer-Collard aurait plus de chances de réussite. Mais, en demandant la création de l'institution, on peut être réservé d'abord sur le nombre des médecins à y attacher, c'est-à-dire sur le chiffre de la dépense qu'elle entraînera; car, après tout, c'est là qu'est la difficulté : quand on proposera au ministre la création de l'institution, il s'enquerra probablement plus du chiffre dont elle chargera son budget que des résultats qu'elle donnera à la science. Ainsi donc, proposition du principe général, mais applications restreintes d'abord, et la mesure ne manquera pas d'être agréée.

Nous avons approuvé pleinement et sans arrière pensée l'idée première de l'innovation proposée par M. Louis. Mais, dans son intérêt même, et pour ne pas compromettre l'avenir que nous lui croyons destiné, il y a quelques réserves à faire, soit sur ses moyens d'exécution, soit sur la portée que lui supposent ses partisans.

Une première difficulté gît dans le choix des médecins à qui seront confiées de semblables missions. Trouvera-t-on facilement des hommes qui consentent à aller dépenser, dans des recherches à résultats hypothétiques, l'instruction qui pourrait leur assurer une existence honorable dans leur pays? Ce n'est pas en effet d'un établissement lointain qu'il s'agirait ici, c'est une pérégrination aussi incessante que laborieuse qu'on leur demande. Pour eux, pas d'établissement, pas de séjour fixe; destinés à aller et venir, leur vie sera fort utile à l'humanité, sans doute, mais les compensations pourront elles s'élever à la hauteur des sacrifices? Ce ne sont cependant là que les moindres inconvéniens. Ces hommes que vous envoyez étudier, comme en courant, tant de maladies diverses, tant de physionomies opposées, ne doivent pas seulement posséder un savoir théorique, il faut, et c'est ici une condition *sine quâ non*, qu'ils soient exercés par une longue pratique à toutes les minuties de l'observation. Peintres habiles, ils auront souvent à croquer à la hâte, et sans avoir reçu d'instructions spéciales, un type fugitif, une variété morbide à peine distincte, à existence éphémère. Ce sont donc de bons praticiens qu'il vous faut, ce qui signifie d'anciens praticiens; ce sont en même temps des hommes actifs et indépendans. D'un autre côté, il serait encore nécessaire que tous eussent une doctrine médicale arrêtée, et la même s'il était possible; car, sans cela leurs rapports, parlant chacun un langage différent, ne pourraient guère s'utiliser pour l'édification d'une même œuvre. Avec de telles conditions, et toutes sont de rigueur, croyez-vous qu'il soit bien facile d'organiser cette armée de travailleurs cosmopolites?

Si, sans plus songer aux hommes, nous considérons maintenant les difficultés de l'application, nous retombons dans toutes les objections qui ont été si bien

nous n'en voyons ressortir aucune qui puisse être invoquée. Nous ferons remarquer à ce sujet une distraction dans laquelle nous paraissent tomber la plupart des écrivains : c'est que l'observation, en temps ordinaire comme en temps d'épidémie, s'exerçant surtout dans les hôpitaux, rien n'est plus commun que de rencontrer, rien n'est plus facile que de faire saillir tel ou tel genre de causes morbides, la pauvreté les résumant presque toutes. Que prouve, en effet, la fréquence de l'habitation insalubre, du mauvais régime, de l'intempérance, des passions brutales, etc., à l'égard des maladies observées dans les hôpitaux? Ne sont-ce pas là des caractères inhérens à la misère? Cette cause d'hallucination nous paraît être une de celles qui, dans ces derniers temps surtout, ont le plus influé sur les idées régnantes à l'égard des affections typhoïde, du choléra, etc.; mais revenons à notre épidémie.

Voilà donc une affection des plus graves dont la cause formelle reste profondément ignorée, dont les causes prédisposantes sont communes aux affections les plus dissemblables, dont les causes déterminantes même sont tellement insaisissables que, trente fois sur quarante, il est impossible de les spécifier. Est-ce donc une raison suffisante pour en faire une maladie spécifique, spéciale même? Praticiens, réfléchissez à ce que vous voyez tous les jours; dites-nous, la main sur la conscience, si, dans les maladies sporadiques, même les plus vulgaires, vous arrivez toujours à la détermination de la cause; dites-nous si l'absence de cause appréciable n'est pas même le cas le plus ordinaire. Cela convenu, dites-nous encore si, pour vous, l'absence de cause connue implique la spécialité de l'affection; si même vous vous inquiétez de cette lacune, et s'il ne vous suffit pas d'avoir bien établi le diagnostic du mal, abstraction faite de son insaisissable étiologie, pour statuer, en toute liberté d'esprit et sûreté de conscience, sur le traitement qu'il convient d'appliquer à la maladie constatée. Pourquoi donc tant vous préoccuper, en cas d'épidémie, d'un élément dont le défaut se rencontre tous les jours? Pourquoi surtout en conclure qu'il s'agit d'une maladie toute particulière et placée en dehors des lois communes? Mais, direz-vous, l'extension du mal, son intensité, sa rareté comme épidémie, sont des faits étrangers qui font supposer une cause anormale, différente des causes ordinaires. Oui, sans doute, la cause est étrange; mais est-ce à dire qu'elle ait produit une affection spécifique? La pneumonie par inspiration d'un gaz irritant que le malade n'aura respiré qu'une fois dans sa vie diffère-t-elle donc essentiellement de la pneumonie par inspiration du froid que nous respirons six mois de l'année? Admettant, ce que vous ignorez profondément, que la cause soit entièrement différente des causes ordinaires, est-ce à dire qu'elle doit engendrer un effet étrange comme elle? Les causes les plus disparates ne produisent-elles pas chaque jour, sous vos yeux, des maladies semblables? Non, pour dériver d'une cause ignorée, l'épidémie n'est pas nécessairement une maladie spécifique, si d'ailleurs chaque fait individuel ne vous présente que les caractères communs aux affections sporadiques. Si les cas sont plus nombreux et plus graves, c'est que, très probablement, la cause est plus intense et plus étendue, voilà tout. Ne vous laissez donc point émouvoir par l'extension du mal, et tâchez de n'y voir que ce qui s'y trouve en effet. Nous supplions pourtant qu'on ne se trompe pas sur le fond de notre pensée : oui, nous croyons, nous aussi, qu'il est essentiel, indispensable de scruter avec profondeur et persévérance les causes possibles des épidémies, pour les combattre, si la chose est possible; mais, en cas d'échec, sachons faire de nécessité vertu, et ne substituons pas des chimères dangereuses aux réalités que, sans doute, nous serions heureux de saisir, mais dont force nous est de faire abstraction.

Le fait suivant vient à l'appui des doctrines précédentes, dans ce sens qu'il représente un fait isolé, dont rien ne faisait soupçonner la nature spéciale, lorsque d'autres faits analogues sont venus constater son caractère épidémique.

MÉNINGITE ENCÉPHALO-RACHIDIENNE; SYMPTÔMES ÉQUIVOQUES; MORT; NÉCROSCOPIE.

Obs. I. — Une fille de 19 ans, de forte constitution, servante, entre à la Clinique le 14 janvier 1841. Jouissant habituellement d'une bonne santé, régulièrement menstruée, elle raconte qu'il y a trois jours elle éprouva un refroidissement à la suite duquel elle fut prise de courbature et des symptômes suivans qui, successivement, se sont aggravés.

Etat actuel : langue rouge et sèche, soif, anorexie, nausées, constipation; légère sensibilité à la pression dans la fosse iliaque droite; pouls plein, fréquent; peau chaude; respiration normale; douleurs assez vives à la nuque, le long du rachis et dans les membres; abattement. (Saignée de 380 grammes; émolliens.

15. Etat de la veille; vive douleur à la nuque; pouls dur, à 108. Nous diagnostiquons un rhumatisme, néanmoins avec soupçon de myélite. (Saignée de 300 grammes; 20 ventouses scarifiées le long du rachis; chiendent nitré; lavement laxatif; diète.)

16. Même état. (20 ventouses le long du rachis.)

17. Un peu de mieux; constipation opiniâtre. (Chiendent; lavement laxatif; poudre de Dower, 0,50.) Dans la soirée, on s'aperçoit qu'il y a rétention d'urine. (Cathétérisme.)

Dans la nuit, il survient du délire, et la malade meurt inopinément, quatre jours après l'entrée, sept jours après l'invasion.

Nécroscopie 36 heures après la mort.

Cavité cranio-rachidienne. — La partie convexe de l'encéphale n'offre pas d'altération bien appréciable. A la base, injection de la pie-mère, exsudation puriforme au niveau de l'entrecroisement des nerfs optiques. Rien dans les ventricules. A l'extrémité de la moelle épinière existe une notable quantité de pus verdâtre, dans lequel baignent les nerfs de la queue de cheval. La substance du cerveau et du cervelet paraît saine; la moelle offre un ramollissement blanc de 2 pouces (6 centim.) d'étendue à sa partie supérieure, et un autre d'un pouce (3 centim.) à sa terminaison.

Cavité abdominale. — Pointillé noir de quelques plaques de Peyer; traces d'entérite diffuse, dans l'étendue d'un mètre environ, au-dessus de la valvule iléo-cæcale.

Les autres organes n'offrent rien de particulier.

Nous trouvons, dans ce fait, une méningite accompagnée de symptômes insidieux; sans délire, si ce n'est quelques heures avant la mort; sans convulsions, sans côma, sans paralysie, si ce n'est celle de la vessie, manifestée par la rétention d'urine. A l'autopsie, suppuration des méninges de la base du crâne et de la terminaison de la moelle épinière. Quant au double ramollissement de celle-ci, nous inclinons à le considérer comme un simple phénomène cadavérique, surtout en raison de l'absence des symptômes caractéristiques : contracture, paralysie.

Lorsque ce fait s'offrit isolé, personne, avons-nous dit, ne songeait à rien y voir d'anormal : c'était une méningite avec les symptômes équivoques malheureusement si fréquens dans cette maladie; les lésions anatomiques parurent être de nature inflammatoire pure et simple, et voilà tout. Il fallut qu'à six semaines de là de nombreux faits analogues vinssent à se présenter, pour qu'on songeât à rattacher le cas actuel à l'in-

---

développées par MM. Rochoux, Londe, et surtout par M. Castel. Quel accueil recevront nos voyageurs de la part des médecins, dans les pays où ils arriveront avec la double et imposante recommandation d'un talent reconnu et d'une mission spéciale donnée par le gouvernement? Les faits qu'ils voudront observer ne seront-ils pas dénaturés à chaque instant à leurs yeux par l'ignorance ou la rivalité de confrères jaloux? Car, ce sera encore là un inconvénient de leur position; ils ne pourront ni pratiquer, ni même seulement observer tout à fait par eux-mêmes, et forcés d'accepter de leurs confrères les élémens de leurs examens, ils subiront toutes les conséquences de l'esprit rétréci de la localité dont on se flatte en vain d'éviter l'influence. En vain M. Chervin a-t-il opposé à ces considérations les résultats heureux de ses pérégrinations si longues et si dévouées; il n'y avait pas parité dans les positions, comme l'a bien fait ressortir M. Londe. M. Chervin allait demander des renseignemens, des produits d'*observations toutes faites*; nos médecins voyageurs, eux, iraient observer, et demander des *sujets d'observation* à leurs confrères. Or, qui ne voit, à ce seul énoncé, la différence immense dans les difficultés des deux tâches, et dans les obstacles qu'elles rencontreraient infailliblement, soit par la nature même des choses, soit de la part des hommes qui se croiraient lésés par l'accomplissement de ces voyages d'investigation?

On a répondu à ces objections, et c'est l'instigateur lui-même de la mesure qui l'a fait, en disant que la même chose s'exécute tous les jours dans le domaine des sciences physiques et de l'histoire naturelle. Aucun voyage de long cours, aucune campagne ne se fait sans qu'une commission scientifique attachée à l'expédition ne soit chargée de recueillir tous les documens utiles qui pourront s'offrir dans les pays qu'on va traverser. Mais, ici encore, il est difficile d'accepter la comparaison. L'astronome, le physicien ou le naturaliste. partent avec la connaissance exacte d'une science fixe, déterminée; ils savent presque toujours d'avance ce qu'ils vont chercher, et si quelques difficultés les arrêtent, le plus souvent ces difficultés elles-mêmes ont été prévues. Dès que, au contraire, une question touche à la médecine, la solution se hérisse d'obstacles inattendus. Quand nous voyons, sous nos yeux, les maladies les plus communes varier à chaque instant dans leurs manifestations, et dérouter le praticien le plus expérimenté et le plus attentif, suppose-t-on que, sans guide, sans précédent, sans instructions précises, sans conseil, le médecin voyageur pourra rapporter souvent des réponses positives à des problèmes qu'on n'aura même pas pu lui poser, au départ, en termes précis et catégoriques? L'immense étendue, l'infinie variété, l'éblouissant chatoiement des faits anthropiques ne permet donc pas d'assimiler le médecin au naturaliste, et cette comparaison est loin d'être une arme absolument favorable pour défendre l'institution projetée. Remarquons cependant que toutes ces réflexions ont fait les frais des objections présentées à l'Académie par les antagonistes de la mesure; et comme elles ne sont puisées que dans la considération des difficultés d'exécution, il demeure constant que, pour eux comme pour nous, le principe reste intact, et son utilité hautement reconnue. C'est là notre opinion sincère, et nous ne pensons pas qu'il y ait parmi les médecins un seul avis défavorable sur l'utilité et l'opportunité de l'institution, ainsi envisagée d'une manière générale. Nous dirons cependant, en terminant, qu'il ne faut pas s'aveugler sur les services qu'on doit en attendre. Souvent les déceptions préparées par un engouement général ont compromis le succès des meilleures entre-

fluence épidémique, et pour qu'on y découvrît quelque chose d'étrange, tant il est vrai que nos idées peuvent dériver de circonstances en dehors des faits eux-mêmes. Rappelez-vous, en effet, ce qui se passe lors de l'invasion d'une épidémie quelconque : le plus souvent on méconnaît les premiers cas, ou plutôt on n'y voit que ce qui est, une maladie comme tant d'autres de même espèce. Il faut être prévenu de la possibilité d'une épidémie pour chercher et trouver dans ces faits des caractères spéciaux. Longtemps on discute sur le *génie* épidémique ou non de la maladie, et les dissensions, les incertitudes ne cessent que lorsque l'extension du mal est manifeste, lorsque l'influence épidémique se révèle enfin par le nombre des victimes. Alors aussi commence l'illusion qui, dans le fait de cette extension, nous fait voir une essence fondamentale et toute particulière, qui distingue expressément cette maladie de la même affection observée à l'état sporadique.

§ II. — SYMPTOMATOLOGIE.

Une des particularités caractéristiques des épidémies, c'est, dit-on, l'invasion subite, foudroyante de la maladie ; c'est l'absence de *prodrômes*. S'il en est ainsi dans certains cas, surtout au début de l'épidémie où la cause agit avec le plus d'intensité, et sur des constitutions vierges en quelque sorte, il est vrai de dire pourtant qu'il y a au moins exagération dans l'énoncé d'une prétendue *loi* qui, tout bien considéré, pourrait bien être l'exception. Lors de l'invasion de ce terrible choléra de l'Inde à Paris, n'a-t-on pas cru, pendant longtemps, que l'apparition de la période asphyxique était le plus souvent primitive, instantanée? Mais une observation plus attentive, une étude plus calme de la maladie fit découvrir que, dans la majorité des cas, au contraire, la cyanose était précédée de plusieurs jours de diarrhée (cholérine), et cette précieuse découverte sauva la vie à un grand nombre de malades, en apprenant aux praticiens à prévenir la période fatale, en combattant la maladie dans son germe. Combien de fois la grippe ne fut-elle pas précédée d'un simple rhume, d'une angine légère, etc. ? Eh bien ! nous croyons qu'il peut en avoir été de même de notre méningite. Bien qu'on ait insisté sur l'instantanéité du début comme caractère de cette épidémie, nous inclinons à penser que la période de prodrômes fut plus commune qu'on ne l'a cru ; d'abord parce que nous l'avons constatée expressément chez plusieurs de nos malades ; ensuite, parce que cette période initiale doit mainte fois passer inaperçue, pour le médecin qui néglige de s'enquérir des antécédens, et pour le malade lui-même qui ne tient pas compte de certaines sensations, de certains malaises passagers ou peu prononcés, et qui ne fait dater sa maladie que du moment où il s'est vu forcé de suspendre ses travaux ou de garder le lit. La population des hôpitaux est généralement si rude et bornée, que parfois les malades ignorent même, et depuis quel temps ils sont réellement affectés, et ce qu'on a fait pour les guérir ; à plus forte raison peuvent-ils omettre de signaler ces légers dérangemens qui signalent l'invasion de certaines maladies ; tels sont, pour le cas qui nous occupe, quelques frissons passagers, un peu de lassitude, de céphalalgie, d'anorexie, etc., phénomènes dont pourtant quelques-uns de nos sujets ont accusé la sensation quelques jours ou quelques heures au moins avant l'invasion des grands accidens. Au demeurant, dût l'existence des prodrômes constituer l'exception, le début subit ne pourrait être considéré comme un caractère essentiel des épidémies, puisque ce caractère peut manquer et qu'il est commun à bon nombre des mêmes maladies à l'état sporadique. La réalité des prodrômes est déjà constatée par notre observation première. On les retrouvera dans plusieurs autres, et notamment dans la troisième, dont le sujet put travailler pendant deux jours, éprouvant déjà, au degré initial, les symptômes principaux de la maladie.

SYMPTÔMES DE L'APPAREIL ENCÉPHALO-RACHIDIEN.

Les symptômes du début ou de l'invasion de la maladie confirmée sont assez variables. Le plus souvent ce sont ceux des prodrômes exagérés ou affectant d'emblée une grande intensité : vive céphalalgie siégeant au front, aux tempes, à l'occiput ; douleur tensive, comprimante, pulsative, lancinante, térébrante, dilacérante, continue ou rémittente, etc. ; tantôt il semble au malade qu'on lui presse les tempes comme dans un étau ; d'autres fois, il a la sensation comme d'un lien lui serrant la base du crâne, ou bien il croit ressentir des coups de marteau dans la tête, ou bien l'action d'un clou, d'une vrille, ou bien une tension telle, que son crâne est sur le point d'éclater, etc. De tous les symptômes initiaux, la céphalalgie est incontestablement le plus constant, nous dirons même le plus caractéristique ; car, dans certains cas, il a constitué à lui seul tout l'appareil symptomatique jusqu'à la mort, ainsi que nous en produirons des exemples. Lorsque la maladie se prolonge, la céphalalgie fait le plus souvent place au délire ou au côma.

Les *vertiges* sont une autre modification du trouble encéphalique, ordinairement concomitante de la céphalalgie, mais qui parfois elle-même constitue le symptôme dominant. Ainsi, deux de nos malades ont offert au début un phénomène singulier, une espèce de *tournis* qui les obligeait à pirouetter sur eux-mêmes, pour tomber ensuite et ne plus se relever. Le plus souvent, les vertiges sont bornés à une espèce d'embarras, d'obscurcissement des idées, à certaines hallucinations des sens, notamment de la vision et de l'ouïe.

La *rachialgie* est, après la céphalalgie, le phénomène le plus commun dès le début. Elle est même plus significative que la céphalalgie, symptôme banal et commun à une multitude d'affections, tandis que la douleur le long du rachis, spécialement à la nuque, constituait à vrai dire un signe pathognomonique de notre épidémie. Cette douleur siégeait moins fréquemment aux lombes, plus rarement encore dans toute l'étendue de l'épine ; elle était spontanée ou se manifestait alors que le malade essayait de se mouvoir, ou lorsqu'on lui imprimait certains mouvemens, plus particulièrement ceux de flexion ou de rotation de la tête. L'endolorissement était tel, que le malade restait couché sur le dos, dans une immobilité complète commandée par la crainte de réveiller la douleur. On a pu, dans certains cas, confondre cette immobilité volontaire avec la raideur tétanique.

La raideur tétanique néanmoins, ou l'opisthotonos, était un autre phénomène très fréquent, lié le plus souvent à la rachialgie ; tantôt elle occupait la région cervicale seulement, la tête étant plus ou moins renversée en arrière ; tantôt elle occupait tout le rachis, et le tronc constituait une tige inflexible ou même courbe, archoutant par ses deux extrémités sur le plan horizontal, la région dorsale formant alors une cambrure qui permettait de passer librement la main sous le torse du patient.

Au tétanos du tronc s'ajoutait fréquemment le trismus, ou contracture des muscles de la mâchoire inférieure ; alors le facies offrait parfois cet

---

prises. Sachons donc apprécier d'avance les avantages qu'on peut raisonnablement espérer de celle-ci. Aurons-nous des découvertes, des solutions précises et irrévocables de problèmes jusqu'ici incertains ? La grandeur des résultats, en un mot, correspondra-t-elle à la grandeur des moyens ? Nous ne le pensons pas ; et nous le disons bien haut, pour que la tiédeur et le refroidissement ne succèdent pas trop vite à l'entraînement général : les premières années seront presque complètement stériles. Par cela même que l'institution sera nouvelle, nous n'avons pas à présent ou nous n'avons que peu de médecins propres à aller observer dans les pays étrangers. Il faudra donc pour cette fonction des études préparatoires spéciales, une habitude qui ne s'acquerra que par quelques essais infructueux ; les nations elles-mêmes au milieu desquelles iront nos émissaires auront besoin de s'accoutumer à leur contact, et ne pourront que par une longue expérience reconnaître toute la pureté de l'influence dont nous leur confions l'exercice. Suffit-il d'ailleurs de changer de place pour faire des découvertes ? Les grandes lois de la nature ne sont-elles pas unes et invariables sous tous les climats comme dans tous les âges ? N'espérons donc pas trouver dans les voyages de quoi changer la face de la médecine, de quoi compléter en un instant l'expérience qui, au dix-neuvième siècle même, nous fait encore défaut pour constituer l'édifice de la science. Des perfectionnemens de détails, l'importation de quelques moyens thérapeutiques, le fruit de l'analogie ou des différences qu'on pourra établir entre nos maladies et celles des autres pays, une fois qu'on connaîtra mieux ces dernières (comme l'a dit avec tant de sens le respectable M. Dupuy), voilà à peu près tout ce qu'on peut pour le moment se flatter d'obtenir en adoptant le projet de l'Académie. Mais un autre avantage plus positif et non moins sûr en découlerait de lui-même ; c'est la diffusion générale des sciences et des arts, première condition de progrès et de perfectibilité, et si, sous ce rapport, on trouve que la France aurait moins à recevoir qu'à donner, ce n'est certes pas là une considération capable de faire reculer notre amour-propre national. Nous acceptons tout à fait, à ce point de vue, l'expression qui a paru choquer un honorable membre ; et il serait glorieux pour la France d'être la première à envoyer dans tout le monde de pareils *missionnaires*.

— COURS D'EMBRYOGÉNIE AU COLLÉGE DE FRANCE. — M. COSTE a ouvert la seconde partie de ce cours, le mercredi 6 avril, à une heure précise, et le continuera les vendredis et mercredis suivans à la même heure. Il traitera pendant ce semestre du développement de l'homme et des mammifères.

— Nous recevons une lettre de M. Malgaigne, que l'abondance des matières nous oblige de renvoyer au prochain numéro.

aspect particulier dit tétanique : corrugation du front, enfoncement et fixité des yeux, ris sardonique, etc.

Il y avait ordinairement faiblesse, courbature, endolorissement des membres; quelquefois agitation générale ou partielle; les soubresauts des tendons ont été observés dans l'état avancé de la maladie. Le tremblement des membres s'est offert une fois comme phénomène assez saillant pour nous faire croire à l'existence du *delirium tremens*.

Les convulsions, ou contractions cloniques, plus ou moins générales, ont été parfois observées dès le début, coïncidant, soit avec quelques-uns des symptômes précédens, soit avec ceux qui vont suivre. Dans un cas, nous avons observé de véritables accès épileptiformes.

Le *délire* fut rarement un symptôme initial, mais souvent il suivait d'assez près l'invasion, succédant à la céphalalgie, coïncidant même avec elle et marchant de front avec la raideur tétanique. Délire parfois continu, mais le plus souvent rémittent ou même intermittent, circonstance qui eût pu faire croire à la nature intermittente de la maladie, si la persistance des autres symptômes n'en eût constaté la continuité. Plus souvent bruyant et agité que silencieux et paisible, le délire a parfois manqué ou du moins il n'affectait que des nuances légères et fugitives jusqu'à la terminaison par la guérison ou par la mort. Dans ce dernier cas néanmoins, il manquait très rarement et finissait par se produire, ne fût-ce que quelques instans avant la catastrophe. Dans quelques cas au contraire, il a constitué le phénomène principal.

Le *coma* qu'il ne faut pas confondre avec la stupeur et la perte de connaissance, a rarement marqué le début de l'affection. Quelquefois, néanmoins, le malade était comme frappé d'apoplexie et ne recouvrait plus les sens jusqu'à la mort, ou bien il revenait à lui par intervalles, ou bien encore le coma disparaissait pour faire place au délire ou *vice versâ*. Le plus souvent le coma succédait définitivement à la céphalalgie et au délire, aux approches de la mort. Alors que la maladie se prolongeait, que le malade dût guérir ou succomber, il tombait ordinairement dans un état de somnolence, dont on le tirait plus ou moins facilement. Ce coma prolongé était du plus fâcheux augure. Il est vrai de dire que la forme comateuse franche et prolongée nous a paru plus rare qu'on ne l'observe ordinairement dans la méningite sporadique, circonstance qui trouvera son explication assez plausible dans certaines particularités anatomo-pathologiques.

La *paralysie*, expression finale de la plupart des maladies de l'encéphale, et qui a d'étroites connexions avec le coma, ne s'est pas non plus offerte aussi fréquemment qu'on aurait pu s'y attendre. Peut-être n-t-elle existé plus ou moins incomplètement chez quelques-uns de nos malades où nous aurons négligé de la constater, ou bien dans certains cas où elle se sera trouvée masquée, dissimulée par d'autres phénomènes, notamment par la stupeur et le coma. N'est-ce pas un certain degré de paralysie musculaire que cette grande et longue faiblesse éprouvée par les malades en voie de guérison? Du reste, s'il nous fallait expliquer la rareté de ce phénomène, comme celle du précédent, nous pourrions invoquer la rareté même des cas de compression cérébrale, c'est-à-dire la petite quantité de matières épanchées dans la majorité des cas.

Si nous passons à l'exploration des appareils des sens spéciaux, nous n'aurons rien de particulier à signaler pour ce qui concerne les appareils de l'odorat et du goût dont les altérations, si elles ont existé, sont passées inaperçues ou dérivaient des modifications imprimées à la sensibilité générale par la lésion des centres nerveux.

Il n'en est pas de même de l'appareil de la vision qui, néanmoins, a offert des altérations variées. Rarement nous avons remarqué l'*injection des conjonctives;* rarement nous avons observé la *déviation du globe oculaire*, si ce n'est dans les intervalles rares et ceux où surgissaient des mouvemens convulsifs. Le plus souvent le regard était fixe et en rapport avec les états tétanique, comateux, adynamique, etc.

L'état des pupilles a offert les plus grandes variations; le plus souvent naturelles, elles présentaient parfois, soit une dilatation, soit un rétrécissement anormaux, se montrant d'un seul ou des deux côtés, à l'état permanent ou passager, alternant l'un avec l'autre, coïncidant avec telle ou telle forme, telle ou telle période de la maladie, sans que nous ayons pu établir aucune règle tant soit peu précise à l'égard des diverses circonstances de la maladie. Quelquefois on a cru reconnaître certains troubles de la vision, tels que des hallucinations, l'obscurcissement de la vue. Jamais nous n'avons observé la cécité complète qu'on dit avoir rencontrée ailleurs.

Quant à l'appareil de l'audition, assez souvent les malades ont accusé des bruissemens, des tintemens d'oreilles, la dureté de l'ouïe, etc. Une fois la surdité presque complète s'est offerte chez une jeune malade, qui est restée sourde longtemps après la guérison. Une autre fois, nous avons observé la surdi-mutité complète chez un sujet qui a succombé après une longue maladie.

L'appareil du toucher, ou la peau, offre plus spécialement à considérer sa coloration et sa température. Il s'en faut que tous nos malades aient offert cette rougeur, cette turgescence de la face, indiquées comme symptômes ordinaires de la méningite. Bien que nous n'ayons pas recueilli de notes exactes à ce sujet, nous pouvons avancer que la pâleur du visage et des tégumens en général fut peut-être le cas le plus ordinaire, soit que les malades nous fussent arrivés plus tard et après avoir subi des traitemens plus ou moins débilitans, soit qu'ayant affaire à des sujets moins vigoureux en général que ceux qui constituent la population des régimens, nous ayons dû observer moins de cas de ces vives réactions avec coloration intense dont parlent les médecins militaires; toujours est-il que souvent nous avons été frappés de l'extrême pâleur de nos malades, même au plus fort de la maladie; et, dans l'état avancé, la coloration ne reparaissait guère, par la raison toute simple que notre traitement antiphlogistique vigoureux substituait une anémie réelle à la décoloration accidentelle occasionée par le raptus intra-céphalique.

Quant à la température, nous avons rarement observé la chaleur brûlante des tégumens, si ce n'est au front; et encore la sensation exprimée par les malades n'était-elle pas toujours l'expression de la réalité. Le plus souvent, la température de la peau n'offrait rien de remarquable; rarement elle était au dessous du degré normal, si ce n'est aux extrémités, aux approches de la mort, ou bien dans l'état avancé de la maladie, alors que les sujets se trouvaient radicalement débilités.

Mais un symptôme bien remarquable, et qu'il importe de signaler, c'est cet *herpes labialis* que nous avons si souvent observé chez nos malades de méningite. Affectant ordinairement le contour des lèvres, nous avons vu l'*herpes* s'étendre en bas jusque sous le menton, et en haut aux ailes du nez et jusqu'aux paupières. Apparaissant ordinairement dès les premiers jours, ou dans le courant du premier septenaire, il parcourait ses périodes sans qu'on pût observer aucune relation entre cette éruption et aucune circonstance de la maladie. Nous l'avons observé dans presque tous les cas, de mort comme de guérison, avec augmentation comme avec amendement des symptômes, de sorte qu'il est impossible de l'attribuer à cet *herpes* aucun caractère critique. Nous verrons ailleurs quelle peut être sa signification quant à la nature de la maladie.

SYMPTOMES DE L'APPAREIL DIGESTIF.

L'état de la langue n'offrait ordinairement rien de bien particulier. Le plus souvent humide et blanchâtre, surtout au début, elle devenait quelquefois rouge, sèche, brunâtre dans l'état avancé, avec ou sans symptômes d'irritation gastro intestinale, mais presque toujours avec un certain appareil typhoïde.

L'appétit, aboli au début et au fort de la maladie, renaissait de bonne heure, c'est-à-dire après l'amendement de graves symptômes cérébraux, chez la plupart de nos malades, même chez quelques-uns de ceux qui, plus tard, ont succombé. Ce besoin était parfois imaginaire, mais d'autres fois il était réel et impérieux. Les malades cherchaient à le satisfaire clandestinement, ce qui fut, nous le croyons, une cause réelle des accidens gastro-intestinaux plus ou moins graves et souvent mortels éprouvés par beaucoup d'entre eux.

La soif était généralement peu prononcée dans tout le cours de la maladie, du moins n'avons-nous rien remarqué de particulier à cet égard.

De tous les symptômes digestifs, le plus remarquable par sa constance et parfois par sa gravité fut le vomissement, qui, le plus souvent, marquait le début, se reproduisait pendant quelques heures ou quelques jours, pour cesser bientôt et ne plus se reproduire, ou pour reparaître quelquefois à une période plus ou moins avancée de la maladie, comme phénomène purement accidentel.

Le vomissement initial nous paraît être un phénomène sympathique de la lésion encéphalique. Peut-être en est-il de même encore du vomissement à la période avancée; toujours est il, comme on le verra, que la nécropsie n'a pas révélé de lésions matérielles graves du ventricule dans les cas où cet accident s'est produit tardivement, non plus que dans la période initiale.

Un autre symptôme, presque aussi constant, fut la constipation, ou du moins la rareté des selles, que le plus souvent nous fûmes obligé de combattre par des moyens artificiels.

Néanmoins, lorsque l'affection se prolongeait, on voyait assez souvent apparaître une diarrhée plus ou moins fâcheuse, et qui parfois a manifestement concouru à hâter ou décider la catastrophe. Il est très rare que la diarrhée se soit montrée dès le début.

L'abdomen s'offrait, dans la plupart des cas, à l'état naturel, quant à la souplesse, à l'absence de météorisme, etc.; mais assez souvent le malade accusait plus ou moins de douleur à la pression, soit à l'épigastre, soit dans les flancs, et plus particulièrement du côté droit.

Dans la période avancée, alors qu'existait la diarrhée, le ventre devenait parfois très douloureux, tendu et météorisé. Ces divers états de l'appareil digestif sont importans à signaler, eu égard à certaines modifications qu'ils apportent nécessairement aux indications thérapeutiques.

SYMPTÔMES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE.

Un des phénomènes qui ont le plus frappé les observateurs, phénomène qui pourtant fut loin d'être constant, et qui, d'ailleurs, est assez ordinaire dans la méningite sporadique, c'est la lenteur du pouls, contrastant avec l'acuité des autres symptômes. S'il est vrai que nous ayons maintes fois rencontré le pouls soit à son type normal, de 70 à 75 pulsations, soit descendu à 60, 50 pulsations, et même moins, il est cependant positif que, dans la plupart des cas, sans comparaison, nous l'avons trouvé accéléré, résistant, mais sans beaucoup d'ampleur, soit dans tout le cours de la maladie, soit comme succédant à la lenteur initiale.

Un autre phénomène, moins remarqué que le précédent, et peut-être aussi fréquent, c'est l'irrégularité des pulsations, séparées par des intervalles inégaux et comportant une largeur, une force d'impulsion variables de l'une à l'autre.

Mais dans les cas même où le pouls présentait de la lenteur et de l'irrégularité, pour peu que la maladie se prolongeât, et surtout les symptômes cérébraux venant à s'amender, les pulsations tardaient rarement à reprendre la fréquence et la régularité communes aux phlegmasies. L'accélération allait alors en s'augmentant jusqu'à la mort, en même temps que le pouls diminuait de volume et de résistance; ou bien elle revenait graduellement au type normal si la maladie marchait vers la guérison. Néanmoins le pouls conservait assez souvent une fréquence insolite, bien que déjà tous les autres symptômes fussent évanouis, ce qui, du reste, est commun pendant la convalescence de la plupart des maladies aiguës.

SYMPTÔMES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE.

Nous n'avons, en général, rien remarqué de particulier dans cet appareil, qui, dans la presque totalité des cas, a continué de fonctionner régulièrement. Si quelques anomalies se sont offertes, elles étaient si peu tranchées qu'elles n'ont pas fixé notre attention; car nous ne parlerons pas des irrégularités qui ont pu naître soit de l'état convulsif, soit de l'état tétanique des sujets qui, dans aucun cas, n'ont offert de troubles permanens de la respiration, à moins de complications accidentelles.

Dans deux cas, en effet, nous avons vu surgir de graves complications du côté des voies respiratoires : dans l'un ce fut une pleurésie suppurée qui entraîna la mort; dans l'autre, ce fut une pneumonie, laquelle fut conjurée par un traitement approprié (voy. *Complications*). Chose remarquable sans être étonnante : dans ces deux cas, les lésions s'établirent d'une manière complètement latente, de sorte que, même alors, les fonctions respiratoires ne furent pas troublées, les désordres n'ayant été révélés que par l'auscultation.

SYMPTÔMES DES APPAREILS SÉCRÉTEURS.

Nous n'avons que très peu de choses à dire des lésions concomitantes des appareils sécréteurs, si ce n'est que dans trois ou quatre cas nous avons rencontré la paralysie de la vessie nécessitant le cathétérisme, chez des individus dont les membres ne nous ont pas paru sensiblement paralysés.

Maintes fois nous avons observé la salivation résultant de l'action du mercure, et non pas de la maladie elle-même.

Deux fois des carotides se sont manifestées pendant la convalescence, sans caractère critique par conséquent.

Les divers produits sécrétés ne nous ont rien offert de particulier. Il est vrai de dire que nous n'avons pas fait de recherches très attentives sur ce point.

Nous n'avons non plus rien observé de notable relativement à l'état des appareils génitaux de l'un et de l'autre sexe.

(*La suite à un prochain numéro.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

I. ARCHIV FUR DIE GESAMMTE MEDICIN,

PUBLIÉ PAR LE DOCTEUR HAESER.

Le troisième cahier du deuxième volume contient les articles originaux suivans; 1° *Des femmes de Salerne*; par le docteur Schoulant. (Article historique). 2° *Matériaux pour une statistique médicale*; par le docteur Cless. 3° *Sur le traitement des contractures et des ankyloses du genou*; par le docteur Fabricius. (Ce sont trois cas de guérison par la ténotomie et l'extension forcée). 4° *Remarques*; par le docteur Eisenmann.

MATÉRIAUX POUR UNE STATISTIQUE MÉDICALE; par le docteur CLESS.

Il résulte des notes prises à l'hôpital Ste-Catherine, de Stuttgard, pendant huit années, que la moyenne de la durée des maladies en général est de 20,4 jours.

De mars à mai elle était de...	19,12 jours	sur 2925	malades.
De juin à août............	19,07	— 2927	—
De septembre à novembre....	20,87	— 2504	—
De décembre à février.......	22,65	— 2761	—

La durée des maladies est donc dépendante des saisons; elle est la plus courte pendant les mois chauds; elle devient plus longue avec la diminution de la température. Il est évident que ces données ne sont pas l'effet du hasard, mais fondées sur des lois constantes; car en examinant les chiffres de chaque année en particulier on arrive au même résultat. De plus, le travail du docteur Fenger à Copenhague (QUID FACIANT ÆTAS ANNIQUE TEMPUS AD FREQUENTIAM ET DIUTURNITATEM MORBORUM HOMINIS ADULTI, DISQUISITIO MEDICO-STATISTICA (*Havniæ*, 1840) vient encore le confirmer. Les expériences de ce dernier portent sur 15 années et sur 7608 malades.

La durée moyenne des maladies	pendant l'hiver était de.....		25,5 jours.
Id.,	id.,	pendant le printemps........	19,2
Id.,	id.,	pendant l'été..............	17,9
Id.,	id.,	pendant l'automne........	19,8
Id.,	id.,	de l'année..............	20,2

La moyenne de la durée des maladies n'est pas la même pour les deux sexes; elle est de 19,38 pour les hommes, de 21,39 pour les femmes. Une autre question que l'auteur pose est celle de l'influence des épidémies sur les autres maladies. Dans les dernières dix années, il a régné à Stuttgard sept épidémies; trois fois la grippe, 2 fois la fièvre muqueuse et une fois le choléra dissentérique.

Pendant la grippe, le nombre des maladies appartenant à l'épidémie était à celui des maladies sporadiques comme 100 : 86; il était comme 100 : 78 pendant l'épidémie de la fièvre muqueuse et de 100 : 363 pendant l'épidémie du choléra dissentérique.

En somme, le rapport des maladies épidémiques était aux sporadiques comme 100 : 107.

Le rapport des maladies pendant les mois où il ne régnait pas d'épidémies à celui des mois où il y avait des épidémies était

De 100 : 78 pour la grippe,
100 : 64 pour la fièvre muqueuse,
100 : 105 pour le choléra dyssentérique.

Donc une moyenne totale de 100 : 78.

Il résulte de ces chiffres que, conformément à l'ancienne opinion, le nombre des maladies sporadiques diminue pendant le temps des épidémies.

REMARQUES; par le docteur EISENMANN.

1° ÉLECTROPUNCTURE COMME MOYEN DE GUÉRISON DU STRABISME.

Bien avant qu'on se soit occupé de la section des muscles de l'œil, l'auteur avait indiqué déjà l'électricité comme un agent dont on pourrait tirer parti, surtout lorsque le strabisme dépend d'un relâchement des muscles; il est bien entendu que cette expérience devra être tentée avec les plus grandes précautions.

2° VERTU PARTICULIÈRE DE L'OPIUM.

Il y a un grand nombre de médicamens qu'on associe ordinairement à l'opium; dans ce cas, dit l'auteur, le narcotique n'agit pas seulement comme correctif, mais a presque toujours une vertu adjuvante; il le préconise surtout uni au sulfate de cuivre dans le choléra, la dyssenterie et les diarrhées des enfans. (GAZ. MÉD., p. 777, 1841). Dans le rhumatisme, il a trouvé très efficace un mélange de six parties de vin de semences de colchique sur une partie de laudanum; à prendre 20 à 25 gouttes toutes les trois à quatre heures.

3° VÉGÉTAUX PARASITES DU CORPS HUMAIN.

L'auteur parle d'un épiphyte, qu'il nomme *lichen veruxi*, observé sur lui-même; il était de couleur jaune et surmonté de godets.

4° Cas de guérison de blennhorrhagie chronique par l'huile d'olive prise à l'intérieur.

II. ALLGEMEINE ZEITUNG FUR CHIRURGIE, INNERE HEILKUNDE UND IHRE HULFSWISSENSCHAFTEN;

Publié par le docteur KOHATZSCH.

SUR LES ALIMENS VÉGÉTAUX CONTENANT DE L'AZOTE; par le professeur LIEBIG.

Dans une série d'articles, le savant chimiste traite une des questions les plus importantes de la bromatologie. Il serait trop long de rapporter toutes les expériences chimiques auxquelles lui et ses collaborateurs se sont livrés, depuis plusieurs années, pour arriver à des résultats, que nous ne ferons connaître que sommairement. Nous renvoyons les chimistes et les physiologistes qui s'occupent spécialement de cette matière à ce travail d'une si haute portée. Dans les végétaux, il existe un grand nombre de principes azotés, qui présentent des propriétés diverses. Quelques-uns se rencontrent dans des classes entières de végétaux, d'autres ne se trouvent que dans une seule espèce, ou dans deux ou plusieurs espèces de différentes familles. Cette classe de principes azotés ne forme ordinairement qu'une faible proportion de la plante qui la fournit, soit dans ses fruits, soit dans ses feuilles, soit dans ses racines, etc. Ces principes azotés se distinguent ordinairement par une propriété toute particulière, le plus souvent vénéneuse, ou, si on veut, médicamenteuse. Les principes parmi lesquels il faut compter toutes les bases organiques, la caféine, l'asparagine, le pipéria, etc., ne peuvent être considérés comme des substances alimentaires, soit parce qu'ils ne se trouvent pas dans les parties de plantes qui servent d'alimens, soit parce qu'on n'en consomme avec les alimens qu'une si petite quantité qu'elle ne paraît pas pouvoir réparer les pertes du corps et concourir à en augmenter la masse. Une autre classe de principes azotés, peu nombreuse en espèces, se rencontre en très grande abondance dans les végétaux; ce sont les trois ou quatre principes dont l'un se trouve dans toutes les plantes sans exception, et les trois autres n'appartiennent qu'à quelques familles de plantes seulement. Les derniers sont les alimens azotés proprement dits, connus sous le nom d'albumine végétale, de gélatine végétale et de légumine.

L'albumine végétale, remarquable par sa salubrité dans l'eau, se trouve dans le suc des plantes et surtout en plus grande abondance et dans son plus grand état de pureté dans les graines oléagineuses.

La gélatine végétale est un principe propre des graines des céréales. La légumine se trouve en très grande quantité dans les graines des légumineuses, telles que pois, haricots et lentilles. Ces principes, auxquels il faut encore ajouter un quatrième, que l'auteur nomme fibrine végétale, sont les véritables substances alimentaires des animaux qui se nourrissent de végétaux; ce sont eux qui fournissent le sang et tous les autres élémens azotés du corps de ces animaux. Ces plantes sont donc en général la nourriture de tous les animaux, car les carnivores ne mangent en définitive dans les animaux dont ils se nourrissent que les plantes qui avoient servi d'alimens à ces derniers.

La comparaison de la nutrition des carnivores avec celle des animaux qui se nourrissent des plantes est un des problèmes les plus importans de la physiologie. On sait que les appareils de la digestion dans les deux classes d'animaux sont très distincts, mais que l'hématose est la même dans l'une et dans l'autre. La digestion est très simple chez les carnivores, tous les alimens se composent de matériaux identiques à ceux qui constituent leur propre corps, tels que la chair, le sang, les membranes, etc. Les alimens ne diffèrent sous le rapport chimique aucunement de leur propre chair et sang. Dans l'estomac et les intestins des carnivores, les alimens revêtent une nouvelle forme sans éprouver une transformation chimique; ils deviennent solubles et susceptibles de passer dans d'autres organes et de se convertir de nouveau en sang analogue à celui dont ils sont provenus. La vitalité des appareils présidant à la digestion et à l'hématose se borne à une simple métastase de principes assimilables; tout dans les alimens est nutritif; il n'y a que les matières surabondantes, le phosphate calcaire, quelques sels de magnésie insolubles, qui sont rejetés au-dehors sans avoir subi de métamorphose. La nutrition des animaux qui vivent de végétaux est en apparence bien plus compliquée, leurs organes digestifs sont plus développés et leurs alimens sont moins semblables aux parties constituantes de leur corps.

Toutes les parties végétales qui servent à l'alimentation des animaux contiennent, outre des principes azotés, d'autres élémens, qui ne renferment pos d'azote, et qui sont néanmoins indispensables à la nutrition. Les principes parmi lesquels il faut ranger la fécule, la gomme et le sucre disparaissent dans l'organisme animal, servent probablement à un but déterminé et concourent à certaines fonctions.

Pour évaluer la part que prennent les alimens non azotés dans la nutrition, il est nécessaire avant tout d'apprécier la composition des alimens végétaux azotés; il est clair que si la chimie démontre une différence entre l'albumine, la gélatine, la fibrine végétale, la légumine et le sang des animaux, ou l'albumine et la fibrine animales, il est clair, dis-je, que la fécule, le sucre et la gomme doivent servir à compenser cette différence. Si, par exemple, il était démontré que l'albumine et la fibrine végétales, comparées à l'albumine et la fibrine animales, contiennent, avec une égale proportion d'azote, une quantité moindre de carbone, il serait évident que des principes qui, comme l'amidon, la gomme et le sucre, renferment beaucoup de carbone, avec les élémens de l'eau, conviendraient alors pour convertir la fibrine et l'albumine végétales en fibrine et albumine animales, en un mot, en sang. Si, d'un autre côté, on apprend, par des recherches chimiques, que les alimens azotés végétaux ont une composition identique à celle du sang, c'est-à-dire de l'albumine et de la fibrine animales, il est clair qu'on peut en concevoir l'assimilation sans qu'on ait besoin de recourir au carbone de l'amidon ou d'autres principes non azotés; en effet, si l'albumine et la fibrine végétales contenaient de l'azote et du carbone dans la même proportion que l'albumine et la fibrine animales, il faudrait qu'une portie de carbone des premiers fût éliminée pour faire place au carbone de l'amidon, si celui-ci devait être utilisé, ce qui n'est pas admissible. Si, en troisième lieu, les alimens azotés végétaux contenaient une proportion de carbone encore plus grande que celle renfermée dans les organes de l'animal, il serait encore moins probable que la gomme, le sucre et l'amidon dussent servir à augmenter la quantité de carbone dans l'animal, par cela même que déjà un excès de carbone, contenu dans les alimens végétaux azotés, devrait disparaître pour la conversion du sang en fibre musculaire, etc.

Dans toutes les parties du corps animal et dans les fluides vivans, on trouve de l'azote, il n'y a que l'eau et la graisse qui ne contiennent pas ce principe; l'une et l'autre sans structure organique, sans vitalité, ne sont que des milieux inertes. La nutrition de l'animal doit, et d'autant plus que celui-ci est jeune, contenir autant d'azote qu'il en faut pour réparer les pertes faites par les sécrétions; si l'aliment ne renferme pas assez d'azote, l'équilibre est rompu, et la masse du corps non seulement n'augmente pas, mais elle diminue. Les essais tentés sur les animaux qu'on a nourris avec du sucre, de la gomme et de la fécule, ont démontré que l'azote, ni aucun autre élément ne peut être créé d'emblée dans l'organisme; les animaux nourris avec ces substances meurent d'inanition; ce n'est que dans le seul cas où des alimens végétaux azotés manquent de carbone suffisant, que le sucre, la gomme, l'amidon, etc., associés aux premiers, peuvent concourir à l'assimilation dans une proportion telle que le tout constitue une nourriture dont les élémens sont semblables à ceux du sang.

D'analyses nombreuses et souvent répétées, il résulte que la fibrine, l'albumine et le caséum des animaux ont la même composition; ils contiennent les mêmes élémens dans les mêmes proportions, mais disposés dans un ordre différent comme le démontrent leurs différentes propriétés. Dans ces principes, l'azote est ou carbone dans le rapport de 1 atome d'azote à 8 de carbone.

La chair desséchée des animaux, des fibres musculaires de bœuf privées de graisse, donne la même proportion. Un résultat identique est obtenu avec la fibre cuite et rôtie du bœuf et du chevreuil, avec le sang desséché à une température de 100°, ainsi que le blanc d'œuf coagulé et séché, la chair des poissons, etc.

Un autre résultat d'un haut intérêt, auquel M. Liebig est arrivé par l'étude de l'albumine, de la fibrine et de la caséine végétales, c'est que ces dernières ont non seulement les mêmes propriétés que ces principes retirés des animaux, mais encore présentent l'azote et le carbone dans le même rapport. Ainsi l'analyse chimique vient de démontrer que les animaux herbivores trouvent les matériaux de leur sang, leur albumine et leur fibrine tout faits dans les plantes, et qu'ainsi le suc des plantes, l'albumine végétale, la farine de froment et les différentes céréales contiennent le principe de la fibre musculaire, et que les lentilles, les pois et les haricots renferment le même corps azoté que le lait des animaux. Ils se nourrissent de chair, de sang et de fromage que les plantes leur fournissent, tandis que leur propre chair et sang servent d'alimens aux carnivores. Il y a donc une identité parfaite entre les principes azotés végétaux et les mêmes principes animaux; leurs propriétés chimiques sont les mêmes; c'est ainsi que l'albumine végétale, obtenue par la décoction des sucs des plantes, et débarrassée à l'aide de l'éther et de l'alcool des

parties grasses et colorantes, ne peut être distinguée du blanc d'œuf ni à la simple inspection, ni au moyen des réactifs.

SUR LE SPASME DES DOIGTS DE LA MAIN DROITE EN ÉCRIVANT; par M. le professeur LANGENBECK, à Gœttingue.

La maladie dont l'auteur parle ici ne consiste pas dans ce tremblement particulier des doigts dont parlent Heyfelder, Alhers, Casper, etc. (GAZ. MÉD., p. 671, 1839), mais bien d'une contracture de l'un ou des deux muscles externes de l'index qui forcent le malade d'abandonner la plume lorsqu'il écrit.

Dans un cas pareil, M. Stromeyer est parvenu à remédier à l'extension involontaire de l'index qui s'éloignait de la plume pendant l'action d'écrire en faisant la ténotomie sous-cutanée (MEDIC. CORRESP. BLATT BAYER. AERZTE, n° 8, 1840). M. Langenbeck a été moins heureux, chez un homme de cabinet, auquel il a coupé en deux temps différens l'extenseur propre et commun de l'indicateur, immédiatement au-dessous du point où l'extenseur commun envoie sa bandelette de communication au tendon du médius. D'après le dire de l'auteur de cet article, M. Dieffenbach aurait aussi coupé pour la même affection, chez deux individus, les tendons extenseurs de l'index, et, loin d'avoir obtenu un résultat favorable, il s'en est suivi une raideur qui a empêché les malades de tenir la plume. Remarquons encore que le sujet observé par M. Langenbeck était affecté depuis plusieurs années de spasme du larynx.

LE KORAEKTOME, NOUVEL INSTRUMENT POUR PRATIQUER LA PUPILLE ARTIFICIELLE ET POUR EXTRAIRE LE CRISTALLIN ADHÉRENT; par le professeur STROMEYER.

Dans un cas de cataracte double, M. Stromeyer ayant fait l'opération de l'extraction par la méthode ordinaire, a eu beaucoup de difficulté pour détacher le cristallin de l'iris et par la pression qu'il a été obligé d'exercer sur le globe de l'œil, il s'est perdu beaucoup d'humeur vitrée; le cristallin fut cependant extrait, mais l'opéré ne recouvra pas la vue, parce qu'il s'est fait une occlusion de la pupille. Pour prévenir un accident semblable dans l'opération de l'autre œil, où les adhérences du cristallin avec l'iris paraissaient bien plus intenses, M. Stromeyer pratiqua l'excision d'une portion de la pupille en même temps qu'il ouvrit libre passage au cristallin; à cet effet, il se servit d'un instrument qui a beaucoup d'analogie avec le couteau à cataracte de Jaeger; il consiste dans une première lame en fer de lance, sillonnée d'une gouttière et appliquée, comme dans l'instrument de Jaeger, sur une seconde lame tranchante, sur laquelle elle peut glisser au moyen d'une coulisse fixée sur le manche. Avec le fer de lance, il fait d'abord une ponction à la cornée près de son bord externe, avance dans la chambre antérieure et laisse écouler l'humeur aqueuse qui s'échappe par la gouttière de l'instrument; l'iris fait alors saillie derrière la cornée, et l'opérateur enlève une partie à l'aide de la seconde lame qu'il fait avancer derrière la première.

SUR L'EXISTENCE DE VÉGÉTAUX PARASITES DANS LES APHTHES; par le docteur VOGEL, à Munich.

De même que Schoenlein, Gruby et Gilbert (GAZ. MÉD., p. 461, 509, 528, 1841) et autres ont trouvé, dans quelques maladies, des végétaux parasites sur le corps humain, M. le docteur Vogel a eu occasion d'observer de ces mêmes végétaux sur la muqueuse buccale et œsophagienne d'un enfant mort d'aphthes quinze jours après sa naissance. Toute la bouche et l'œsophage étaient couverts d'une éruption aphtheuse jusqu'au cardia. Les aphthes examinés sous un microscope grossissant 220 fois le diamètre présentaient distinctement la forme de véritables conferves analogues à celles trouvées par Schoenlein (ARCHIVES DE MULLER, 1839), etc., dans l'impetigo.

Dans ces végétaux parasites, on reconnut deux élémens: 1° des petits corps ronds, tantôt avec tantôt sans noyau central, tantôt isolés, tantôt groupés comme des moisissures de levain; ils étaient du diamètre de $\frac{1}{400}$ à $\frac{1}{500}$ de ligne, incolores, inaltérables dans l'eau, dans l'ammoniaque et dans l'acide acétique; 2° des filamens diversement disposés, ardoisés, renflés sur différens points tantôt au milieu, tantôt aux extrémités, parfois articulés. Plusieurs partaient distinctement des corps ronds; quelques-uns avaient une ligne de long et plus; et généralement leur diamètre avait $\frac{1}{400}$ de ligne; ils étaient également inaltérables dans l'eau, l'ammoniaque et l'acide acétique.

III. RUST'S MAGAZIN FUR DIE GESAMMTE HEILKUNDE.

Le troisième cahier du 58° volume contient: 1° *Des hôpitaux et de l'état actuel de la médecine et de la chirurgie en Portugal*; par le docteur Kessler. 2° *Sur la formation du cal*; par le docteur Ritter. (Article d'érudition.) 3° *Trois observations de fracture*, par le même. (Rien d'inconnu.)

IV. ARCHIV FUR PHYSIOLOGISCHE HEILKUNDE,

PUBLIÉ PAR LES DOCTEURS ROSER ET WUNDERLICH.

Le premier cahier de ce journal contient: 1° *Le journalisme médical*; par le docteur Wunderlich. 2° *Sur M. Ringseis et sur l'école d'histoire naturelle pathologique*; par le docteur Griesinger. (Article de polémique.) 3° *Sur les fonctions du système nerveux*; par le docteur Stilling. 4° *Sur les espèces de fistules qui doivent être traitées par la cautérisation des bords*; par le docteur Roser. 5° *Recherches sur l'imbibition des tissus animaux*; par le docteur Oesterlen. (Article non achevé.) 6° *Mélanges.*

SUR LES FONCTIONS DU SYSTÈME NERVEUX; par le docteur STILLING (de Cassel).

Nous ne croyons pouvoir mieux faire que traduire littéralement le résumé par lequel l'auteur termine son travail:

1° Les racines postérieures sont sensibles, mais seulement par la substance grise postérieure et son union avec les faisceaux postérieurs.

2° La substance médullaire blanche postérieure ou les faisceaux postérieurs ne sont sensibles que par leur union avec la substance grise postérieure.

3° La substance grise postérieure est seule capable de transmettre les sensations au cerveau et au centre commun des perceptions.

4° La substance médullaire postérieure seule n'est pas capable de transmettre les sensations au cerveau.

5° La substance médullaire blanche antérieure ou les faisceaux antérieurs sont insensibles comme les racines antérieures des nerfs.

6° Les faisceaux antérieurs seuls ne sont pas en état de transmettre l'influx de la volonté sur les racines motrices.

7° La substance grise antérieure seule peut transmettre l'influx de la volonté du cerveau aux racines motrices, par l'intermédiaire des faisceaux antérieurs.

8° L'intégrité parfaite de la continuité des faisceaux postérieurs n'est pas indispensable pour que les sensations soient transmises au cerveau; il n'est pas absolument nécessaire non plus que la continuité des faisceaux antérieurs soit parfaite pour que l'influence de la volonté se transmette à toutes les parties de la moelle épinière.

9° Les changemens imprimés à la substance grise postérieure se transmettent plus loin dans toutes les directions, selon la longueur et la largeur de la moelle épinière; ainsi, en haut, vers le cerveau, par où est provoquée la sensation; en avant, vers la substance grise antérieure, par où est provoqué le mouvement de réflexion; d'un côté à l'autre par où naissent des mouvemens sympathiques plus amples dans la moitié du corps, qui n'avait pas été primitivement stimulée, etc.

10° Les impressions des faisceaux postérieurs, comme celles des faisceaux antérieurs, ne se transmettent pas plus loin dans le sens de la longueur par la moelle épinière. Les impressions des faisceaux postérieurs vont d'arrière en avant, dans une direction horizontale à la substance grise postérieure; les impressions des faisceaux antérieurs vont sur les racines motrices les plus rapprochées.

11° Pour que la sensation soit produite, il est nécessaire qu'il y ait entre le point irrité et le cerveau une continuité non interrompue de la substance grise postérieure; pour l'exercice des mouvemens volontaires, il faut qu'il y ait une continuité non interrompue de la substance grise antérieure entre le cerveau et la racine du nerf moteur devant fonctionner.

SUR LES FISTULES QUI DOIVENT ÊTRE TRAITÉES PAR LA CAUTÉRISATION DES BORDS; par le docteur ROSER.

D'après M. Roser, ce sont surtout les fistules à trajets très courts, comme les fistules vésico-vaginales, dans lesquelles les muqueuses de la vessie et du rectum tendent à se rapprocher et à recouvrir les bords de l'ouverture, comme les tégumens des lèvres. C'est ce rapprochement des deux muqueuses qu'il importe d'éviter, en provoquant au contraire un autre travail qui tend à froncer la muqueuse vaginale; c'est ce qu'on obtient par la cautérisation, déjà recommandée par A. Cooper et Delpech.

V. ZEITSCHRIFT FUR DIE GESAMMTE MEDICIN,

PUBLIÉ PAR LE DOCTEUR OPPENHEIM.

Les cahiers de janvier, février et mars contiennent les notices et articles originaux suivans: 1° *Appréciation de tous les journaux de méde-*

cine étrangers à l'Allemagne; par le docteur Oppenheim. (Nous remercions le rédacteur de l'opinion favorable qu'il a émise sur la GAZETTE MÉDICALE.) 2° *De l'importance des maladies internes dans l'exercice de la chirurgie*; par le professeur Blasius. 3° *Sur les cordons antérieurs de la moelle épinière, et sur leur importance dans les mouvemens volontaires*; par le docteur Stilling. 4° *Existe-t-il un signe certain de la grossesse?* par le docteur Buchheister. (Il est question de la couleur lie-de-vin du vagin, indiquée par Jacquemin, qui n'est rien moins qu'un signe infaillible.) 5° *Sur un obstacle à l'écoulement de l'urine par le cathéter*; par le docteur Zeis. (Dans un cas où des caillots de sang obstruaient les fenêtres du cathéter, probablement par l'effet de la rupture de quelques veines variqueuses de la vessie, le médecin de Dresde a glissé un mandrin de gomme élastique dans la sonde, et, après l'avoir retiré, il a vu couler l'urine.) 6° *Sur la rhinoplastique*; par le professeur Blasius. 7° *Sur l'invagination des intestins chez les enfans, guérie par la reposition*; par le docteur Nissen. (Dans deux cas d'invagination du rectum accompagnée des symptômes ordinaires, tels que tumeur faisant saillie à l'anus, ténesme, douleur, constipation, vomissemens, hémorragie alvine, etc., l'auteur est parvenu à faire la reposition au moyen d'une sonde œsophagienne surmontée d'une éponge, introduite à une certaine hauteur dans l'anus. 8° *Sur l'asthme thymique et ses relations avec l'hypertrophie du cerveau*; par le docteur Münchmeyer.

SUR LES CORDONS ANTÉRIEURS DE LA MOELLE ÉPINIÈRE, ET SUR LEUR IMPORTANCE DANS LES MOUVEMENS VOLONTAIRES; par le docteur STILLING.

Par des expériences faites sur les grenouilles, le médecin de Cassel croit avoir démontré que la substance blanche des faisceaux antérieurs de la moelle épinière peut être divisée sans que les mouvemens volontaires soient abolis. Cette abolition n'a lieu que lorsqu'on divise la substance grise de ces mêmes faisceaux; cette dernière serait donc seule le conducteur de l'influx nerveux moteur. L'expérimentateur opère de la manière suivante : il ouvre le bas-ventre de la grenouille, fend le péritoine sur un des côtés de la colonne vertébrale, et la refoule en avant avec tous les vaisseaux et les intestins, en ayant soin de ne pas blesser l'aorte et de ne pas provoquer d'hémorragie trop forte; il enlève ensuite, à l'aide de ciseaux coudés, le corps de la troisième vertèbre, qu'il sépare de ses branches, puis il enfonce l'une des pointes d'une paire de petits ciseaux dans la moelle épinière, à l'endroit où la substance grise est séparée de la blanche; il soulève ensuite cette dernière et la divise. L'animal, qu'on laisse en repos, recommence à respirer, ouvre les yeux et cherche à se mouvoir en avant, d'abord avec ses pattes de devant, puis, il est vrai, bien faiblement avec celles de derrière; peu à peu les mouvemens des pattes de derrière deviennent plus apparens, et la grenouille finit par pouvoir sauter en avant. Voyez plus haut le complément de cet article.

SUR LA RHINOPLASTIQUE; par le professeur BLASIUS.

Le professeur de Halle a pratiqué quelquefois cette opération par différentes méthodes, et une fois il a emprunté la peau nécessaire pour fabriquer un nez, à la lèvre supérieure qu'il a ramenée sur les bords saignans des fosses nasales antérieures, et après en avoir obtenu l'adhérence, il en a coupé un triangle, au-dessous duquel il a ensuite réuni les deux côtés de la lèvre, comme dans une opération de bec-de-lièvre. Par le résultat qu'il a obtenu, il espère perfectionner à l'avenir cette méthode, en empruntant, suivant les circonstances, de la peau à toute la cavité buccale. Ce que l'opérateur a surtout en vue, c'est de prévenir la suppuration des bords des plaies, qui occasionne souvent l'occlusion des narines et l'affaissement du bout du nez.

DE L'ASTHME THYMIQUE ET DE SES RELATIONS AVEC L'HYPERTROPHIE DU CERVEAU; par le docteur MUNCHMEYER.

Ce mémoire se résume dans les propositions suivantes :

1° Il est non seulement possible, mais même très probable qu'un spasme particulier de la glotte soit dépendant d'un état pathologique du thymus caractérisé par une forme particulière de maladie, et mérite à juste titre le nom d'asthme thymique.

2° Cette forme de maladie offre, dans beaucoup de cas, un cachet particulier, et prend fréquemment sa source dans un manque de développement de l'organisme dans l'enfance, se caractérisant par une hypertrophie du cerveau.

3° Il peut encore exister d'autres modes de causalité du spasme de la glotte, consistant presque toujours dans une cause locale qui agit sur les nerfs de la respiration d'une manière analogue ou semblable au thymus; encore ces différens modes de la maladie peuvent être ramenés plus ou moins au défaut de développement de l'organisme.

4° Une fois la maladie reconnue, il faut toujours rechercher laquelle de ces causes locales se trouve en jeu. On ne se contentera jamais de regarder l'affection comme une simple maladie générale de l'enfance, ou comme un spasme idiopathique pur; mais on s'efforcera de découvrir la cause spéciale du spasme. Le temps seul apprendra jusqu'à quel point le diagnostic de l'asthme thymique vrai pourra être éclairé par l'auscultation et la percussion, comme le pensent quelques médecins.

5° Le traitement ne pourra être réellement rationnel que quand le diagnostic sera assis sur des bases solides. Les émissions sanguines pourront convenir lorsqu'il y aura pléthore générale, locale ou temporaire. Les évacuans pourront être utiles, comme ils le sont presque toujours dans les maladies des enfans. Les antispasmodiques indiqués dans les momens d'éréthisme ne seront considérés que comme palliatifs, et non comme radicalement curatifs; les narcotiques doivent être employés avec beaucoup de précaution, à cause des congestions de sang vers la tête et la poitrine. Les exutoires rendent souvent de très grands services.

VI. WOCHENSCHRIFT FUR DIE GESAMMTE HEILKUNDE,

PUBLIÉ PAR CASPER.

PERFORATION DU STERNUM ET DE LA CROSSE DE L'AORTE PAR UN COUP DE COUTEAU; par le docteur CASPER.

Le savant rédacteur de ce journal a fait des recherches nombreuses dans les auteurs, et n'a pas trouvé un seul exemple de perforation du sternum par un instrument piquant. Le cas qu'il cite concerne une femme qui a été victime d'un mouvement de colère de son mari, celui-ci lui ayant porté un coup sur la poitrine avec un couteau de table ordinaire. La mort fut instantanée. Lors de l'autopsie, on ne trouva pas de sang épanché au-dehors, point de sugillations sous la peau, et la plaie paraissait comme faite sur un cadavre; ce n'est qu'en ouvrant la poitrine qu'on trouva du sang infiltré dans le médiastin. Le sternum était perforé, ainsi que la crosse de l'aorte.

Outre sa rareté, ce cas nous a paru surtout très intéressant sous le point de vue médico-légal, en ce qu'il rend attentif sur la difficulté de distinguer les plaies faites avant ou après la mort.

SUR LE SÉDIMENT BLEU DANS LES URINES; par le docteur BOEGNER.

L'auteur, après avoir cité plusieurs cas d'urine bleue et de transpiration de la même couleur, décrits dans divers recueils, rapporte deux observations qui lui sont propres. La première concerne un individu de 63 ans, adonné à l'usage de l'eau-de-vie et devenu hydropique. On fit une ponction du bas-ventre: la sérosité qui s'écoula ne présenta rien d'extraordinaire, mais il survint des taches de couleur pourpre sur tout le corps; l'épiderme se souleva, et il s'écoula des pieds et des jarrets une quantité considérable de liquide bleu foncé qui donna à l'analyse chimique du bleu de Prusse. L'individu guérit cette fois, mais succomba à une nouvelle hydropisie cinq ans après. La sérosité qui s'était écoulée par la scarification protiquée à cette dernière époque n'avait pas de couleur bleue.

Dans la seconde observation, il est question d'un autre vieillard de 72 ans, affecté d'hydrothorax, et qui rendit de l'urine bleue foncée peu de jours avant sa mort.

VII. MEDICINISCHES CORRESPONDENZ-BLATT.

SUICIDE AVEC ANOMALIE DES PARTIES GÉNITALES; par le docteur REIFFSTECK.

Voici encore un exemple à ajouter à quelques autres cités par la GAZETTE MÉDICALE, et dans lesquels on a rencontré, lors de l'autopsie d'individus suicidés, des anomalies dans les organes de la génération.

OBS. — N. N., âgé de 20 ans, tisserand, non marié, fut trouvé mort dans sa maison le 21 février 1841. Son corps était appuyé contre un sac; il tenait encore dans une main un rasoir et avait au cou une plaie, de 4 pouces de long, séparant le larynx en deux et atteignant même la colonne vertébrale. Point d'autres traces de lésions sur le cadavre.

A l'autopsie, on trouva le cervelet un peu plus mou qu'à l'ordinaire; rien de particulier dans la poitrine et le bas-ventre. En examinant les parties génitales, on vit qu'il n'y avait qu'un testicule dans le scrotum; le droit était fortement retenu dans le bas-ventre et un peu plus petit que le gauche; sur ce dernier, à l'endroit où il se continue avec l'épididyme, il y avait une hydatide du volume d'un pois, tenant à un pédicule d'environ 3 lignes de long; elle était transparente et contenait un fluide limpide comme de l'eau.

RUPTURE SPONTANÉE DE L'UTÉRUS; par le docteur FABER.

OBS. — Une femme, âgée de 36 ans, a accouché plusieurs fois heureusement avec le secours d'un homme de l'art; de nouveau enceinte, elle eut pendant sa

grossesse une fièvre gastrique dont elle guérit complètement. Un soir, M. Faber fut appelé auprès d'elle par la sage-femme; il lui trouva la figure pâle, la respiration courte, les extrémités froides, le pouls faible, à peine sensible. Au toucher il rencontra la tête derrière l'orifice utérin à bords flasques et largement ouvert; on ne remarqua point de contractions ni d'hémorragie. Elle succomba six ou huit minutes après. On fit l'opération césarienne dans l'espoir de sauver l'enfant. En incisant le péritoine, il s'écoula une forte quantité de sang qui paraissait remplir toute la cavité du bas-ventre, l'utérus était exsangue et l'enfant mort. Le placenta adhérait à la paroi supérieure et gauche de l'utérus à l'endroit de l'incision; une rupture oblique, de l'étendue de quatre travers de doigt, se trouvait à la paroi latérale, droite et postérieure, au-dessous de la trompe de Faliope. L'utérus était de ce côté d'une couleur bleu-verdâtre et aminci comme une membrane à l'endroit de la rupture.

Le lendemain, on compléta en partie l'autopsie, en examinant tous les organes du bas-ventre qui étaient à l'état normal.

Nous avons rapporté ce cas comme pouvant éclairer les médecins légistes appelés devant les juges pour donner leur avis sur des ruptures de l'utérus attribuées à de fausses manœuvres, comme cela aurait pu avoir lieu dans le cas présent si le médecin ou la sage femme avaient tenté quelque opération pour délivrer la femme.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 4 AVRIL.

L'Académie nomme au scrutin une commission chargée de la présentation des candidats à la place de correspondant étranger, vacante par la mort de M. Costa. Les commissaires nommés sont : MM. Arago, Poinsot, de Blainville, de Mirbel, Séguier, Bonnard.

DISSOLUTION DES CALCULS URINAIRES.

M. Petit adresse la lettre suivante sur ce sujet :

Monsieur le président,

Dans une des dernières séances de l'Académie, il a été fait un rapport sur plusieurs communications de M. le docteur Leroy-d'Etiolles, *relatives à la dissolution des concrétions urinaires*.

Ayant employé les eaux de Vichy comme moyen dissolvant de ces concrétions chez un assez grand nombre de calculeux, je crois devoir vous adresser, à l'occasion de ce rapport, le résultat de mes observations, afin de mieux fixer l'opinion sur le degré d'efficacité, dans ce cas, des boissons alcalines.

Je répondrai en même temps à une objection encore une fois renouvelée contre l'emploi de ces boissons, et qui ne me paraît nullement fondée.

On veut bien ne pas contester l'efficacité des eaux de Vichy, et en général des boissons alcalines, contre la gravelle, et même avouer que cette efficacité est généralement reconnue.

On veut bien aussi ne pas nier complètement qu'il soit possible d'obtenir la dissolution ou la désagrégation de certains calculs urinaires, seulement on croit que ce résultat ne peut être obtenu que dans des cas fort rares.

Il serait, en effet, difficile de pouvoir nier tout à fait aujourd'hui la possibilité de semblables résultats; car si les faits de dissolution qui ont été recueillis, soit par moi, soit par d'autres médecins, n'ont pas toujours été constatés rigoureusement, parce que les malades, une fois guéris ou au moins n'éprouvant plus aucun symptôme de la pierre, n'ont plus voulu consentir à se laisser sonder, il est cependant des cas dans lesquels l'exploration a été faite avant et après le traitement, et qui, par conséquent, démontrent de la manière la moins douteuse la possibilité de réussir au moins quelquefois. Toutefois, je n'ai jamais prétendu que l'on dût toujours réussir complètement; je sais, ainsi que le dit M. le rapporteur, car je l'ai dit moi-même avant lui, que lorsque les calculs sont très volumineux, et que surtout ils ont une grande dureté, une cohésion telle qu'ils ne peuvent être que difficilement pénétrés par les alcalis, et que, par conséquent, le mucus qui leur sert de lien et en quelque sorte de ciment ne peut être que faiblement attaqué; je sais, dis-je, qu'alors leur désagrégation est nécessairement très lente, et peut-être même, dans quelques cas, tout à fait impossible; d'où il résulte que, dans ces circonstances, bien qu'on soulage presque toujours les malades, on en trouve peu qui aient assez de persévérance pour attendre leur guérison complète de la seule action des boissons alcalines. Quoiqu'il en soit, il n'en est pas moins démontré pour moi, aujourd'hui, que toutes les fois que les calculs ne seront pas très volumineux ni d'une trop grande dureté, il y aura de très grandes probabilités de pouvoir les détruire complètement au moyen des boissons alcalines. Bien entendu que je n'entends pas parler ici des calculs d'oxalate de chaux qui, lorsqu'ils seront purs, résisteront probablement toujours à cette médication.

Mais je veux surtout répondre à une objection contre l'emploi des boissons alcalines, objection déjà soulevée par Proust et par Marcet, et que renouvelle M. Leroy-d'Etiolles, c'est que l'usage, longtemps continué de ces boissons, et à doses élevées, peut, en neutralisant les acides libres de l'urine, favoriser la formation de calculs de phosphate et de carbonate de chaux et de magnésie.

La théorie a dû peut-être faire naître une semblable crainte; mais cette crainte n'a jamais été justifiée par la pratique. Ainsi, M. le docteur Lucas, qui, pendant trente-deux ans, a administré les eaux de Vichy à un très grand nombre de malades, a répété souvent à un honorable membre de l'Académie des sciences, M. d'Arcet, qui s'est beaucoup occupé de l'action des eaux de Vichy, et qui en fait personnellement, depuis plus de quinze ans, un usage constant, qu'il n'avait jamais observé de calculs d'aucune espèce chez les malades qui venaient habituellement à Vichy. D'un autre côté, ne sait-on pas que les ouvriers qui passent une partie de leur vie dans les fabriques de soude, et qui ont presque toujours l'urine alcaline, se portent parfaitement et n'ont jamais la pierre? Si je consulte ma première expérience, je puis assurer que je connais un très grand nombre de malades qui font un usage habituel, et déjà depuis bien des années, soit d'eau de Vichy naturelle, soit de bi-carbonate de soude, et que, quoique quelques-uns d'entre eux fussent graveleux ou calculeux auparavant, non seulement ils n'ont plus eu ni gravelle, ni pierre, mais que leur urine est toujours dans l'état le plus satisfaisant, et que même leur santé générale paraît s'être sensiblement améliorée sous l'influence de ce moyen.

Si l'on a rencontré quelques calculs phosphatiques chez quelques malades qui avaient fait usage de boissons alcalines, il est plus que probable que ces calculs existaient déjà avant l'emploi de ces boissons, ou que l'on avait affaire à des sujets qui avaient, avec la pierre, quelque affection grave des voies urinaires, ou quelque obstacle à l'excrétion facile de l'urine, ce qui amène presque nécessairement, par suite du séjour de l'urine dans la vessie, un catarrhe purulent et l'état ammoniacal de l'urine. Ce qui vient à l'appui de cette opinion, c'est que M. Leroy-d'Etiolles avoue lui-même que ce n'est que dans de semblables circonstances qu'il a vu se développer des calculs phosphatiques.

Agréez, etc.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 5 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. FOUQUIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

NOMINATION A UNE PLACE VACANTE DANS LE SEIN DE L'ACADÉMIE.

M. Devergie écrit pour se porter candidat à la place vacante dans la section de pathologie médicale.

M. Dubois (d'Amiens) : La section de pathologie médicale s'est constituée en choisissant M. Recamier pour président, et en me faisant l'honneur de me nommer moi-même secrétaire-rapporteur.

M. Devergie n'ayant fait connaître sa candidature que peu de jours avant que la section s'assemblât, les avis ont été partagés sur le point de décider si elle devait être admise. La majorité de la section a été d'opinion qu'il y avait lieu à consulter l'Académie à cet égard.

La section propose aussi à l'Académie, vu le grand nombre des candidats inscrits, de porter à six le nombre de ceux qui seront présentés par elle.

M. Chervin : M. Devergie n'a pas dépassé le terme fixé par le réglement pour la présentation; d'après nos précédens, la candidature doit être déclarée valable. (Adhésion générale.)

L'Académie adopte également la seconde proposition de M. Dubois (d'Amiens), qui a rapport au nombre des candidats à présenter.

PHTHISIE PULMONAIRE. — INSTITUTION DE MÉDECINS CHARGÉS D'ALLER OBSERVER LES MALADIES DES PAYS ÉTRANGERS.

M. Louis : A l'occasion de la demande faite par M. Costallat au ministre de l'intérieur pour la fondation à Alger d'un hôpital destiné au traitement des phthisiques, l'Académie demanda à ses correspondans des renseignemens sur plusieurs points de l'histoire de la phthisie pulmonaire. Généralement cet appel ne fut pas entendu. Cependant M. Rufz, professeur agrégé de la Faculté de Paris, exerçant à la Martinique, a adressé, il y a quelques mois, à l'Académie, sur cette question, un travail dont je vais vous faire connaître les principaux résultats.

Sur 1954 malades traités par lui à St-Pierre de Martinique, M. Rufz a eu 123 phthisiques, dont 53 ont succombé. Dans 9 cas, il a pu faire l'ouverture. La phthisie est, suivant lui, la maladie chronique la plus fréquente dans la colonie. Elle est rare aux deux âges extrêmes de la vie, car il ne l'a observée que deux fois chez des enfans, et quant aux vieillards qui en sont affectés, l'auteur pense que la maladie avait débuté chez eux dans l'âge adulte.

D'après M. Rufz, l'hémoptisie semblerait amener la mort plus souvent à la Martinique qu'en France. M. Rufz, s'étant hasardé à employer les vomitifs, à l'instar de quelques médicastres du pays, en a retiré les meilleurs effets à toutes les périodes de l'affection. Sur 20 malades qu'il a soumis à cette médication, il n'a été obligé que trois fois d'en suspendre l'usage. Dans deux cas, les vomitifs ont fait cesser les hémoptisies.

M. Rufz fait encore remarquer que les Européens et les Africains qui sont à la Martinique paraissent moins sujets à la phthisie que les créoles.

On ne peut actuellement se prononcer sur la question de savoir si les Européens qui arrivent dans la colonie avec des signes de phthisie commençante subissent, par le fait même de ce nouveau séjour, quelque modification favorable. Ce qu'il y a de certain, c'est que, sous ce rapport, l'habitation de l'Europe ne réussit pas aux indigènes qui s'y rendent dans le but d'arrêter les progrès du mal.

Ce travail, dit en terminant M. Louis, est fait avec conscience et méthode; c'est, dans ce genre d'études, un modèle à suivre, et de pareilles recherches ne sauraient recevoir de trop grands encouragemens. Les conclusions sont d'adresser à l'auteur une lettre de remercîmens, de l'engager à continuer ses travaux sur la phthisie, de l'inscrire en première ligne sur la liste des membres correspondans nationaux, enfin, de renvoyer son mémoire au comité de publication.

Permettez-moi maintenant, Messieurs, ajoute M. Louis, de vous exprimer à cette occasion un vœu auquel vous vous empresserez, je n'en doute pas, de vous associer. La solution des problèmes qui se rattachent à la phthisie exige des ef

forts persévérans et une application continuelle. De semblables travaux, par conséquent, seraient plus utilement confiés à des jeunes gens instruits, pleins d'activité et libres, qu'aux membres correspondans de l'Académie qui, pour la plupart, doivent se partager entre les occupations de la clientelle et les soins de l'étude. Ne serait-il pas à propos de faire ici ce qui est depuis longtemps en usage pour l'histoire naturelle? Pourquoi la médecine n'aurait-elle pas, elle aussi, ses voyageurs? Les savans qui se consacreraient à cette mission pourraient y donner tout leur temps, et obtiendraient ainsi, à coup sûr, des résultats aussi propres à les encourager eux-mêmes qu'à servir aux progrès de la science.

M. Chervin : M. Rufz a consigné dans son travail la remarque que les boulangers, à la Martinique, sont très peu exposés à la phthisie pulmonaire. Mais il n'y a, dans cette immunité, rien qu'on puisse rapporter à l'influence de la profession. Elle tient seulement à ce que, dans la colonie, les ouvriers boulangers sont tous nègres. Or, on sait que la phthisie est très rare parmi les nègres. Du reste, je m'associe de grand cœur à la proposition que M. Louis vous a faite pour demander la création de médecins destinés à aller observer dans les pays étrangers.

Les conclusions du rapport relatives au travail de M. Rufz sont adoptées.

M. Rochoux : La proposition de M. Louis est très séduisante au premier coup-d'œil; mais j'ai bien peur que, lorsqu'on voudra la mettre en pratique, il ne se rencontre autant de difficultés que pour attacher le grelot au cou du chat. Entre autres conditions requises pour bien observer, le médecin doit vivre en bonne intelligence avec ses confrères; or, un nouveau venu ne doit pas s'attendre à cet avantage en débarquant dans un pays qu'il connaît à peine ou ne connaît pas. D'un autre côté, c'est un axiôme communément reçu qu'on ne peut pas bien voir en voyageant. Pourquoi la médecine ferait-elle sous ce rapport exception à la loi générale? Ne vous méprenez pas cependant sur mes intentions à l'égard de ce projet; je voudrais qu'il fût exécutable, car alors je l'appuierais.

M. Louis : Un homme sage et modéré qui se bornerait à observer ne susciterait certainement autour de lui ni rivalités, ni passions haineuses.

M. Rayer: J'ai demandé la parole pour appuyer la motion faite par M. Louis; mais la question qu'elle soulève est si importante, qu'il ne serait pas convenable, je pense, de la discuter d'une manière incidente à l'occasion d'un rapport. Il existe certainement une foule d'affections endémiques qu'une institution de ce genre parviendrait à mieux éclairer; car l'influence des causes locales forme une étude très large, une étude immense qui malheureusement ne peut pas toujours être faite avec fruit par les médecins de la localité. J'appuie donc la proposition de M. Louis, mais je voudrais en outre qu'elle fût développée par une commission, et rédigée sous forme de projet pour être présentée au ministre de l'instruction publique.

M. Villermé : Je demande la parole pour continuer ce que vient de dire M. Rayer. Un fait semblable à ce qu'on vous propose se passe actuellement dans une nation voisine. En Sardaigne, le gouvernement s'occupe de dresser une statistique médicale qui comprendra les vingt-cinq ou trente provinces de ce royaume. Ce travail sera fait simultanément dans toutes les parties du territoire, et je ne doute pas qu'il ne contribue à mettre en lumière quelques résultats importans. C'est là un bel exemple, et donné par un pays d'où certes on ne l'attendait pas.

M. Dupuy : Il serait à désirer que les médecins nommés pour aller observer dans les pays étrangers donnassent aussi leur attention aux maladies des animaux. (Rires.) Je ne comprends pas le motif d'une pareille hilarité; la question, fût-elle bornée à la santé des animaux domestiques, serait déjà assurément très grave: mais elle touche à la médecine humaine de plus près que vous ne le pensez peut-être. N'y a-t-il pas beaucoup de maladies contagieuses qui se propagent des animaux à l'homme? N'y a-t-il pas, d'un autre côté, une foule d'affections contagieuses dont on ignore l'origine? Eh bien! l'étude approfondie de la médecine vétérinaire fournirait peut-être la clef de ces problèmes. Si on arrivait, par exemple, à trouver que la petite vérole naît d'une maladie cutanée du chameau ou du dromadaire, serait-ce là une découverte sans intérêt pour la science? Il n'est pas permis d'affirmer dès à présent que les choses se passent ainsi; mais, ce qui est positif, c'est que j'ai vu des employés du Jardin des plantes contracter la variole après avoir été en rapport avec des animaux atteints de cette espèce d'éruption, et des recherches poursuivies dans ce sens amèneraient sans doute des résultats importans.

M. Louis : L'Académie paraît assez généralement admettre le principe de la proposition que j'ai faite; il y aurait donc, je crois, lieu de nommer une commission qui s'occuperait de la formuler d'une manière précise.

M. Adelon : Je crois que, pour le moment, nous devons seulement prendre la proposition en considération.

M. Chervin : M. Rochoux augure mal du succès de la mesure que conseille M. Louis; il doute que les médecins des autres pays soient très communicatifs avec ceux que nous leur enverrons pour observer. Mais cette appréhension ne me paraît pas fondée. J'ai, pour me défendre de la partager, mon expérience personnelle. Dans les nombreux rapports que j'ai eus avec les médecins étrangers, ils se sont toujours montrés pleins de bienveillance à mon égard; et l'Académie a pu juger, par l'importance des résultats que je lui ai soumis, du zèle et de l'empressement qu'ils ont mis à me communiquer des documens.

M. Desportes demande que la proposition soit d'abord renvoyée au conseil d'administration. C'est la marche naturelle que semblent indiquer les précédens de l'Académie.

M. Gérardin répond que le conseil d'administration est nommé pour s'occuper seulement d'affaires administratives.

M. Royer-Collard : Il me semble qu'on doit s'étonner de voir élever des objections contre une proposition aussi évidemment bonne et utile que celle de M. Louis: mais c'est qu'il y a des obstacles sérieux à l'exécution de cette mesure. Il y a aussi des difficulté dans la manière dont il conviendrait de s'y prendre pour la présenter à l'autorité. Si vous vous contentez de dire au gouvernement qu'il faudrait créer des médecins voyageurs, il est certain que sa bonne volonté (si bonne volonté il y a) sera paralysée, et qu'il ne pourra rien organiser d'après une indication aussi vague. Permettez-moi ici, Messieurs, de vous redire ce qu'on pense au dehors à l'égard de nous. L'Académie, dit-on, ne travaille peut-être pas assez par elle-même; elle se borne trop à recevoir des travaux tout faits et à les discuter. Ainsi, la phthisie, par exemple, est une maladie très commune et en même temps on ne peut plus grave. N'y aurait-il pas convenance à faire pour elle ce qu'on a fait déjà pour la morve, à nommer une commission chargée de réunir tous les documens qui se rapportent à la question, de faire des expériences elle-même, de sorte que lorsque nous aurions sur cette maladie les élémens précis de recherches à faire, nous irions trouver le ministre, et nous pourrions alors lui dire: Faites telle démarche, envoyez un médecin dans telle localité pour vérifier tel fait. Et soyez sûrs qu'il ne nous refuserait pas. Je demande donc qu'on commence par nommer une commission qui serait chargée de poser les questions à la solution desquelles on devra ensuite travailler.

M. Adelon : Il me semble qu'en ce moment nous désertons un peu la question qu'a traitée M. Louis. M. Royer-Collard demande une commission pour examiner les faits qui se rattachent à l'étude de la phthisie pulmonaire. M. Louis demandait, lui, tout simplement la création de médecins chargés d'aller observer les maladies des pays étrangers. Ce sont là deux objets distincts, deux propositions séparées, et l'Académie peut les examiner toutes deux en temps et lieu, si elle le juge convenable. Mais, quant à présent, je crois que nous devons d'abord nous occuper de la dernière.

M. Castel : Il y a quelque chose de gigantesque, de boursoufflé, de voisin du merveilleux, dans ce qui vient de vous être proposé, mais il est fort à craindre qu'un si beau projet ne soit tout à fait stérile en résultats. Personne ne conteste l'utilité des voyages pour développer l'instruction. Mais, dans l'espèce, voyons, que feront nos médecins voyageurs? Les envoyez-vous pour observer ou pour pratiquer? Est-ce seulement pour observer; mais c'est une grande affaire et qui demande une vie entière d'application et d'étude. Puis, s'ils se bornent à suivre les hôpitaux ou les visites d'autres médecins, ils ne pourront pas faire d'essais directement. Voulez-vous au contraire qu'ils aillent pratiquer eux-mêmes? Mais de quel œil croyez-vous qu'on verra arriver un médecin envoyé par le gouvernement? Supposons cependant un accueil favorable; supposons qu'on leur ouvre les hôpitaux; encore ne resteront-ils point assez longtemps pour pouvoir rassembler des élémens suffisans pour une solution. Une telle mission, je puis le dire, serait absurde; je me sers du mot mission, car il semble vraiment que nous voulions envoyer des missionnaires. D'ailleurs, combien ne faudrait-il pas de ces médecins, si vous en voulez pour chaque pays et pour chaque maladie. Consultez plutôt les livres que nous ont laissés les hommes de l'antiquité; leurs descriptions admirables vous donneront des lumières suffisantes pour les maladies que vous avez intérêt à connaître.

M. Londe : Les observations de M. Rochoux et de M. Castel sur la mesure qu'on vous propose n'ont pas semblé être favorablement reçues par l'Académie. M. Chervin a opposé les résultats heureux de son expérience personnelle; mais il n'y a pas similitude entre les deux cas. M. Chervin allait seulement rassembler des documens; tandis que vos médecins voyageurs demanderaient à voir des malades. Il faudrait donc qu'on leur en fournît. Or, où avez-vous jamais vu des praticiens céder volontiers des malades à leurs confrères? A quoi serviront, du reste, leurs observations? Si les maladies qu'ils iront examiner dans les pays étrangers sont fréquentes en France, nous n'avons que faire de les envoyer étudier ailleurs; et si elles sont rares chez nous, ayons la patience d'attendre qu'elles viennent nous trouver.

M. le Président met aux voix la prise en considération de la proposition de M. Louis. L'Académie adopte.

Sur la demande de M. Adelon, la commission chargée de rédiger un projet de demande à soumettre au ministre sera nommée par le bureau.

AMÉLIORATION DES RACES DE CHEVAUX EN FRANCE.

M. Hamont lit un mémoire sur les étalons arabes. Il ne pense pas, comme on l'a prétendu dernièrement, que les chevaux arabes aient dégénéré jusqu'ici. Il parle aussi de l'influence que l'on suppose aux courses publiques pour l'amélioration de la race chevaline. Quant à lui, il les regarde comme complètement inutiles; car une vitesse momentanée acquise par une préparation longue et coûteuse n'établit pas et ne prouve pas la supériorité réelle du cheval; et l'animal le plus brillant dans les courses n'est pas celui dont on pourra attendre les plus grands services dans l'usage journalier. C'est donc seulement par la rénovation du sang faite en introduisant parmi nous des étalons arabes, qu'on pourra atteindre le but tant désiré de l'amélioration de nos races de chevaux.

M. Londe: Je ferai une question au sujet d'un point qui a été traité dans le mémoire de M. Hamont. Je voudrais savoir si c'est un fait bien reconnu des vétérinaires que la taille d'un cheval dépend de la nourriture qu'on lui a donnée et de la taille de la mère. Je propose, en outre, qu'une copie du travail de M. Hamont soit adressée au ministre.

M. Hamont : J'ai quatorze ans d'expérience dans les haras; eh bien! constamment, en faisant accoupler de petits étalons avec de grandes jumens, j'ai obtenu des poulains d'une taille plus élevée que celle de leur père, mais il fallait avoir soin de les nourrir abondamment pendant le premier âge. On observe le même fait à l'égard des moutons.

M. Rochoux : La question qu'a posée M. Londe est résolue par l'expérience la plus vulgaire. Tout le monde sait que, pour obtenir des mulets de grande taille, on fait croiser un âne et une jument.

M. Huzard : Il est impossible cependant de nier que la taille du père n'exerce une certaine influence sur les dimensions qu'acquerra le produit de l'accouple-

ment. J'ai observé cet effet bien réel pour les moutons mérinos comme pour les chevaux. On dit qu'no âne et une jument donnent un mulet qui est plus grand que le père; qu'y a-t-il là d'étonnant? le résultat de la coopération de deux êtres de grandeur inégale ne doit-il pas avoir une dimension intermédiaire à la taille de chacun d'eux? Si vous mettez une ânesse en rapport avec un cheval, le produit ne doit-il pas être plus grand que la mère? J'ai aussi remarqué, dans les essais auxquels je me suis livré, qu'on n'obtient une augmentation dans la taille qu'après une longue série d'accouplemens successifs; tandis que si l'on veut opérer une diminution, le résultat commence à être sensible dès la deuxième génération.

M. le Président : M. Londe a demandé que le mémoire de M. Hamont fût adressé aux ministres de l'intérieur et du commerce. Je vais mettre cette proposition aux voix.

M. Bouley : L'Académie ne peut pas, ce me semble, admettre, sur la simple affirmation de M. Hamont, que les Anglais ont suivi une mauvaise direction dans l'éducation de leurs chevaux. L'Académie ne peut prendre comme sienne une telle manière de voir; ce serait paraître y acquiescer que d'envoyer au ministre en notre nom le mémoire où elle se trouve formellement énoncée. La qualité supérieure des chevaux anglais est là pour prouver que leur méthode n'est pas aussi vicieuse qu'on le prétend. On vous a parlé de l'abus, mais l'usage est utile et mérite d'être conservé. On ne peut pas résoudre une question aussi grave que celle-ci d'une manière aussi précipitée.

La discussion est renvoyée à la séance prochaine.

CALCUL CHEZ UN ENFANT ; DEUX LITHOTRITIES ; RÉCIDIVE ; TAILLE ; GUÉRISON.

M. Guersant fils présente à l'Académie un enfant, de 10 ans et demi, heureusement opéré par lui de la taille. Cet enfant avait déjà subi deux fois la lithotritie, à 4 ans et à 8 ans; mais chaque fois la guérison n'avait été que momentanée, et les symptômes de l'affection calculeuse s'étaient reproduits. Admis enfin à l'hôpital des enfans, M. Guersant l'opéra par la méthode bilatérale, et retira 91 grammes de fragmens de pierre. Il a fallu pour cela introduire 32 fois les tenettes et 5 fois la curette. Malgré une manœuvre aussi laborieuse, le petit malade a guéri sans accident.

CORPS ÉTRANGER DANS LA TRACHÉE ; BRONCHOTOMIE ; GUÉRISON.

M. Guersant présente un autre enfant de 4 ans qui, ayant avalé de travers un haricot, entra à l'hôpital quatorze jours après l'accident. Les symptômes de corps étranger dans les voies aériennes, toux, suffocation, ne se manifestaient que d'une manière intermittente. On trouva du râle muqueux dans les deux poumons. Un traitement purement médical continué durant trois jours, d'après les avis de quelques confrères qui ne croyaient pas à la présence d'un corps étranger, resta sans succès. M. Guersant se décida enfin à faire l'opération le dix-huitième jour. Aussitôt que la trachée eut été ouverte, le haricot se présenta et fut facilement extrait. L'enfant a guéri.

KYSTE DU CERVEAU.

M. Mitivié met sous les yeux de l'Académie un kyste volumineux, situé sur la partie latérale gauche de la surface du cerveau. Le sujet était une femme tombée en démence et atteinte de paralysie de générale

La séance est levée à cinq heures et quart.

CONCOURS

OUVERT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, POUR UNE CHAIRE DE CLINIQUE CHIRURGICALE.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

PREMIÈRE ÉPREUVE. — QUESTION ÉCRITE.

M. HUGUIER (1).

Parmi tous les accidens qui compliquent les plaies et les opérations, on peut mettre en première ligne l'infection purulente, maladie qui dépend de l'empoisonnement du sang par le pus, que ce liquide soit sécrété par les parois des veines, ou qu'il ait été simplement versé à leur surface.

Les causes de l'affection sont de deux espèces, externes et internes. En rangeant les premières par ordre de gravité, on doit nommer d'abord les amputations, surtout celles de continuité, puis les résections, les ablations de tumeurs, les extirpations de polypes. Une classe particulière comprend toutes les opérations qui se pratiquent sur les veines.

Les causes internes sont la phlébite ou l'angio-leucite, les grandes collections de pus au sein des viscères ou dans les jointures. (Nous ne pensons pas qu'un abcès non ouvert doive être mis, absolument parlant, au nombre des causes d'infection purulente; la pratique opposerait à cette assertion un démenti positif.) Ici s'élève une question qui n'est pas encore résolue sur le mode d'introduction du pus. Est-il résorbé dans le foyer local, ou provient-il d'une veine enflammée? Quoiqu'il en soit à cet égard, les effets seul là pour prouver que le mélange a réellement lieu.

On trouve à l'autopsie des altérations dans les liquides et dans les solides. Ainsi, d'une part, le sang est plus fluide; les veines contiennent des caillots à divers états. De l'autre, le foie, le poumon, la rate, etc., sont parsemés d'abcès qui ont tous pour caractère commun de s'être développés au milieu de parties qui n'offrent aucune trace d'inflammation. Quelquefois cependant, le pus déposé devient à son tour une cause de phlegmasie, et alors la collection purulente présente les caractères réunis des abcès métastatiques et des dépôts phlegmoneux. (Nous avouons, pour notre part, n'avoir jamais observé cette particularité que M. Huguier signale ici comme un fait réel.) Les épanchemens qu'on rencontre dans les articulations, les séreuses viscérales, les muscles, etc., ne donnent pas lieu à d'autres altérations dans les tissus ambians.

Il y a ici à étudier des symptômes locaux et des symptômes généraux. Parmi les premiers, nous plaçons la diminution du pus, qui devient en même temps fétide, la lividité de la plaie *qui parfois s'agrandit* (?), les traînées rouges et douloureuses qui se développent sur le trajet des veines et des vaisseaux lymphatiques.

Quant aux symptômes généraux, le pouls est petit et serré; on voit quelquefois les signes d'une pleurésie ou d'une pneumonie se manifester. (Le contraire a été noté par les observateurs. N'est-ce pas, en effet, par l'état latent de la maladie, dans ces cas, qu'on explique la difficulté de diagnostiquer les abcès du poumon et les épanchemens des plèvres.) Le malade accuse souvent aussi des douleurs dans les membres, où des abcès se développent dans quelques cas. L'appareil digestif n'offre pas de troubles notables. Des escarres se forment parfois sur les parties où porte le poids du corps. (La maladie n'est-elle pas, ordinairement du moins, trop rapide dans sa marche pour pouvoir produire à elle seule de pareils effets?)

Le pronostic est presque constamment funeste, et quand la guérison a lieu, la convalescence est très longue et équivaut à peu près à une seconde maladie.

Il n'est presqu'aucun moyen qui n'ait été employé contre cette affection. L'indication si rationnelle de chercher à éliminer le pus mêlé au sang porterait M. Huguier à user de préférence des stimulans diffusibles. Les évacuations sanguines ne conviennent pas ici. Il sera en même temps utile d'appliquer un ou deux vésicatoires, et de provoquer le retour de la suppuration dans la plaie. L'état de faiblesse des malades nécessite souvent l'emploi des toniques.

Le lecteur aura, sans doute, remarqué les lacunes de cette composition. Quant aux inexactitudes qu'elle renferme, nous ne pouvons nous dispenser de les signaler chemin faisant. Plusieurs d'entre elles s'expliqueraient toutefois et disparaîtraient même, si l'on supposait, ce qui semblera peut-être assez vraisemblable, que M. Huguier, prenant le mot d'infection purulente dans son acception la plus large, a voulu parler non seulement de l'intoxication promptement mortelle qui frappe les opérés, mais aussi de cet empoisonnement plus lent qu'on observe chez les individus porteurs d'épanchemens purulens ou d'abcès considérables, et qui donne lieu aux symptômes de la fièvre hectique.

M. CHASSAIGNAC.

Dans les mémoires que nous avons jusqu'ici passés en revue, les considérations pratiques ont plus ou moins empiété sur la partie dogmatique ou critique. Nous arrivons maintenant à celle ou une tendance contraire a paru présider à la rédaction. Soit que cette prédominance du dogme ait été calculée, soit qu'elle ait dépendu de la distribution des matières, les candidats dont il nous reste à parler ont évidemment attaché plus d'importance à la discussion des théories, et chez quelques-uns même la description des symptômes a semblé souffrir un peu de l'envahissement des doctrines. Nous commençons par ces derniers.

M. Chassaignac rappelle, en commençant, que la question est à la fois ancienne par les faits qui s'y rapportent et qu'on avait depuis longtemps observés, et nouvelle par les interprétations qu'on leur a données. J'appelle infection purulente, dit-il, cet état particulier où l'économie paraît disposée à sécréter du pus avec une prodigieuse facilité, et tel que des abcès métastatiques dans les viscères, des épanchemens purulens dans les séreuses thoracique et abdominale, dans les articulations, les muscles, se font en quelques jours, en quelques heures. J'admets dans cet état une altération du sang; car autrement il serait impossible de la comprendre. L'infection purulente a aussi été nommée phlébite, résorption purulente, fièvre ou diathèse purulente, etc. Cette richesse de synonymie prouve d'abord que la maladie a des formes, des modes de manifestation bien différens les uns des autres; en second lieu que l'interprétation de ses phénomènes n'a pas toujours été la même; mais il n'y a pour cela aucune différence essentielle dans la nature de sa cause prochaine, et son mécanisme est toujours soumis à des lois identiques.

Bien qu'on en fasse ordinairement une section du domaine chirurgical, l'infection purulente appartient également à la pathologie interne, et les médecins et les auteurs d'obstétrique peuvent revendiquer une bonne part dans les découvertes faites sur cette maladie. Leurs traités sur la phlébite utérine, sur les fièvres graves, sur les altérations du sang contiennent une foule de documens qui ont avec notre question le rapport le plus intime.

Il faut, dans cette affection, distinguer soigneusement sa cause prochaine de celles qui sont plus ou moins éloignées. Pour ne considérer en ce moment que la première, nous passerons sous silence les explications évidemment erronées qu'on a émises sur sa nature, telles que l'hypothèse des tubercules préexistans et suppurés. La doctrine de la résorption purulente s'appuie sur l'existence des abcès viscéraux chez les sujets qui présentent une suppuration en quelque point de l'organisme : cette coïncidence est déjà une présomption. D'un autre côté, chez ces mêmes individus, on trouve généralement une phlébite suppurée, nouvelle condition du mélange du pus au sang. Enfin, on sait que l'injection de matière purulente dans les veines donne lieu à des abcès viscéraux. Cependant, malgré ces trois faits si favorables à la théorie de la résorption, nous pouvons répondre d'abord qu'un corps irritant quelconque, de l'encre, par exemple, injecté dans les veines a suffi pour produire des abcès viscéraux. Quant à la phlébite, les cas ou le pus peut passer dans le sang sont exceptionnels; car le premier effet d'une phlébite est l'oblitération de la veine tout autour du point suppuré. Ce n'est donc pas ordinairement par la résorption que survient l'empoisonnement. Néanmoins

(1) La composition de M. Huguier a été lue trop tard pour que nous ayons pu l'insérer dans le dernier numéro. Suivant l'ordre que nous avons adopté pour le classement des candidats, dans cette première épreuve, le mémoire de M. Huguier aurait dû être placé entre celui de M. Thierry et celui de M. Ph. Boyer.

le mélange du pus de la plaie avec le sang est probable; mais on n'a encore démontré ni sa réalité ni la voie par laquelle il s'opère. (Avant d'aller plus loin, remarquons que cette conclusion est au moins inattendue; on convient d'abord que le pus de la phlébite est ordinairement séparé d'avec le sang; puis on admet plus loin que le mélange des deux fluides est probable. La manière dont cette proposition se trouve formulée lui donne une apparence de contradiction qui n'était pas dans la pensée de M. Chassaignac sans doute, mais que nous ne pouvions ici nous dispenser ni de reproduire, parce qu'elle a été énoncée en propres termes, ni de relever, parce que le nom de son auteur pourrait lui donner une autorité et un crédit dangereux.)

La fréquence de l'infection purulente dans les opérations pratiquées sur le système veineux et sur les os où les veines sont des canaux largement béans, a conduit à faire regarder la phlébite comme cause première des accidens. Mais, nous le répétons, l'existence de la phlébite, non plus que la nature de son influence, ne sont pas à beaucoup près définitivement constatées dans ces cas. Ajoutons enfin qu'on observe l'infection purulente surtout dans les circonstances où il existe des causes générales capables de vicier le sang.

Les altérations qu'on trouve à l'ouverture des cadavres sont nombreuses; mais le temps ne permet pas à M. Chassaignac d'insister sur cette partie de la question; il signale seulement ce fait : que le sang, dans ces cas, est remarquable par sa fluidité; les veines renferment des caillots ou purement sanguins, ou bien suppurés dans leur centre....

Quant aux symptômes, M. Chassaignac signale les frissons, les ecchymoses qui paraissent souvent sur diverses parties du corps, la teinte jaune spéciale de la peau, etc. En général, les phénomènes locaux et les signes de réaction ne sont point proportionnés à l'étendue des lésions que présente ensuite le cadavre.

Le diagnostic n'offre pas de grandes difficultés.

La thérapeutique de l'affection consiste surtout dans les précautions capables de s'opposer à son développement. Une fois qu'elle est déclarée, on a vanté contre elle les sudorifiques, les mercuriaux, les purgatifs, les topiques irritans sur la plaie...

Comme on le voit, une répartition inégale du temps entre les deux faces sous lesquelles on pouvait envisager la question, n'a pas permis à M. Chassaignac de compléter sa description. Malheureusement l'insistance et le soin accordés à l'exposé des doctrines a fait ressortir davantage la brièveté des détails de pratique. Le sacrifice du moins n'a pas été sans résultats avantageux, et nous devons signaler, d'autant plus spécialement que nous n'avons pu en donner une idée même approximative, le talent remarquable de rédaction dont l'auteur a fait preuve dans la première partie de son mémoire.

M. ROBERT.

On observe l'infection purulente dans toutes les conditions d'âge, de sexe, de tempérament; cependant, malgré sa fréquence et sa gravité, cet accident ne paraît pas avoir frappé les chirurgiens du moyen-âge. Toutefois Ledran, J.-L. Petit, Morgagni, Quesnay l'avaient déjà signalé. Il était réservé à notre époque d'approfondir les questions qui se rattachent à cette maladie.

SYMPTÔMES. — Ce n'est pas ordinairement dans la première période d'une plaie en suppuration que le mal débute. M. Robert mentionne successivement les frissons, l'état de la plaie, la suppression du pus ou son changement d'aspect et d'odeur. Si la maladie a lieu chez un amputé, on voit, sans cause connue, le moignon devenir gonflé, dur, douloureux, ce qui se rapporte vraisemblablement à une lésion de la membrane médullaire. Des épanchemens de pus et des foyers circonscrits se produisent dans les cavités splanchniques, les articulations, les viscères; mais le plus souvent leur développement ne s'accompagne pas de douleur bien marquée.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — En général, ce sont les organes vasculaires où l'on trouve les lésions les plus graves; ainsi le foie, le poumon, la rate sont parsemés d'abcès plus ou moins nombreux, plus ou moins volumineux qui contiennent dans le principe un pus concret demi-liquide; mais plus tard cette matière se ramollit. Il résulte des observations de Dance que l'abcès est toujours précédé par une ecchymose qui paraît dans le lieu où il doit ensuite se former.

Passant ensuite à la recherche de la cause prochaine, la coïncidence des abcès viscéraux avec une plaie en suppuration, dit M. Robert, nous autorise à établir que les uns sont la conséquence de l'autre; mais il reste à déterminer le rapport, le lien qui unit l'effet à la cause. (Cette assertion, nous n'en doutons pas, paraîtra à beaucoup de personnes émise sous une forme trop absolue. La coïncidence qu'invoque ici M. Robert est une présomption, une forte présomption, nous l'avons avoué, mais enfin elle n'a pas valeur de démonstration; et c'est, ce nous semble, mettre la vraisemblance à la place de la vérité que de donner ainsi une simple concomitance comme une preuve suffisante de causalité.) Ce lien entre les deux phénomènes, continue M. Robert, J.-L. Petit et Ledran le plaçaient dans le transport du pus en nature de la plaie aux viscères. Mais Morgagni fit le premier observer le défaut de proportion qui existe entre la quantité du pus prétendu absorbé et celle du pus supposé déposé; et en conséquence de cette idée, il pensa que les molécules de pus deviennent, une fois déposées, le centre, la cause de foyers de même nature. Cette théorie est celle que beaucoup de personnes admettent aujourd'hui, et les expériences de M. Cruveilhier ont servi à la confirmer. Elle est cependant insuffisante, car elle ne rend pas compte de la rapidité avec laquelle se forment les abcès métastatiques; et d'ailleurs l'influence attractive qu'on suppose aux globules de pus est encore à prouver.

Legallois fut le premier qui admit une altération générale du sang; mais il restait à déterminer par quelle voie le pus pouvait se mélanger avec lui pour la produire. MM. Velpeau et Blandin établirent que la phlébite était ce moyen de transmission, et que cette lésion, favorisant le contact direct des deux fluides, devait provoquer leur fusion. Quoique cette explication ait rallié presque tous les esprits, deux objections ont cependant été dirigées contre elle, et chacune de ces objections a servi de base à une nouvelle doctrine.

L'une a été formulée par M. Velpeau. Ce professeur ayant trouvé des cas d'infection purulente bien caractérisée, sans avoir pu découvrir sur le cadavre aucune trace de phlébite, admet que la résorption purulente peut suffire à elle seule pour donner lieu aux accidens. M. Cruveilhier a répondu que, si le pus passait de la plaie dans le sang, molécules par molécules, il n'y aurait pas plus d'altération de ce fluide, qu'on n'en observe journellement dans les abcès anciens, qui se résorbent, pour ainsi dire, à l'insu de l'organisme; qu'il fallait donc, pour que le pus causât des accidens, qu'il passât en nature dans le sang, ce qui ne pouvait se faire sans phlébite...... Nonobstant ces objections théoriques, les faits de M. Velpeau subsistent.

La seconde objection a été présentée par M. Tessier. Ce médecin arguë des adhérences qui s'établissent autour de la phlébite suppurée, pour déclarer que le passage du pus en nature dans le sang est impossible. Partant de là, il admet une fièvre purulente générale, primitive, et dont les suppurations locales ne seraient que l'effet. Mais, d'un côté, cette théorie manque de preuves, et, de l'autre, il n'est pas exact de soutenir que jamais il n'y a de contact entre le pus et le sang; nous avons rencontré dans les veines iliaques des caillots purulens qui baignaient dans du sang liquide et en circulation. (Nous ne nions point ces faits, quelque peu détaillés qu'ils soient; d'autres observations semblables ont été faites dans divers hôpitaux de Paris. Mais il est juste néanmoins de reconnaître qu'ils forment par leur nombre une minorité extrêmement restreinte. Si par conséquent, et de l'aveu même des partisans de la phlébite, le caillot obturateur existe dans tous les autres cas, la théorie de la phlébite n'est-elle pas impuissante à expliquer ces cas? Ainsi, d'une part, les faits exceptionnels de phlébite suppurée sans adhérences se concilient très bien avec la diathèse générale qu'admet M. Tessier, et, de l'autre, par cela même qu'on les confesse exceptionnels, on est forcé d'avouer que l'hypothèse de la phlébite est insoutenable, comme explication générale, puisqu'elle ne pourrait subsister qu'à la condition que l'exception devînt la règle.)

TRAITEMENT. — Parmi les moyens proposés contre l'infection purulente, on a remarqué le tartre stibié, dont l'emploi a été une fois suivi de succès entre les mains de Sanson; mais depuis, le même agent administré dans les mêmes conditions a échoué. La médecine curative étant impuissante, il ne reste qu'à user des précautions capables de prévenir la maladie. Dans ce but, on recommande avec raison de réunir les plaies et de surveiller leur marche de manière à empêcher la stagnation du pus, de multiplier les pansemens; il faut aussi éviter l'encombrement des opérés ou des blessés, etc.

Les développemens consacrés par M. Robert à l'exposition des doctrines justifient assez le rang que nous avons cru devoir assigner à sa composition. Ce n'est pas néanmoins qu'il ait tout sacrifié aux considérations théoriques. En tacticien habile, et pressentant l'inévitable entraînement d'une discussion aussi intéressante, le candidat a eu soin de se mettre en garde contre l'attrait qui pouvait l'y retenir trop longtemps, en traçant à l'avance le tableau des symptômes et des lésions cadavériques. Grâce à cet artifice, sa description a pu être complète; et nous n'aurions aucun reproche à lui adresser, sous le rapport du plan, s'il avait trouvé le temps de mentionner les lésions qui produisent le plus souvent la phlébite, point de vue dont plusieurs compositions, celles de M. Vidal (de Cassis) entre autres, ont déjà montré toute l'importance. Quoi qu'il en soit, quant à la partie théorique du moins, la question ne pouvait être traitée avec un esprit plus indépendant et d'une manière plus méthodique et plus sévère.

M. LAUGIER.

Pour beaucoup de pathologistes, le mot infection purulente est synonyme de phlébite; mais il est bien reconnu aujourd'hui que l'infection purulente, avec tous ses signes pathognomoniques, peut accompagner la suppuration d'autres tissus. On est allé plus loin, et l'on a soutenu que, dans la phlébite même, le pus déposé à la surface interne du vaisseau ne peut se mêler au sang, en raison de l'obstacle que lui opposent les adhérences; que, par conséquent, les accidens dépendent d'un état général primitif, auquel M. Tessier a donné, d'après ses effets, le nom de fièvre purulente. Ce peu de mots montre assez le vague et l'imperfection de la théorie sur cette question; mais, quoi qu'il en soit, il suffit que la phlébite co-existe le plus souvent avec l'infection purulente pour qu'on soit autorisé à conserver l'ancienne dénomination.

M. Laugier énumère ensuite tous les symptômes de l'affection, et signale entre autres l'odeur de pus qu'exhalent souvent les matières stercorales du malade. Maréchal présenta ce signe bien prononcé pendant les quinze jours qui précédèrent sa mort. La peau acquiert une coloration jaune différente de la teinte ictérique, qui cependant peut exister elle-même et se combiner alors avec la précédente. Des épanchemens et des foyers purulens se forment avec une rapidité qui porterait à croire que leur matière a été déposée plutôt que sécrétée par un travail local. Enfin, les frissons reviennent à intervalles irréguliers, et, pour M. Laugier, chacun d'eux serait l'indice et peut-être la cause d'autant de jetées purulentes successives dans les viscères et les séreuses. (Cette idée nous semble aussi juste qu'elle est ingénieuse : constamment, on voit l'aggravation des symptômes coïncider avec l'apparition du frisson; et les divers degrés auxquels les abcès métastatiques se présentent chez le même sujet à l'autopsie paraissent évidemment indiquer plusieurs époques successives dans leur développement.)

LÉSIONS CADAVÉRIQUES. — Quelquefois le cadavre semble se putréfier très rapidement; mais ce phénomène est assez commun dans tous les cas où il y a eu intoxication du sang. Les abcès du poumon se rencontrent surtout à la surface. Dans le rein, ils occupent la substance corticale. Dans les muscles, il n'y a pas seulement écartement des fibres, c'est aux dépens de leur continuité que se creuse le foyer purulent. Les foyers métastatiques les plus volumineux sont ceux du foie.

Existe-t-il entre les symptômes et les lésions anatomiques un rapport assez constant pour qu'un sujet ayant présenté les premiers doive infailliblement offrir les secondes, et réciproquement? Bien que cette co-existence soit ici la loi générale, nous devons rappeler que Dance, ouvrant des femmes mortes à la suite de péritonite puerpérale, trouva des abcès métastatiques sans pouvoir découvrir aucun point de suppuration dans toute l'économie. C'est ce qui a fait admettre à

plusieurs auteurs un empoisonnement miasmatique qui sévit sur les blessés et les opérés, comme le faisait Dupuytren, qui attribuait tout à la fièvre traumatique, et comme l'a écrit un de ses élèves, M. Tessier. Mais Dupuytren, du moins, reconnaissait l'influence de la phlébite et de l'angioleucite.

Quant au mécanisme suivant lequel s'opère l'infection purulente, l'opinion la plus généralement admise est celle qui l'explique par le transport du pus dans le sang. M. Velpeau est un de ceux qui ont le plus contribué à établir cette doctrine, en montrant que, chez les amputés morts avec les phénomènes caractéristiques de la maladie, on trouve le plus souvent une phlébite suppurée dans le moignon. Mais il est un autre sujet de discussion dont l'importance, au reste, diminue tous les jours, c'est la question de savoir comment le pus produit l'infection du sang. Est-ce en passant de la plaie dans le système circulatoire? Mais la suppuration ne se supprime pas toujours à la surface de la plaie; de plus, la quantité que celle-ci pourrait fournir serait incapable d'alimenter les abcès viscéraux si nombreux qu'on observe parfois. Tout porte donc à penser qu'il y a en outre production de pus à l'intérieur des veines enflammées, et l'état où on les trouve ordinairement change cette présomption en certitude. M. Tessier dit que le pus ne peut passer de la veine dans le torrent circulatoire, à cause des adhérences qui se forment constamment autour de toute phlébite suppurée. Cette opinion n'est qu'une conséquence mal tirée d'un fait bien observé, car le pus peut fort bien se mêler au sang avant que l'adhérence se soit formée (1).

Quoi qu'il en soit du mécanisme par lequel la maladie se produit, ce qu'il y a de positif, c'est qu'une fois déclarée, elle est presque constamment mortelle. Le tartre stibié a eu un succès, mais un seulement, entre les mains de Sanson. Dans un cas semblable, M. Laugier n'hésiterait pas à combiner tous les moyens qui ont été préconisés par divers auteurs. Il aurait surtout confiance au sulfate de quinine qui agit soit comme tonique, soit comme antipériodique. Dans quelques cas, il a pu, à l'aide de ce médicament, soutenir pendant une quinzaine de jours l'existence de malades qui offraient les signes les plus évidens de l'infection purulente.

Ainsi que toutes les productions de M. Laugier, ce mémoire se distingue par l'excellent sens pratique qui a présidé à sa rédaction. Du reste, par le choix comme par la bonne distribution des matières, son travail a été jugé l'un des plus complets; et malgré quelques omissions, celle, entre autres, que nous avons déjà reprochée à M. Robert, et une forme un peu dépourvue peut-être de cette originalité qui pique l'attention, il nous a semblé digne d'être placé au nombre de ceux qui occupent le premier rang.

M. BÉRARD.

On appelle infection purulente une maladie qui donne presque toujours lieu à des abcès métastatiques et que la plupart des médecins attribuent au passage du pus dans le sang (pyohémie de M. Piorry). On croit en général que c'est un accident propre aux plaies; mais elle survient aussi à la suite de l'accouchement, et même dans des cas où il n'y a aucune suppuration locale.

HISTORIQUE. On ne trouve l'indication de cette maladie que dans les écrits du siècle dernier. Pouteau en parle à propos des fistules à l'anus; J.-L. Petit en faisant l'histoire des plaies de tête. Morgagni, dans une de ses lettres, en discute déjà les causes. Cependant le solidisme entraîna les esprits loin de son étude, et on alla si loin dans cette voie qu'on attribuait les abcès métastatiques à l'irritation sympathique des viscères. Dance, le premier, ramena les médecins aux principes d'un humorisme rationnel; bientôt parurent les travaux de Maréchal, de MM. Blandin, Velpeau, Tessier; mais ici nous touchons à des matériaux qui font partie du dogme.

CAUSES PRÉDISPOSANTES. Une des plus influentes, celle qui a frappé tous les observateurs, c'est le séjour à l'hôpital; bien que l'analyse ne démontre aucune altération dans l'air des salles, on ne peut nier l'influence de cette circonstance. Il en est de même de l'encombrement, de la diète, de l'état puerpéral. Certaines constitutions atmosphériques sont marquées par la fréquence extrême de ces affections. Mais de toutes les causes, la plus active est constituée par les solutions de continuité, soit traumatiques, soit résultant d'une opération. Au nombre des premières, nous rangeons d'abord les plaies de tête, les fractures comminutives avec plaie et pénétration de l'air dans le foyer; puis, mais comme causes moins fréquentes, les phlegmons diffus, les brûlures. Parmi les opérations, viennent en première ligne les amputations, et, d'une manière générale, toutes les opérations où il y a des solutions de continuité un peu étendues, et où les veines sont maintenues dilatées et béantes; puis, en particulier, toutes les opérations qui se pratiquent sur les veines. Une saignée peut devenir le point de départ d'une phlébite. Ainsi périt Maréchal. L'incision et l'excision des veines variqueuses est une des opérations les plus hasardeuses sous ce rapport. Les procédés de MM. Breschet et Velpeau pour la cure du varicocèle paraissent cependant exempts de tout danger. J'en dirais autant de la cautérisation des varices des membres avec la potasse ou la pâte de Vienne. Sur 500 cas d'applications de cette méthode, je n'ai observé qu'une seule fois des accidens d'infection purulente.

Une question générale se présente ici. Le mode de pansement, la réunion immédiate a-t-elle l'influence qu'on lui suppose pour prévenir la phlébite? Ainsi que l'a très bien exprimé Sanson, si l'adhésion primitive réussit en effet, rien de mieux; mais si elle échoue, si la peau seule se réunit, le fond continuant à suppurer, l'opéré se trouvera, relativement aux chances de phlébite, dans des conditions pires que si on avait ménagé une issue pour l'écoulement du pus entre les lèvres de la plaie.

CAUSE PROCHAINE. Presque tous les chirurgiens aujourd'hui admettent le mélange du pus avec le sang, excepté M. Tessier, qui a élevé contre cette doctrine de sérieuses objections. Avant de les examiner, disons que le pus peut pénétrer dans le sang soit à la suite de phlébite, soit par simple résorption à la surface de la plaie; diverses circonstances générales et locales bien connues facilitent l'introduction par cette dernière voie. A ces deux explications, M. Tessier objecte que le premier effet d'une phlébite suppurée est une phlébite adhésive qui prévient infailliblement toute migration du pus; il ajoute que l'examen du sang, chez les sujets en proie à l'infection purulente, n'y a jamais fait découvrir de pus; enfin, il admet, pour rendre compte des symptômes, une maladie générale préexistante et dominant tous les phénomènes locaux. Mais d'abord cette dernière proposition ne peut passer que pour une fin de non recevoir, et n'a aucune valeur comme argument contre les théories admises. Le défaut de résultat de l'examen du sang n'a rien qui doive étonner, car le pus agit ici à la manière des virus, dont une seule molécule suffit pour jeter le trouble dans tout l'organisme. Quant au caillot obturateur, le pus n'a-t-il pas pu se mêler au sang avant l'organisation des adhérences? D'ailleurs, on a plusieurs fois trouvé du pus libre dans les veines enflammées et non oblitérées. Enfin il resterait toujours, comme moyen d'expliquer la pénétration du pus la résorption de ce liquide, laquelle ne produit certainement pas de phlébite, ni par conséquent d'obstacle dans l'intérieur des vaisseaux absorbans. (Cet exposé de principes ne présente aucune objection que nous n'ayons eu l'occasion de mentionner en analysant les compositions précédentes; nous devons seulement reconnaître que les argumens sont ici groupés avec beaucoup d'art, et réunis de manière à former un ensemble de preuves qui frappent vivement l'esprit au premier coup d'œil.)

SYMPTOMES. Quoique les choses ne se passent pas absolument de la même manière dans tous les cas, il est cependant quelques phénomènes dont l'existence est constante. Ainsi la plaie se dessèche; dans les amputations, le moignon se tuméfie. Un frisson violent, sans réaction franche à sa suite, précède toujours ces altérations locales. Le facies est promptement altéré, la peau devient jaune, le pouls serré et fréquent, et cependant le malade n'accuse pas de douleur, il se trouve bien et ne se plaint que du côté de la plaie. De nouveaux frissons se succèdent avec irrégularité. Des points douloureux se manifestent au thorax, aux articulations; le délire, les rêvasseries, annoncent le terme fatal, qui survient dix, quinze, ou vingt jours après l'invasion. La maladie elle-même commence en général vers le dixième jour à partir du moment de la blessure ou de l'opération, souvent plus tôt, rarement plus tard.

DIAGNOSTIC. Les maladies qui pourraient en imposer pour l'infection purulente sont la fièvre hectique qui accompagne assez souvent les suppurations anciennes, les accès de fièvre intermittente, une pneumonie ou une pleurésie, une gastrite, l'ictère, la fièvre traumatique, le rhumatisme articulaire. M. Bérard indique les moyens de diagnostic à consulter dans ces différens cas.

CARACTÈRES ANATOMIQUES. Le sang est, en général, plus fluide qu'à l'ordinaire. Quelquefois tout se borne à cette altération, et l'on ne trouve ni phlébite, ni abcès métastatiques, mais ces cas sont très rares. Les abcès viscéraux ne proviennent pas uniquement du pus de la plaie, car la quantité du pus qu'ils représentent est bien supérieure à celle que pourrait fournir la surface suppurante. Mais sont-ce de petits phlegmons provoqués par la présence de pus? ou bien chaque globule de ce liquide agit-il, comme le veut M. Cruveilhier, à la manière d'une épine qui détermine la formation de petits abcès, là où ils se déposent? M. Bérard incline vers cette seconde opinion. Au reste, ces abcès ne peuvent pas à eux seuls rendre compte de la mort, puisqu'on l'a vu survenir avant que les abcès se fussent formés. Les malades succombent donc ici, comme dans les cas d'empoisonnement par un principe septique.

PRONOSTIC. Presque toujours mortel: on cite néanmoins des cas de guérison, et M. Bérard aîné en a observé un cette année, à l'hôpital St-Antoine, à la suite d'une amputation de jambe.

TRAITEMENT. Il est pénible d'avouer qu'il est encore complètement ignoré, tant sous le rapport des moyens prophylactiques que sous celui des médications curatives proprement dites. Les préventifs les plus vantés échouent souvent; ainsi j'ai vu l'infection purulente se développer chez un malade pendant que je le traitais par les irrigations d'eau froide.

M. Bérard a eu le talent de comprendre dans sa leçon toutes les matières, toutes les questions que nous avons trouvé disséminées dans les compositions précédentes, et il a su les enchaîner dans un ordre aussi simple que logique. Nous avons cependant entendu reprocher au candidat d'avoir trop insisté sur un diagnostic que tout praticien sait porter, pour ainsi dire, d'inspiration, et d'avoir glissé trop légèrement, au contraire, sur les moyens prophylactiques; mais si ce dernier reproche présente quelque fondement, il est juste d'ajouter que M. Bérard en a diminué de beaucoup l'importance en traitant dans le plus grand détail des causes prédisposantes. Car indiquer les circonstances où se développe une maladie, n'est-ce pas implicitement donner les meilleures règles pour l'éviter?

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

(1) NOTE DU RÉDACTEUR DU COMPTE-RENDU. — Oui, sans doute, répondrons-nous à M. Laugier, cela est possible, tout comme il est possible, par exemple, dans l'entérotomie, qu'un épanchement de matières fécales ait lieu dans le péritoine avant que les adhérences se soient établies. Le fait, dans les deux cas, n'est pas matériellement impossible; mais il n'en est pas moins, dans l'un comme dans l'autre, contraire aux phénomènes propres aux inflammations des membranes séreuses, aux lois d'après lesquelles toute phlegmasie portée au point d'y déterminer la suppuration ou la gangrène est limitée par un cercle où la phlegmasie existe au premier degré, à celui qui provoque l'adhésion.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 16. (TOME X. — 1842.) SAMEDI 16 AVRIL 1842.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des Hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

ÉPIDÉMIES.

RELATION DE L'ÉPIDÉMIE DE MÉNINGITE ENCÉPHALO-RACHIDIENNE, OBSERVÉE A LA CLINIQUE MÉDICALE DE LA FACULTÉ DE STRASBOURG, EN 1841; par C. Forget, professeur de clinique médicale et de maladies épidémiques.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

§ III. — MARCHE, TERMINAISONS, FORMES.

Tels sont à peu près tous les symptômes observés chez l'ensemble de nos malades. Si maintenant nous tentons de les grouper, de manière à former un tableau concret et complet de la maladie, nous éprouverons un embarras proportionné à l'extrême variabilité de la physionomie du mal vu dans sa généralité. Néanmoins, voici ce qu'on observait ordinairement. Prodrômes constitués par frissons passagers, malaise général, céphalalgie le plus souvent, vertiges, courbature, anorexie, nausées, etc. Fréquemment invasion subite par céphalalgie plus ou moins violente, rachialgie, endolorissement général. Quelquefois vertiges occasionnant la chute ou bien perte subite de connaissance, délire ou état comateux. Dans presque tous les cas, vomissemens, raideur et douleur de la nuque, du dos, des reins; trismus, opisthotonos, ou bien spasmes cloniques. Rarement contracture des membres, tremblemens, etc., lenteur ou fréquence du pouls, constipation. Plusieurs malades furent enlevés à cette période initiale, dans l'espace de quelques heures, dit-on, le plus souvent de plusieurs jours.

Dans les cas ordinaires, à la céphalalgie du début succédait le délire, et bientôt venait s'y mêler un état semi-comateux. Les vomissemens cessaient, la douleur et la raideur de la nuque persistaient comme symptômes caractéristiques. Cet état s'exaspérait d'ordinaire pendant la nuit, notamment le délire, et offrait une rémission le matin. Dans la plupart des cas, on parvenait à mitiger les principaux symptômes et à conjurer le danger de cette période d'*état*, qui ne durait guère plus de trois, six, huit jours, à dater de l'invasion des symptômes graves. Or, si le malade échappait, la maladie se prolongeait ordinairement sous des apparences assez bénignes, caractérisées par la persistance de quelques-uns des symptômes initiaux: céphalalgie, sub délire, raideur tétanique, semi-coma. On concevait des espérances fondées sur le peu d'imminence prochaine, mais la persistance opiniâtre des symptômes mitigés, l'épuisement graduel du sujet, l'invasion du coma varié de délire nocturne, l'apparition de la diarrhée, qui souvent devenait involontaire, quelquefois des vomissemens rebelles faisaient naître et entretenaient des craintes trop justifiées par la fréquence des catastrophes, après quinze jours, un mois, deux mois et plus d'une maladie traversée par des péripéties désespérantes. Les convalescences franches ont été de beaucoup les plus rares, et lorsque les malades échappaient, ce n'était le plus souvent qu'après avoir donné lieu à des inquiétudes prolongées.

Feuilleton.

LA MÉDECINE SCIENCE OCCULTE.

Ce feuilleton est extrait d'un article fort remarquable sur les *sciences occultes au 19e siècle*, et en particulier sur *le magnétisme animal*, inséré dans l'un des derniers numéros de la Revue des Deux Mondes. On y reconnaîtra le penseur profond, l'écrivain spirituel dont la collaboration est si précieuse pour la Gazette Médicale. Quoique n'étant pas médecin, il compte depuis longtemps parmi les écrivains médicaux les plus distingués de l'époque. A ce titre, il pouvait mieux que personne dire ce que l'on pense de la médecine dans les régions élevées de la science et de la philosophie. Ses idées pourront ne pas être partagées par le plus grand nombre: nous-même nous ne les reproduisons qu'en faisant quelques réserves. Mais personne ne contestera, qu'à part un peu de partialité et d'exagération, elles ne soient le plus souvent très justes, et bien propres à nous faire réfléchir. L'auteur a grossi les choses pour les mieux faire voir; il les a idéalisées en quelque façon à un certain point de vue pour frapper plus vivement. Au lieu de lui savoir mauvais gré de sa franchise, profitons plutôt de ses remarques dans ce qu'elles ont de vrai et d'utile.

Les habiles directeurs du recueil auquel nous faisons cet emprunt nous le pardonneront sans doute. En leur prêtant son savant collaborateur et les idées qu'il a si souvent développées dans ses colonnes, la Gazette Médicale ne s'était-elle pas jusqu'à un certain point acquittée d'avance envers eux.

La science moderne a coutume de placer en tête de ses plus beaux titres de gloire sa constitution même comme science. Les anciens, à l'en croire, eurent des connaissances, mais pas de véritables sciences; ils avaient la curiosité plutôt que l'esprit scientifique. Aussi, ce que la science moderne vante par dessus tout, c'est sa législation. Elle y tient plus encore qu'à ses conquêtes. Après avoir purgé ses domaines si longtemps usurpés, son principal souci est de veiller à ce que désormais il ne s'y introduise rien de suspect; et sur ce point elle se flatte d'avoir perfectionné sa police intérieure, comme on a fait celle des villes.

On cite comme un des premiers et des plus heureux résultats de cette réforme, l'abolition d'une classe entière de pseudo-sciences et d'arts chimériques correspondans qui occupèrent pendant des siècles, dans l'arbre encyclopédique, la place des connaissances réelles et des arts utiles. Parmi ces sciences, il suffit de rappeler l'astrologie, la magie, la théurgie, l'alchimie, la cabale. Toutes ces doctrines, et d'autres encore, licites ou illicites, sacrées ou profanes, portèrent longtemps le titre de sciences *occultes*, soit parce que leurs théories et leurs pratiques impliquaient l'existence d'un monde surnaturel, soit parce qu'elles supposaient dans la matière, à côté et en dehors des lois qui règlent les phénomènes naturels, des

Nous ne pouvons mieux compléter cette étude symptomatologique qu'en produisant une série d'observations qui nous offriront la maladie sous les divers aspects où elle s'est présentée.

Celle qui va suivre est un spécimen de la physionomie et de la marche de l'affection dans les cas les plus ordinaires qui se sont terminés par la mort. La suivante, au contraire, offrira la physionomie et la marche de la même affection dans les cas suivis de guérison.

MÉNINGITE ENCÉPHALO-RACHIDIENNE ; SYMPTÔMES CARACTÉRISTIQUES ; MORT ; NÉCROSCOPIE.

OBS. II. — Un jeune homme de 19 ans, de forte constitution, ferblantier, travaillant à l'arsenal, entre à la Clinique le 26 février 1841. Il raconte qu'il y a six jours, après avoir bu beaucoup de bière, il fut pris de vomissemens, avec faiblesse, céphalalgie, étourdissemens, douleurs lombaires, tous phénomènes dont la persistance et l'accroissement l'obligent à entrer à l'hôpital. Il n'a fait aucun traitement et a continué de travailler plusieurs jours après l'invasion.

Etat actuel : Décubitus dorsal ; facies abattu, peu coloré ; langue sèche, limoneuse ; soif ; anorexie. Les vomissemens ont cessé depuis le matin ; abdomen indolent ; point de diarrhée. Vive céphalalgie occupant spécialement les régions temporales ; endolorissement du rachis ; prostration ; pouls fréquent, développé ; peau chaude ; urines foncées en couleur. (Saignée de 300,00 ; limonade tartarique.) (Sang plastique.)

27. Délire toute la nuit. Ce matin, réponses justes ; endolorissement général ; raideur de la nuque et du dos ; langue sèche, brûlée ; sensibilité à la pression de l'épigastre ; pouls à 108, irrégulier. (20 ventouses scarifiées le long du rachis ; fomentations froides sur la tête ; cataplasme à l'épigastre ; solution de gomme.)

Le soir, sub-délire comateux ; raideur augmentée du rachis. (Saignée de 300,00 ; calomel, 0,50 ; une selle involontaire ; délire toute la nuit.)

28. Même état. (20 sangsues aux tempes ; calomel, 1,00 en deux paquets ; frictions d'onguent mercuriel le long du rachis.)

1er mars. Délire continu ; état comateux. Lorsqu'on soulève la tête, le tronc suit comme une tige inflexible ; pouls accéléré. (Raser la tête ; 20 sangsues aux tempes en deux fois ; frictions mercurielles sur le cuir chevelu ; calomel, 1,00.)

2. Délire ; coma ; tétanos persistant ; mouvemens automatiques des membres ; soubresauts des tendons ; pas de selles ni d'urines depuis la veille ; pouls fréquent, petit et dur. (Frictions mercurielles ; vésicatoires aux cuisses ; lavement émollient ; chiendent nitré.)

3. Coma profond ; respiration embarrassée ; déglutition difficile ; pouls petit et fréquent. Mort dans la journée, onzième jour de l'invasion, quatrième de l'entrée à l'hôpital.

NÉCROSCOPIE 24 heures après la mort.

CAVITÉ CRANIO-RACHIDIENNE. Couche de pus concret, enveloppant la presque totalité de la surface cérébrale, située entre l'arachnoïde et la pie-mère, laquelle est vivement injectée. Le pus est distribué surtout selon le trajet des vaisseaux, dans l'intervalle des circonvolutions cérébrales. La moelle vertébrale paraît saine jusqu'à quelques centimètres de sa terminaison, où elle est enveloppée de pus concret semblable à celui qui recouvre le cerveau. La substance cérébrale est légèrement sablée ; elle est de consistance normale, aussi bien que celle de la moelle. Rien dans les ventricules cérébraux.

CAVITÉ ABDOMINALE. Injection, pointillé rouge de la muqueuse gastrique ; rougeurs disséminées dans l'intestin grêle, plus marquées au voisinage du cœcum, où les plaques de Peyer sont pointillées de noir ; vessie distendue par l'urine.

Rien dans les autres viscères de l'abdomen et du thorax, si ce n'est quelques anciennes adhérences des plèvres.

Nous reconnaissons ici la méningite encéphalo-rachidienne modèle : céphalalgie, vomissemens, puis délire, raideur tétanique du tronc, coma, paralysie de la vessie, etc. A l'autopsie : pus à la surface de la pie-mère cérébro-rachidienne. Si tous les cas eussent ressemblé à celui-ci, peut-être eût-on moins contesté la légitimité de notre méningite. Mais on a perdu de vue que l'irrégularité même des phénomènes est un des traits caractéristiques de cette maladie. Au point de vue thérapeutique, on a pu remarquer l'incertitude de nos principes, mal établis alors, et surtout la parfaite inutilité, pour ne pas dire plus, de l'administration du calomel. Cette inutilité, rapprochée des phénomènes phlegmasiques rencontrés dans l'intestin, est une des circonstances qui, de bonne heure, nous ont fait renoncer à l'emploi des purgatifs dans le traitement de notre épidémie.

MÉNINGITE ENCÉPHALO-RACHIDIENNE BIEN CARACTÉRISÉE ; SAIGNÉES RÉPÉTÉES AVEC PERSÉVÉRANCE ; OPIUM ; GUÉRISON.

OBS. III. — Un jeune homme de 20 ans, de forte constitution, tisserand, entra à la Clinique le 27 février 1841, dans un état de délire comateux, avec des vomissemens.

28. Point de délire, mais agitation continuelle. On raconte qu'il y a trois jours, sans cause connue, il a éprouvé de la douleur aux tempes, des frissons, puis douleur à la nuque, au dos et aux membres. Il a cependant continué de travailler jusqu'à hier midi, où les forces l'ont abandonné et où il a perdu connaissance.

Etat actuel : vive céphalalgie ; pupilles également contractées ; mouvemens spasmodiques des muscles du front et des épaules. Endolorissement et raideur de la nuque et du tronc. Langue belle ; anorexie, peu de soif ; abdomen indolent ; selles naturelles ; pouls à 92, résistant, peu développé. (20 ventouses scarifiées à la nuque ; fomentations froides sur la tête ; frictions mercurielles sur le rachis ; calomel, 1,00 en deux fois ; chiendent gommé ; diète.)

Délire la nuit ; il se lève pour sortir. Un vomissement, point de selles.

1er mars. Idées nettes ; pouls dur et fréquent. Il paraît mieux. (20 sangsues aux tempes en deux fois ; calomel, 1,00.) Délire la nuit.

2. Point de délire, mais parole embarrassée ; raideur douloureuse de la nuque. Le malade craint de se mouvoir ; pupilles dilatées ; pouls fréquent. (30 ventouses scarifiées au rachis ; lavement laxatif ; supprimez le calomel.) 4 selles. Délire bruyant pendant la nuit.

3. Même état ; idées embarrassées. (20 sangsues aux mastoïdes en deux fois ; compresses froides sur la tête ; lavement émollient.)

4. Délire continu. Le malade chante et siffle ; raideur du tronc ; soubresauts des tendons ; selles involontaires ; pouls fréquent. (Raser la tête ; onctions mercurielles sur le cuir chevelu ; 20 sangsues aux tempes en deux fois.)

5. Le coma remplace le délire ; affaissement ; pupilles très contractées, regard égaré ; abdomen sensible à la pression ; trois selles involontaires, ainsi que les urines, qui coulent par regorgement ; pouls à 92. Le malade dit qu'il va bien. (Cathétérisme ; 20 sangsues aux tempes ; onctions mercurielles ; lavement émollient ; chiendent.)

6. Physionomie gaie ; délire passager et bruyant ; pupilles très dilatées ; point de contracture ni de paralysie des membres ; 3 selles involontaires ; il urine bien ; pouls à 88. (Saignée de 300,00 ; 20 sangsues en deux fois ; onctions mercurielles ; émulsions d'amandes ; cataplasme abdom. ; lavement émollient.) (Sang plastique, légèrement couenneux.)

7. Même état à peu près. (20 ventouses au rachis ; 20 sangsues à l'abdomen ; bouillon.)

8. Sommeil dans la nuit ; plus de tranquillité ; 2 selles volontaires. (15 sangsues à l'anus ; catapl. abdom. ; limonade tartar. ; onctions mercurielles.)

10. Il est mieux ; encore un peu de délire passager ; pouls normal ; il s'assied sur son lit quand on lui dit de le faire ; point de selles ; les gencives sont prises. (12 ventouses à la nuque ; onctions mercurielles ; semoule.)

12. Le mieux se confirme ; cependant une selle involontaire sur trois ; genci-

---

influences, des qualités, des puissances *occultes* dont l'étude constituait une science d'un ordre plus relevé, soit parce que ces connaissances *transcendantes*, très difficiles à acquérir et réservées par conséquent à quelques privilégiés, donnaient à celui qui en avait le secret un empire mystérieux et redoutable sur la nature et sur les hommes. La philosophie moderne fit justice de ces vains simulacres de science, et ouvrit de nouvelles et meilleures routes dans la recherche de la vérité.

Que cette épuration ait été légitime et un immense bienfait, c'est ce que personne ne serait tenté de nier aujourd'hui. Le mouvement scientifique du seizième siècle n'a de comparable en grandeur que le mouvement religieux et social du christianisme. Cependant le spectacle de cette destruction en grand de tant d'idées amassées par le temps, de tant de systèmes si laborieusement construits, de toute cette science de laquelle s'étaient nourries des centaines de générations, de tous ces prodigieux ouvrages de l'esprit humain, est à la fois triste et menaçant. Si en effet cette destruction fut juste et conforme à l'ordre, qui nous répond à nous, hommes nouveaux, de la solidité de nos œuvres d'un jour ? Si l'élite du genre humain et le genre humain tout entier ont été livrés pendant des milliers d'années à une sorte de folie scientifique, qui nous dit qu'en sortant de ce rêve nous ne sommes pas entrés dans un autre peut-être plus long que le premier ? Ce sont là des questions qui ne peuvent jamais être résolues par l'époque qui les pose. Il en faut laisser la solution aux générations pour qui notre présent sera le passé. Celles-là feront aussi leur science, et leur science jugera la nôtre, de même que la nôtre a jugé l'ancienne. Mais la nature, la forme et la date de la sentence sont des secrets.

Une question plus abordable, parce que nous avons sous la main les élémens de sa solution, est celle de savoir si cette espèce d'illusion logique qui perpétua si longtemps le règne des sciences dites occultes, et qui projeta son ombre sur toutes les autres branches du savoir, a aussi complètement cessé qu'on le croit généralement. Cette question, bien qu'assez peu respectueuse, n'a cependant rien d'absurde. Elle n'est pas même paradoxale. On trouvera, à la réflexion, que la continuation de l'illusion dont il s'agit est non seulement possible, mais encore extrêmement probable.

Le premier fait à constater est l'étonnante durée et l'universalité d'empire des doctrines occultes. Si on consent à retrancher les deux ou les trois derniers siècles, on les verra, à partir de là, se prolonger sans interruption sur toute la terre, dans tous les temps, et confondre leur origine avec celle de la société humaine. Cette longue autorité est d'autant plus extraordinaire, que ces sciences, même les plus fantastiques en apparence, tendaient toutes à la pratique. C'était à leur décision souveraine que les individus et les gouvernemens confiaient leurs intérêts les plus chers et les plus positifs. C'est de la cage des poulets sacrés que sortirent les plus importantes résolutions du sénat et des généraux de Rome. C'est la sentence d'une magicienne, d'un chiromancien, d'un tireur d'horoscopes, qui réglait les actes de la vie publique et privée de la plupart des hommes. Au quinzième et au seizième siècles, il n'y avait pas de si petit prince en Europe qui n'eût son astrologue, qu'on envoyait chercher dans toutes les occasions importantes pour qu'il demandât aux astres s'il fallait partir ou rester, livrer bataille ou se retrancher. S'agissait-il d'accomplir une vengeance, de nuire à son ennemi, de tuer ses troupeaux, de dévaster son champ, de gagner un cœur, c'était

ves tuméfiées, douloureuses. (Supprimez les onctions mercurielles; 12 ventouses scarifiées à l'hypogastre; émolliens; 2 panades.)

Les jours suivans, de temps en temps un peu de délire passager, parfois selles involontaires.

Le 13, 12 sangsues à l'anus.

Le 14, 20 sangsues à la fosse iliaque droite.

Le 15, vésicatoires à la nuque.

Le 17, 12 ventouses sur le ventre. On reprend les onctions mercurielles sur la tête.

19. Un vomissement. 20. Délire, céphalalgie, gémissemens. (20 ventouses au dos; potion avec sirop d'opium, 15,00.)

21. Etat satisfaisant, mais faiblesse, émaciation. (Long vésicatoire le long du rachis; potion opiacée; soupe.)

25. Nouvelle recrudescence : céphalalgie, fièvre, vomissemens. (Saignée de 270,00; potion opiacée; onctions mercurielles.) Le calme se rétablit; de temps en temps la tête se prend encore; la nuque est toujours douloureuse.

Le 30, 16 sangsues aux oreilles.

1er avril. Maigreur extrême, langueur, malaises variables; le sacrum s'excorie; le malade mange le quart d'alimens.

Enfin, à travers tant d'orages, la convalescence se confirme, les forces reviennent lentement. Bref, le malade, pâle, émacié, débile, mais définitivement guéri, est en état de sortir le 23 avril, après deux mois de maladie.

On ne peut méconnaître ici une méningite des plus graves, passée certainement à la suppuration, ce qui explique l'opiniâtreté des accidens, la nature ayant besoin d'un temps prolongé pour opérer la résorption de la matière épanchée. C'est ainsi que s'expliquent rationnellement les difficultés, les longueurs des convalescences, et même certains accidens secondaires qui, si souvent, emportaient nos malades, alors que nous avions lieu de les supposer hors de danger. Aussi étions-nous devenus très circonspects à l'égard du pronostic.

On aura remarqué avec quelle persévérance nous avons poursuivi les symptômes incidens, toujours par les antiphlogistiques; c'est qu'alors nos idées étaient arrêtées quant à la nature du mal et à la cause réelle de tous ces accidens. Nous avons de bonne heure suspendu le calomel, qui ne nous inspirait que des craintes. Deux saignées générales seulement ont été faites, mais *dix-sept* saignées locales ont été pratiquées en divers temps. Une partie de ces moyens a été dirigée contre les accidens abdominaux que nous avions appris à redouter. L'opium nous a procuré ici quelques avantages, mais moins prononcés que dans d'autres cas. Les faits de ce genre sont de nature à encourager les praticiens à persévérer dans les voies du rationalisme.

Les observations suivantes donneront une idée des formes diverses qu'affectait parfois la maladie, comme exceptions à sa physionomie habituelle.

FORME CÉPHALALGIQUE, LÉGÈRE EN APPARENCE; MORT PROMPTE.

OBS. IV. — Une femme de 26 ans, de forte constitution, ménagère, entre à la clinique le 25 mai 1841. Elle raconte qu'il y a deux jours elle a été prise, sans cause connue, de céphalalgie frontale qui bientôt s'est étendue à la nuque. Malaise, courbature. Hier elle a vomi deux fois.

ETAT ACTUEL. Endolorissement de toute la tête, agitation, face peu colorée, pouls large, de rhythme à peu près normal; langue blanchâtre, abdomen indolent, constipation. (Saignée de 360,00, 20 sangsues aux tempes, lavement laxatif, diète.) Sang normal.

26. Céphalalgie persistante, moins d'agitation, pupilles naturelles. (Raser la tête, 30 sangsues en trois fois, onctions mercur. sur le cuir chevelu, limon. tartar., lavem.)

Dans la soirée, agitation sans délire, la malade se lève et se promène dans la salle.

27. Vers trois heures du matin, la malade se soulève pour prendre à boire et retombe morte dans son lit le quatrième jour de la maladie.

NÉCROSCOPIE, 30 heures après la mort.

La pie-mère n'est que légèrement injectée. Quelques traces d'exsudation blanchâtre le long des vaisseaux latéraux des hémisphères. Substance cérébrale très légèrement sablée. Point de sérosité dans les ventricules. Quelques arborisations vasculaires dans le gros intestin. Rien dans les autres organes.

On voit que le phénomène culminant, unique même, fut la céphalalgie. Nous étions loin de prévoir un résultat aussi prompt et aussi grave. Le peu de lésions rencontrées à l'autopsie vinrent encore ajouter à notre étonnement. Serait-ce que, vu le peu d'ancienneté de la maladie, l'état congestionnel de l'encéphale se serait dissipé en grande partie après la mort? Quoi qu'il en soit, force nous est d'accepter les faits, quel que soit leur caractère exceptionnel et rebelle à la théorie.

FORME APOPLECTIQUE; MORT.

OBS. V. — Un homme de 30 ans, de bonne constitution, est apporté à la clinique le 30 avril 1841. Sa femme rapporte qu'il y a quatre jours la maladie a débuté par un mal de tête intolérable avec raideur et douleur à la nuque. On a fait en ville deux saignées et une application de sangsues aux tempes, nonobstant lesquelles le mal s'est aggravé.

ETAT ACTUEL. Tête renversée en arrière, paupières demi-closes, bordées de chassie; globes oculaires convulsés, pupilles inégalement dilatées, la droite plus que la gauche. Le malade *fume la pipe* pendant l'expiration; de l'écume apparaît aux angles de la bouche. Perte complète de connaissance, abolition de la sensibilité. Le malade porte parfois vers la tête son bras gauche dont le coude est contracturé. Respiration stertoreuse, gémissemens entrecoupés, muscles abdominaux tendus, sensibilité à la pression dans le flanc droit, constipation, urines involontaires. Pouls plein et fréquent. (Saignée, 20 sangsues aux tempes, onct. mercur. sur la tête, vésicatoire à la nuque.)

L'état apoplectiforme persiste en s'aggravant, et le malade meurt le 2 mai au matin, sixième jour de la maladie.

A la NÉCROSCOPIE, pie-mère fortement injectée, pus concret, disséminé, surtout aux parties latérales du cerveau, aux surfaces supérieure et inférieure du cervelet. Virole de pus enveloppant la presque totalité de la moelle épinière.

Etat pointillé et réticulé de quelques plaques de Peyer, psorenterie, arborisations disséminées dans l'intestin grêle.

Nous avons intitulé ce cas apoplectiforme, en raison de l'aspect du malade au moment de son entrée à l'hôpital; car les caractères de l'invasion n'étaient pas ceux de l'apoplexie. Quelques symptômes du ramollissement cérébral rapprochent cette observation de la suivante.

FORME DU RAMOLLISSEMENT CÉRÉBRAL; MORT.

OBS. VI. — Un homme de 25 ans, de belle constitution, est apporté à l'hôpital le 4 mai 1841. On ne peut recueillir aucun renseignement sur ses antécédens.

ETAT ACTUEL. Perte complète de connaissance, raideur tétanique de la tête, du cou et du tronc; grande mobilité des muscles de la face qui est vivement colorée; contracture prononcée des articulations des membres supérieurs; pau-

---

la magie qui fournissait les sorts, les formules d'exécration, les philtres, et prescrivait les cérémonies appropriées au but. Enfin, c'est à la médecine occulte, à la thérapeutique mystérieuse d'incantation, d'attouchement, d'insufflation, des amulettes, des talismens, des songes, qu'on confiait de préférence les plus précieux des biens, la santé et la vie. Le rapport étroit et immédiat de ces pseudo-sciences avec la vie, leur contact continuel avec l'expérience, auraient dû, ce semble, en faire apercevoir plus tôt la vanité. Que des recherches de simple curiosité spéculative, telles que celles de l'antique cosmologie ou de la dialectique scolastique, puissent s'épuiser en efforts stériles, et n'enfanter que des systèmes tout à fait arbitraires, c'est ce qui se conçoit sans peine, parce que, dans ces régions désertes de la pensée, l'esprit peut bâtir ce qui lui plaît; mais que des doctrines relatives à des objets placés dans la sphère de l'observation, incessamment soumises dans de continuelles applications à l'épreuve de l'expérience, puissent, quoique extravagantes jusqu'à l'absurde, forcer la conviction raisonnée des savans, et servir de règle pratique dans le cercle même des réalités matérielles, c'est ce qui semble inexplicable. *A priori*, une pareille illusion paraît contradictoire et impossible; toutefois l'histoire prouve qu'elle est non seulement réelle, mais encore en quelque sorte nécessaire. Sa perpétuité et son universalité ne permettent pas de la regarder comme un phénomène accidentel; elle dépend donc d'une cause également continue et universelle.

Il sert de peu d'alléguer les raisons banales de la faiblesse naturelle de l'esprit humain, de l'influence de l'autorité, de la force des habitudes, de l'entraînement de l'exemple, de l'amour du merveilleux, et autres semblables. Il reste toujours à comprendre comment ces sources d'erreur peuvent indéfiniment prévaloir contre les témoignages immédiats des sens, contre les enseignemens de la plus grossière expérience, contre les suggestions les plus spontanées du sens commun, enfin contre la raison elle-même armée de règles et de méthodes logiques les plus compliquées. On ne fait donc par là qu'analyser cet égarement de la raison dans ses élémens; ce n'est pas l'expliquer, c'est seulement l'excuser, sinon l'absoudre.

Quoi qu'il en soit, le fait est constant. Il est avéré qu'une sorte de délire scientifique, systématiquement et régulièrement constitué, a possédé pendant une longue suite de siècles le monde intellectuel. On le voit se développer partout dans l'histoire comme un fruit naturel de l'esprit humain. Dès-lors il devient difficile de croire à sa cessation subite et complète. Ainsi, tout en admettant un changement de position et de direction depuis deux ou trois cents ans, il est à présumer, avant toute vérification directe, que l'esprit scientifique du passé a dû se maintenir au milieu de nous dans une proportion quelconque. Toutes les analogies sont contre la possibilité d'une transformation soudaine. Ces sortes de *saltus*, comme disait Leibnitz, sont inconnus dans la nature. La raison scientifique, considérée dans sa manifestation dans le temps, a nécessairement des phases. Mais ce développement ne procède pas par momens détachés; il faut plutôt se la représenter comme une progression continue et sans intervalles. La science tend incessamment vers un idéal logique qu'elle cherche à réaliser, mais elle ne le fait que peu à peu et toujours imparfaitement; car, d'une part, cet idéal, tel qu'il se présente à un moment donné, ne peut jamais être réalisé en même temps dans les différentes sphères du savoir, et d'autre part ce but idéal ne reste pas fixe; il change lui-même aussitôt qu'il est atteint ou près d'être atteint, et en changeant il se déplace, laissant toujours ainsi un espace à combler à

piéres fermées, pupilles contractées, bouche desséchée, abdomen indolent, urines involontaires; pouls fréquent et développé; peau chaude. (Saignée, 30 sangsues aux tempes en trois fois, onct. mercur. sur la tête, foment. froides, sinapismes aux mollets.)

Le lendemain, même état. (Quatre fois 10 sangsues à la base du crâne, *ut suprà.*) Mort dans la nuit suivante.

A l'AUTOPSIE, concrétions gélatineuses et puriformes sur les côtés du cerveau; plaques puriformes à la base du cerveau et du cervelet; pie-mère vivement injectée; cerveau sablé, consistant. Point de sérosité dans les ventricules. Enveloppes de la moelle épinière fortement injectées; exsudations puriformes sur plusieurs points de son étendue.

Plaques de Peyer pointillées, psorentérie, arborisations disséminées dans le canal digestif.

Cette observation, semblable à la plupart des autres quant à ses traits généraux, s'en distingue pourtant par l'existence et le degré de cette contracture des membres supérieurs, symptômes qui, dans d'autres circonstances et avec notre manque absolu de renseignemens, aurait pu faire prendre cette méningite pour un ramollissement cérébral.

FORME CONVULSIVE; ANTIPHLOGISTIQUES VIGOUREUX; GUÉRISON.

OBS. VII. — Un homme de 21 ans, d'assez belle constitution, conscrit, est apporté à la clinique le 11 mai 1841. On ne peut recueillir aucun renseignement sur ses antécédens, si ce n'est qu'il est malade depuis deux jours.

Etat actuel : Délire, agitation, qui obligent à lui mettre le gilet de force. Il parle d'argent, de cabaret, de conscription. Face colorée, *herpès* de la lèvre supérieure, mouvemens convulsifs des paupières; pupilles également dilatées. De temps en temps convulsions dans les membres : le malade se blottit, puis s'étend tout à coup. Il remue la tête, souffle bruyamment, s'agite, crie et retombe dans le repos, pour bientôt recommencer. Peau chaude, pouls large, fréquent et dur; battement prononcé des temporales. (Saignée de 600,00, 30 sangsues en trois fois, à la base du crâne. Sang normal. Emolliens.)

12. Un peu moins d'agitation; grande mobilité des paupières; opisthotonos; soubresauts des tendons; diaphorèse; pouls à 136; bouche aride. Pendant la visite, violent accès épileptiforme avec trismus intense. (Saignée de 300,00, raser la tête, 40 sangsues en quatre fois, onct. mercur., fomentations froides.)

13. Moins d'agitation, sauf le clignotement des paupières; pupilles contractiles; raideur tétanique persistante, surtout à la nuque. Le malade commence à répondre aux questions. Face moins colorée, bouche moins sèche, constipation; pouls à 104. (Saignée de 300,00, 40 sangsues en quatre fois, onct. mercur., etc.)

14. Tranquillité, affaissement, paupières closes et chassieuses, langue humide, abdomen indolent, constipation; pouls petit à 104. (25 ventouses scarifiées le long du rachis, lavem. irritant : chlorure de sodium, 30,00, onct. merc.)

15. Moins de raideur, abattement, une selle, pouls à 96. (Vésicat. à la nuque, potion avec musc 0,10, jaune d'œuf q. s., solut. de gomme 120,00.)

16. Les forces renaissent; encore un peu de raideur et de sensibilité à la nuque; deux selles; pouls à 100. (Deux fois 10 sangsues aux mastoïdes, onct. mercur., point de musc.) Epistaxis dans la journée.

17. Commencement de salivation; *ut suprà.* (15 ventouses scarifiées le long du rachis, suspendez les onct. mercur.)

Les jours suivans, la convalescence se confirme; le malade prend des bouillons, puis des soupes.

Le 22, nous constatons du bruit de souffle dans les carotides (anémie). Nous hâtons le retour des forces en donnant du musc (0,50 en lavement), puis des frictions avec décoction de quinquina sur les membres. La stomatite mercurielle se dissipe graduellement. Bref, le malade sort bien guéri le 31 mai, 22 jours après l'invasion.

Voici la forme convulsive la mieux caractérisée que nous ayons observée. Quant au traitement, on voit que, dans le laps de six jours, le malade a eu 3 saignées et 170 sangsues ou ventouses scarifiées. Or la guérison ne s'en est pas moins effectuée avec la simplicité et la promptitude les plus désirables. Nous recommandons ce fait et celui de l'obs. 3 à ceux qui pourraient trouver exorbitante la manière dont nous appliquons le traitement antiphlogistique. Il est évident que le musc mis en usage dans le cas actuel n'a pu avoir qu'une influence accessoire, sinon tout à fait nulle.

FORME TRÉMULENTE OU DU DELIRIUM TREMENS; MORT.

OBS. VIII. — Un homme de 48 ans, de chétive constitution, cordonnier, est, dit-on, adonné aux boissons alcooliques. Il entre à l'hôpital le 27 avril 1841, se plaignant de faiblesse, frissons passagers, tremblement des muscles. L'examen des divers appareils ne révèle aucune lésion appréciable, sauf un peu de catarrhe chronique manifesté par les crachats et quelques râles muqueux disséminés dans le thorax. (Emolliens, soupes.)

Le 29, la langue tend à se sécher, constipation, peau chaude, pouls à 92; tremblement des mains. *Ut suprà.*

1er mai. Nous apprenons que le malade a eu du délire. Il s'est levé pour courir dans la salle. On lui a mis le gilet de force. Langue sèche, abdomen tendu, rétention d'urine (globe vésical), tremblement musculaire général.

Ne retrouvant pas là les signes culminans de notre méningite, nous croyons le malade atteint de *delirium tremens*, et, sous forme d'essai, nous prescrivons : opium 0,05 dans une potion gommée, glace sur la tête, vésicatoire à la cuisse, cathétérisme.

Le malade meurt la nuit suivante, 24 heures après l'invasion du délire.

NÉCROSCOPIE, 35 heures après la mort.

CAVITÉ CRANIENNE. Pie-mère fortement injectée surtout du côté droit; sérosité trouble sous l'arachnoïde; cerveau sablé, assez mou. Quelques cuillerées de sérosité trouble dans les ventricules.

CAVITÉ THORACIQUE. Poumons parsemés de matière mélanique et de quelques granulations tuberculeuses; engouement hypostatique; rougeur des bronches.

CAVITÉ ABDOMINALE. Intestins météorisés, arborisations disséminées.

Rien dans les autres organes.

On aura remarqué l'invasion insidieuse de cette méningite, ses caractères équivoques après son apparition, et les phénomènes insolites qui ont pu la faire prendre pour un délire tremblant. Les lésions anatomiques elles-mêmes, toutes conformes qu'elles sont avec certains degrés de la méningite, ne sont pas celles qu'on rencontrait le plus ordinairement dans notre épidémie. Cependant on a vu qu'elles étaient moins marquées encore chez le sujet de notre obs. 4. Serait-ce que le peu de vigueur du sujet actuel et le peu de durée de la maladie auraient empêché l'inflammation de passer aussi promptement à l'état de suppuration? Toujours est-il que ce fait est bien propre à démontrer la grande variabilité des expressions phénoménales des maladies, même épidémiques, et les difficultés qui environnent parfois le diagnostic des affections qui passent pour les mieux connues.

Sous le point de vue du traitement, on remarquera que ce malade n'a pas perdu une goutte de sang et qu'aussi l'opium s'est montré sans effet.

FORME VERTIGINEUSE (TOURNIS) AU DÉBUT; MARCHE RAPIDE; MORT EN 60 HEURES; SUPPURATION DES MÉNINGES.

OBS. IX. — Un jeune homme de 20 ans, grand et fluet, logeant à la caserne d'artillerie, entre à la clinique le 7 mars 1841. On raconte que le jour même,

---

l'activité humaine. Cette évolution indéfiniment transitoire, quoique toujours uniforme dans sa marche, a pour résultats le perfectionnement graduel de l'idée scientifique et la conscience de plus en plus claire des moyens de réaliser cette idée. Sa conséquence dernière, si elle pouvait être atteinte, serait de faire disparaître toute différence entre ce qui est cru et ce qui est su, c'est-à-dire d'égaler en toutes choses le domaine de la science à celui de la foi.

Si cette manière de concevoir le mouvement de la science est exacte, il est tout simple qu'il y ait à tous les momens de cette évolution des disparates dans les diverses sciences ou branches de sciences, et en conséquence il n'y a pas lieu de s'étonner ni de douter que la science actuelle conserve encore sur bien des points quoique à son insu, une forte empreinte du caractère logique de la science ancienne.

Du reste, nous n'en sommes pas réduits à raisonner sur des probabilités. Il est facile de prouver par le fait, non seulement que l'esprit scientifique des anciens âges subsiste encore avec force dans plusieurs de nos sciences les plus accréditées, dans la médecine par exemple, mais encore que des corps entiers de doctrines, dont l'étroite parenté avec les connaissances *occultes* les plus décriées est d'une irrécusable authenticité, s'établissent au milieu de nous, y vivent et s'y propagent sans autorisation légale, et même y font une assez belle figure.

Le mot *médecine* vient de nous échapper à l'occasion des sciences occultes. Nous ne l'avons pas cherché; nous l'avons involontairement rencontré. Nous ne serions pas surpris que la médecine actuelle se crût blessée de cette rencontre, quoiqu'elle soit un simple rapprochement, et non une assimilation. Mais la situation particulière de cette science, considérée du point de vue logique, est si propre à éclaircir et à justifier les considérations qui précèdent, que nous n'hésiterons pas à en faire usage, au risque même de quelque scandale. Ce n'est pas que les médecins modernes soient tout à fait sans scrupule sur la valeur de leur science. Il en est un certain nombre qui sentent les côtés faibles de sa constitution; seulement il en est très peu qui se fassent une idée bien nette de la nature et de l'étendue de ce déficit. Une comparaison directe de la science médicale avec les fausses sciences du temps passé serait choquante, et, sous bien des rapports, peu équitable. Mais on ne s'écartera pas beaucoup de la vérité en réduisant l'assertion à ceci, savoir : que les propositions dogmatiques qui composent aujourd'hui la croyance du médecin, et les préceptes pratiques qui dirigent sa conduite dans l'exercice de l'art, sont en général, qu'il le sache ou l'ignore, des connaissances, logiquement parlant, pseudo-scientifiques, c'est-à-dire des notions acquises et acceptées hors des conditions indispensables de crédibilité que la critique philosophique impose aujourd'hui à toute affirmation dogmatique. Ce sont de simples croyances, en droit hors de la science, mais qui la simulent. De là naît pour la médecine une illusion tout à fait analogue dans son principe et dans ses résultats à celle qui a signalé le règne des doctrines occultes.

La démonstration développée de ce fait nous conduirait plus loin que nous ne voulons et ne pouvons aller. Nous nous bornerons à éclaircir notre pensée par un seul exemple.

La médecine occulte du moyen-âge avait un très riche formulaire, comme on en jugera par les recettes suivantes tirées de son CODEX :

Pour le mal de tête, une plante de verveine appliquée sur la nuque (*Auct.* Forestus).

après un malaise de quelques heures, il fut pris, étant debout, de vertiges, puis d'un mouvement de rotation sur lui-même, lequel fut bientôt suivi de chute, céphalalgie intense, vomissemens, perte de connaissance. Il est actuellement dans un état comateux, ne répond pas et vomit des matières bilieuses. (Saignée de 500,00, 50 sangsues à la base du crâne.) Sang normal.

8. Pâleur, stupeur, yeux fermés, bouche fuligineuse, plus de vomissemens, constipation, pouls à 96. (Saignée de la jugulaire qui ne procure que 60,00 de sang, 60 sangsues en trois applications à la base du crâne, raser le cuir chevelu, onct. mercur.)

Le soir, oppression, raideur tétanique, spasmes cloniques.

Le 9, même état. (Saignée de 300, 20 sangsues, onct. mercur.) Le soir, pâleur extrême, pouls filiforme, coma persistant. (Vésicatoire à la cuisse, lavement irritant). Râle trachéal ; mort dans la nuit, 60 heures environ après l'invasion.

Nécropsie 30 heures après la mort.

Cavité encéphalo-rachidienne. Notable quantité de sérosité trouble dans la cavité de l'arachnoïde. Le cerveau et le cervelet, sur presque toute leur surface, sont recouverts d'une couche gélatiniforme et puriforme dans quelques points, notamment sur le trajet des gros vaisseaux latéraux, sous l'arachnoïde. A la partie antérieure de l'hémisphère gauche existe une couche de pus tellement épaisse qu'elle déprime les circonvolutions, lesquelles semblent avoir éprouvé une perte de substance. Cerveau légèrement pointillé; point de liquide dans les ventricules.

Les méninges rachidiennes sont soulevées par une grande quantité de sérosité trouble, puriforme, accumulée surtout à l'extrémité inférieure, où la moelle est revêtue d'une couche de pus concret. Le cordon rachidien est, comme le cerveau, de consistance normale.

Cavité thoracique. Poumons sains, cœur normal, si ce n'est que la valvule mitrale paraît couverte de végétations, qui ne sont autre chose que de la fibrine adhérente et décolorée.

Cavité abdominale. Rongeurs disséminées dans l'estomac et le tube digestif, plaques pointillées et réticulées, larges et nombreuses dans l'espace de 40 centimètres de l'intestin au-dessus du cœcum. Celui-ci contient quelques vers tricbocéphales.

Rien dans les autres organes.

Voici un cas de méningite quasi foudroyante. Quelques instans après ce singulier *tournis* qui a marqué l'invasion, le coma se trouvait établi. La maladie n'a pas duré trois jours, et pourtant le pus est déjà formé en abondance sur presque toute la superficie des centres nerveux. Un traitement antiphlogistique des plus vigoureux ne parvient point à conjurer les accidens; peut-être même l'accuserait-on de la promptitude de la catastrophe, si la gravité des lésions inflammatoires n'en justifiait l'application, en même temps qu'elle constate l'incurabilité du mal. Nous possédons, d'ailleurs, d'autres cas où des évacuations sanguines plus abondantes, et effectuées en moins de temps encore, ont procuré des résultats salutaires.

Il serait possible de multiplier davantage encore les formes diverses sous lesquelles la maladie s'est présentée. Mais ces distinctions artificielles ne peuvent avoir pour effet que de jeter la confusion dans les esprits, en faisant perdre de vue l'unité des lésions fondamentales.

De toutes ces formes, la plus fréquente fut une forme *mixte*, céphalalgique, tétanique, délirante et comateuse tout à la fois. On a vu, en effet, ces phénomènes apparaître dans la grande généralité des cas, comme pour constater l'identité de l'affection. Les lésions anatomiques se sont montrées moins variables encore et n'ont guère différé que par les degrés, c'est ce qui ressortira mieux de nos études ultérieures.

§ IV. — Durée des cas en particulier et de l'épidémie en général.

Envisagée sous le point de vue des cas en particulier, la durée de notre méningite fut extrêmement variable ; d'autres prétendent l'avoir vue entraîner la mort dans l'espace de quelques heures ; pour nous, la durée la plus courte que nous ayons observée fut au moins de deux jours; la durée la plus longue a dépassé trois mois, mais comme exception. La moyenne totale fut de vingt-un jours. A cet égard, il est à remarquer que lorsque la maladie se prolongeait, c'était moins à la méningite que le malade succombait qu'à certaines complications, notamment à celles qui surgissaient du côté de l'appareil digestif. Dans les cas mêmes où le malade guérissait, la résolution de la méningite, avons-nous dit, était rarement franche. Le plus souvent, après les premiers accidens conjurés, la maladie se prolongeait sous forme bénigne, en tant qu'affection cérébrale, mais on voyait surgir divers accidens qui entravaient la guérison parfaite, et finissaient même fréquemment par constituer à eux seuls la maladie. Nous avons perdu vers la fin d'août un malade affecté depuis mars, et qui ne fait pas partie de cette statistique ; il fut promptement débarrassé des symptômes cérébraux ; mais il a fini par succomber, après cinq mois de maladie, à une entérite ulcérée. Plusieurs malades conservent encore aujourd'hui, qui de la surdité, qui de la faiblesse ou de l'engourdissement dans les membres, et qui, pourtant, sont guéris de leur méningite. Il résulte de là qu'il est fort difficile d'assigner une durée absolue à la maladie dans les cas de guérison et même dans ceux de mort. Tout ce que nous pouvons faire, c'est de produire les extrêmes et la moyenne de la durée totale jusqu'à la sortie de l'hôpital, ce qui comprend en même temps la durée de la convalescence, laquelle, le plus souvent, fut plus longue que la maladie elle-même.

Première catégorie : cas suivis de guérison.

Sur 16 cas de guérison où la durée totale a été spécifiée, nous trouvons :

Durée........	Minimum.........	7 jours.
	Maximum........	60 »
	Moyenne.........	27 »

Deuxième catégorie : cas suivis de mort.

Sur 20 cas, nous trouvons :

Durée........	Minimum.........	2 jours.
	Maximum........	83 »
	Moyenne.........	16 »
Total général..	Minimum.........	2 jours.
	Maximum........	83 »
	Moyenne.........	21 » 11/36.

Relativement à la durée de l'épidémie elle-même, on a vu qu'elle a débuté à la clinique par un cas isolé, le 14 janvier 1841, puisqu'un laps de temps de six semaines s'est écoulé, et que les malades subséquens ne se sont offerts que vers la fin de février ; que ces cas se sont ensuite

---

Pour l'épilepsie, un brin de sureau suspendu au cou (*Auct.* Anton. Hartmann et Bartholin).

Pour l'hypochondrie, un sachet de safran sur le cœur.

Pour faciliter la sortie des dents, les yeux d'écrevisse.

Pour arrêter le crachement de sang, appliquer sur l'estomac un crapaud tué pendant que le soleil est dans le signe du lion (*Auct.* Hoffmann, Methon. medend., lib. I, cap. 19), etc., etc.

Parmi les recettes ingénieuses de la thérapeutique, magnétique ou sympathétique de cette époque, une des plus remarquables est celle dont on se servait encore à Rome au dix-septième siècle pour la guérison de la lèpre et autres maladies cutanées. C'est le père Kircher (De arte Magnetica, lib. III, pars 7) qui en a donné la meilleure description comme témoin oculaire. Dans les montagnes des environs de Bracciano, il y avait une caverne ; dans cette caverne il y avait des serpens, et ce sont ces serpens qui guérissaient la lèpre. Voici comment : « Le malade, dit le docte jésuite, ayant été d'abord purgé, est transporté dans la grotte, dont la température est sensiblement plus élevée que celle de l'air extérieur ; on le déshabille, on l'étend tout nu par terre ; la chaleur du lieu ne tarde pas à le faire suer, et dès qu'il sue, il s'endort. Pendant qu'il est ainsi endormi et sans mouvement, les serpens des environs, alléchés par l'odeur de la sueur, sortent de leurs trous par centaines, s'enroulent autour du corps du patient et se mettent à le lécher délicatement sans lui faire aucun mal. Mais comme le moindre mouvement les mettrait en fuite, il est important que le malade demeure immobile. Aussi, pour prévenir de sa part les mouvemens involontaires que la peur ou le dégoût des reptiles pourrait provoquer, on lui administre quelquefois une dose d'opium. Au bout de deux à quatre heures de sommeil on le retire de la caverne, et on recommence les jours suivans jusqu'à la parfaite guérison, qui ne se fait pas attendre. »

En fait de ridicule et d'extravagance, il serait difficile de trouver quelque chose de plus satisfaisant. Le médecin moderne sourit en lisant cette recette, et se réjouit en son cœur d'être né à une époque où les progrès de la méthode scientifique ont purgé la médecine de ces pratiques superstitieuses. Il s'étonnera que de telles rêveries aient pu trouver crédit auprès des savans. Il prouvera admirablement, s'il consent toutefois à discuter le fait, qu'aucune théorie supportable ne peut justifier une médication de cette nature ; il mettra en avant tout ce qu'on sait ou croit savoir sur l'éléphantiasis d'une part, et de l'autre sur les serpens, et il démontrera victorieusement qu'il n'y a aucun rapport imaginable entre cette maladie et ces reptiles. Si on allègue les expériences, il demandera par qui, comment, dans quelles conditions ont été faites ces prétendues expériences ; il fera remarquer l'extrême invraisemblance de cette convocation de serpens ; il voudra qu'on lui donne le détail de chaque cas dans toutes ses circonstances, qu'on indique le nombre des malades et celui des serpens, qu'on signale les précautions prises pour écarter toutes les causes d'erreur, qu'on montre enfin que cette croyance est une conclusion légitimement déduite des faits observés. Et après avoir épuisé son arsenal d'objections, il conclura lui-même que l'histoire de la caverne n'est qu'un conte de vieille femme, que l'ignorance et la crédulité les plus honteuses ont pu seules accréditer.

Nous sommes tout à fait de l'avis de ce médecin. Cependant il importe à notre but de remarquer que, dans la pensée des médecins de ce temps, cette médica-

multipliés jusqu'à la fin de mai, époque à laquelle on a pu considérer l'épidémie comme éteinte; ce qui donne une durée de quatre mois et demi. Mais ici, comme dans la plupart des épidémies, le mal ne s'est pas éteint brusquement, et de temps en temps depuis lors quelques faits isolés se sont offerts comme un écho lointain, comme un souvenir expirant de l'épidémie. Ainsi, plus de cinq semaines après la fin de mai, le 11 juillet, est entrée à la clinique une femme plongée dans un coma mêlé de délire. Elle est morte; et à l'autopsie nous avons trouvé une pleurésie, et de plus, comme explication des symptômes cérébraux, vive injection de la pie-mère et sérosité lactescente sous l'arachnoïde; de plus encore, un pointillé noir de quelques plaques de Peyer.

Vers les premiers jours d'août, on apporte un soir un homme offrant des symptômes épileptiformes. Il succombe dans la nuit. A l'autopsie, méningite cérébrale caractérisée par injection vive et sérosité lactescente sous l'arachnoïde et dans les ventricules cérébraux.

Quelques jours plus tard entre un homme soi-disant épileptique, qui, depuis son dernier accès, lequel a eu lieu il y a plusieurs jours, est plongé dans un état semi-comateux, avec céphalalgie, raideur et douleur de la nuque, contracture et mouvemens convulsifs passagers dans les membres. Un traitement antiphlogistique vigoureux dissipe ces symptômes.

Eh bien! ces derniers faits doivent-ils être rattachés à l'épidémie? Oui et non, mais dans tous les cas, ou même tire que le premier fait qui s'est offert six semaines avant les autres. C'est ainsi, après tout, que se comportent presque toutes les épidémies. Heureux lorsque les recrudescences se bornent à quelques cas isolés. On a comparé ceux-ci aux rares détonations qui suivent une bataille, alors qu'on suppose que le feu a complètement cessé.

§ V. — DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.

Le diagnostic différentiel des maladies qui règnent sous forme épidémique est, en général, assez facile à établir, ce diagnostic surgissant, pour ainsi dire, *à priori*, de l'existence même de l'épidémie. C'est ce qui fait que, malgré la diversité de physionomie des cas qui sont passés sous nos yeux, nous avons commis assez peu d'erreurs; néanmoins nous sommes coupables de quelques-unes, et c'est pour éclairer les causes de ces mécomptes que nous dirons ici quelques mots des affections qu'il était possible de confondre avec la maladie régnante.

Ici, comme pour toute épidémie, nous avons à distinguer la maladie dont il s'agit: 1° de toutes les autres maladies qui peuvent affecter le même organe ou appareil; 2° de toutes celles qui, siégeant ailleurs, peuvent offrir quelque ressemblance avec elle; 3° enfin, de la même maladie observée à l'état sporadique, lorsqu'elle y a des analogues.

1° Quoi qu'on ait dit de la variabilité, de la confusion, de la marche étrange de notre méningite, il était, dans la plupart des cas, assez facile de la reconnaître, abstraction faite des lumières acquises par les faits antérieurs: céphalalgie, délire intense, spasmes toniques ou cloniques, puis coma, et plus rarement paralysie prononcée, tels sont les signes fondamentaux auxquels il était difficile de se tromper. Et en effet, avec quelle autre maladie de l'encéphale eût-on pu la confondre? Est-ce avec l'apoplexie, qui frappe subitement de perte de connaissance et de paralysie, sans douleur, sans délire? Est-ce avec le ramollissement cérébral, qui, presque toujours, procède lentement, sourdement, et qui, lorsqu'il éclate par la douleur, la contracture, la paralysie patentes, conserve même encore une allure de chronicité qui contraste avec la marche tumultueuse et généralement si rapide de la méningite aiguë? Si donc nous avons offert des formes apoplectiques (obs. 5) et du ramollissement cérébral (obs. 6), c'est moins pour prévenir contre des erreurs difficiles à commettre que pour faire saillir la variabilité des symptômes.

Il est pourtant certaines névroses cérébro-spinales avec lesquelles on eût pu confondre un instant notre maladie, laquelle ressemblait singulièrement, dans certains cas, au tétanos, par exemple. Mais le tétanos existe le plus souvent sans vive céphalalgie, sans délire, parfois sans fièvre. Ici les symptômes cérébraux tranchaient les doutes. Et après tout, il n'y a pas si loin, à notre avis, du tétanos à la méningite rachidienne.

Nous avons mentionné des accès semblables à ceux de l'épilepsie (obs. 7); mais les attaques de l'épilepsie sont essentiellement passagères, intermittentes; ici, au contraire, marche continue des symptômes fondamentaux, l'intermittence ne portant que sur les convulsions accidentelles et éphémères.

Une fois nous avons pu confondre la méningite avec le *delirium tremens* (obs. 8); mais ce cas est le plus obscur que nous ayons rencontré, et la rapidité de la catastrophe a promptement dissipé notre erreur.

En somme donc, il n'est pas impossible de confondre notre méningite avec d'autres affections de l'appareil cérébro-spinal; ces erreurs, du moins, seront très rares, si l'on procède au diagnostic avec tant soit peu de profondeur.

2° Quelles sont les maladies siégeant ailleurs que dans les centres nerveux qu'il serait possible de confondre avec notre méningite? Il n'en est véritablement qu'une; mais à cet égard l'erreur, il faut en convenir, est assez facile, et nous l'avons commise: il s'agit de l'*entérite folliculeuse* ou *fièvre typhoïde*. Et d'abord il serait naturel de prendre pour une affection typhoïde certaines méningites avancées et accompagnées de fuliginosités buccales, de diarrhées, de prostration, de subdélire comateux; mais ici les antécédens jetteront sur le diagnostic une précieuse lumière, et l'intensité de la céphalalgie, du délire, du tétanos initiaux ou persistant encore feront, en général, éviter l'erreur, surtout ne perdant pas de vue l'existence actuelle de l'épidémie. Du reste, nous verrons que la méningite est loin d'exclure l'entérite folliculeuse à un certain degré. La simultanéité ou la succession des deux maladies a été maintefois constatée, non seulement par les symptômes, mais encore par les lésions anatomiques; déjà nos observations en ont dit quelque chose.

Bien qu'en général les épidémies absorbent, comme on dit, les maladies intercurrentes, il convient de se tenir en garde contre ce que cet axiome renferme de trop absolu. S'il est vrai, par exemple, que les entérites folliculeuses sont devenues rares pendant le règne de notre méningite, celle-ci n'a cependant pas absolument exclu les premières, et le fait suivant proclame, sur ce point, une erreur momentanée de notre part, erreur qu'on nous pardonnera sans doute en pesant les circonstances.

ENTÉRITE FOLLICULEUSE (FIÈVRE TYPHOÏDE), SIMULANT LA MÉNINGITE.

OBS. X. — Un homme de 19 ans, de constitution moyenne, cordonnier, entre à la clinique le 17 mai 1841, au fort de l'épidémie. Il y a quatre jours qu'il res-

---

tion avait une signification toute différente. Elle y prenait une forme scientifique régulière. Sa crédibilité se justifiait suffisamment par sa liaison avec des dogmes physiologiques et pathologiques universellement reçus, par sa conformité avec d'autres faits d'un genre analogue précédemment connus. Théoriquement, elle était parfaitement explicable par les idées alors en vigueur, et son introduction dans la science courante n'avait rien d'insolite ni d'extraordinaire. Comme simple observation, elle était attestée par des témoignages auxquels la critique historique d'alors ne trouvait rien à redire. C'était un fait de notoriété publique, certifié par les médecins et professeurs de Rome: on citait les noms, les lieux, les personnes; on racontait comment cette découverte avait été faite par hasard par un lépreux qui, s'étant égaré, et surpris par la pluie, s'était réfugié dans la caverne à moitié nu, et s'y était endormi; qu'à son réveil il fut saisi d'horreur en se voyant couvert de serpens, et s'enfuit précipitamment, mais qu'il s'aperçut bientôt qu'il était guéri. Le fait ayant été divulgué, d'autres malades allèrent alors se livrer aux bienfaisantes caresses des serpens, et revinrent guéris comme le premier. Ainsi, historiquement, le fait n'avait rien de fabuleux ni de suspect. Quant à la propriété curative des attouchemens des serpens, il n'y avait rien qui répugnât aux idées médicales de ce siècle. Ce n'était qu'un exemple de plus des cures opérées *per translationem* ou *transplantationem*, les serpens se chargeant des principes morbides exhalés sur la peau du malade, de même que des chiens couchés avec un goutteux prenaient la goutte à leur compte. La possibilité de cette transplantation et son mécanisme n'offraient pas plus de difficultés. Les esprits vitaux ou autres effluves subtiles et éthérées, attirés ou repoussés par des mouvemens occultes de sympathie ou d'antipathie, offraient immédiatement une explication très sortable. L'existence de ces esprits était mise elle-même hors de contestation; car ce n'est que par eux qu'on pouvait se rendre compte des innombrables faits d'actions à distance et de mouvemens invisibles offerts par la nature, et dont on donnait surtout pour exemple les phénomènes de l'aimant. Ces esprits étaient alors des espèces de *factotums* dans la science, comme les *esprits familiers* dans les ménages. La race n'en est pas éteinte, et leurs enfans s'appellent aujourd'hui des *fluides*.

On voit donc que la médication par les serpens était *rationnelle*, comme on parle à présent. Cette opinion n'était pas *raisonnable*, au sens absolu, mais parfaitement *raisonnée*. Fondée sur des expériences, plausiblement expliquée, conséquente dans toutes ses parties, elle était revêtue d'une forme logique régulière. Son admission n'était pas le résultat d'une crédulité aveugle et passive, mais le produit d'une conviction acquise dans un but et par une méthode scientifiques. Cependant, dit-on, la méthode était fautive, les théories fantastiques, les expériences illusoires! sans doute; mais il ne s'agit pas de cela. Nous ne voulons constater ici autre chose sinon que cette opinion réunissait en sa faveur tout ce que la critique scientifique du temps exigeait pour qu'un dogme médical quelconque fût reconnu vrai, certain et fondé en raison.

Voyons maintenant si la philosophie médicale moderne a fait assez de progrès pour rendre impossible cette sorte d'illusion.

Les termes de comparaison abondent. Il n'y a qu'à ouvrir un traité de médecine pratique, un *codex*, un dictionnaire; on en trouve un à chaque page. Nous prendrons le suivant, non comme le plus convenable à notre but, mais comme un des plus populaires et des plus connus.

sentit, sans cause connue, de la céphalalgie, vertiges, faiblesse, courbature, douleur à la nuque et le long du rachis.

Etat actuel: Céphalalgie frontale, nuque et rachis douloureux quand il redresse la tête et le tronc, facies coloré, photophobie; langue blanche au centre, rouge sur les bords, anorexie, soif, abdomen indolent, crépitation dans la fosse iliaque droite, selles régulières, peau chaude, pouls fréquent, développé; respiration normale. (Saignée de 300,00, 20 sangsues à la base du crâne, chiendent.)

18. Même état, deux selles, pouls à 120, large, résistant. (Deux saignées de 300,00, limon. tartar.) Sang plastique.

19. Léger délire pendant la nuit, peu de céphalalgie, nuque douloureuse, 6 selles, gargouillement iliaque, peau brûlante et sèche, pouls à 96, large, résistant. (2 saignées, 2 lavemens émolliens, catapl. abdom., eau sucrée.) Sang normal.

20. Délire nocturne, rachis douloureux, langue rouge, pointillée; sensibilité iliaque, point de selles, pouls à 100, plus souple. (25 ventouses scarifiées le long du rachis, raser la tête, onct. mercur., foment. froides émoll.)

21. Délire actif; la bouche devient fuligineuse; quelques taches rosées à la base du thorax. (Trois fois 10 sangsues à la base du crâne.)

22. Délire bruyant pendant la nuit; bouche fuligineuse, abdomen sensible à la pression, gargouillement, bruit humorique dans le flanc droit, 4 selles; pouls à 100, peu développé. (Tis. de riz., catapl. abdom., fomentations d'oxicrat sur les membres.)

Dès lors l'appareil typhoïde marche franchement, et l'idée de méningite est complétement éloignée. (Emolliens.)

28. Délire moins intense, bouche moins fuligineuse, crépitation iliaque, 3 selles dont 2 involontaires; pouls à 100, assez développé; peau chaude, tuméfaction à la région parotidienne droite. (Tis. de riz, 2 demi-lav. laudanisés, frict. sinapisées sur les membres, 12 sangsues à la joue droite.)

31. Nuit bonne, intelligence nette, bouche encore un peu fuligineuse, 3 selles dont 1 involontaire; pouls à 100, assez résistant. La parotide se résout. (Emol., bouillon.)

Dans les premiers jours de juin, le mieux se confirme. La convalescence s'établissait, lorsque, le 10, on découvre plusieurs petits abcès indolens au cou et au cuir chevelu; on les ouvra avec la lancette. Plusieurs autres se forment les jours suivans et sont ouverts de même. Le malade mange le quart. Il se lève le 17. De nouveaux abcès se forment toujours jusque dans les premiers jours de juillet; enfin le malade sort guéri, le 16 juillet, deux mois après son entrée.

On a sans doute remarqué l'ambiguité des symptômes pendant les quatre ou cinq premiers jours après l'entrée; ce mélange de rachialgie et de symptômes typhoïdes, lesquels ne se sont isolés qu'à cette époque. On a remarqué aussi ces cinq saignées, bien supportées par le malade, sans amélioration cependant. Nonobstant cet énergique traitement dirigé contre la méningite supposée, la convalescence s'établit assez promptement, puisqu'elle se dessine dès les premiers jours de juin, 15 jours après l'entrée, 19 jours après l'invasion. Remarquez encore cette parotide qui survient alors que l'amélioration s'est déjà manifestée et qui, par conséquent, ne peut être considérée comme critique, non plus que ces abcès sans cesse renaissans qui ont accompagné et non précédé la convalescence.

A côté de cette observation, nous pourrions en placer une ou deux autres, dans lesquelles, par contre, la méningite a simulé l'entérite folliculeuse; mais nous craignons de fatiguer le lecteur.

3° Il nous reste à dire notre pensée sur le troisième point relatif au diagnostic des maladies épidémiques, à savoir sur les caractères qui pourraient différencier notre méningite de la même affection à l'état sporadique. Bien que ce soit anticiper sur ce que nous établirons largement en traitant de la nature de la maladie, le lecteur est, dès à présent, assez au fait de nos principes pour qu'il nous soit permis de formuler d'une manière synthétique notre opinion à cet égard. Eh bien! en nous basant sur les phénomènes patens, appréciables de notre maladie, nous sommes autorisés à dire que la méningite épidémique par nous observée ne diffère pas essentiellement de la méningite sporadique. C'est une belle et bonne méningite encéphalo-rachidienne, et voilà tout; plus, la généralisation du mal, son intensité dans la plupart des cas et certaines complications peut-être; toutes circonstances qui n'impliquent nullement une différence intime, fondamentale. Pour trouver des caractères spécifiques à cette maladie, il faut absolument plonger dans les abstractions, produire des hypothèses, procéder enfin par des voies dans lesquelles refuse d'entrer la médecine positive, celle qui régit nos convictions.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE SUR L'ÉPIDÉMIE DE SUETTE QUI A RÉGNÉ DANS LE DÉPARTEMENT DE LA DORDOGNE; par M. PIGNÉ.

Monsieur le rédacteur,

Je lis dans le numéro 13 de la GAZETTE MÉDICALE un compte-rendu du RAPPORT SUR UNE ÉPIDÉMIE DE SUETTE MILIAIRE QUI A RÉGNÉ DANS LE DÉPARTEMENT DE LA DORDOGNE, par le docteur Bouchard. Je regrette vivement de n'avoir pas à ma disposition le rapport dont il s'agit; l'extrait que vous en citez est, sur plusieurs points, tellement en opposition avec ce que les médecins de Limoges ont observé, qu'il me paraît impossible qu'une réponse à ce rapport ne soit pas bientôt rendue publique.

Toutefois, permettez-moi quelques réflexions sur quelques-uns des points que vous avez reproduits. Ce qui m'engage surtout à vous les adresser, c'est que vous dites à la fin de l'article publié par la GAZETTE MÉDICALE : « Nous n'accepterons ces propositions comme vraies que quand elles auront été soumises à l'expérimentation pendant toute la durée d'une épidémie. » Je crois pouvoir assurer, sans trop me compromettre, que si MM. les médecins de Bordeaux avaient observé *par eux-mêmes* la suette dont ils parlent, ils auraient pu en avoir une opinion toute autre que celle qu'ils ont avancée sur le traitement.

Lorsque l'épidémie était à son plus haut degré d'intensité, les médecins du département de la Dordogne ne pouvant, malgré leur zèle et leur prodigieuse activité, suffire à l'exigence des nombreux malades, l'autorité supérieure fit un appel aux médecins des départemens voisins, et le jour même, les médecins de Limoges, au nombre de cinq (MM. Bardinet, Bleynie, Dépéret, Montancey et moi), partirent, et le lendemain matin, ils occupaient les postes médicaux qui venaient d'être improvisés dans les divers quartiers de Périgueux. Peu de jours après, l'épidémie avait cessé ses ravages. Nous allions à la préfecture pour prendre congé de M. le préfet, lorsque la commission bordelaise arriva à Périgueux. Alors, depuis deux jours, il n'y avait pas eu de décès, et depuis ce jour

---

Chacun a entendu parler de la gastrite, et même, il y a quelques années, chacun croyait l'avoir. Sans faire ici de médecine, nous dirons qu'on désigne par ce mot l'inflammation de la membrane qui revêt intérieurement l'estomac. Quant à la chose signifiée par le mot inflammation, la signification en serait infiniment plus difficile. Il suffit de dire qu'on s'en ferait une idée suffisamment claire, quoique bien grossière, en se représentant l'état de la peau du visage prise de fluxion ou d'érysipèle. La peau, dans ces cas, devient, comme on sait, rouge, chaude, gonflée et douloureuse. Placez tous ces caractères sur la peau interne de l'estomac, et vous aurez à peu près l'image d'une gastrite. C'est du moins ce que disent les livres et nos maîtres. Personne n'ignore non plus que, cette maladie étant constatée, la première chose que fait le médecin est d'appliquer sur le creux de l'estomac un certain nombre de sangsues (quinze, vingt, trente), qu'on y laisse se gorger de sang, et dont on ne ferme les piqûres qu'après qu'elles ont coulé plus ou moins longtemps. Cette soustraction de sang, opérée sur ce point déterminé, passe pour agir puissamment et favorablement sur l'organe intérieur souffrant. C'est parmi les moyens imaginés pour le traitement de la gastrite le plus universellement employé. Le médecin qui négligerait de l'appliquer serait taxé d'imprudence, sinon d'ignorance, et celui qui le prescrit se croit parfaitement en règle avec sa conscience et avec sa science.

Cette confiance morale et cette quiétude logique reposent pourtant sur des fondemens si faibles qu'on n'a pas le courage de faire le procès au P. Kircher, à l'endroit de ses serpens. Si vous demandez au médecin la démonstration scientifique de cette méthode, vous serez étonné de reconnaître qu'il est incapable de la produire, et il sera probablement aussi étonné que vous de son impuissance à cet égard. C'est qu'en effet il ne s'était jamais posé directement la question à lui-même. Il est, sans s'en douter, dans l'illusion logique de ses confrères du seizième siècle. Forcé de répondre, il invoquera inévitablement et avant tout l'expérience. Mais alors on lui demandera, comme à l'homme à la caverne, quelle garantie il a que cette expérience a été véritablement faite, et qu'elle est concluante. S'il cite des faits, on lui prouvera, avec une étonnante facilité, que ces faits sont mal déterminés, variables, sujets à interprétations multiples et diverses, contradictoires, étrangers à la question, insignifians, en somme inconcluans, et par conséquent nuls et non avenus. Si, sortant du terrain de la pure observation empirique, où il est déjà si mal à l'aise, il s'adresse à la théorie, il tombe dans un abîme de difficultés et d'invraisemblances. Quelque notion qu'il se fasse de l'état morbide de l'estomac appelé gastrite, il lui est tout à fait interdit d'établir un lien de causalité, je ne dis pas évident, mais même plausible, entre la saignée locale exécutée sur l'épigastre et la modification interne que cette opération est censée produire dans l'estomac même. Le seul but appréciable de cette pratique est en effet de dégorger la surface intérieure de l'estomac, d'en soutirer l'excès de sang dont on la suppose pénétrée, et dont l'accumulation anormale dans son tissu est, selon les idées reçues, un des élémens principaux de l'état inflammatoire. Mais comment prouvera-t-il que le moyen est ici approprié au but? Ces deux surfaces, la saine et la malade, sont complètement séparées, non seulement par d'épais tissus, mais même par des espaces vides; leurs vaisseaux capillaires sanguins sont tout à fait indépendans. Comment dès lors supposer qu'en dégorgeant l'une on dégorgera l'autre? Ce résultat, loin d'être évident, n'est pas même probable, et dans l'état actuel des connaissances anatomiques, il est incompré-

il n'y a pas eu de cas nouveau; les malades qui restaient étaient en pleine convalescence. Ces messieurs n'ont donc pu observer par eux-mêmes; ils ont été obligés de faire un rapport sur les renseignemens qu'ils ont pu recueillir de côté et d'autre. Or, la division, je dirai presque en deux camps, qui existait entre les médecins de la localité, au moment de notre arrivée, nous empêcha d'obtenir aucune donnée positive sur la nature, ni sur le traitement de la suette. Cette division existait encore plus forte lorsque l'épidémie eut disparu, c'est-à-dire lorsqu'arriva la commission bordelaise.

Les praticiens de la localité étaient, dis-je, divisés en deux camps :

Dans l'un, on regardait la maladie comme une fièvre intermittente, et l'on administrait le sulfate de quinine à haute dose, *indistinctement dans tous les cas*, au déclin de la maladie, dans la période de sa plus grande intensité, à son début, et même avant tout accident; dans ce cas, c'était comme préparatif. Les médecins de Limoges ont assisté au début de la suette chez des individus qui, par ordre de leur médecin, avaient pris de fortes doses de sulfate de quinine huit jours avant la première atteinte du mal. Dans ce camp, toute la thérapeutique consistait dans l'administration de ce spécifique.

Dans l'autre camp, à la tête duquel je placerai volontiers un jeune praticien dont le mérite vous est connu, le docteur Lacombe, on faisait plus particulièrement la médecine des symptômes, et on attaquait de préférence ceux qui dominaient le plus : il y avait des congestions très fortes du côté de la tête et du côté des poumons, des révulsifs sur les extrémités inférieures, et *quelquefois une saignée*, étaient mis en usage; il y avait dans presque tous les cas de la constipation, et on prescrivait un léger purgatif. J'ai dit : quelquefois une saignée, car ces praticiens avaient observé que la saignée, comme méthode générale, était plus funeste qu'utile.

Lorsque les médecins de Limoges arrivèrent, il leur fallut faire un choix entre ces deux thérapeutiques, et après avoir examiné un certain nombre de malades, ils n'hésitèrent plus et se rangèrent du côté de la médecine des symptômes. Je puis affirmer, et les registres de l'état civil en font foi, qu'à partir du moment où ils sont arrivés à Périgueux, c'est-à-dire le lendemain du jour, où il y avait eu le plus de mortalité dans la ville, il n'y a pas eu plus de cinq décès, et que, pendant tout le temps de leur séjour, ce chiffre ne s'est pas élevé à 10 pour tout le département.

Que conclure de ce fait? c'est que le jour de leur arrivée la maladie a complètement changé d'aspect, et qu'à partir de ce moment aussi, toutes les thérapeutiques réussissaient; le quinquina, les purgatifs, les révulsifs, la méthode expectante ; tous ces traitemens étaient également bons. Cependant c'était sous l'empire de ces mêmes thérapeutiques que pendant quelques jours, la mortalité avait atteint un chiffre vraiment effrayant; et il serait impossible à un médecin quelconque de Périgueux d'affirmer que (à une très faible fraction près, qui serait favorable à la médecine des symptômes), vu le nombre des malades qu'il a soignés, il en a guéri plus qu'aucun autre de ses confrères. Ce fait nous a confirmé dans une opinion que nous nous étions formée à l'époque du choléra, c'est que dans les maladies épidémiques il y a une période dans laquelle toutes les thérapeutiques sont à peu près impuissantes, et qu'à cette époque en succède une autre, dans laquelle tous les traitemens réussissent également.

Les médecins de Bordeaux disent que vu le type rarement continu, beaucoup plus souvent rémittent et même intermittent qu'affecte la suette, on doit la rattacher aux fièvres graves dues à l'impaludation. Or, le caractère intermittent n'a été observé par aucun des médecins de Limoges, et ils ont soigné *plusieurs centaines* de malades ; le caractère rémittent a été *rarement* observé par eux, et ces deux types n'ont pas été observés non plus par les médecins antagonistes du sulfate de quinine ; pour être vrai, je dirai qu'ils ont *souvent* été observés par les partisans de ce médicament. Lorsque l'épidémie eut presque disparu de la ville de Périgueux, plusieurs communes du département furent successivement envahies et plusieurs des médecins de Limoges s'y transportèrent à la hâte; j'étais du nombre, et bien que dans ces localités j'aie pu observer la maladie à son début, je n'ai pu surprendre de caractère intermittent; il m'a même été facile de constater que le plus grand nombre des malades se trouvait non pas dans les bas-fonds, non sur le bord des ruisseaux ou des marais, mais bien sur les plateaux et dans les lieux élevés; si la maladie tenait à l'impaludation, le contraire, ce me semble, aurait dû avoir lieu.

Un caractère de la suette de la Dordogne, que je ne vois pas mentionné dans le résumé du rapport que j'examine, c'est la terreur dont tous les malades étaient frappés dès le début et dans toute la durée de la maladie. Cette terreur a, sans aucun doute, exercé une funeste influence sur les malades. Dans une époque d'épidémie, chaque individu s'observe, et dès qu'il se sent un léger mal de tête il se croit atteint de la maladie régnante, il se couche et provoque des sueurs. Or, nous le demandons avec Sydenham (page 537) : « A quoi aboutissent ces sueurs hors de saison? » Le voici : c'est que la fièvre qui aurait pu se dissiper d'elle même, devient alors plus violente et forme une maladie considérable. » Ceci est si vrai, que des individus d'une énergie plus grande que les autres, qui ont été pris de la suette, alors qu'elle sévissait avec le plus d'intensité, ont refusé de se coucher, et chez eux la maladie a parcouru toutes les périodes sans avoir offert aucune gravité ; le mal de tête s'est dissipé, les sueurs ont été peu abondantes, l'éruption miliaire s'est faite normalement, l'oppression a été faible, et la convalescence n'a duré qu'un jour ou deux; et pendant le peu de jours que la maladie avait duré chez eux, leurs femmes, leurs enfans, leurs pères succombaient par les sueurs provoquées au-delà de toute expression. Aussi dirons-nous avec Sydenham (p. 512) : « Il est très dangereux pour le malade de toujours garder le lit, quelque » légèrement qu'il soit couvert. » Cette idée a été mise en pratique par nous dans le département de la Dordogne, et toutes les fois que nous avons pu assister au début de la maladie, nous avons fait lever les malades, nous les avons exposés à l'air, et le mal a constamment avorté. A ceux qui déjà étaient pris de sueurs, mais sans éruption, nous avons enlevé les couvertures, et dès que les sueurs diminuaient, nous leur ordonnions de se lever; ce système a été appliqué sur *plusieurs centaines* d'individus, et nous n'avons eu qu'à nous en louer, car le lendemain ils étaient complètement guéris. J'ajouterai que les prêtres, ayant reçu de nous des instructions dans ce sens, parcouraient les campagnes, faisaient lever ou découvrir les malades qu'ils trouvaient dans ces conditions, et non seulement aucun d'eux n'a succombé, mais la convalescence a été des plus rapides, surtout, lorsque au moment où les sueurs diminuaient, on faisait prendre un purgatif. Aussi nous sommes convaincus que si les médecins de Limoges n'ont rien pu faire pour arrêter la marche de la première période de l'épidémie, ils ont fait beaucoup pour diminuer la durée

---

hensible. La théorie ne justifie donc en aucune façon la pratique. Si on se rejette sur l'efficacité de la perte de sang, considérée comme une simple saignée, on change la question, et on en pose une nouvelle, non moins problématique peut-être, celle de l'influence des émissions sanguines. Si enfin on se réduit modestement à donner pour raison de cette médication l'irritation *révulsive* produite par les morsures des sangsues, on aura à prouver d'abord la vérité de la théorie de la révulsion en général, ce qui ne sera pas aisé, et il faudra ensuite, dans le cas particulier de la gastrite, montrer que la puissance de la cause est proportionnée à l'effet à produire.

La croyance moderne à l'efficacité des sangsues dans la gastrite n'a, on le voit, au fond, pas plus de valeur scientifique que la croyance ancienne à l'efficacité des serpens pour la lèpre. Elle est intrinsèquement frappée des mêmes vices logiques. Cependant elle est, comme son aînée, acceptée à titre de vérité scientifiquement acquise et scientifiquement démontrée; elle fait partie intégrante de la doctrine médicale généralement adoptée, enseignée, appliquée. Quoique absolument dénuée des motifs de crédibilité exigés aujourd'hui dans tout ce qui prétend au nom de science, elle s'établit sans difficulté aucune dans la foi du médecin et s'y place honorablement à côté d'une foule d'autres, qui, à la vérité, la valent bien ; elle résiste bravement à l'épreuve indéfiniment répétée de la pratique. Si, passagèrement et par éclairs, quelque doute s'élève sur la légitimité d'une acquisition de cette nature, il est immédiatement étouffé par la prodigieuse difficulté d'une vérification personnelle et par la réflexion tranquillisante que cette vérification a dû être faite quelque part par quelqu'un ; et on continue, non point à expérimenter cette connaissance, mais seulement à l'appliquer. On s'en sert parce qu'il est admis qu'il faut s'en servir. C'est une formalité.

S'il est vrai qu'on puisse ainsi, avec de l'attention, prendre notre science actuelle en flagrant délit de lèse-logique dans une foule de cas où elle ne se doute pas même de sa mauvaise position, on concevra moins difficilement comment un corps de croyances pseudo-scientifiques peut se maintenir longtemps en présence et en dépit des applications pratiques dont les mécomptes devraient, à ce qu'il semble, en dévoiler bientôt la vanité. Si ce phénomène intellectuel nous étonne tant dans l'histoire des doctrines astrologiques, magiques, spargyriques et théurgiques, c'est que leurs dogmes positifs, étant tout à fait sortis de notre croyance sous leur forme originaire, observés à la mesure de notre science actuelle, ils paraissent des monstres. Ce sont ces dogmes qui nous effraient d'abord, et ce n'est, si on nous passe le terme, que par ricochet que nous reportons notre surprise et notre investigation critique sur l'étrange aberration d'esprit qui les mit au monde et les y laissa vivre. Si, à notre époque, nous sommes en général et sur tant de points très peu portés à suspecter les fondemens de notre foi scientifique, c'est parce que les dogmes dont elle se compose, fruits de nos propres œuvres, n'étonnent pas plus notre intelligence que la forme de nos habits ne choque nos yeux. Il arrive de là que, lorsqu'on accolle brusquement, comme nous venons de le faire, telle ou telle science du passé à telle ou telle science du présent, la médecine rationnelle du dix-neuvième siècle et la médecine occulte du seizième siècle, la méthode des serpens et la méthode des sangsues, on produit sur l'esprit l'effet blessant et insupportable qu'une dissonnance musicale produit sur l'oreille. Cependant, de même que cette dissonnance peut, au moyen d'intermédiaires appropriés, être atténuée au point de devenir insensible, de même une as-

de sa seconde période, en dissipant cette terreur qui régnait dans la ville, et en pénétrant toutes les localités en proie à l'épidémie de cette vérité que les malades loin de provoquer les sueurs devaient rester levés et exposés au grand air.

Je borne ici ces réflexions, j'ai quelque lieu de croire que les médecins de Limoges publieront leurs observations; s'ils ne l'ont pas déjà fait, c'est qu'étant arrivés sur les lieux envahis par la suette au moment où l'épidémie était à son déclin, ils avaient jugé qu'ils ne pourraient donner qu'une histoire incomplète de cette affection ; mais la publication faite par les médecins de Bordeaux leur impose le devoir de dire ce qu'ils ont vu.

Agréez, etc.

OBSERVATION RELATIVE A UN CAS DE DÉVELOPPEMENT DU FOETUS, MALGRÉ L'ABSENCE DU CORDON OMBILICAL; communiquée par Mad. DANTHEZ, maîtresse sage-femme de la Faculté de Paris, ancienne aide sage-femme de la Maternité de Bordeaux.

Bien des théories ont été créées pour expliquer les moyens de nutrition que le fœtus trouve dans la cavité utérine ; les membranes de l'œuf, les vésicules, la gélatine du cordon, ont été considérées comme pouvant faire les frais des premiers rudimens de nutrition, mais non y suffire, comme Warthon et Rouhault avaient voulu l'admettre pour la gélatine. Ces théories avaient elles-mêmes été précédées d'une bien plus ancienne, je veux parler de la digestion de l'eau de l'amnios; plusieurs motifs s'étaient présentés pour soutenir ce mode d'explication. En effet, les animaux placés dans ce liquide y vivent plus que dans les autres ; la quantité d'eau et ses qualités alibiles sont d'autant plus grandes que le produit est plus jeune ; enfin, l'absence du cordon ombilical, qui a été constatée par des observations rapportées par Vander Wiel, Denis, Litte, Chaton, semblent la confirmer encore. M. Velpeau, en les signalant, les croit trop invraisemblables pour mériter d'être prises en considération. Je ne sais pas les circonstances qui ont accompagné ces divers faits et qui les rendent incroyables, ne les connaissant moi-même que par ce que M. Velpeau en dit ; aussi espéré-je, en publiant le fait suivant, que j'ai observé dans l'hospice de la Maternité de Bordeaux, pendant que j'y étais attachée en qualité d'aide sage-femme, pouvoir peut-être contribuer à éclaircir un fait, si obscur encore, de la nutrition du fœtus.

OBS. — Roque (Antoinette), âgée de 30 ans, native des environs de Toulouse, journalière, d'une constitution robuste, d'un caractère doux et tranquille, entra à l'hospice de la Maternité de Bordeaux le 8 octobre 1837 ; elle était dans le huitième mois de sa grossesse ; déjà elle avait été enceinte deux fois et elle était accouchée de deux enfans morts à terme. Elle accusait une douleur dans le flanc gauche, qu'elle assurait avoir ressentie depuis le commencement de sa grossesse, et qu'elle attribuait aux mauvais traitemens que lui faisait subir son mari et à la rudesse de ses travaux. Deux saignées au bras de 4 onces chacune lui furent pratiquées ; léger soulagement.

Le 14 octobre, les premiers phénomènes du travail se firent sentir, le flanc redevint plus douloureux qu'avant les saignées; il s'écoula une grande quantité d'eau, un litre environ. Elle fut examinée, le travail était commencé.

Persistance du même état jusqu'au 17 du même mois. A cette époque les douleurs devinrent plus fréquentes, plus énergiques; le toucher fit reconnaître la dilatation de l'orifice du col à peine au second temps; la présentation ne put être déterminée, tant la quantité d'eau était considérable, et par suite le fœtus mobile au milieu de l'utérus ; cependant nous présumâmes que c'était la tête.

A neuf heures du soir, issue d'une grande quantité d'eau ; le travail est un peu plus avancé ; la tête se présentait dans la position occipito-iliaque gauche postérieure.

A dater de ce moment, chaque douleur amenait l'issue d'une petite quantité d'eau, ayant tous les caractères de ce liquide dans les cas ordinaires.

L'accouchement fut terminé à dix heures, une seule contraction ayant suffi pour l'expulsion du tronc après le dégagement de la tête. Le délivre sortit sans aucun secours immédiatement après l'accouchement.

Depuis ce moment tout s'est passé comme dans l'état normal pour la femme; elle a quitté l'hospice douze jours après

Le fœtus était mort au terme de huit mois; il présentait les variétés suivantes :

ETAT EXTÉRIEUR. Conservation de la peau sans traces d'altérations; tête molle volumineuse (hydrocéphale externe); face tuméfiée; traits bien développés.

THORAX. La partie gauche était affaissée; la région claviculaire du même côté adhérait à la peau qui recouvre la mâchoire inférieure; l'épaule était par suite plus élevée; le côté droit n'offrait rien de remarquable.

ABDOMEN. La hanche gauche était déprimée sur la ligne médiane du ventre; au point qui devait correspondre à l'ombilic, se trouvait une ouverture de 3 à 4 pouces d'étendue, à travers laquelle s'échappaient le foie et les intestins. Il n'existait aucune trace de cordon ; seulement à la face concave du foie se trouvait une veine ayant de 3 à 4 lignes d'étendue.

Les membres inférieurs ne présentaient rien de remarquable, si ce n'est que les pieds étaient tournés l'un et l'autre en dedans.

Tel était l'état extérieur du fœtus. Quant aux organes génitaux, ils n'étaient pas distincts ; mais cependant ils se rapprochaient de l'apparence du sexe masculin. La position qu'ils occupaient se confondait avec l'aîne droite.

Les organes internes n'ont pas été l'objet de recherches minutieuses ; cependant j'ai su que le cœur était bien conformé, dans sa position normale ; il contenait du sang. Les poumons, les organes abdominaux étaient comme dans l'état régulier. Les intestins contenaient du méconium ; les artères ombilicales n'existaient pas sur les côtés de l'ouraque.

Le placenta était plus volumineux que dans l'état ordinaire ; la face utérine, naturelle ; sur la face fœtale on voyait au centre une veine dont le calibre était à peine de 2 lignes de diamètre, et en tout semblable à celle que j'ai signalée en parlant du foie. Sur cette partie du placenta, on voyait quelques ramifications veineuses. Celles des artères ombilicales n'existaient nullement.

Dans ce fait, où faudrait-il chercher les moyens de nutrition du fœtus? Evidemment les circulations placentaire et fœtale ne peuvent en rendre raison, puisque l'organe intermédiaire, le cordon ombilical, manquait. Peut-on considérer la petite veine qui, du centre du placenta, avait dû communiquer avec la portion qui se trouvait sous le lobe gauche du foie, comme en tenant lieu ? Je ne crois pas. En effet, ici, un moyen de communication du placenta au produit existait ; mais un seul vaisseau le composant, la circulation ne pouvait avoir lieu, à moins d'admettre un mouvement de flux et reflux dans le calibre si étroit de cette unique veine.

N'est-il pas plus rationnel de croire que le sang qui arrivait au cœur du fœtus servait d'excitateur du jeu des organes, qu'il en déterminait les fonctions, tandis que ces mêmes organes retrouvaient dans la circulation propre au fœtus des principes d'alimentation puisés dans les substances

---

sertion du caractère extérieur le plus paradoxal peut, à l'aide de transitions convenables, se faire accepter par la raison.

Du reste, il ne faut prendre cette comparaison que pour ce qu'elle vaut. Assurément nous ne prétendons pas que le second de ces exemples soit aussi ridicule que le premier, ni qu'il implique des erreurs et des préjugés aussi grossiers. Mais le degré de ridicule ne fait rien à l'affaire. Ce ridicule, d'ailleurs, tient en grande partie à des circonstances accidentelles de lieu, de temps, de langage. Le seul point important à constater par ce rapprochement, c'est que, dans les deux cas, il y a le même genre, sinon le même degré d'illusion, et que la position logique des deux médecins et des deux sciences qu'ils représentent est, dans ces deux cas, à peu près semblable. Voilà tout ce qu'on a voulu prouver, et prouver cela, c'est prouver que le règne du vieil esprit de la fausse science dure encore assez sensiblement, et que si son arrêt de bannissement a été légalement et solennellement prononcé il y a deux siècles et non rapporté depuis, il est certain que la sentence n'a pas été partout exécutée.

L. PEISSE.

— Le JOURNAL DE ROUEN annonce que la ville de Bernay est en ce moment en proie à une épidémie de miliaire. Plusieurs personnes ont déjà succombé, et le mal semble chaque jour accroître ses ravages.

— M. le docteur FRAPPART vient de succomber, à l'âge de 49 ans, à une affection organique du cœur. Ses obsèques ont eu lieu hier 15 avril.

— M. le docteur DONNÉ va faire, pour les médecins qui désirent se mettre au courant des observations microscopiques, et qui n'ont que peu de temps à consacrer à cette étude, une exposition rapide des expériences qui intéressent spécialement la physiologie et les applications les plus importantes à la pratique médicale; il passera en revue, en trois séances publiques, destinées aux docteurs en médecine, le sang, la circulation dans les animaux et dans les plantes, les divers produits de sécrétion à l'état sain et morbide, et la texture des principaux tissus. Ces séances auront lieu les dimanche 24, jeudi 28 et samedi 30 avril, à 2 heures, dans l'amphithéâtre de M. le professeur Paul Dubois, clinique de la Faculté, place de l'Ecole-de-Médecine.

— RÉPONSE AUX PRINCIPALES OBJECTIONS DIRIGÉES CONTRE LES PROCÉDÉS SUIVIS DANS LES ANALYSES DU SANG ET CONTRE L'EXACTITUDE DE LEURS RÉSULTATS; par MM. ANDRAL ET GAVARRET. — In-8°. Prix : 2 fr. 50 c.

A Paris, chez Fortin, Masson et Comp., libraires, place de l'Ecole-de-Médecine, 1.

— TRAITÉ PRATIQUE SUR LES MALADIES DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES ; troisième et dernière partie : maladies du corps de la vessie ; par le docteur CIVIALE. — Un volume in-8°. Prix : 7 fr.

Chez Fortin et Masson, place de l'Ecole-de-Médecine, 1.

mises en contact avec les surfaces susceptibles de les élaborer et de les absorber ensuite? Mais quelles seront ces substances? ce seront sans doute celles qui, en suspension dans les eaux de l'amnios, sont les plus aptes à être élaborées.

Cette manière de voir est corroborée par les théories basées sur l'absorption, variant pour le siége, les uns la plaçant sur toutes les parties externes du corps, les autres admettant la déglutition et la digestion des eaux.

Quelle que soit celle de ces deux théories isolée ou unie à l'autre que l'on adopte, toujours est-il que du fait que je viens de rapporter résulte évidemment la nécessité d'admettre un autre mode de nutrition que celui qui est basé sur la circulation isolée.

Note du Réd. — Madame Danthez nous paraît avoir eu affaire à une exomphale. Nous avons pu examiner et nous possédons plusieurs cas de ce genre. Il n'y a nullement absence du cordon; mais celui-ci est excessivement élargi et se présente sous forme d'une poche de 5 à 8 pouces de long sur 3 à 4 pouces de diamètre. Les vaisseaux ombilicaux sont pour ainsi dire perdus dans les parois de cette poche ou entre les viscères abdominaux qu'elle renferme. Dans tous les cas que nous avons pu observer il y avait simultanément affection des centres nerveux. Les parois abdominales étaient très imparfaites; il y avait absence ou développement très incomplet des organes génitaux et extrophie de la vessie avec absence de sa paroi antérieure. Dans deux cas il y avait imperforation de l'anus, et l'intestin s'ouvrait à travers la paroi postérieure de la vessie. Chez ces mêmes sujets, qui étaient du sexe féminin, l'utérus manquait et les trompes s'ouvraient au dehors comme l'anus par la paroi postérieure de la vessie. Chez tous ces sujets il y avait de nombreuses difformités dans les membres et notamment des pieds-bots.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 4 AVRIL.

Mémoire sur l'emploi du fer dans l'appareil de Marsh et sur l'hydrogène ferré; nouvelle combinaison métallique de l'hydrogène; par M. Alph. Dupasquier, professeur de chimie à Lyon.

(Ancienne commission de l'appareil de Marsh.)

Dans les publications les plus récentes où l'on parle de la recherche de l'arsenic par l'appareil de Marsh, même dans celles qui ont eu lieu depuis la lecture du rapport fait à ce sujet à l'Académie royale des sciences, il est dit: « Qu'on peut employer le zinc ou le fer pour obtenir un dégagement d'hydrogène, pourvu qu'on se soit assuré, par un essai préalable, que ces métaux ne donnent pas de taches arsenicales. » L'usage d'employer le zinc a toutefois prévalu, sans qu'on se soit bien rendu compte des motifs de cette préférence.

Mais cette latitude laissée par les ouvrages spéciaux de médecine légale et d'analyse chimique, d'employer le zinc ou le fer, est-elle bien fondée? Ne pourrait-il pas résulter des inconvénients et même des erreurs de la substitution du fer au zinc, substitution possible, dans le cas, par exemple, où des experts viendraient à manquer de zinc suffisamment pur?

Telle est la question qu'il m'a paru nécessaire de résoudre par l'expérimentation. Les résultats obtenus ont prouvé qu'elle n'était pas sans quelque importance. Des recherches que j'ai faites à ce sujet, on peut tirer les conclusions suivantes:

1° Quand on fait dégager de l'hydrogène au moyen de l'acide sulfurique ou de l'acide chlorhydrique et du fer (petits clous, pointes, fil ou limaille), ce gaz, dont l'odeur est alors *métallique* et *alliacée*, brûle avec une *flamme jaune à la circonférence, verte au centre*, et donne des *taches de couleur de rouille*, quelquefois *rougeâtres*, souvent avec *reflet métallique irisé, analogue à celui du fer*, et cela, aussi longtemps que l'acide continue à réagir sur le métal. Ces taches sont généralement un peu plus faciles à obtenir avec l'acide chlorhydrique qu'avec l'acide sulfurique.

2° Les taches fournies par le fer ne sont pas simplement, comme l'a pensé M. Liebig, le résultat de la décomposition par l'hydrogène des gouttelettes de sel ferreux mécaniquement entraînées par le courant de gaz, car *elles se produisent aussi abondamment, et le gaz, toujours fétide, continue à brûler avec une flamme jaune et verte*, quand il a été lavé dans quatre flacons de solution de potasse, qu'il traverse en outre un tube rempli d'amianto, et qu'on s'est bien assuré d'ailleurs, par divers moyens, qu'il n'entraîne pas la moindre trace de sulfate ou de chlorure de fer.

3° Les taches fournies par le fer sont produites par la combustion de l'*hydrogène ferré* (1) et de l'*hydrogène phosphoré* qui se trouvent mélangés à l'hydrogène pur, et sur lesquels la potasse est sans action, tandis qu'elle retient complètement l'hydrogène sulfuré, quand il s'en forme, et les traces de sel ferreux entraînées par le courant de gaz: en faisant passer, pendant plusieurs heures, le gaz lavé à la potasse dans de l'acide azotique concentré à 45°, on trouve ensuite dans le liquide un peu de fer et de l'acide phosphorique.

4° La formation d'un hydrogène ferré est d'ailleurs établie par d'autres preuves: ainsi, le gaz lavé à la potasse est sans action sur les réactifs du fer, même quand on l'y fait dégager pendant plusieurs heures; ainsi, les taches dissoutes, soit par l'acide azotique, soit par le seul contact du chlore gazeux qui les fait *disparaître instantanément*, laissent un résidu sec que le cyano-ferrure de potassium colore en *bleu* et le sulfhydrate d'ammoniaque en *brun*; ainsi, l'on retrouve encore le fer, mais en très petite quantité, comme il était naturel de le supposer, dans les solutions des sels métalliques qui sont décomposés par l'hydrogène ferré et par l'hydrogène phosphoré, de même que, dans celles de chlore, de brome et d'iode, qui exercent aussi une action décomposante sur ces gaz.

5° L'hydrogène ferré et l'hydrogène phosphoré, mélangés à l'hydrogène dégagé par le fer, se comportent en effet avec les solutions métalliques, avec le chlore, le brome et l'iode, comme les combinaisons hydrogénées d'arsenic et d'antimoine; ainsi, par exemple, ils décomposent l'azotate d'argent, le chlorure d'or et les sels mercureux, en précipitant *l'argent, l'or* et *le mercure à l'état métallique;* ainsi, ils font passer à l'état *d'hydracide* le chlore, le brome et l'iode.

6° Le bichlorure de mercure décompose complètement l'hydrogène ferré et l'hydrogène phosphoré, avec formation d'un précipité blanc ou blanc jaunâtre. Le gaz lavé dans une solution de ce sel est sans odeur, brûle avec une *flamme légère à peine jaunâtre, n'exerce plus aucune action, même au contact de la lumière, sur l'azotate d'argent, le chlorure d'or, et ne donne plus de taches: c'est de l'hydrogène pur.* En supprimant un instant le lavage au bichlorure, le gaz reprend tous ses caractères primitifs, pour les reperdre dès qu'on rétablit le lavage. *Ce lavage au bichlorure de mercure constitue donc un moyen très simple d'obtenir de l'hydrogène pur*; celui fourni par le zinc ne l'est jamais complètement, je démontrerai bientôt pourquoi: il peut, du reste, être purifié par le même moyen. Les azotates d'argent et de mercure exercent une action analogue à celle du bichlorure de ce dernier métal.

7° En employant de l'acier (fil d'acier anglais) au lieu de fer, les résultats sont un peu différens: le gaz brûle avec une flamme *jaune sans nuance de vert*; il donne moins facilement des taches, et celles-ci ont *beaucoup plus l'apparence métallique du fer*. L'odeur du gaz est, dans ce cas, plus empyreumatique que métallique, et nullement alliacée. Elle persiste avec le caractère empyreumatique bien tranché, malgré le lavage au sel d'argent et de mercure. Le gaz doit évidemment ces caractères à la formation d'un carbure d'hydrogène.

8° Il résulte, de ce qu'il y a formation constante d'un hydrogène ferré quand on fait réagir l'acide chlorhydrique ou l'acide sulfurique sur le fer, *qu'il ne faut jamais employer ce métal dans l'appareil de Marsh.*

9° Cette exclusion du fer est encore nécessitée par ce fait que les taches dues à ce métal donnent, après leur dissolution, à la vérité difficile et imparfaite par l'acide azotique, une réaction que des experts peu exercés pourraient confondre avec celles produites par les taches d'arsenic, quand on traite leur *dissolution nitrique* par *l'azotc d'argent ammoniacal.*

10° Enfin, il est surtout de la plus haute importance de repousser absolument le fer de l'appareil de Marsh, par cette raison que ce métal *s'oppose à peu près complètement à la formation de l'hydrogène arsenié et de l'hydrogène antimonié.* En effet, quand on se sert d'acide sulfurique arsénifère, ou qu'on ajoute quelques gouttes d'une solution d'acide arsenieux (quantité qui donne de fortes taches, ou un anneau d'arsenic avec un appareil au zinc), on n'obtient que des taches rouillées et *point d'anneau d'arsenic.* En faisant la même expérience avec addition de 25, 30, 40 et même 50 centigrammes d'acide arsénieux en solution dans l'eau, on obtient pendant deux ou trois minutes quelques taches d'apparence un peu arsenicale; mais après ce premier moment de réaction, le gaz ne fournit plus que des taches ferrées et phosphorées, et ne donne nulle trace d'anneau d'arsenic. Malgré le contact du tube fortement chauffé à la flamme de l'alcool, le gaz brûle à l'extrémité avec ses caractères ordinaires.

L'addition d'un sel d'antimoine dans l'appareil au fer donne des résultats analogues.

(1) L'existence de l'hydrogène ferré a été soupçonnée, mais on ne l'a jamais démontrée par l'expérimentation. Fourcroy admettait, mais par simple analogie, que l'hydrogène peut se combiner avec beaucoup de métaux. Vauquelin, comme l'a rappelé M. Pelouze, a dit que le fer peut être dissous par l'hydrogène, mais voici le seul fait sur lequel il appuyait cette opinion: « Lorsqu'on a reçu, dit Vauquelin, *pendant quelque temps*, du gaz hydrogène préparé avec le fer, dans *l'eau d'une cuve pneumatique, elle prend une saveur sensiblement atramentaire, et ensuite sa surface se couvre d'un pellicule irisé qui devient bientôt une véritable rouille.* (Journ. de la Soc. des pharmaciens de Paris, deuxième année, p. 241.)

La saveur atramentaire de l'eau dans laquelle on fait dégager, *pendant quelque temps*, de l'hydrogène obtenu au moyen du fer, et la couche de rouille qui se forme à la surface de ce liquide, pouvaient être plus naturellement attribuées à des traces de sulfate de fer, mécaniquement entraînées par le gaz et dissoutes pendant son lavage. C'est là, du moins, l'opinion qui a prévalu jusqu'à ce jour.

Essai sur quelques expériences relatives à l'action de la garance dans la coloration des os et du test calcaire des oeufs des poules, etc.; par M. Marc Paolini.

Cette dissertation renferme trois parties distinctes. Dans la première, l'auteur

présente un résumé historique des principales expériences faites avec la garance sur les animaux vivans, en commençant par les recherches de Belchier, Bazzani et Duhamel, et arrivant jusqu'à celles qu'a faites tout récemment M. Flourens; l'ensemble des résultats obtenus lui fournit l'indication des parties qui ont, jusqu'à ce jour, été reconnues susceptibles de se colorer en rouge par l'action de cette substance. En répétant ces expériences, il a vu se teindre en rouge, outre les os, la partie osseuse des dents, les tendons osseux qui descendent le long des pattes des oiseaux, les petits os de leur larynx, les anneaux de la trachée-artère, la partie osseuse de leur membrane sclérotique, et même les ossifications morbides et anormales, et les noyaux osseux du cal dans les fractures. Quant aux liquides, il remarque que Lister affirme, contre l'opinion de Haller, avoir vu le chyle coloré en rouge chez les animaux nourris avec la garance; que Barbier et Mussey assurent avoir observé le même phénomène dans le sérum du sang; que Duhamel, Parmentier et quelques autres ont vu le lait se teindre de la même couleur, et qu'enfin non seulement les excrémens, mais l'urine elle-même ont offert une couleur rouge à plusieurs des physiologistes qui se sont occupés de ce sujet.

La seconde partie du travail de M. Paolini est relative à la coloration observée dans la coquille des œufs pondus par des poules soumises au régime de la garance. Plusieurs de ces poules cessèrent de pondre après avoir donné deux ou trois œufs d'apparence naturelle; d'autres continuèrent à pondre pendant quelques jours encore en donnant des œufs dont le test calcaire fut teint en rose, tantôt plus, tantôt moins, mais toujours uniformément. La coloration n'était pas seulement superficielle, elle s'étendait à toute l'épaisseur du test, dont la surface intérieure présentait la même nuance, tandis que la membrane de la coque, l'albumen et le jaune conservaient leurs caractères physiques habituels. Chez les poules qui furent tuées pendant qu'elles étaient nourries avec de la garance, la muqueuse de l'œsophage était teinte en rouge dans l'espace de quelques lignes tant au-dessus qu'au-dessous du jabot, lequel était lui-même fortement coloré à sa face interne. L'intérieur du gésier montrait aussi sa surface teinte d'une couleur rouge pourpre; et cette coloration du jabot et du gésier se conserva encore assez manifeste après des lavages multipliés. Le cloaque lui-même avait contracté une légère teinte rosée. Pour ce qui concerne le squelette et toutes les autres parties qui, dans ces animaux, finissent par s'ossifier, M. Paolini a été à même de confirmer tout ce qui a été observé depuis les recherches de Belchier jusqu'à celles de M. Flourens. Il vit, en effet, toutes ces parties teintes d'une belle couleur rouge carmin, laquelle, très apparente à la périphérie des os plats et dans les épiphyses des os longs, allait en diminuant d'intensité vers leur partie moyenne ou centrale, c'est-à-dire là où, le travail de l'ossification étant terminé, le tissu est plus dense et plus compacte; il observa la coloration rouge dans les *tendons osseux* qui longent le tarse, dans les points ossifiés de l'os hyoïde, dans la plaque osseuse antérieure du larynx qui correspond au cartilage thyroïde des mammifères, de même que dans les parties ossifiées des anneaux de la trachée-artère, et principalement des trois ou quatre premiers et des quinze ou vingt derniers, en se rapprochant de la bifurcation des bronches.

Dans le cadavre d'une poule nourrie d'abord, pendant 55 jours, avec de la garance, puis mise ensuite au régime habituel, pendant 23 jours, il trouva que l'œsophage, le jabot et le gésier avaient repris leur couleur naturelle. Les os plats paraissaient au premier coup d'œil teints d'une couleur rouge uniforme; mais, en les regardant avec un peu plus d'attention, on y remarquait çà et là des vides, de petits espaces rayonnans de couleur naturelle, et dans les os longs on notait ceci de particulier, que la coloration était presque en entier limitée à leurs extrémités articulaires.

Une autre poule nourrie d'abord de garance pendant 38 jours, puis tenue pendant 22 jours au régime ordinaire, et soumise enfin, de nouveau, pendant un même nombre de jours, au régime de la garance, lui présenta les faits suivans: en observant les os de l'avant-bras et du tarse, surtout vers leur partie supérieure, il eut occasion de constater que la substance de la moelle, laquelle conservait ses caractères naturels, était entourée d'un cercle rouge d'une certaine épaisseur, enveloppé lui-même d'une couche blanche dont la surface extérieure présentait les indices manifestes d'une coloration commençante.

En ce qui concerne les fluides, l'auteur nie la présence de la garance ou de sa matière colorante dans la sérosité du sang des animaux soumis aux expériences; il affirme néanmoins avoir vu le chyle des vaisseaux lactés d'une couleur jaune rougeâtre due probablement à la garance; il pense que l'urine peut également en être colorée.

La troisième partie contient quelques considérations physiologiques sur les résultats des expériences répétées par l'auteur.

Relativement aux os, il croit pouvoir établir qu'une des conditions nécessaires à leur coloration, c'est qu'ils soient pénétrés par un nombre plus ou moins grand de vaisseaux sanguins, ou, en d'autres termes, que leur coloration plus ou moins vive dépend de leur plus ou moins grande vascularité. En effet, les os prennent d'autant plus promptement une belle couleur rouge, que les animaux sont plus rapprochés de la naissance, et chez les adultes ce sont les parties qui n'ont point encore acquis le complément plastique de l'ossification, qui se colorent le plus aisément. M. Paolini a eu aussi l'occasion de confirmer les expériences et les doctrines de Duhamel et de M. Flourens sur l'accroissement des os longs en grosseur au moyen de couches superposées les unes aux autres, et sur leur texture laminaire, ce qui corrobore ce qui a été publié sur ce sujet, d'abord par Malpighi, puis par Medici. Il termine en disant que l'on peut vraisemblablement attribuer le curieux phénomène de la rapide coloration des os, tant au dépôt qui s'opère en eux de nouvelles molécules terreuses déjà colorées en rouge par la garance, qu'à l'attraction qu'exerce sur cette substance le phosphate calcaire préexistant dans les os eux-mêmes en vertu d'une affinité chimico-organique particulière.

SÉANCE DU 11 AVRIL.

COMPOSITION DE L'AIR ATMOSPHÉRIQUE.

M. Dumas fait connaître à l'Académie les résultats des analyses faites par M. Stass, de Strasbourg, sur la composition de l'air atmosphérique. Dans douze expériences, il a trouvé, pour les proportions d'oxigène et d'azote, exactement les mêmes nombres que M. Dumas avait obtenus à Paris.

Deux fois seulement, au lieu de $\frac{232}{1000}$ d'oxigène, l'analyse lui a donné $\frac{234}{1000}$, sans qu'aucune cause apparente de variation dans la quantité des élémens de l'atmosphère ait pu expliquer cette discordance légère et accidentelle.

— M. OErsted est nommé, au scrutin, membre associé étranger de l'Académie, en remplacement de M. de Candolle.

— M. Flourens présente à l'Académie la seconde édition de ses Recherches expérimentales sur les propriétés et les fonctions du système nerveux dans les animaux vertébrés.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 12 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. FOUQUIER.

COMPTE-RENDU DES SÉANCES DE L'ACADÉMIE.

Après la lecture du procès-verbal de la dernière séance, M. Delens demande la parole pour faire remarquer que les débats y sont rapportés d'une manière beaucoup trop succincte.

M. Dupuy appuie cette observation, et s'étonne de la brièveté du procès-verbal, tandis que la Gazette Médicale de Paris, dit-il, rend compte de la discussion d'une manière très complète.

M. le secrétaire demande que chaque orateur ait soin d'envoyer au secrétariat un résumé de son discours. Ce serait le seul moyen de faire que son opinion fût fidèlement reproduite.

Le procès-verbal est mis aux voix et adopté.

PROJET D'INSTITUTION DE MÉDECINS VOYAGEURS.

M. le président annonce que, d'après le vœu de l'Académie, le bureau a nommé la commission chargée de rédiger un projet de demande à soumettre au ministre pour l'institution des médecins voyageurs. Les membres de cette commission seront MM. Adelon, Royer-Collard, Chomel, Rayer, Double, Cloquet et Pariset.

Une lettre écrite à ce sujet par M. Costallat, et transmise par M. Londe, sera renvoyée au conseil d'administration, qui, après en avoir pris connaissance, la communiquera en tout ou en partie à l'Académie.

M. Rochoux : Je remarque que la commission se compose de membres qui ont tous émis une opinion favorable sur l'institution projetée. Ne serait-il pas à propos qu'on en choisît quelques-uns parmi les orateurs qui ont fait ressortir les difficultés de cette mesure?

REMÈDES SECRETS.

M. Villeneuve fait, sur plusieurs propositions de remèdes secrets, des rapports dont les conclusions défavorables sont adoptées par l'Académie.

AMÉLIORATION DES RACES DE CHEVAUX EN FRANCE.

L'ordre du jour est la suite de la discussion sur le mémoire de M. Hamont.

M. Royer-Collard : J'examinerai sous deux points de vue distincts le mémoire dont M. Hamont a fait lecture dans la dernière séance. Les effets qu'il attribue au système d'éducation des chevaux, nommé *entraînement*, sont-ils exacts, physiologiquement parlant? En second lieu, l'expérience, comme il le prétend, prouve-t-elle contre cette méthode? Sous le premier rapport, M. Hamont ne paraît pas avoir bien posé la question. A l'entendre, on pourrait croire que l'entraînement consiste dans un ensemble de préparations, de médications, destinées à développer artificiellement la prédominance momentanée de certaines facultés au détriment de la vigueur et de la santé générale. Les animaux ainsi abâtardis donneraient de fort mauvais produits, et la détérioration des races s'ensuivrait infailliblement. Mais ce n'est pas ainsi qu'il faut comprendre l'éducation anglaise. L'entraînement ne se compose pas uniquement de l'administration de purgatifs et de moyens propres à faire transpirer l'animal : c'est un régime long, graduel, où entrent des épreuves de durée et de difficulté progressives; on change les habitudes du cheval qui y est soumis; on lui donne une alimentation particulière; l'exercice est aussi réglé avec une scrupuleuse attention, et, de l'action prolongée de ces diverses influences, résulte un état nouveau. L'animal change pour ainsi dire sa santé contre une autre santé; et le but de cette transformation est, bien entendu, le développement des systèmes respiratoire et musculaire, l'élimination des parties inutiles, de la graisse, par exemple. Voilà comment on doit comprendre l'entraînement, du moins lorsqu'il est

bien dirigé, car on peut dévier de ces règles; mais serait-il juste alors d'accuser la méthode et de lui reprocher les abus qu'on commet en son nom ?

D'un autre côté, l'observation journalière prouve que ce système d'éducation produit d'excellens effets. On peut affirmer d'une manière générale que les animaux élevés d'après ce principe se portent tous bien, parviennent à un âge avancé et sont capables de rendre plus de services que les autres, non seulement pour les courses, mais aussi pour les besoins de la vie usuelle. Pour ce qui est des facultés de reproduction, j'avoue que, si l'on prend le cheval immédiatement après la saison des courses, il sera impropre à ce genre de service. Aussi les entraîneurs ont-ils soin de le soumettre alors à une préparation toute différente pour le rendre apte à ces nouvelles fonctions. Or, il est universellement reconnu que les meilleurs étalons sont les coureurs les plus célèbres. On mépriserait un cheval dont les aïeux ne porteraient que des noms obscurs, car il y a let des généalogies, comme dans l'espèce humaine, et peut-être beaucoup plus certaines. (On rit.)

Mais la question présente un côté plus élevé, c'est l'application qu'on peut faire de ces principes à l'homme ; car la science vétérinaire, quelle que soit l'importance de son objet, n'est, je crois, dans cette Académie, que comme un moyen d'éclairer la médecine humaine. Eh bien ! tout le monde sait d'abord que, chez les anciens, pour former les athlètes, on les soumettait à un régime, à des habitudes, à des exercices particuliers. Cette éducation existe de nos jours en Angleterre, et on peut dire qu'il s'y pratique, pour les hommes comme pour les chevaux, un véritable entraînement. Mais les moyens varient suivant le but qu'on se propose. Ainsi, il y a un entraînement pour former les boxeurs ; il y en a un pour les coureurs ; un autre pour les jockeis, etc.

Si nous examinons maintenant les résultats de cette éducation plus spéciale de certaines facultés, de certains organes, nous verrons en premier lieu qu'elle ne nuit pas, comme on l'a prétendu, au développement de l'intelligence. Je ne vous en citerai pas d'autre exemple que celui des deux Scipions, de Marius, de Mecène, qui, grâce à cette espèce d'éducation, s'étaient tous rendus remarquables par leur adresse et leur force dans les exercices du corps. Sous le rapport de la santé, on sait que les boxeurs anglais quittent la carrière à l'âge de 40 ou 50 ans, et qu'ils arrivent assez souvent à une longévité remarquable, comme Stevenson, Tausen, etc. La Lancette, journal anglais très sérieux, cite d'autres cas qui justifient mon assertion. Ce qu'il y a surtout de singulier, c'est l'espèce d'insensibilité aux coups, de force de résistance, qu'on acquiert ainsi par l'usage de ces préparations. Règle générale, un boxeur anglais tombe étourdi près de vingt-six ou trente fois en deux heures ; j'ai lu le récit d'une lutte où l'un des jouteurs tomba 196 fois dans l'espace de quatre heures ; eh bien ! ils se relèvent presque au même instant, prêts à porter de nouveaux coups. Et notez bien que ce n'est pas là seulement un effet de l'habitude, car les novices, tout comme les boxeurs consommés, possèdent cette propriété dès qu'ils ont été bien préparés ; au bout de deux jours, il ne reste plus sur leur corps aucun vestige de ces contusions si nombreuses et en apparence si terribles. Ces hommes se sont fait, par l'exercice et l'éducation, un autre corps, d'autres organes, une autre constitution. La même chose a lieu pour les coureurs. Grâce à un régime convenable, et consistant dans la combinaison bien entendue de purgatifs, de diminution dans les alimens, de vêtemens plus chauds, d'exercices sagement gradués, on produit des effets si sûrs et si constans, qu'il est très facile de calculer, sans crainte de se tromper, ce que l'individu perdra du poids de son corps dans un temps donné. On arrive ainsi à des changemens presque fabuleux, et l'état général n'en reçoit pas d'atteinte. Ils en souffrent si peu, que souvent, pour raffermir leur santé, ils sentent le besoin de se soumettre de nouveau, pendant quelque temps, au même régime, et trouvent dans cette précaution un moyen assuré de reprendre des forces, en même temps que d'augmenter leur aptitude pour tel ou tel exercice spécial.

Je reviens maintenant à ce qui touche l'amélioration des races de chevaux. On prétend qu'un cheval arabe fait ce que ne ferait pas un cheval anglais. Mais, où le fait-il ? En Arabie. On ne peut donc s'appuyer sur de telles expériences pour donner la préférence à l'une ou à l'autre espèce. Avant de conclure, il faudrait les répéter dans les mêmes conditions de lieux, de température, de climat, etc. La vie du cheval arabe, les fatigues qu'il essuie, les soins que son maître prend de lui, la nourriture particulière qu'il lui donne ne constituent-elles pas d'ailleurs un espèce d'entraînement qu'on pourrait, jusqu'à un certain point, rapprocher du système d'éducation anglaise ?

M. Récamier : Je profiterai de cette occasion pour appeler l'attention de l'Académie sur un point important où il y aurait grand besoin de réforme On confond sous un même nom la morve aiguë, la morve chronique, la morve du cheval et celle de l'homme ; or, je crois que chacune de ces affections constitue, non pas seulement une forme distincte, mais une maladie essentiellement différente par sa nature, ses caractères et ses effets. Quant à la question que M. Royer Collard vient de traiter, je ferai seulement observer que l'éducation poussée à l'excès d'une seule faculté peut amener des conséquences très fâcheuses. Nous en voyons tous les jours de funestes exemples dans ces malheureux enfans qu'un travail intellectuel trop précoce et trop continu prédispose si puissamment aux fièvres cérébrales.

M. Hamont : J'ai écouté avec beaucoup d'intérêt l'éloquent discours de M. Royer Collard, et je rends justice au talent dont il a fait preuve en cette occasion. Malheureusement les faits ne répondent pas à ses interprétations. Je n'ai point demandé que l'on s'abstienne d'exercer les chevaux, j'ai seulement condamné le mode d'éducation qu'on appelle *à l'anglaise*, ainsi que les courses telles qu'elles sont instituées aujourd'hui. Si les avantages que M. Royer-Collard attribue à ce système étaient véritables, nous n'aurions rien de mieux à faire que de nous mettre tous à l'entraînement. Pour rendre nos jeunes soldats plus robustes, il faudrait donc aussi leur donner des purgatifs et des sudorifiques. M. Royer-Collard parle de coureurs anglais très remarquables ; mais il n'est pas besoin pour cela de se médicamenter. Les Arabes qui font la poste d'Alexandrie au Caire parcourent en moins de 25 heures ce trajet qui est de près de 60 lieues.

Je pourrais trouver encore dans des témoignages qui font autorité une confirmation de mes idées. M. Mathieu de Dombale regarde les courses de chevaux comme un spectacle tout à fait inutile. M. de Bontens demande que, pour juger de la force d'un cheval, on le soumette de préférence aux épreuves les plus difficiles parmi celles qu'il doit se trouver ensuite appelé à remplir ; or, il est évident qu'une course rapide et de courte durée n'est pas du nombre de ces dernières. M. Huzard fils lui-même dit qu'il faut chercher les animaux susceptibles de procréer une race bonne, noble et solide parmi ceux qui sont capables de courir le plus vite et surtout le plus longtemps. Il est bien constant d'ailleurs que les chevaux qui sont entre les mains des entraîneurs ne servent pas aux propriétaires.

En terminant, M. Hamont établit, par des citations, qu'en Angleterre les courses ne sont plus maintenant qu'une affaire de spéculation, d'intrigues et de supercheries. En France même, à Bordeaux, à Pompadour, à Aurillac, des faits semblables se passent. Il est bien reconnu, du reste, que souvent c'est du cavalier seul que dépend le succès du cheval.

M. Renault : Je crois que M. Hamont a exagéré les inconvéniens de l'entraînement pour pouvoir en conclure contre cette méthode ; mais évidemment de telles conclusions ne regardent que l'abus du moyen et non le moyen lui-même. Il en est de même des courses ; dites, si vous le voulez, que les chevaux ne courraient pas longtemps avec la même vitesse que dans l'hippodrome ; mais vous ne pouvez nier que ceux qui se sont montrés supérieurs dans cette épreuve ne soient véritablement les meilleurs coureurs. M. Hamont a encore soulevé une question relative à l'alimentation des chevaux. Il blâme l'homogénéité trop grande de la nourriture dont nous faisons usage en France ; et il voudrait qu'on leur donnât du lait et du bouillon. J'approuverais l'emploi de ces alimens, en les considérant comme une dernière ressource bonne à utiliser dans le cas où toutes les autres viendraient à manquer ; mais je ne crois pas que qui que ce soit veuille leur accorder une préférence absolue dans l'état actuel.

Une dernière idée fort importante a été émise par M. Hamont. Il est d'avis que l'introduction du sang arabe dans nos haras pourrait arrêter le développement de la morve. Sur ce point il a raison ; mais seulement en ce sens que ce serait un moyen de donner à nos chevaux une meilleure constitution, ce qui est une des conditions les plus propres à prévenir l'invasion de cette maladie. Mais si les chevaux ainsi régénérés demeuraient soumis aux mêmes influences de nourriture, d'habitation et de fatigues que ceux dont nous nous servons aujourd'hui, il est positif qu'ils finiraient aussi par devenir morveux. M. Hamont lui-même reconnaît l'action de ces différentes causes sur la production de la morve.

M. Larrey : On a proposé dans la dernière séance d'envoyer le travail de M. Hamont au ministre. Au point où est arrivée la discussion, il me semble convenable de le soumettre d'abord à l'examen d'une commission compétente qui ferait un rapport sur les principes professés par l'auteur.

M. Barthelémy pense que M. Hamont étant associé de l'Académie, on ne peut prendre ce parti à son égard.

M. Hamont : Je répondrai seulement à M. Renault que je n'ai point parlé de l'alimentation avec le lait et la viande comme d'un moyen à mettre en usage en France, mais seulement dans les établissemens de l'Algérie. On a dit qu'il vaut mieux prendre les étalons en Angleterre qu'en Arabie à cause des dimensions plus considérables qu'ont les chevaux anglais ; mais il est bien démontré que la taille ne tient qu'à la grandeur de la mère et à la nourriture qu'on donne au poulain.

M. Royer-Collard : On peut, ce me semble, résumer en deux mots toute la discussion, en demandant si un individu à l'état sauvage vaut mieux qu'un individu civilisé Eh bien ! je crois que personne n'hésitera à se prononcer ; sous le rapport physique même, la supériorité du dernier est incontestable, pour l'homme comme pour les animaux. Dans les guerres des Européens avec les peuplades sauvages, on a vu constamment nos soldats, quoiqu'affaiblis par les privations et les longueurs de la traversée, l'emporter sur leurs ennemis. Il faut cependant tenir compte dans ce parallèle des causes d'infériorité qui proviennent de la différence des races. Du reste, je me contenterai d'énoncer, en terminant, deux propositions : la première, c'est que tout le monde sans doute est d'accord sur l'importance de la question et sur l'utilité des applications qu'elle peut fournir à la médecine humaine ; la seconde, c'est qu'on doit maintenant s'apercevoir qu'il eût été imprudent d'envoyer sans commentaire au ministre le travail de M. Hamont. J'appuie en conséquence la proposition de M. Larrey.

M. Dubois d'Amiens : L'Académie ne doit pas s'engager vis-à-vis du ministre, en lui adressant le mémoire de M. Hamont sans l'accompagner d'aucune réflexion. Mais si l'auteur ne demandait pas que cet envoi fût fait, il n'y aurait nul besoin de soumettre son travail à l'examen d'une commission.

M. Ferrus : Dans tous les cas, quelque parti que l'on prenne à l'égard de l'envoi au ministre, les idées contenues dans ce mémoire sont trop importantes pour qu'il ne soit pas utile de le livrer à l'examen d'une commission.

M. Moreau : La question se rattache à un intérêt tout à fait national, à un intérêt très grave ; le rapport de la commission qu'on vous propose de nommer demandera sans doute beaucoup de temps. Ne vaudrait-il pas mieux envoyer immédiatement ce travail au ministre, comme à titre de simple document, et sans prétendre l'approuver ni l'improuver ?

M. Adelon : Le seul parti à prendre, suivant moi, serait d'adresser le travail en question au ministre, en l'avertissant expressément dans la lettre d'envoi que ce n'est qu'un simple renseignement. Je serais opposé à la nomination d'une commission parce que je ne pense pas que l'Académie ait les moyens de faire des recherches assez multipliées, assez étendues pour résoudre la question.

M. Bégin : A quoi servira-t-il d'envoyer au ministre le travail de M. Hamont

comme un renseignement? L'auteur ne pourrait-il pas faire cela tout aussi bien par lui-même? D'un autre côté, l'envoyer sans commentaire ce serait donner à entendre que vous en approuvez les principes. Je ne vois donc autre chose à faire sur ce point que de passer à l'ordre du jour.

M. Gerdy : Personne jusqu'ici ne s'étant levé pour défendre les idées de M. Hamont, je crois que l'Académie ne refusera pas d'entendre ce que j'ai à lui dire dans ce sens. On dit que l'entraînement consiste dans un certain régime ; mais je ne comprends pas que des purgatifs et des moyens propres à amener la sueur soient capables de donner des forces. Cette méthode serait ridicule en théorie, car elle est incompatible avec les lois de la physiologie. Comme moyen empirique, d'autre part, elle n'est pas plus acceptable puisque l'exercice convenablement réglé produit à moins de frais les mêmes résultats. Tout homme qui travaille voit se développer son système musculaire aux dépens du tissu graisseux; et, quant à moi, dans mon village natal et dans les pays voisins, on ne voit guère parmi les habitans d'autres personnes obèses que le maire, le notaire et le curé (on rit). M. Royer-Collard dit que l'entraînement bien dirigé procure d'excellens effets; mais comment entendez-vous ce mot *bien dirigé*? Pour ma part, jamais je ne donnerai ce nom à un système où entreront des purgatifs et des sudorifiques. Comment croire à l'efficacité de pareils agens pour rendre plus vigoureux les sujets qu'on y soumet. Les loups, les renards, les ours, sont-ils donc inférieurs en force et en agilité à vos animaux ainsi éduqués?

On a répondu à l'objection tirée de la supériorité des chevaux arabes sur les chevaux anglais que, pour pouvoir les juger comparativement, il faudrait les faire courir dans les mêmes circonstances de lieux, de température. Cette observation est juste. Mais quand on voit cependant les Allemands et les Anglais eux-mêmes retremper sans cesse leurs races dans le sang arabe, comment peut-on se refuser à admettre la prééminence de cette dernière espèce? En définitive, je pense que l'Académie doit renvoyer le travail de M. Hamont au ministre, à titre de renseignement. Cette transmission, faite au nom de l'Académie, sera pour ce travail une toute autre recommandation que si son auteur la faisait en son propre et privé nom. Du reste, et pour éclairer davantage le ministre, on pourrait joindre à cette communication le procès-verbal de la discussion qui a eu lieu sur ce sujet dans le sein de l'Académie.

M. Ferrus : La proposition de M. Larrey avait pour objet de rendre la discussion de cette question plus complète. En joignant, en effet, au travail de M. Hamont le rapport de la commission, on aurait pu rassembler ainsi la plupart des élémens d'une solution. J'appuie donc cette proposition; car la médecine vétérinaire, sous le rapport de l'hygiène, appelle vivement de nouvelles lumières, et chacun de nous doit concourir à son perfectionnement en communiquant les faits intéressans qui sont venus à sa connaissance. Pour mon compte, je dirai que, près des Pyrénées, quand les étalons sont épuisés, on les mène dans un des établissemens thermaux de cette partie de la France, boire de l'eau sulfureuse, et ce régime leur a bientôt rendu leurs forces.

M. Barthélemy : Quoique les incidens d'une aussi longue discussion en aient souvent fait perdre de vue l'objet principal, on peut, ce me semble, la ramener à ses termes véritables, en se demandant : Quel est le but que s'est proposé M. Hamont dans son mémoire? La réponse est bien simple. Ce vétérinaire, revenant en France, a été frappé de l'état de pauvreté où se trouve chez nous la race chevaline, et de l'infériorité où nous sommes à cet égard vis-à-vis des peuples voisins, quoique notre pays soit admirablement situé pour l'éducation et le perfectionnement des chevaux. Il a donc pensé qu'il fallait travailler activement à la régénération de l'espèce, qui était autrefois excellente, avant que les besoins du service militaire, pendant la révolution, eussent forcé de prendre pour les régimens les étalons et les jumens des haras. Un seul moyen s'offrait pour atteindre ce résultat, l'introduction d'étalons de pur sang. Mais où les prendre? En Angleterre? C'est ce que nous faisons depuis plus de 25 ans, et l'expérience a montré que cette ressource, bien que bonne et utile, est insuffisante. M. Hamont a donc été amené à penser qu'il fallait faire venir des chevaux arabes, et pour justifier cette mesure, il a été obligé d'expliquer les causes de la supériorité que ceux-ci présentent sur les chevaux anglais. Je dis *expliquer*, parce qu'il n'y avait que cela à faire, cette supériorité en elle-même étant une chose absolument hors de doute. C'est surtout pour le service de la guerre que les défauts du cheval anglais ressortent d'une manière évidente. Remarquable, j'en conviens, par son impétuosité, sa vélocité, il est sans souplesse, sans liant dans les mouvemens, et l'allure chez lui est si saccadée, la réaction si brusque que le cavalier forcé de la subir exécute nécessairement une sorte de balancement en rapport avec le trot de sa monture, et qui constitue une manière de monter qu'on a, précisément pour ce motif, nommée *à l'anglaise*. Voyez-vous maintenant un escadron, un régiment entier obligé de supporter ces soubresauts? Aussi la cavalerie anglaise n'est-elle pas la plus renommée de l'Europe, et l'on connaît le mot de ce général qui, pour composer une bonne armée, demandait une infanterie française, une artillerie prussienne et une cavalerie hongroise. Et cela se comprend aisément, car dans la mêlée du combat, tout comme dans les évolutions de la parade, ce qu'il faut avant tout, c'est un animal maniable, prompt à éviter les coups et facile à diriger dans tous les sens. Eh bien! le cheval arabe a toutes les qualités opposées aux défauts du cheval anglais. Lancé au galop, il s'arrête au commandement presque tout à coup; grâce à la souplesse de ses mouvemens, au peu de dureté de sa bouche, il obéit à la volonté de son maître, en quelque sorte comme s'il faisait partie de lui-même; on le ferait, comme on dit, presque tourner dans une assiette.

Pour ce qui regarde les courses et le degré de leur utilité, M. Hamont a peut-être été un peu loin. On ne peut nier cependant qu'il n'ait argué de faits matériellement vrais, et il n'a pas eu de peine à montrer qu'elles ne sont point organisées aujourd'hui de manière à mettre toujours en évidence le mérite réel des animaux qui concourent. Les chevaux, d'ailleurs, que vous dressez pour les luttes de ce genre ne sont jamais que des animaux artificiels. Les alternatives de régime auxquelles vous le soumettez dans le but de le préparer sont-elles donc un bon moyen de fortifier sa constitution? Et ce cheval, tantôt artificiellement gras, tantôt artificiellement maigre, sera-t-il ensuite très propre à travailler à la propagation de l'espèce?

M. Hamont a encore parlé de la morve, et il vous a présenté l'introduction du sang arabe en France comme le moyen le plus sûr de préserver nos chevaux de cette maladie. Quoiqu'il y ait peut-être ici un peu d'exagération, surtout dans la manière dont l'idée a été exprimée, il est positif que la mesure proposée contribuerait puissamment à l'extinction de la morve. Mais ce qui s'opposerait longtemps encore à la destruction complète de cette affection, c'est sa propriété contagieuse, propriété dont j'avais annoncé, il y a déjà quatre ans, la réalité au sein de cette académie. De nouveaux faits sont encore venus depuis peu déposer en faveur de cette vérité. Une commission nommée par le gouvernement s'est occupée de recherches, dont le résultat me paraît assez tranché pour mériter de fixer votre attention. Des chevaux ont été pris dans divers régimens, et après qu'on a eu bien reconnu leur état de santé parfaite, ils ont été intercalés entre des chevaux morveux. Au bout de peu de temps, le plus grand nombre d'entre eux, *c'est-à-dire* 9 *sur* 10, ont été atteints de morve.

La séance est levée à 5 heures et quart.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ DE PATHOLOGIE EXTERNE ET DE MÉDECINE OPÉRATOIRE ; par M. Aug. Vidal (de Cassis). — Tom. v, un vol. in-8° de 960 pages. Paris, chez J.-B. Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17. 1841.

Il y a près de trois ans qu'en annonçant les premiers volumes de ce livre, nous le déclarions appelé à remplir la lacune que présente depuis le commencement du siècle notre littérature chirurgicale (Gaz. Méd., 1838, n. 46). Le temps a justifié toutes nos prévisions; et si, à l'époque où il fut porté, ce jugement put paraître, à quelques personnes, fondé sur des présomptions plutôt que sur des preuves, on nous rendra du moins la justice de n'avoir fait alors que devancer le suffrage de l'opinion publique, aujourd'hui qu'un succès incontesté nous donne le droit de répéter, en présence de l'ouvrage achevé, le même jugement dans les mêmes termes. Ce succès, l'auteur ne le doit pas plus à la manière dont il a exécuté sa tâche, qu'à l'esprit dans lequel il l'avait d'abord conçue. Œuvre de réflexion et de conscience, comme d'une persévérance infatigable, le livre de M. Vidal existait, on peut le dire, tout entier en substance dans l'introduction placée à la tête du premier volume, et ce germe ne demandait qu'à être fécondé. Sa publication n'a donc eu à subir ni les obstacles qui résultent du défaut de plan, ni les lenteurs d'une rédaction faite morceau par morceau. Ce qui plaît dans cet ouvrage, l'unité de vues, est précisément aussi ce qui en a hâté l'exécution; et, en moins de temps qu'on n'en met à composer vingt articles disparates de dictionnaire, sans coordination, sans lien systématique, l'auteur a pu jeter dans un moule unique la matière élaborée à l'avance de l'œuvre qu'il consacre à la chirurgie. Il n'y a donc rien de surprenant dans la prompte terminaison de ce traité complet. Pour en livrer les diverses parties en si peu d'années, M. Vidal n'a eu qu'à suivre, dans leur développement naturel, les principes d'exposition et d'appréciation qui l'avaient guidé en commençant. Le cinquième volume que nous annonçons aujourd'hui complète dignement cet ouvrage déjà populaire. Malgré son étendue, on n'y saurait découvrir la moindre trace d'une rédaction précipitée; dire qu'il ressemble aux tomes précédens, c'est faire à la fois l'éloge de celui-là et de ceux-ci; car, ce que l'on sait des premiers suffit pour assurer à ce dernier un accueil favorable, et nous allons voir d'un autre côté que sa composition n'a rien qui pût porter préjudice aux quatre volumes déjà parus, dans le cas où l'on se bornerait à les juger par comparaison.

Dans ce tome cinquième se trouve continuée la *chirurgie des régions*, ou l'histoire des maladies chirurgicales considérées dans chaque région. Les sujets qui y sont traités appartiennent pour la plupart aux questions les plus importantes et les plus récemment agitées de la science. Nommer les hernies, l'opération de l'anus artificiel, la chute du rectum, la blennorrhagie, les rétrécissemens de l'urètre, les maladies de la prostate, la lithotritie et la taille, le varicocèle, les tumeurs du testicule, les maladies de matrice, les amputations, etc., n'est-ce pas, pour quiconque a suivi les progrès journaliers de la chirurgie, réveiller le souvenir des discussions auxquelles ont pris part avec un si grand retentissement les pathologistes les plus célèbres de notre époque? Ce sont là d'ailleurs des questions éminemment pratiques; car plus on approche des limites du cadre nosologique, plus les applications deviennent nombreuses et immédiates; et si les notions contenues dans la *chirurgie générale* et dans la

chirurgie des tissus offrent plus d'intérêt sous le rapport scientifique, c'est ici que le médecin trouve les données dont il a le plus souvent besoin, parce qu'elles comprennent les moindres détails, répondent à tous les problèmes, indiquent une ressource pour chaque variété morbide, un remède pour chaque accident, un parti pour chaque difficulté qui se présente. Nous approuvons donc hautement M. Vidal d'avoir consacré à cette dernière partie un espace plus considérable qu'on ne devait s'y attendre d'après la composition des deux premières. L'importance du sujet lui faisait un devoir de ces additions ; car nous verrons tout à l'heure que, malgré ce supplément, il se trouve encore plusieurs chapitres qui auraient pu permettre des développemens étendus.

Pour donner immédiatement un exemple, et ne pas laisser l'auteur sous le coup d'un reproche sans justification, nous citerons l'article *Anus contre-nature*. Là il y aurait beaucoup à louer assurément, car nous ne connaissons rien de plus net, de plus précis, de mieux décrit en moins de mots, que la disposition de l'ouverture anormale et des deux conduits intestinaux qui s'y abouchent. L'explication trop générale de Scarpa sur le procédé curatif de la nature, et son hypothèse de l'*infundibulum* y sont aussi réduits à leur juste valeur, c'est-à-dire à une application beaucoup plus restreinte. Mais si nous applaudissons à la concision du style, lorsqu'il s'agit de détails d'anatomie pathologique, il n'en est plus de même quand arrive l'indication des procédés opératoires. L'entérotomie, surtout est une opération si rarement employée, tellement dépourvue d'analogues en chirurgie, que les exemples et la réflexion ne pouvant ici guider l'élève, il fallait non seulement lui apprendre dans toutes leurs minuties les règles propres à l'exécution du manuel instrumental, mais toutes les circonstances qui peuvent influer sur le succès. Or, c'est précisément sur ce point que nous eussions désiré plus de détails. M. Vidal dit bien, d'une manière absolue, qu'il est souvent difficile de trouver les deux bouts, mais il ne donne aucun moyen pour sortir d'embarras. On connaît cependant celui que Dupuytren avait recommandé pour reconnaître si les deux mors de l'instrument sont ou ne sont pas placés dans deux conduits séparés. Un simple mouvement imprimé à l'entérotome avant de réunir ses branches suffit pour résoudre la difficulté. D'un autre côté, faut-il serrer les deux branches immédiatement, au point de produire la mortification, ou n'exercer sur les tissus qu'une pression graduelle? Combien de jours, approximativement, doit-on laisser l'instrument en place? Ce sont là autant de points sur lesquels des renseignemens positifs seraient nécessaires. M. Vidal ne dira pas que la réponse à toutes ces questions était trop facile pour qu'il fût besoin de l'indiquer. Il n'a point oublié que son livre est surtout destiné à l'enseignement; or, autant que possible, il ne faut rien laisser à faire à l'esprit des élèves, car presque toujours ils ne devinent pas ou devinent mal. Ajoutons, pour être justes, que ce reproche n'est applicable qu'à un bien petit nombre des chapitres de cet ouvrage, et même, après l'avoir encore adressé à la description de l'opération du phymosis, nous serions fort embarrassés de trouver un troisième exemple à l'appui de notre critique.

Une autre observation que nous n'avons pas moins à cœur de placer ici est beaucoup plus générale. Elle porte encore sur des omissions, disons mieux, sur une sorte de parcimonie dont on ne saurait trop blâmer un auteur, quand il est aussi richement doté sous ce rapport que l'est M. Vidal. Personne, mieux que lui, ne sait établir les indications d'un moyen thérapeutique, et tracer le parallèle entre diverses médications. D'un mot quelquefois, il lui arrive de résoudre des questions pendantes depuis l'origine de la science. Mais un mot, fût-ce même un bon mot, ne suffit pas toujours ; et, quoique nous aurons à citer dans un instant des solutions définitives données en quelques lignes sur les points les plus épineux de la pratique, le sujet ne prête pas constamment à une semblable concision. Qu'on ne se méprenne pas cependant sur la portée de cette observation. Nous ne reprochons point à M. Vidal de ne pas faire de critique : personne au contraire jusqu'ici n'en avait fait autant ni d'aussi bonne que lui. Nous exprimons seulement le regret de ne pas la trouver plus complète, et ce regret, nous l'exprimons avec énergie, parce que la manière dont l'auteur comprend cette partie de sa tâche nous avait fait espérer de voir enfin combler cette lacune, qui est si largement béante dans tous nos traités classiques. S'il fallait apporter des preuves à l'appui de ce jugement, nous citerions seulement l'article relatif à l'établissement de l'anus artificiel suivant le procédé de Callisen et de M. Amussat, opération qui méritait certes une discussion approfondie, et ne devait être ni admise, ni rejetée sans examen.

Faisons encore à M. Vidal une dernière observation qui sera comptée comme un éloge sans doute par beaucoup de médecins, mais que nous présentons, nous, sous la forme critique, parce qu'elle s'adresse à une qualité évidemment exagérée. Sans doute il est bon qu'un chirurgien soit réservé quand il s'agit d'opérer ; sans doute il est beau qu'un jeune chirurgien donne l'exemple de la modération ; mais M. Vidal ne va-t-il pas quelquefois un peu loin dans cette voie si louable d'ailleurs?.... Nous n'oserions prendre sur nous de le décider, car pour rien au monde nous ne voudrions qu'on pût nous accuser d'arrêter la réforme qui tend aujourd'hui à s'opérer dans ce sens parmi les praticiens. Ce sont donc les lecteurs que nous laisserons juges, et à qui nous demanderons s'il est sage de pousser la prudence jusqu'à ne pas oser amputer un doigt ou un orteil dévié qui empêche un ouvrier de travailler ou de marcher ; s'il est rationnel d'abandonner à leur malheureux sort les malades affectés d'une lésion carcinomateuse du rectum, en alléguant que l'opération est trop dangereuse, le diagnostic du cancer trop incertain, les chances de récidive trop grandes! Quoique M. Vidal condamne ces opérations, il n'omet pas pour cela de les décrire, et nous l'en félicitons sincèrement ; car donner le moyen de les exécuter, c'est supposer qu'on peut les pratiquer sans être taxé de témérité, c'est par conséquent admettre la discussion, et ne pas regarder son opinion personnelle comme un jugement sans appel.... Exemple rare de tolérance scientifique et bien digne d'être médité par bon nombre de chirurgiens *socialement* plus haut placés que M. Vidal!

Nous voudrions analyser les articles les plus saillans de ce volume; mais les sujets importans ainsi que les bonnes choses y sont tellement serrés qu'une indication même sommaire nous entraînerait bien au-delà des bornes d'un compte-rendu. Réduits, à notre grand regret, à citer au lieu d'énumérer, nous placerons en première ligne le chapitre sur les rétrécissemens de l'urètre et celui qui traite des maladies de la prostate. Les travaux récens de spécialistes distingués, ceux de M. Mercier entre autres, ont tellement agrandi le champ de ces affections qu'on pouvait douter s'il y aurait moyen de resserrer leur histoire dans une section d'un traité classique. M. Vidal a prouvé que la difficulté n'était pas insurmontable, et quoique la part d'un auteur dans une matière si savamment élaborée par les contemporains consiste plus dans l'appréciation des opinions de chacun, qu'en découvertes originales, il a su enrichir d'aperçus nouveaux la symptomatologie et la thérapeutique de ces maladies. Signalons encore une description claire, succincte et pratique du cathétérisme chez l'homme. Cette indication sans omissions et sans inutilités doit suffire à tout élève doué de bon sens ; disons plus, il ne pourrait que gagner à n'en pas consulter d'autre.

La lithotritie et ses divers procédés n'ont pas été l'objet de considérations particulières que puisse revendiquer l'auteur. Nous n'en blâmons point M. Vidal. Dans un ouvrage de la nature de celui-ci, c'est quelquefois un grand mérite que de savoir ne point innover à tout propos. Une indication claire et complète de l'état actuel de la science est tout ce que l'on doit chercher dans un traité classique ; et le lecteur n'a rien à désirer lorsque, outre ces qualités, elle a le mérite d'être présentée sous une forme attrayante.

Une des idées les plus remarquables de cette section de l'ouvrage et peut-être de l'ouvrage entier est celle qui préside à la classification des diverses espèces de taille. La distinction partout adoptée des tailles en périnéales, hypogastriques et rectales est basée sur l'incision *extérieure*. « Mais, dit M. Vidal, ce n'est pas là le temps le plus important; le temps le plus important, c'est l'incision *intérieure*, celle qui porte sur une partie de l'appareil urinaire, sur l'urètre, sur la prostate ou sur la vessie. Selon qu'on n'aura divisé que l'urètre ou la prostate, on devra s'attendre à tels ou tels phénomènes ; si on attaque la vessie, après avoir divisé ces parties, ou sans les diviser, la scène change. De sorte que les grandes considérations pathologiques se rattachent à cette *incision intérieure;* les accidens dépendant surtout de la manière de la faire, plutôt que de la manière d'inciser la peau et les parties qui la séparent de la pièce de l'appareil urinaire qu'on veut ouvrir. Il est donc plus logique et surtout plus pratique de diviser la taille en *urétrale, prostatique et vésicale.* » Il est à peine besoin de dire que nous approuvons de tout point ce principe et ses conséquences. On pourra d'ailleurs juger de son excellence par la description des procédés de taille à laquelle il a conduit l'auteur. Groupées d'après cette nouvelle considération, les modifications innombrables de la cystotomie s'enchaînent naturellement les unes aux autres. Sans rien omettre d'utile, la description de M. Vidal épargne au lecteur des détails arides, des redites fastidieuses qu'on aurait pu jusqu'à un certain point croire indispensables, tant elles se trouvaient fidèlement reproduites dans tous les livres de chirurgie. En lisant ce chapitre, l'esprit se sent reposé de l'ennuyeuse monotonie des divisions classiques; et le grand avantage de la distinction dont nous parlons est surtout qu'elle fait mieux juger de la valeur comparative des divers procédés, en les rapprochant entre eux au point de vue de leur analogie naturelle, et en permettant des parallèles plus intelligibles parce qu'ils sont véritablement à leur place.

Nous ne quitterons pas ce sujet sans dire un mot de la taille bilatérale considérée principalement sous le rapport de son origine. M. Vidal qu

en attribue tout l'honneur à Ledran n'ignore pas cependant quelle différence sépare l'homme qui a imaginé un procédé, de celui qui l'a appliqué. Plus les titres de l'inventeur sont clairs et précis, plus il a mis de soin à décrire sa découverte, plus on peut l'accuser d'en avoir méconnu la portée et les avantages; car s'il avait été réellement convaincu de sa supériorité aurait-il laissé à d'autres le soin de la mettre en pratique? Il n'est que trop aisé d'avoir une idée nouvelle sur un sujet donné; le point difficile, le seul important, le seul qui mérite la reconnaissance de la postérité, c'est d'entourer cette idée de preuves assez péremptoires pour qu'on ose en tenter la réalisation. A ce titre, l'inventeur de la taille bilatérale ne serait pas Ledran; car, bien qu'il la désigne dans son livre sous le nom de *taille que je pratique*, il est évident, d'après son propre aveu, qu'il ne l'a jamais pratiquée. Le véritable fondateur de la taille bilatérale, tout le monde le connaît, et l'opinion publique, on le voit, n'a fait que justice en attachant unanimement son nom à la méthode.

Encore un mot sur cette question. M. Vidal, établissant un parallèle entre les différens moyens d'arriver à la vessie pour en extraire les calculs, accorde la préférence à la taille prostatique quadrilatérale. Nous croyons, pour notre compte, que ce procédé n'a pas sur la cystotomie bilatérale autant d'avantages que son auteur lui en attribue; et à nos yeux l'avenir de cette partie de la chirurgie serait plutôt dans la taille hypogastrique en deux temps, qui appartient aussi à M. Vidal, et qui, tout à fait rationnelle en théorie, a déjà pour elle un cas d'application suivi de résultats complètement probans en sa faveur. (Voy. GAZ. MÉD., 1842, n° 6.)

Après avoir comparé la taille et la lithotritie sous le rapport de leur convenance dans tel ou tel cas, l'auteur termine par ces réflexions judicieuses: « On discute tous les jours pour savoir quelle doit être la *méthode générale*, quelle doit être l'*exception* de la lithotritie ou de la taille. Tant qu'on ne s'expliquera pas nettement sur ces termes, on ne s'entendra pas. Qu'entend-on par méthode générale? Est-ce celle qu'on doit employer le plus souvent? alors c'est la taille. Mais ce n'est pas pour cela la méthode *de préférence*; car en présence d'un cas qui pourra également être favorable à la taille et à la lithotritie, c'est la lithotritie que la plupart des praticiens préfèrent. Cependant, comme ces cas sont plus rares, plus exceptionnels qu'on ne pense, la lithotritie se trouve, en même temps, la méthode *de préférence* et la méthode *exceptionnelle*, parce qu'il lui faut des cas simples; or les faits pathologiques ne sont simples que par grande exception. La taille est donc la *méthode générale*, parce qu'elle s'applique à un plus grand nombre de cas, et la *méthode de nécessité*, parce qu'on ne la pratique que quand on ne peut pas faire *raisonnablement* la lithotritie, ce qui arrive le plus souvent. » Que l'on relise certaine discussion académique sur le même sujet, et qu'on dise si la question y a jamais été résumée d'une manière aussi simplement lumineuse!

A propos des maladies de l'urètre, M. Vidal a consacré un article étendu à la blennorragie. Nous attendions beaucoup de ses recherches sur un sujet qu'il a été à même d'étudier d'une manière toute particulière. Notre espoir n'a pas été déçu. L'auteur examine toutes les questions si compliquées que soulève cette affection, et partout il se prononce avec une précision et une indépendance dignes d'éloges. Prenant franchement parti dans la controverse qui divise aujourd'hui les pathologistes spéciaux, il admet des blennorragies virulentes sans chancre dans le canal; il croit à l'existence de symptômes de syphilis constitutionnelle à la suite d'une simple blennhorragie; il dit que l'inoculation du muco-pus blennhorragique donne quelquefois lieu à un chancre, et cite même un fait où un jeune homme parfaitement guéri d'une blennhorragie au moment de son mariage donna à sa femme un écoulement blennhorragique et des chancres *en quantité !....* Nous nous arrêtons là; quoique ces assertions soient entièrement opposées à la doctrine que nous professons, nous les avons mentionnées parce que toute opinion a le droit de se produire, surtout lorsqu'elle paraît sous le patronage d'un nom recommandable. M. Vidal appuie la plupart de ses dogmes sur les observations contenues dans le mémoire de M. de Castelnau (voy. JOURN. DES CONN. MÉD.-CHIR., mai 1841); nous renverrons également le lecteur à l'examen détaillé que nous fîmes de ce mémoire lors de sa publication (v. GAZ. MÉD., 1841, n° 33), ainsi qu'à l'ouvrage de M. Ricord. Il serait à désirer qu'une discussion approfondie vînt enfin fixer les esprits sur cette question qui touche si vivement à tant d'intérêts individuels et sociaux; et nous ne craignons pas d'appeler de toutes nos forces sur ce point la polémique. Les faits ne manquent pas non plus que les hommes capables de les faire valoir; que l'on compare les uns, qu'on mette les autres en présence, et la lumière jaillira.

Le traitement des fistules vésico-vaginales par l'oblitération du vagin a un moment fixé l'attention générale dans ces derniers temps. M. Vidal, qui soutient la convenance de cette méthode dans les cas rebelles, a défendu avec beaucoup de talent son innovation. Réduit à argumenter d'après un cas unique, et qui plus est, d'après un cas d'insuccès, il a habilement tiré parti d'une position aussi difficile, en montrant que toutes les circonstances de ce fait malheureux, loin de condamner sa méthode, plaidaient, au contraire, en sa faveur. Ainsi, la malade chez laquelle la vulve avait été fermée a pu rendre le sang des règles par l'urètre; son urine était chassée au-dehors avec une certaine force, et elle ne passait pas par les trompes dans le péritoine; enfin, la cicatrice s'est maintenue assez longtemps pour faire penser que les dépôts calcaires ne se formaient pas facilement dans cette nouvelle vessie. Tous ces détails, expérimentalement constatés, répondent aux objections *à priori* qu'on avait faites contre le procédé de M. Vidal; et, sans prouver absolument son efficacité, ils autoriseraient du moins les chirurgiens à l'essayer dans les cas où toute autre tentative aurait échoué.

Parmi les questions tout à fait à l'ordre du jour, on n'en pourrait citer une plus élaborée que la cure du varicocèle. Après avoir énuméré les procédés opératoires proposés contre cette infirmité, M. Vidal les compare entre eux; mais, comme il le fait fort bien remarquer, c'est principalement sous le rapport de l'innocuité que le parallèle doit être établi, car la question d'efficacité ne vient ici qu'en seconde ligne. Adoptant une manière de voir déjà formulée par M. Landouzy, l'auteur pense que le danger de la phlébite à la suite de l'opération est d'autant plus grand que l'action du corps oblitérant sur la veine est plus directe, que son contact avec elle est plus immédiat et plus étendu. D'après ce principe, il place au premier rang le procédé de M. Breschet, où l'instrument est séparé de la paroi veineuse par la peau; puis celui de MM. Velpeau et Reynaud, où le corps étranger n'est appliqué que sur un point des vaisseaux; puis, enfin, celui de M. Ricord, où le fil embrasse de toutes parts le paquet vasculaire. Quelque séduisante que cette explication paraisse au premier coup-d'œil, il faudrait des faits en grand nombre pour la confirmer et pour décider si le nouveau procédé, si simple et si expéditif, de M. Ricord mérite en effet d'être rejeté dans la classe des moyens les plus dangereux. Aucun accident, à notre connaissance, n'est venu jusqu'ici donner raison à ces craintes prévisionnelles.

M. Vidal condamne sans exception toutes les opérations tentées sur l'utérus cancéreux. En effet, s'il s'agit d'une ablation totale, on sait qu'elle est presque toujours suivie de la mort; et quant à l'excision partielle, ce n'est pas là, suivant lui, une opération méthodique, parce que, avant de l'exécuter, le praticien ne peut connaître les bornes du mal; il ne peut donc se flatter de les dépasser. D'ailleurs, quand un organe est cancéreux, ne doit on pas, pour être assuré du succès, l'enlever complètement? Ce jugement est sévère, mais il sera approuvé par beaucoup de médecins, par la majorité même, nous le pensons. On a tant osé de nos jours dans le sens de ces hardiesses opératoires, qu'une réaction générale entraîne maintenant les praticiens vers l'excès contraire; et peut être cette réserve extrême n'est-elle pas la conséquence la moins fâcheuse des exagérations qu'on s'est permises dans le sens opposé. La question sera reprise un jour; mais quelle que doive être sa solution définitive, M. Vidal n'aura pas moins rendu un grand service en contribuant, par l'autorité de son nom, à remettre en vigueur les lois de la prudence, un instant mises en oubli peut-être dans le traitement des affections chroniques de la matrice.

Nous voudrions examiner d'une manière détaillée la description étendue des amputations et des résections, qui termine l'ouvrage, mais nous avons déjà dépassé de beaucoup les bornes d'une analyse. D'ailleurs, les citations qui précèdent donneront une idée suffisante du parti que l'auteur a su tirer de ce sujet, qui n'était ni le moins intéressant, ni le moins difficile. Partout on retrouve cette sagesse dans la détermination des indications, cette exactitude dans l'exposé du manuel opératoire, qualités que nous avons déjà signalées, mais qu'on ne saurait trop faire ressortir, parce qu'elles constituent à la fois le bon chirurgien et le bon professeur. Mentionnons toutefois plus particulièrement la modification qu'il propose pour l'incision de la peau dans certaines applications de la méthode ovalaire, où l'on se trouverait fort bien de substituer la figure d'un Y renversé à celle d'un V renversé, pour pouvoir recouvrir plus facilement les saillies osseuses. Citons encore la règle qu'il donne pour reconnaître à travers la peau le siége de l'articulation dans les amputations de contiguité. En général, dit-il, la saillie la plus considérable appartient à l'os qui doit être laissé en place. C'est donc au-dessous d'elle qu'il faut inciser pour pénétrer dans l'articulation. A propos des résections, nous rappellerons seulement ce que l'auteur dit de l'emploi du tire-fond pour fixer solidement l'os sur lequel on veut agir. Ses idées sur ce point sont déjà connues de nos lecteurs. (Voy. GAZ. MÉD., 1840, p. 582.)

Nous ne nous flattons pas d'avoir embrassé dans cette analyse la somme de faits utiles, d'aperçus ingénieux, de discussions intéressantes, de résultats instructifs que contient l'ouvrage de M. Vidal. Son livre est

du petit nombre de ceux qu'on n'abrége point, car à toutes ses qualités, il joint le mérite précieux de la concision. Nous avons seulement voulu montrer par quelques citations comment l'auteur comprend la chirurgie, sous le rapport de la pratique et sous celui de l'enseignement. Si nous nous sommes laissés entraîner à quelques critiques, le lecteur n'oubliera pas, nous l'espérons, qu'on ne discute point ce qui est médiocre, et qu'une formule d'approbation exclusive et générale ne saurait convenir aux productions du mérite de celle-ci. Des critiques de détail n'infirment en rien le jugement que nous avons porté sur la valeur du livre; et ce que nous pouvons affirmer ici en toute sincérité, c'est que, si nous avions eu à écrire un ouvrage sur le même titre, nous eussions sans doute différé en quelques points de M. Vidal, mais nous n'aurions pu adopter ni un meilleur plan, ni une marche plus logique, ni un esprit d'appréciation plus en rapport avec les tendances actuelles de l'opinion publique. Terminons donc, en répétant aujourd'hui avec une pleine conviction ce que nous disions en 1838, que ce livre atteint également son but, soit qu'on le considère comme un *manuel* complet d'enseignement, destiné aux élèves, soit qu'on le prenne pour un *traité ex professo* de chirurgie destiné aux praticiens.

VARIÉTÉS.

AU RÉDACTEUR.

Monsieur,

Pour répondre à une question indirecte contenue dans votre compte-rendu du concours, je vous dirai que j'ai ouï Dupuytren professer son opinion en 1832 ou 33, époque où je rédigeais sa clinique pour la GAZETTE MÉDICALE; et qu'il l'a consignée dans son TRAITÉ DES PLAIES PAR ARMES DE GUERRE, publié en 1834. L'avait-il empruntée à M. Tessier? Cela peut fort bien être; mais je n'en sais absolument rien.

Tout en vous remerciant de la faveur avec laquelle me traite votre compte-rendu, me permettrez-vous de dire un mot de vos deux parenthèses? Vous défendez la méthode sous-cutanée contre l'inculpation d'avoir une fois laissé se développer la phlébite; mais comme j'ai vu deux fois l'infection purulente déterminée par des abcès non ouverts, il m'est difficile de croire que l'opération sous-cutanée la mieux faite en soit nécessairement à l'abri. L'abaissement de la cataracte, qui est bien la plus ancienne opération connue où l'entrée de l'air soit évitée, n'est pas pour cela exempte d'accidens graves, bien que certainement aucune autre ne soit faite avec une aussi petite ponction.

Plus loin vous pensez que j'ai été entraîné par *une inspiration plus spécieuse que juste*, quand j'ai attribué la mortalité supérieure des grandes salles et des grands services à la trop grande dissémination des soins et de l'attention des chirurgiens. Croyez bien qu'il n'y a pas là d'inspiration; ce sont des faits très réels qui m'ont conduit à cette conséquence. Vous me citez Dupuytren en exemple, et vous voulez sans doute dire que Dupuytren avait autant de succès dans son Hôtel-Dieu que ses successeurs par exemple; car dans le même hôpital, dans les mêmes salles, sous les mêmes influences, si deux chirurgiens, l'un ayant moins et l'autre plus de malades, n'ont qu'une même mortalité, le fait prouvera contre moi. D'abord, je pourrais bien dire que le génie qu'on reconnaît à Dupuytren mort, et qu'on n'accorde guère aux vivans, aurait pu rétablir la balance à son profit. Mais, que diriez-vous à votre tour si Dupuytren, avec tout son génie, perdait plus de malades à l'Hôtel-Dieu que ses trois successeurs?

L'Hôtel-Dieu a-t-il changé de cliens? — Non. —Y fait-on moins d'opérations que sous Dupuytren? — Non. — Les opérations y sont-elles moins graves, ou l'hôpital est-il plus salubre que de son temps? — Non.

Eh bien! il ne me reste donc que cette différence: c'est que Dupuytren était chargé d'un plus grand service que les chirurgiens actuels.

Mais Dupuytren perdait-il plus de malades que les chirurgiens qui lui ont succédé? — *Il en perdait beaucoup plus, remarquablement plus*; je vous dirai les proportions dans le mémoire que j'ai annoncé et que je publie dans ce moment. Vous y verrez d'autres preuves du même genre non moins frappantes; et vous serez alors en mesure de juger mon *inspiration*.

J'ai l'honneur, etc.

MALGAIGNE.

NOTE DU RÉDACTEUR DU COMPTE RENDU. — Peu de mots suffiront sans doute pour montrer à M. Malgaigne que le soin de sa justification l'a entraîné un peu plus loin peut-être qu'il ne l'aurait voulu. Nous avions simplement défendu la méthode sous-cutanée du reproche d'exposer à l'infection purulente. Que nous oppose M. Malgaigne? Deux cas d'infection purulente déterminée par des *abcès* non ouverts, et l'exemple des *graves accidens* qu'amène parfois l'abaissement de la cataracte. Nous acceptons ces faits, toute sommaire qu'en est l'indication; mais qu'ont-ils de commun avec la méthode sous-cutanée et l'infection purulente? M. Malgaigne cite des cas d'infection à la suite d'abcès! Mais ne sait-on pas que le but et l'*effet* constant de la méthode sous-cutanée (faite suivant les vrais principes) est de prévenir toute *suppuration* (1)? Quant aux graves accidens de l'abaissement, nous attendrons, pour y voir un argument, qu'on ait bien voulu préciser leur nature et les circonstances dans lesquelles ils auraient été observés.

La seconde remarque de M. Malgaigne nous paraît également résulter d'un malentendu. Nous avions exprimé en propres termes que « *l'infection purulente semblait exercer plus spécialement ses ravages dans le service de Dupuytren* (V. GAZ. MÉD., n° 14, p. 223); » et M. Malgaigne suppose que « *nous avons sans doute voulu dire que Dupuytren avait autant de succès dans son Hôtel-Dieu que ses successeurs par exemple.* » Loin d'avoir *voulu dire* cela, on voit donc que nous avons formellement *dit* le contraire; et il n'y a aucune divergence entre M. Malgaigne et nous sur le fait de la mortalité plus considérable des opérés dans les salles de Dupuytren. Nous différons seulement dans la manière d'interpréter ce fait. Ainsi M. Malgaigne dit: Dupuytren, malgré son habileté, perdait plus de malades que ses successeurs, donc il faut attribuer cette différence au manque de soins, résultat nécessaire d'un service plus étendu. Nous, au contraire, du même point de départ, nous arrivons à des conclusions tout opposées: Dupuytren, disons-nous, malgré la surveillance et l'attention dont il entourait ses opérés, en perdait plus que ses collègues à l'Hôtel-Dieu et plus que ses successeurs; donc le défaut de soins ne peut à lui seul expliquer la mortalité des grands services. Au lecteur à juger lequel de nous a le mieux raisonné. Mais ce que nous pouvons affirmer dès à présent, c'est que ceux-là n'hésiteront pas à se prononcer qui ont pu, comme nous, voir quelle activité le chirurgien de l'Hôtel-Dieu déployait à sa visite, et avec quelle despotique énergie il savait se faire seconder. Ceux-là nous approuveront d'avoir choisi la pratique malheureuse de Dupuytren pour prouver que l'infection purulente peut sévir malgré les soins les plus assidus; et le souvenir de notre maître, nous l'espérons, n'est pas encore assez refroidi pour que nous ayons à craindre sur ce point une contradiction.

Cette cause écartée, dira-t-on, à quoi faut-il rapporter la mortalité si grande dans les salles de Dupuytren? C'est là une question accessoire que nous n'avons point ici à traiter. Nous indiquerons seulement, à titre de renseignemens pour ceux qui voudraient éclairer ce sujet, l'humidité et la basse température de la salle Sainte-Marthe qui constituait en dernier lieu près des deux tiers de sa division, le nombre considérable de cas graves, de malades dangereusement atteints dont sa consultation si vaste alimentait son service, enfin les obsessions, les interrogations et explorations fatigantes qu'avaient à subir les opérés de la part des élèves, inconvéniens inséparables d'une clinique aussi suivie que celle de l'illustre chirurgien en chef. M. Malgaigne aura à rechercher, dans le travail qu'il annonce, jusqu'à quel point ces différens élémens de mortalité ont disparu aujourd'hui de l'Hôtel-Dieu.

— PRÉCIS ANALYTIQUE SUR LE CANCER DE L'ESTOMAC ET SUR SES RAPPORTS AVEC LA GASTRITE CHRONIQUE ET LES GASTRALGIES; par le docteur BARRAS, chevalier de l'ordre royal de la Légion-d'Honneur, membre de l'Académie royale de médecine de Suède et de la Société de médecine de Lyon. — 1 volume in-8°. Prix: 2 fr. 50 cent. pour Paris, et 3 fr. franco par la poste.

A Paris, chez Béchet jeune et Labé, libraires de la Faculté de médecine, place de l'Ecole-de-Médecine, 4.

— COMPLÉMENT AU TRAITÉ DE THÉRAPEUTIQUE ET DE MATIÈRE MÉDICALE; par A. TROUSSEAU, professeur de thérapeutique et de matière médicale à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hopital Necker, chevalier de la Légion-d'Honneur, etc.; et H. PIDOUX, docteur en médecine. Renfermant: 1° la Table analytique et raisonnée de l'ouvrage; 2° un Mémorial thérapeutique détaillé et renvoyant au traité; 3° l'art de formuler. — Un volume in-8°. Prix: 2 fr.

Paris, chez Béchet jeune et Labé, libraires de la Faculté de médecine, place de l'Ecole-de-Médecine, 4.

— NOTICE SUR LE GRAND ÉTABLISSEMENT THERMAL DE VERNET (les bains Pyrénées-Orientales) dirigé par les commandans LACVIVIER et COUDERC. — In-8°; figures. — Prix: 50 cent.

Se trouve rue Laffite, 40, au 1er.

— DES MALADIES DES OVAIRES, suivies de la solution de quatre questions proposées pour la réception au doctorat; thèse présentée à la Faculté de médecine de Strasbourg; par LOUIS HIRTZ. — In-4°.

Strasbourg, imprimerie de G. Silbermann.

— Très bonne clientelle de médecin à céder à 13 lieues de Paris. S'adresser au bureau de la GAZETTE MÉDICALE, rue Racine, 16, ou rue Saint-Jacques, 67, chez M. Prétet, pharmacien.

(1) M. J. Guérin, à qui on ne peut contester une grande habitude de ces sortes d'opérations et qui les a pratiquées pour les lésions les plus graves et les plus diverses, nous autorise à déclarer que, sur près de quatre mille applications qu'il a faites de la méthode sous-cutanée, il ne l'a pas vue une seule fois donner lieu à la suppuration.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 17. (TOME X. — 1842.) SAMEDI 23 AVRIL 1842.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des Hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4° 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

ÉPIDÉMIES.

RELATION DE L'ÉPIDÉMIE DE MÉNINGITE ENCÉPHALO-RACHIDIENNE, OBSERVÉE A LA CLINIQUE MÉDICALE DE LA FACULTÉ DE STRASBOURG, EN 1841; par C. Forget, professeur de clinique médicale et de maladies épidémiques.

(Suite. — Voir les numéros 15 et 16.)

§ VI. — Complications.

Il existe dans l'économie un tel enchaînement des actes physiologiques, et par conséquent des actes morbides, que les affections réellement simples sont, à vrai dire, assez rares, pour peu que ces affections soient intenses et de quelque durée. De cette solidarité des parties de l'organisme, il résulte que souvent il est très difficile d'établir la filiation des phénomènes complexes, et de spécifier quels sont ceux de ces phénomènes qui appartiennent intrinsèquement, primitivement à la maladie, et ceux qui n'en sont qu'une dépendance accidentelle, en un mot qui constituent des complications. Par exemple, devons nous considérer comme complication ce développement rudimentaire, cet état pointillé et réticulé des plaques de Peyer et ces vestiges d'entérite villeuse, rencontrés à l'autopsie, même dans les cas où la mort est survenue le plus rapidement, au deuxième, quatrième, sixième jour? La question me paraît insoluble, et nous ignorons complètement si cet état de l'intestin, qu'on rencontre si fréquemment dans des maladies très variées dont le caractère local n'est cependant pas révoqué en doute; nous ignorons, dis-je, si ces aspects de l'intestin sont sympathiques de la lésion de l'encéphale comme paraît l'être le vomissement initial, ou s'ils ne sont pas un mode d'expression, un effet direct de la cause qui produirait en même temps la méningite. Toujours est-il que cet aspect de l'intestin est si commun qu'il peut être considéré comme faisant partie inhérente de l'appareil phénoménal de la maladie. Cet aperçu, nous l'avons déjà dit, a fait subir de notables modifications à nos déterminations thérapeutiques.

S'il existe du doute à l'égard des symptômes digestifs du début, il n'en est plus de même des accidens gastro-intestinaux qui se manifestaient à une période plus ou moins avancée de la maladie: vomissemens, diarrhée, etc. Ces accidens constituaient si bien des complications qu'ils pouvaient entraîner la mort par eux-mêmes, indépendamment et après la disparition de la méningite; de sorte qu'ils réclamaient une attention particulière et des secours spéciaux, ainsi qu'on l'a déjà vu par quelques-unes de nos observations précédentes.

Les complications les mieux caractérisées sont celles qui se sont offertes du côté de l'appareil respiratoire; telles furent une pleurésie et une pneumonie dont nous allons relater l'histoire; plus un cas d'apoplexie pulmonaire.

Nous ne comprenons pas parmi les complications certaines maladies

Feuilleton.

PROMENADE MÉDICO-CHIRURGICALE AU SALON.

Nous avons pris l'assez mauvaise habitude de conduire chaque année nos lecteurs à cet immense bazar de peintures et de sculptures qu'on appelle le Salon. C'est une fantaisie dont nous dispenseraient peut-être volontiers nos confrères des départemens pour qui nos observations plus ou moins hétéroclites sont tout à fait inintelligibles. Mais, comme cela n'arrive qu'une fois par an, ils voudront bien nous pardonner. Ils ont d'ailleurs, pour échapper à l'ennui, une ressource bien simple, c'est de ne pas nous lire. A ce propos, nous ferons observer en passant que ce serait un véritable service à rendre à de malheureux abonnés que de leur envoyer de temps en temps des articles ostensiblement destinés à n'être pas lus. Les avantages de cette mesure sont trop évidens pour nous arrêter à les démontrer. Nous préférons donner aujourd'hui dans ce qui suit un spécimen de ces sortes d'articles.

Les beaux-arts et la médecine ne vont pas très bien ensemble, quoique Apollon les ait jadis cultivés avec le même succès et en ait été longtemps le patron commun. Mais il y a longtemps de cela. A nos époques modernes il n'en est plus de même. Le goût et la connaissance des ouvrages d'art sont peu répandus chez nous, et parmi les *amateurs* plus ou moins célèbres dont la mémoire est restée il y a force grands seigneurs, plusieurs financiers, des magistrats, des militaires, mais peu ou même, que nous sachions, point de médecins. Une illustre exception serait celle de Barthez qui a écrit une *Théorie des beaux-arts*, publiée après sa mort; mais ce n'est pas le meilleur de ses ouvrages. On pourrait joindre à Barthez son héritier M. Lordat qui, dans son *Iconologie médicale* et ailleurs, a déployé un sentiment de l'art et une érudition esthétique dignes d'admiration. Néanmoins ce ne sont là que des anomalies. La règle veut que nous soyons un peu béotiens à l'endroit des beaux-arts. Notre intervention au Salon serait donc impertinente au premier chef si nous avions la prétention d'y chercher autre chose que de l'anatomie, de la physiologie, de la pathologie interne et externe, bref de la médecine, et d'y faire d'autres observations que celles qui intéressent à quelque degré l'art, la science ou la profession. Ce qui suit prouvera à ceux qui en pourraient douter que nous ne sortons pas de notre spécialité.

Et d'abord, pour procéder classiquement, commençons par quelques remarques anatomiques et physiologiques.

Nous trouvons, à l'entrée de la deuxième travée de la galerie, à droite, sous le n° 1028, une *Atala* de M. Jouy. Atala est assise au pied d'un arbre; Chactas, accroupi auprès d'elle, incline sa tête sur ses genoux. Si vous regardez avec attention les yeux d'Atala vous y verrez à l'angle interne de l'œil droit *une* larme, et à l'angle interne de l'œil gauche *deux* larmes. Ces *trois* larmes parfaitement

antécédentes, telles qu'une phthisie et un squirre du pylore préexistans chez deux de nos malades; on entend, en général, par complication des accidens insolites qui ont pris naissance après l'invasion de la maladie première.

Nous ne pouvons, non plus, considérer comme complications proprement dites, certains accidens pouvant résulter du traitement lui-même, tels que la salivation, et un cas de gangrène mercurielle de la bouche qui pourtant a déterminé la mort.

COMPLICATION DE PLEURÉSIE LATENTE; MORT.

Obs. XI. — Une femme de 40 ans, malade depuis deux jours, entre à la clinique le 9 mars 1841. Céphalalgie, rachialgie, opisthotonos, puis délire, etc. Une saignée, plusieurs applications de sangsues, les onctions mercurielles, quelques dérivatifs cutanés et intestinaux, paraissent avoir maîtrisé les symptômes encéphaliques. Cependant l'état fébrile, la faiblesse persistent, le délire renaît de temps en temps, mêlé d'état comateux. Un jour, nous nous avisons d'explorer le thorax vers lequel rien n'attirait particulièrement notre attention : point de dyspnée, de douleur thoracique, de crachats ; seulement parfois une petite toux insignifiante. Quel est donc notre étonnement lorsque nous découvrons dans le côté gauche un épanchement pleurétique manifesté par la matité, le souffle tubaire et l'égophonie ! La malade meurt le lendemain 29 mars, 22 jours après l'invasion.

A la NÉCROSCOPIE, vestiges de pus concret, en partie résorbé, sur divers points de l'encéphale; épanchement séreux, puriforme, pseudo-membranes épaisses dans la plèvre gauche ; injection, psorentérie dans l'intestin grêle.

Pendant tout le cours de cette maladie, rien, avons-nous dit, ne faisait pressentir l'existence de cette fatale complication. Ce qui prouve combien il est nécessaire de procéder souvent à la complète exploration des organes pendant le cours de toute maladie, notamment dans les affections de l'encéphale où les troubles de l'inervation masquent si fréquemment les autres lésions.

COMPLICATION DE PNEUMONIE; GUÉRISON.

Obs. XII. — Un jeune homme de 14 ans, de moyenne constitution, entre à la Clinique le 4 mai 1841. Sa maladie a débuté la veille par une vive céphalalgie, vertiges, courbature, vomissemens, etc. Une saigné a été faite.

Etat actuel : Céphalalgie, rachialgie, état semi-comateux ; le malade ne répond presque pas aux questions ; pupilles dilatées; pouls petit, fréquent ; selles involontaires. (20 sangsues aux oreilles ; onctions mercurielles sur la tête rasée.)

5. Même état ; vive douleur lorsqu'on soulève la tête et le tronc. (Trois fois 10 sangsues; onctions mercurielles; chiendent nitré.)

6. Mieux ; idées lucides ; deux selles involontaires. (Emolliens.)

7. Le mieux se maintient. (Herpés à la lèvre inférieure.)

8. Epistaxis, douleur de poitrine, dyspnée, peu de toux, point de crachats ; pouls fréquent. L'exploration du thorax révèle de la matité, du souffle tubaire, mêlé de râle crépitant et de bronchophonie, dans l'espace de 3 pouces, en arrière et à la base du côté gauche du thorax. (Pneumonie au deuxième degré.) (Saignée de 270,00; 12 ventouses scarifiées dans le dos; looch.)

9. Pneumonie persistante. (Saignée de 240,00; 16 ventouses scarifiées; looch.) Sang plastique.

10. La pneumonie est plus circonscrite; le rale tend à remplacer le souffle. (Vésicatoire au dos, gommeux.)

12. Le souffle tubaire persistant encore :

Prenez :	Tartre stibié................	0,20
	Infusion de feuilles d'oranger..	120,00
	Sirop de sucre..............	30,00
	Une cuillerée d'heure en heure.	

13. Un vomissement, trois selles, râle crépitant de retour. (Potion à 0,30 ; tolérance.)

La résolution da la pneumonie est complète le 17. Le malade sort guéri le 22, dix-huit jours après son entrée.

Pour être un peu moins latente que la pleurésie précédente, cette pneumonie n'en était pas moins fort insidieuse, en raison surtout de l'absence des crachats. La guérison de ce sujet est certainement un bienfait de l'auscultation, sans laquelle une grave complication fût passée inaperçue.

§ VII. — PRONOSTIC; MORTALITÉ.

Enoncer la mortalité d'une maladie, c'est formuler implicitement la gravité du pronostic. Sur 40 malades que nous avons observés, 22 ont succombé (1) ; c'est dire combien notre épidémie fut meurtrière, et encore ne fûmes-nous pas des plus malheureux.

Une opinion universellement admise, c'est que les maladies épidémiques sont essentiellement plus graves que les maladies sporadiques de même nom, et l'on a fait de cette particularité supposée un argument en faveur de la spécificité des épidémies. Or, il nous paraît évident qu'on s'est fondé sur l'exception pour établir la règle, car :

1° Les maladies légères de leur nature ne deviennent pas plus graves en revêtant le caractère épidémique, témoin le furoncle, le panaris, l'érysipèle, etc.

2° En temps d'épidémie de maladies graves de leur nature, il se présente une foule de cas légers, aussi légers que la plupart des cas sporadiques; mais on les perd de vue pour ne se préoccuper que des cas graves, témoin l'épidémie de choléra mêlée de tant de cas de cholérine.

3° Supposant que la plupart des cas fussent très graves, plus graves que la plupart des cas de la même affection à l'état sporadique, cela prouverait que la cause agit avec plus d'intensité, et voilà tout. Une différence de degré ne peut suffire à constituer des maladies spécifiques.

4° Il est des maladies très graves, mortelles de leur nature, même à l'état sporadique ; est-il donc étonnant qu'à l'état épidémique ces mêmes maladies causent de grands ravages ? Tels sont le typhus, l'apoplexie et spécialement la méningite, surtout lorsqu'elle envahit à la fois l'encéphale et le rachis. Je ne sache pas qu'on ait exactement calculé sur une grande échelle le degré de mortalité de la méningite sporadique ; mais si chaque praticien veut rassembler ses souvenirs et se demander avec candeur combien de fois il a vu guérir la méningite confirmée, sporadique, nous sommes certains qu'on ne nous taxera pas d'exagération si nous

(1) Lorsque nous écrivions ceci, en juillet dernier, quatre malades étaient encore en traitement dans nos salles. De ces quatre, deux ont succombé depuis, après quatre à cinq mois de maladie, non pas à la méningite proprement dite, mais à ses suites, à des accidens dont elle fut l'occasion.

---

arrondies comme des perles sont très bien dessinées. C'est peut-être une de ces larmes qui, tombant sur le front de Chactas, le firent s'écrier un jour : *Orage du cœur, est-ce donc une goutte de votre pluie ?* Métaphore romantique qui fesait jeter les hauts cris à l'abbé Morellet. Quoi qu'il en soit, l'artiste a voulu évidemment faire pleurer cette jeune fille, mais il a eu tort de croire que trois larmes suffisaient pour cela. Il a oublié de joindre à cette sécrétion les modifications nombreuses des muscles palpébraux, nasaux, labiaux dont elle est toujours accompagnée. Peut-être n'a-t-il pas voulu déranger la symétrie agréable des traits de son héroïne; mais cela ne nous regarde pas, et nous persistons à dire qu'il a manqué l'expression physiologique de cette fonction.

Nous ne savons pas si le *saint Jérôme* de M. Picquer (statue en plâtre, salle des sculptures) écoute véritablement la trompette du jugement dernier, comme le prétend le livret, et cela nous importe peu. Tout ce que nous pouvons dire, c'est que, pour un vieillard si terriblement décrépit, et dont les cuisses sont si décharnées, les muscles jumeaux et solaires sont proportionnellement beaucoup trop nourris et solides. Il y a aussi, au-dessous de la dernière fausse côte du saint homme, des plis cutanés que la position du tronc n'explique pas bien. Nous avons vu avec plus de plaisir sur la même figure le développement sénile de quelques veines variqueuses.

La *Psyché* ou l'*Eveil de l'âme*, de M. Legendre-Héral (même salle), a un défaut contraire. Les jambes de cette petite fille, à peine pubère, sont certainement œdémateuses. Il y a aussi dans les genoux un engorgement qui simulerait presque une tumeur blanche. Il n'est pas probable que l'artiste ait voulu représenter ces états pathologiques.

Dans *Mutius Scevola*, statue en plâtre de M. Falconnier, nous avons remarqué le long du bord externe du bras droit des saillies musculaires tout à fait anormales, et un développement considérable des veines superficielles cutanées. A côté de ce terrible Romain se trouve une femme adolescente, assise et toute nue, dont les pieds et les mains offrent des singularités remarquables : les doigts semblent avoir plus de phalanges que n'en comporte la coutume. On pourrait voir aussi dans ces saillies multipliées des nodosités goutteuses, si l'âge du sujet ne contredisait ce diagnostic. Le petit doigt du pied droit paraît avoir été frappé d'arrêt de développement; il est à l'état purement rudimentaire.

La sculpture nous fournirait bien d'autres exemples, non moins curieux, de singularités anatomiques de toute espèce, telles, pour en citer une encore, que celle de la *Judith* de Mlle Fauveau, dont le rachis doit nécessairement être luxé au niveau des dernières vertèbres lombaires, pour que le bassin puisse exécuter ce mouvement de rotation sur son axe, qui entraîne les deux fémurs dans une direction inverse du tronc ; mais nous avons hâte de passer aux faits plus intéressans encore de pathologie interne, dont la peinture abonde. Il nous faudra choisir.

M. Biard a fait une excellente monographie du *mal de mer*, considéré empiriquement dans son appareil symptomatique. Il en a décrit les phases et degrés avec un talent séméiotique digne d'Arétée. Les ouvrages de médecine sont peu satisfaisans sous ce rapport ; cette maladie y a été traitée avec une négligence impardonnable. La meilleure description qu'on en eût jusqu'ici nous venait d'un poète ; c'était celle de lord Byron, dans le second chant de *Don Juan*. Nous avons maintenant celle d'un peintre, qui vaut bien celle du poète. M. Biard a

avançons que la méningite sporadique est mortelle, au moins dans les deux tiers des cas. Cette proportion est de beaucoup dépassée dans les résumés cliniques, qui, depuis notre épidémie, sont passés sous nos yeux. Sur 4 cas de méningite que nous avons observés depuis la cessation de l'épidémie, 3 ont été mortels. Or, la mortalité de notre épidémie dépasse à peine la moitié des cas; supposons les deux tiers, et qu'on nous permette une réflexion, paradoxale au premier abord, mais qui pourtant exprime une vérité ou du moins un fait rationnel : nous sommes fermement convaincu que la mortalité de notre épidémie a été moindre que pour la méningite sporadique, à égale gravité de symptômes et de lésions anatomiques. Nous ajoutons que, dans notre pensée, la mortalité des graves maladies épidémiques, en général, doit être, toutes choses égales d'ailleurs, moins grande que celle des mêmes maladies à l'état sporadique; la raison que nous en donnons est toute pratique : c'est que lorsqu'une maladie grave, à symptômes équivoques, comme l'est souvent la méningite, vient à se produire chez un sujet isolé, l'observateur, pris à l'improviste, suspend son jugement, procède en tâtonnant, agit avec mollesse, et laisse ainsi s'écouler un temps précieux. Puis, lorsqu'une fois ses idées sont assises, la gravité connue du pronostic l'empêche de mettre en usage des moyens extrêmes qu'on pourrait, en cas de malheur, accuser d'avoir causé la catastrophe. Combien de malades succombent parce que le médecin, soigneux de sa réputation, craint d'appliquer des remèdes héroïques, mais douteux? Or, d'autre part, en cas d'épidémie, le praticien est sur ses gardes. Une triste expérience lui a bientôt appris à reconnaître la maladie, même en germe; d'ailleurs, la constitution épidémique éclaircit singulièrement les obscurités du diagnostic. En outre, le public, terrifié, sait que la maladie est presque de nécessité mortelle; il sait que des moyens vigoureux offrent seuls quelques chances de succès, il les approuve, il les appelle, et met ainsi le praticien à son aise : donc celui-ci peut agir à temps et en pleine liberté, double circonstance qui doit incontestablement diminuer les chances de mort.

Eh bien ! dans l'espèce, nous avons été moins malheureux qu'à l'égard de la méningite sporadique, précisément parce que nous avons pu, dans la plupart des cas, agir, sinon de très bonne heure, au moins avec une énergie proportionnée à la gravité du mal.

Pas n'est besoin de dire que le pronostic, toujours fâcheux en lui-même, en tant qu'il s'agissait d'une phlegmasie encéphalo-rachidienne, était cependant d'autant plus grave que les symptômes étaient plus prononcés, ce qui, naturellement, indiquait une lésion plus profonde. Pourtant cet élément nous a trompé quelquefois, en ce sens que nous avons vu se rétablir des sujets présentant les symptômes les plus inquiétans (obs. 3-7), et que d'autres sujets ont succombé, en dépit de l'apparente bénignité de la maladie (obs. 4-8). Le plus souvent, les premiers symptômes conjurés, le malade paraissait entrer en voie de guérison, mais nous avions appris de bonne heure à nous défier de ces apparences, et lorsque le rétablissement n'était pas franc et complet, nous nourrissions des craintes trop souvent justifiées par l'événement. Aussi considérions-nous la prolongation de la maladie, même à l'état bénin, comme d'un fâcheux pronostic; car bientôt apparaissaient de nouveaux phénomènes alarmans ou de graves complications qui entraînaient plus ou moins lentement le malade au tombeau. Cette prolongation nous indiquait une circonstance fâcheuse, à savoir, l'existence de la suppuration, laquelle, sans être, nous le croyons, une cause de mort inévitable (car nous avons la conviction d'avoir vu guérir des méningites à ce degré), laissait cependant peu d'espoir de voir le malade se rétablir. Quelques malades ont succombé à l'épuisement, sans complications menaçantes, même sans symptômes prédominans, comme par défaut d'inervation, et à l'autopsie on ne trouvait que peu d'altérations, même dans l'encéphale, la méningite et ses produits paraissant à peu près résolus et résorbés.

Une circonstance aggravante, plus particulière aux médecins d'hôpitaux, et qu'il nous sera permis d'énoncer, c'est l'époque plus ou moins avancée de la maladie au moment de l'entrée du malade à l'hôpital. Sur 34 cas où se trouve spécifiée cette particularité, nous trouvons :

Durée avant l'entrée :	Maximum....	45 jours.
	Minimum....	8 heures.
	Moyenne.....	4 jours 22/34.

Or, on conviendra que, dans une maladie aussi grave et aussi rapide que la nôtre, quatre à cinq jours sont un temps considérable, souvent même une perte irréparable, si ce temps n'a pas été rempli par des médications convenables, comme souvent il est arrivé pour nos malades.

Malgré tout, et quelque nombreux qu'aient été nos désastres, notre conscience se rassure en les comparant aux malheurs arrivés à d'habiles praticiens, dans les mêmes circonstances. On appréciera les motifs qui nous interdisent d'établir des chiffres parallèles.

Le pronostic, en matière d'épidémie, doit porter sur deux objets distincts : 1° sur la maladie elle-même individuellement considérée; 2° sur le nombre et sur la propagation des cas observés, ou sur l'épidémie proprement dite. Nous venons de satisfaire à la première de ces indications, occupons-nous de la seconde.

En tant qu'épidémie, notre méningite ne peut être considérée comme fort grave. Qu'est-ce, en effet, qu'une épidémie qui ne frappe qu'une ou deux centaines d'individus sur une population de soixante mille âmes, même lorsqu'elle immole la moitié ou les deux tiers des individus affectés? Donc, bien que la maladie fût grave en elle-même, on ne peut pas la considérer comme constituant ce qu'on appelle une *grande épidémie*. Cependant, comme les grandes épidémies, la nôtre paraît avoir tenu à une cause générale, disséminée, errante, puisqu'elle a sévi dans plusieurs lieux éloignés les uns des autres. Il convient donc de scinder les élémens constitutifs de la définition des grandes épidémies, à savoir : « apparition brusque, extension graduelle sur un grand espace, mortalité considérable, décroissement progressif dans le nombre et la gravité des cas, etc. » Or notre épidémie a été pressentie par des cas isolés; elle s'est étendue sur un grand espace, mais elle n'a frappé qu'un petit nombre d'individus, eu égard à la population; enfin, les derniers cas ont été aussi graves que les premiers, à peu de chose près. Un sujet reçu le 25 mai, quatre jours avant l'extinction de l'épidémie, a succombé en quatre jours. Comme caractères des grandes épidémies, il lui reste donc l'extension à grande distance et la gravité des cas isolés. Mais cette gravité même n'existe-t-elle pas aussi bien à l'état sporadique?

Notre épidémie n'a pas subi d'oscillations bien sensibles, ainsi que cela s'observe ordinairement. Quelques cas isolés qui, depuis, se sont offerts, ont pu faire craindre une récrudescence. Récemment encore (décembre), plusieurs cas se sont présentés à l'hôpital militaire, tout aussi graves qu'au fort de l'épidémie. Espérons donc que l'épidémie est, sinon délimi-

---

particulièrement bien saisi cette période pendant laquelle le travail auquel l'organisme est en proie ne se trahit encore que par un malaise sourd, profond, mystérieux, universel, dont le sujet ne peut se rendre compte, mais qui marque immédiatement sa physionomie et toute sa contenance d'un cachet spécial qui n'échappe pas à un observateur. L'œil demeure fixe; il est ouvert, mais il ne regarde plus; la lèvre inférieure s'abaisse passivement; le malade reste dans une immobilité apathique dont aucun bruit, aucun mouvement extérieur ne peut le faire sortir; il paraît ne plus voir, ne plus entendre, ne plus sentir; sa parole est rare et monosyllabique. La bouche est sèche, et le peu de salive qui s'y rend est rejeté par de petits crachotemens fréquemment répétés; le visage pâlit et le front s'humecte d'une légère moiteur d'un froid glacial. L'état moral est tout à fait d'accord avec ces signes physiques; une tristesse indicible s'empare de l'âme, qui n'a plus qu'un sentiment, qu'une idée, le regret d'avoir quitté la terre et le désir d'y retourner.

Cette première période est, disions-nous, parfaitement indiquée chez quelques-uns des malades de M. Biard, et notamment sur le gendarme qui, absorbé par les étranges impressions intérieures dont il est travaillé, ne s'aperçoit pas que, pendant le cours de ses méditations, la partie la moins noble de son corps, obéissant aux lois de la pesanteur, s'est logée dans le carton à chapeaux d'une belle dame, ignominieusement défoncé. La seconde période, essentiellement caractérisée par la constriction épigastrique, les nausées positives, et un surcroît de prostration physique et morale, se reconnaît chez le fashionable, assis auprès d'une jeune dame qui lui lit fort inutilement une page de G. Sand ou de F. Soulié, car le pauvre garçon a bien d'autres affaires à régler. Il est à moitié renversé en arrière, les yeux à demi-clos, les deux bras allongés et pendans le long de ses cuisses; sa bouche entr'ouverte laisse échapper un cigare à peine commencé qu'il avait allumé probablement par fanfaronnade. La femme du coin, à droite, à qui son tendre mari écrase le nez avec un citron, est dans un état à peu près semblable. Certaines convenances n'ont pas permis au peintre de mettre sur le premier plan les phénomènes de la troisième et dernière période; mais on voit au loin dans le fond quelques malades qui y sont évidemment parvenus. L'habile observateur ne s'est pas contenté de la description symptomatique du mal de mer, il nous en donne aussi l'étiologie autant que son art le lui a permis. A la direction fortement oblique du paquebot, sur le pont duquel se déroule toute la scène pathologique, on reconnaît que la mer est très grosse, et que par conséquent le roulis et le tangage doivent être violens. Le roulis est le balancement latéral du navire, qui varie beaucoup en intensité suivant la vitesse de la marche et l'état de la mer, mais dont l'action sur l'économie n'approche pas à beaucoup près de celle du tangage, mouvement qui s'opère dans le sens longitudinal du navire dont il relève et abaisse alternativement la proue et la poupe, et fait décrire à tous les points de son grand axe une courbe analogue à celle de l'escarpolette. De ces deux mouvemens celui de la descente est le plus cruel pour les organes contenus dans l'abdomen, et c'est précisément celui-là que M. Biard a fixé dans sa peinture. Nous recommandons spécialement à la jeunesse médicale studieuse cette belle monographie.

Comparé à M. Biard, M. Clément-Boulanger est un bien pauvre nosographe. Le titre de son tableau, le *Mal des ardens* nous avait séduits. Nous espérions y trouver quelques renseignemens précis sur cette terrible épidémie du douzième

tivement éteinte, du moins réduite à quelques cas clairsemés, c'est-à-dire qu'elle rentre dans l'ordre sporadique, quant à la quantité; car, pour la qualité, c'est toujours une maladie redoutable.

L'observation suivante constate l'incertitude qui environne le pronostic.

MÉNINGITE ENCÉPHALO-RACHIDIENNE PEU GRAVE EN APPARENCE; MORT INATTENDUE; NÉCROSCOPIE.

OBS. XIII. — Un homme de 34 ans, de belle constitution, entre à la Clinique le 14 mai 1841. Il se dit malade depuis deux jours : céphalalgie, idées nettes, pouls fréquent, large et dur, peau chaude, langue sèche, soif, abdomen un peu sensible à la pression, constipation. (Saignée de 300,00; 20 sangsues aux mastoïdes; limonade tartar.; lavement émollient; diète.)

15. Même état; douleur de la nuque et du dos; sub-délire. (Saignée de 360,00; émolliens.) Sang plastique.

Après la saignée, le malade se lève, sort de l'hôpital et rentre chez lui, se disant guéri. Un médecin appelé reconnaît du délire, pratique une *saignée* et renvoie le malade à l'hôpital.

16. Céphalalgie, léger délire continu. (Trois fois 10 sangsues derrière les oreilles. Compresses froides sur le front; un quart de lavement avec musc, 0,10.) Mort à dix heures du soir, quatre jours après l'invasion.

A l'autopsie, couche de pus recouvrant la presque totalité du cerveau et du cervelet; pus dans les ventricules latéraux; pus enveloppant la moelle épinière dans la plus grande partie de son étendue.

Plaques pointillées, arborisations de l'intestin grêle; vive rougeur du cœcum.

Avec de si graves lésions, comment concevoir un pareil maintien des forces générales, permettant au malade de rentrer chez lui et de retourner à l'hôpital la veille même de sa mort? Quelle est la maladie, demanderons-nous aussi, qui ne présente pas de pareilles anomalies, même à l'état sporadique? C'est là un des mystères de cette condition, à laquelle notre ignorance a donné le nom d'idiosyncrasie; il n'est pas permis de voir au-delà.

§ VIII. — CARACTÈRES ANATOMO-PATHOLOGIQUES.

La dénomination de *méningite encéphalo-rachidienne*, appliquée à notre épidémie, dit assez quelles sont les lésions révélées par la nécroscopie. Cependant comme la signification du mot méningite est encore assez vague, et que, d'ailleurs, quelques doutes se sont élevés sur la nature de la maladie qui nous occupe, il ne sera pas inutile d'entrer dans quelques détails à ce sujet.

LÉSIONS DE L'APPAREIL ENCÉPHALO-RACHIDIEN.

Les tégumens et le crâne lui-même n'offraient rien de remarquable. La dure-mère était à l'état normal, mais souvent les sinus étaient gorgés d'une quantité de sang plus grande qu'à l'ordinaire.

L'arachnoïde pariétale a toujours été rencontrée à l'état normal, sauf quelques enduits séro-albumineux, lorsque la cavité séreuse contenait du liquide.

L'arachnoïde viscérale nous a paru toujours exempte de lésion de texture, soit que la cavité séreuse contînt du liquide, soit que les produits morbides fussent sous-jacens à cette membrane.

Dans la grande majorité des cas, la cavité de l'arachnoïde cérébrale ne contenait point de liquide, tandis que le canal rachidien contenait presque toujours, vers son extrémité inférieure, une notable quantité de liquide séro-purulent.

La pie-mère nous a paru être le siége spécial, et pour ainsi dire, exclusif, des lésions anatomiques. Constamment elle offrait un état d'injection plus ou moins prononcé, tant à la surface de l'encéphale que dans les anfractuosités des circonvolutions. Cette injection, le plus souvent générale, était cependant plus prononcée dans certains points, soit aux parties latérales du cerveau, soit à la base de l'encéphale, et dans une étendue plus ou moins considérable de la moelle épinière.

Avec l'injection de la pie-mère existaient presque toujours des produits sécrétés, consistant rarement en un simple liquide séreux ou lactescent, si ce n'est à la naissance de la moelle épinière, au niveau du *calamus scriptorius*, où le feuillet arachnoïdien était fréquemment soulevé par une certaine quantité de sérosité plus ou moins trouble.

Presque toujours les produits sécrétés offraient plus ou moins de densité. Tantôt c'était une matière blanchâtre, consistante, ressemblant à de l'albumine concrète. Tantôt le produit morbide offrait l'aspect transparent et tremblotant de la gélatine. Dans la plupart des cas, la matière épanchée offrait les apparences d'un véritable pus opaque jaunâtre, de consistance liquide, butyreuse, grumeleuse ou plastique et comme pseudo-membraneuse. Ordinairement la matière était distribuée, disséminée par tractus ou par plaques sur divers points de la périphérie de l'encéphale; plus rarement l'enduit formait une enveloppe continue, qu'on a comparée à une couche de beurre frais étendue autour du cerveau. Le plus souvent ces diverses matières, diversement disposées, existaient simultanément.

Tous ces produits, infiltrant ou recouvrant la pie-mère, étaient toujours primitivement situés sous l'arachnoïde, dont la transparence permettait de les voir, comme s'ils eussent été répandus à sa surface. Presque toujours ils étaient distribués d'une certaine manière, existant de préférence sur les parties externes des lobes cérébraux, au niveau des grandes scissures, notamment de celle de Sylvius, le long des anfractuosités cérébrales, et suivant la direction des gros vaisseaux. Cette disposition a frappé tous les observateurs, dont quelques-uns ont cru y voir un caractère spécial de l'épidémie. Fréquemment aussi l'on rencontrait ces concrétions à la base de l'encéphale, au niveau de l'entre-croisement des nerfs optiques, aux faces supérieure et inférieure des lobes cérébelleux, à la naissance de la moelle épinière, etc. Le long de la moelle épinière, ces sécrétions occupaient de préférence les parties supérieure et surtout inférieure; rarement elles enveloppaient la moelle dans toute son étendue. Le plus souvent, elles formaient des espèces de viroles, situées en haut et en bas, sous l'arachnoïde, tandis que le canal rachidien contenait une certaine quantité de sérosité puriforme.

Des doutes ayant été élevés sur la nature inflammatoire, sur l'essence purulente de ces produits, M. Wünchendorff les a soumis à l'examen microscopique et y a reconnu les globules caractéristiques du pus phlegmoneux.

Dans les ventricules cérébraux existait souvent une certaine quantité

---

siècle, si mal décrite par les auteurs contemporains. Nous avons été tout à fait désappointés. Rien de plus vague, de plus confus, de plus incomplet que cette description. Il est absolument impossible, non seulement de reconnaître, mais même de soupçonner la nature du mal, d'après le *facies* ou la position des malades. En procédant par voie d'exclusion on pourrait arriver seulement à cette conclusion négative qu'il ne s'agit pas d'affections abdominales presque toujours accompagnées de prostration et d'adynamie. La plupart des malades sont sur leur séant, les bras levés et gesticulant. Il y en a un à droite, étendu par terre sur un matelas, qui paraît en proie à des convulsions et pris d'un opisthotonos commençant. Aurions-nous donc affaire à une inflammation cérébo-spinale? Mais il est inutile de se perdre en conjectures à ce sujet. Il n'y a pas d'élève de première année qui ne fût capable de rédiger une observation avec plus de précision et de méthode. Nous conseillons donc à cet artiste, s'il veut se mêler de nosographie, de suivre quelques cours de clinique.

Même désappointement pour le *ministre-médecin* de M. Jacquand. Où a-t-il appris, ce peintre inconsidéré, à tâter le pouls la main simplement étendue à plat sur le poignet du malade? Après une bévue si élémentaire d'exploration, on ne peut guère compter sur un bon diagnostic. En effet, il ne suffit pas d'allonger outre mesure une figure et de la colorer en jaune pour préciser la nature et le degré d'une lésion quelconque; et M. Jacquand s'est contenté de ces signes généraux, qui ne nous apprennent rien. Il n'y a, en outre, qu'une cause traumatique, l'action d'un laminoir, par exemple, qui ait pu aplatir et broyer à ce point les doigts de la malade.

On sera plus satisfait de la figure de femme, habillée en noir, par M. Moltez (à l'entrée de la galerie à droite); c'est une bonne étude pathognomonique de la chlorose.

M. Charles Mayer s'est occupé de la goutte, mais son travail ne fera pas oublier ceux de Barthez, de Scudamore et de Reveillé-Parise. Il aurait fait sagement de lire ces maîtres avant de commencer son tableau. Son *financier goutteux* est une énorme masse de chair informe et rubiconde, qu'il a chargée autant qu'il a pu de tissu adipeux, pour se conformer apparemment à l'opinion populaire que les goutteux sont gras. Mais il faut distinguer. Le goutteux est gras par nature, mais il ne l'est pas toujours, et lorsque les accès sont longs et violens, et que par suite il y a anorexie et diète, il maigrit sensiblement. M. Mayer n'a pas fait ces distinctions. Que signifie, en outre, ce jeune médecin, qui, tout en feignant de tâter le pouls du malade avec sa main droite, passe la gauche par dessus le dos du fauteuil pour saisir et baiser celle de la demoiselle du logis, qui apporte une tasse de tisane? Cette plaisanterie serait excessivement déplacée si les costumes des personnages ne nous indiquaient que cette scène scandaleuse s'est passée à l'époque de la régence, temps où la morale des médecins était, comme toutes les autres, fort relâchée.

Remarquons rapidement que la jeune femme malade de M. Gigoux (dans son *saint Philippe*) offre sur plusieurs points de la peau des bras, du cou et des épaules des teintes cyaniques, incompatibles avec l'état d'embonpoint et de vigueur apparente du sujet. Les connaisseurs disent que c'est la faute du peintre, qui fait violet; soit; mais notre remarque à nous subsiste. Disons aussi que la *jeune fille de Jaïre* de Mme Brune-Pagès est bien fraîche pour une ressuscitée; et que le prétendu *convalescent* de M. Raynaud (galerie de bois) est encore, d'après

de sérosité plus ou moins trouble, rarement des produits gélatineux ou puriformes, du moins n'avons-nous rencontré que deux fois du pus dans les ventricules. Les plexus choroïdes étaient généralement injectés, comme la pie-mère elle-même.

La substance cérébrale était ordinairement pointillée ou sablée, sans changement notable dans sa consistance. Chez le premier de nos malades on a cru trouver un ramollissement de la moelle épinière, d'autres fois le cordon médullaire a paru plus consistant que d'ordinaire. Chez un sujet, mort dans une période avancée, nous avons rencontré un ramollissement diffluent du *septum lucidum*, de la voûte à trois piliers et d'une partie des parois ventriculaires; mais les ventricules étaient distendus par une grande quantité de sérosité floconneuse ; le ramollissement nous a paru mécanique. (Obs. 15.)

Si donc nous voulions réformer le langage vulgaire et mettre plus de précision dans la désignation de la maladie, nous lui donnerions le nom de *pie-mérite cérébro-spinale;* mais il nous suffit de préciser les choses et les idées ; à d'autres nous laissons le facile honneur du néologisme, dont l'effet est le plus souvent d'embrouiller la science au lieu de l'avancer.

Telles sont les lésions encéphalo-rachidiennes qu'on rencontrait dans les cas où les malades succombaient plus ou moins promptement; mais lorsque la mort arrivait à une époque tardive, chronique, en quelque sorte, on remarquait certaines particularités qu'il est assez important de faire connaître. Régulièrement alors, après l'ablation du crâne et de la dure-mère, l'encéphale apparaissait comme turgescent, les circonvolutions cérébrales étaient aplatis, comme tassées. Ces circonvolutions adhéraient plus ou moins entre elles, ce qui résultait de la cohésion des feuillets de la pie-mère pénétrant dans les anfractuosités. Cet aspect turgescent de l'encéphale existait indépendamment de la distension des ventricules, laquelle, d'ailleurs, était très rare. On ne peut guère l'expliquer que par une sorte d'hypertrophie de la substance cérébrale, résultant peut-être d'un état fluxionnaire plus ou moins prolongé. Dans ces cas encore, la superficie du cerveau était sèche, non lubréfiée par la sérosité. Les produits albumineux, gélatineux, puriformes, disséminés à la périphérie des centres nerveux, n'existaient ordinairement plus qu'à l'état de vestiges et comme réduits par le travail d'absorption. La substance cérébrale elle-même ne révélait aucune altération soit de couleur, soit de consistance.

Malgré les difficultés qui se rencontrent nécessairement lorsqu'il s'agit de classer des phénomènes successifs, entre lesquels la nature n'a pas établi de limites bien tranchées, tels que sont les divers degrés de l'inflammation, nous avons cru cependant qu'il était possible de jeter quelque lumière sur divers points de l'histoire de notre méningite, en distinguant plusieurs phases ou divers degrés dans l'évolution des caractères anatomiques dont nous venons de produire l'esquisse. Nous avons donc établi trois degrés comme il suit :

1er degré, ou simple *congestion*.... (Forme congestionnelle).
2e degré, ou d'*inflammation*..... (Forme inflammatoire).
3e degré, ou de *suppuration*...... (Forme suppurative).

Dans le premier degré, les vaisseaux de la pie-mère sont simplement congestionnés, sans auffusion sanguine, sans notable exhalation. Dans le deuxième degré, le sang est supposé faire corps avec le tissu de la pie-mère, qui offre un aspect homogène, opaque et comme carnifié. Il coexiste souvent une exsudation séreuse ou lactescente plus ou moins copieuse.

Le troisième degré est le plus facile à spécifier : non seulement la pie-mère est injectée, épaissie, carnifiée, mais encore elle est infiltrée d'un liquide plus ou moins dense, gélatineux, albumineux, puriforme, blanc ou jaunâtre, et enfin d'un véritable pus crêmeux ou butyreux.

Si ces distinctions ne sont pas toujours faciles, tant s'en faut, à établir sur le cadavre ; si elles ne répondent pas toujours, tant s'en faut encore, à des appareils symptomatiques spéciaux et bien déterminés; si elles n'expriment pas toujours la gravité réelle de la maladie, en tant que tous ces cas peuvent être suivis de mort ou de guérison, comme le constatent nos observations précédentes, toujours est-il qu'elles sont cependant fondées en principe, et l'on verra qu'elles seules peuvent donner la clef de certains phénomènes, qu'elles expliquent d'une manière naturelle, rationnelle, je dirai presque obligée, ainsi que nous l'avons déjà fait entrevoir.

LÉSIONS DE L'APPAREIL DIGESTIF.

Pour ce qui concerne la *bouche*, nous renvoyons à l'article des *symptômes*.

Dans l'*estomac*, nous avons parfois rencontré des arborisations, des rougeurs sans beaucoup d'importance. En général, lorsque le malade succombait promptement, l'estomac ne présentait pas de lésion notable. Lorsque la mort arrivait dans une période avancée, la muqueuse gastrique offrait quelquefois un peu de ramollissement ou d'amincissement ; rarement les lésions organiques étaient bien prononcées, même dans les cas où des vomissements opiniâtres avaient précédé la mort, où la bouche avait offert l'aspect fuligineux, etc.

Mêmes considérations à l'égard de la plus grande partie du tube intestinal, dans lequel cependant, plus fréquemment que dans l'estomac, nous avons trouvé des traces d'hyperhémie. Mais un phénomène qui mérite de fixer particulièrement l'attention, est la fréquence de certaines altérations des follicules intestinaux : à quelque période que le malade ait succombé, nous avons presque toujours rencontré, soit un état pointillé, soit un état réticulé plus ou moins apparent des plaques de Peyer avoisinant le cœcum, soit l'état granuleux des follicules isolés (psorentérie), soit ces divers états combinés. Chose remarquable encore : quelque prononcées que fussent ces altérations, elles n'ont jamais atteint les états gauffré, gangréneux ou ulcéré, si ce n'est dans un cas où un individu, traité par le calomel, nous a offert une médiocre ulcération au voisinage du cœcum. Une autre fois, nous avons rencontré des ulcérations, des végétations de la muqueuse intestinale, mais il s'agissait d'une entérite très chronique ayant succédé à la méningite.

Aucun autre viscère, ne nous a présenté de lésions appréciables, si ce n'est dans des cas de complications, évidemment indépendantes de la méningite.

Nous croyons devoir placer ici quelques considérations sur l'état du sang chez nos malades. Le produit des saignées nous a offert, en général, un sang plastique, fibrineux, sans altération appréciable des propriétés physiques de ce liquide. Plusieurs fois nous y avons rencontré une couenne légère, plus ou moins consistante; jamais de ces couennes épaisses si

---

son facies cachectique, beaucoup trop malade et trop débilité pour pouvoir tenir son bras si longtemps étendu, sans appui, comme il essaie de le faire.

La *pathologie externe* offre très peu de cas remarquables Les combats et batailles dont on a rempli Versailles en ont fourni beaucoup pendant quelques années, mais on n'en voit plus guère maintenant. Les *martyres* sont désormais les seuls sujets où l'on puisse rencontrer quelques lésions traumatiques intéressantes; et ils deviennent également assez rares. Il y a cinq martyres de saint Sébastien. Celui du n. 613 a l'air de dormir paisiblement, ce qui paraît un peu difficile à faire, à moins d'être en somnambulisme magnétique, lorsqu'on vient d'avoir le corps traversé de flèches acérées. Dans celui de M. Coutel, estimé d'ailleurs des artistes, le saint a également l'air tout à fait à son aise, quoique trois à quatre flèches soient encore implantées sur le thorax et les membres à la profondeur de trois pouces au moins. Dans celui de M. V. Robert, les plaies des flèches extraites par les saintes femmes paraissent de simples piqûres de sangsues, et cependant le fer de lance qui les termine n'a pu pénétrer dans les chairs que par une ouverture de trois centimètres d'étendue. Dans un autre, par M. Varnier, les flèches, quoique enfoncées très peu profondément, sont implantées perpendiculairement au plan du corps du saint, qui est debout, et restent, malgré leur pesanteur, dans cette position horizontale; ce qui nous paraît extrêmement invraisemblable pour toutes et impossible pour quelques-unes. Le dernier des *saint Sébastien* est une statue en plâtre de M. Lévêque. Son martyr écarquille les yeux d'une terrible façon ; mais il est excusable, car il vient d'être atteint à l'hypochondre droit par une flèche qui a pénétré si avant, qu'on s'étonne de ne pas en voir ressortir la pointe au dos. Elle a dû, dans son trajet, entamer le foie et diviser entièrement le colon ascendant.

On s'étonnera de trouver si peu d'altération sur la face du jeune blessé pansé par le *bon Samaritain* (de M. Philippe). Il s'agit, en effet, comme le prouve l'énorme quantité de sang répandu, d'une plaie pénétrante de la poitrine, avec lésion du cœur. Le blessé aurait dû mourir sur le coup. Il n'a pas même pâli.

Dans la *Flagellation*, de M. Lehmann, tableau fort vanté et très estimable à ce qu'on dit, nous remarquons avec surprise que la chair si délicate et si fine du Christ devrait présenter quelques traces des coups qu'il reçoit. Des cordes à nœuds et des verges, maniées par des bras aussi musculeux que ceux des bourreaux, doivent non seulement meurtrir, mais encore déchiqueter, déchirer la peau. Les poignets du Sauveur attachés ensemble par deux tours d'une forte corde ne semblent ni comprimés, ni serrés, ni même gênés, quoiqu'un des exécuteurs, coiffé d'une tête de tigre, tire de tout son poids et de toutes ses forces sur la corde.

En anatomie pathologique, nous n'avons pu que glaner. Le *Christ mort*, de M. Aug. Boyer, nous a paru dans un état de décomposition trop avancée. Les cadavres ne passent au bleu, au vert, au noir, que plusieurs semaines après la mort. On alléguera encore ici peut-être pour excuse quelque maladresse du peintre, sous prétexte qu'il a donné aussi la même coloration aux personnages vivants qui entourent le Christ. Mais ces raisons nous paraissent pitoyables, car, en supposant que l'artiste soit un mauvais peintre, il ne s'en suit pas qu'il ne puisse être également un mauvais anatomiste.

Cette espèce d'anachronisme dans la représentation des phénomènes cadavériques est bien plus sensible encore dans la *Niobé*, de M. Tabar. Comment croire

fréqnentesdans d'antres phlegmasies séreuses; jamais nonplus de conenne muqueuse diffluente, ni de ces dissolutions du caillot qui caractérisent, dit on, les maladies septiques, les *septico-hémies*, selon l'expression du professeur Piorry. Il eût été curieux, sans doute, d'appliquer au sang de nos malades les procédés d'analyse microscopique et chimique nouvellement mis en honneur; mais les moyens nous ont manqué, et ce *criterium* d'ailleurs n'était pas hien nécessaire à l'établissement de nos convictions; ce qui précède suffit sans donte pour constater le caractère franchement phlegmasique de notre épidémie.

Les deux observations suivantes retraceront les caractères anatomiques principanx de notre épidémie, et constateront, par surcroît de prenves, leur identité avec ceux de la méningite sporadique.

MÉNINGITE ENCÉPHALO-RACHIDIENNE, INVASION SUBITE, MARCHE RAPIDE; MORT AVANT LA FIN DU TROISIÈME JOUR; MÉNINGES SUPPURÉES.

Obs. XIV. — Un homme de 22 ans, cordonnier, est apporté à la Clinique dans la soirée du 13 mai. Il se portait très bien la veille. Ce matin, il a été pris de vive céphalalgie, puis de vomissemens, bientôt suivis de perte de connaissance et de l'état comateux dans lequel il se trouve actuellement. Décubitus latéral, un peu de jactitation; tête renversée en arrière, opisthotonos du tronc; signes de douleur lorsqu'on exerce la presssion sur le trajet de la colonne vertébrale; contracture, facile à vaincre, des extrémités supérieures; facies peu coloré, exprimant la douleur; bouche entr'ouverte, *herpès* à la lèvre inférieure, narines pulvérulentes, paupières abaissées, recouvrant les pupilles très contractées; langue blanchâtre, rouge sur les bords; abdomen sensible à l'hypogastre où l'on perçoit le globe vésical, avec matité correspondante; sensibilité générale, locomotilité, conservées. De temps en temps, le malade porte automatiquement les mains à la tête comme pour la presser. Pouls fréquent, large et plein. (Cathétérisme qui fournit 600,00 d'urine normale, saignée de 700,00, raser la tête, 20 sangsues aux mastoïdes, onctions mercurielles, fomentations froides sur le cuir chevelu, solut. de gomme.) Sang normal.

14. Délire, opisthotonos, jactitation. On est obligé de lui mettre le gilet de force. Une selle involontaire. (Trois fois 10 sangsues à la base du crâne, onct. mercur., fomentations froides, sinapisme aux mollets.)

15. Même état. (Deux fois 10 sangsues, chiendent nitré, lavement avec musc 0,50.)

Mort à dix heures du soir, deux jours et demi après l'invasion.

Nécroscopie, 25 heures après la mort.

La pie-mère, généralement injectée, est recouverte de pus concret dans quelques points, surtout aux parties latérales et à la base du cerveau. Léger pointillé de la substance cérébrale dont la consistance est normale. Rien dans les ventricules. Le canal rachidien contient une notable quantité de sérosité lactescente. Une couche de pus enveloppe la moelle allongée et l'extrémité inférieure du cordon médullaire dont la consistance paraît augmentée.

Plaques pointillées, psorentérie, arborisations ronges vers l'extrémité cœcale de l'intestin grêle.

Rien de particuler dans les autres organes.

Invasion suhite; marche rapide; impuissance d'un traitement énergique; pus sécrété dès le deuxième jour; vestiges d'entérite folliculeuse; telles sont les circonstances qui signalent cette ohservation, laquelle est un spécimen des cas les plus ordinaires parmi les plus graves.

MÉNINGITE ENCÉPHALO-RACHIDIENNE; FORME COMATEUSE; MORT; SUPPURATION GÉNÉRALE DE LA PIE-MÈRE; ÉPANCHEMENT ABONDANT DANS LES VENTRICULES.

Obs. XV. — Une femme de 27 ans, de moyenne constitution, blanchisseuse, est apportée à la clinique le 8 mars 1841, avec perte complète de connaissance. On nous dit que, jouissant habituellement d'une bonne santé et sobre par habitude, elle est tombée malade la veille, où elle a été prise subitement et sans cause connue de céphalalgie, vomissemens, puis coma.

Etat actuel: perte de connaissance, agitation, gémissemens, peau froide aux extrémités, pouls fréquant et serré. (Saignée de 360,08, 20 sangsues aux tempes, raser la tête, onct. mercur.)

Dans la nuit, agitation extrême. On fait une saignée de 360,00, on applique 20 sangsues aux mastoïdes, et on maintient la malade avec le gilet de force.

9. Tranquillité, un peu de somnolence, mais réponses justes. Pupilles également contractées, trismus, raideur du cou; un vomissement, constipation, urines normales; pouls à 80, serré, régulier. (20 sangsues en deux fois, onct. mercur., foment. froides, émoll.)

La nuit, délire, agitation; elle se lève pour sortir,

10. Mieux; se plaint de la tête. (Herpès labiale 20 sangsues, onct.)

11. Subdélire, coma léger, pouls à 76, constipation. (20 sangsues, lavement apéritif.)

Le délire revient plus intense chaque nuit pour faire place à l'affaissement comateux pendant le jour. Nuque douloureuse.

Le 12, 20 sangsues; le 13, 20 ventouses scarif. sur le rachis.

14. Coma continuel, douleur et raideur de la nuque, constipation, urines involontaires, stomatite mercurielle sans salivation. (20 sangsues aux tempes, vésicatoire à la nuque, lavement avec sel de cuisine 30,00, supprimez les onctions mercurielles.)

16. Coma, subdélire, soubresauts des tendons, bouche aride, abdomen douloureux à la pression, selles diarrhéiques involontaires. (20 sangsues, foment. froides.)

17. Coma profond, tête renversée en arrière, pupille gauche très dilatée, résolution des membres; la salive coule de la bouche, respiration stertoreuse, pouls petit, accéléré. (Vésicat. aux cuisses.) Mort à midi, 10 jours après l'invasion, 9 après l'entrée.

Nécroscopie 20 heures après la mort.

Cavité encéphalo-rachidienne. Circonvolutions cérébrales tassées, aplaties; pie-mère généralement injectée; exsudation de pus concret sur le trajet des vaisseaux latéraux; concrétions puriformes nombreuses à la base du cerveau et à la naissance de la moelle allongée; substance cérébrale légèrement piquetée; ventricules cérébraux distendus par une grande quantité de sérosité trouble, lactescente; ramollissement notable du *septum lucidum* et de la voute à trois piliers; couche de pus concret, disséminé sur toute l'étendue de la moelle épinière dont la consistance paraît un peu diminuée.

Cavité abdominale. Quelques rougeurs intestinales. Les plaques de Peyer, au voisinage de la valvule iléo-cœcale, sont rendues apparentes par un léger pointillé noir.

Rien de particulier dans les autres organes, sauf la stomatite mercurielle.

Dans cette observation, on remarquera, comme circonstance insolite, l'énorme distension des ventricules latéraux par la sérosité et le ramollissement des parois ventriculaires qui rapprochent ce fait de l'hydrocéphale aiguë. Telle fut probablement la cause de ce coma persistant, du début à la fin, à part quelques jours de lucidité, après les premiers accidens.

§ IX. — Pathogénie ou liaisons des symptômes avec les lésions anatomiques.

Les symptômes de notre épidémie trouvent-ils leur cause suffisante dans les lésions encéphalo-rachidiennes et autres rencontrées à l'autop-

---

que les corps de ses jeunes fils et filles tués à l'instant même à coup de flèches par Appollon et Diane aient pu immédiatement arriver au dernier terme de la fermentation putride? N'est-ce pas aussi une grande erreur de donner aux cadavres de jeunes gens, frappés en pleine santé d'une mort soudaine par cause externe, cette saillie énorme du thorax et ce ventre aplati sur la colonne vertébrale, qui ne se rencontrent que chez les sujets morts dans le dernier degré du marasme, à la suite d'une affection chronique des intestins ou du poumon? Nous renvoyons M. Tabar et M. Boyer à l'amphithéâtre, comme nous avons renvoyé les précédens à la Clinique.

Mais laissons là les morts, les mourans et les malades, et reposons nos yeux sur quelques figures de vivans, de vivans bien portans et de plus nos confrères. Nous voyons tous les ans quelques-uns de nos visages figurer dignement à côté de ceux des princes et princesses, des pairs et des députés, des femmes jeunes et vieilles, belles ou laides, et des bons bourgeois de toute classe qui fournissent tant de besogne à nos portraitistes. L'an passé nous y vîmes avec satisfaction, en grand costume universitaire, trois membres de la Faculté de Paris, M. Piorry, M. Adelon, sur toile, et M. Marjolin en bronze. Cette année, la Faculté n'a au Salon qu'un représentant en la personne de M. Moreau. Le portrait est fort ressemblant et fait honneur, au moins sous ce rapport, à M. Rouget son auteur.

Trois autres portraits de médecins nous ont frappé. Le premier (auteur anonyme) est inscrit sous le n° 24. Il y a sur le visage de cet honorable confrère un air de perplexité chagrine qui nous afflige. On peut y lire ou le remords d'un faux diagnostic, ou la mort d'un malade dont la guérison avait été imprudemment promise, ou le désappointement d'une frustration d'honoraires légitimes, ou enfin l'hésitation entre deux modes de traitement dans un cas grave et douteux.

Le deuxième, dû au pinceau de M. Clausel, nous montre debout, dans un cabinet de travail, auprès d'un bureau chargé de livres et de papier, la respectable personne de M. H., médecin à Bar-sur-Aube. Une de ses mains est appuyée sur la table, l'autre tient des lunettes qu'il vient d'ôter de son nez pour la commodité du peintre. L'air de la physionomie est grave, magistral et presque solennel. C'est vraiment dommage que l'angle de la bouche grimace un peu à gauche.

Le troisième et dernier, par M. Jules Laure, est le plus remarquable de tous par la profondeur de pensée qui a présidé à sa composition. L'original, le docteur E., de grandeur naturelle, est assis devant une table sur laquelle est un pupitre. Il est occupé à écrire avec une belle plume blanche. A côté du pupitre, on voit deux autres plumes de rechange, dont l'une est noire et l'autre rouge. Notre docte confrère a l'attention, tout en écrivant, de détourner son visage de son papier, et de le présenter directement au public par un mouvement de rotation de la tête tout à fait gracieux. Sans cette précaution, nous aurions été privé de la vue de cette physionomie où brillent l'intelligence qui conçoit les idées, l'esprit qui les combine, l'imagination qui les crée, la réflexion qui les creuse, et le talent qui les fait passer sur le papier. Les meubles sont en acajou neuf et en très bon état. Nous signalons particulièrement à l'attention de nos lecteurs de Paris ce portrait qui se trouve dans la galerie de bois à droite, à environ dix mètres de la porte d'entrée.

Les Lapons et Groenlandais de M. Biard, les sauvages américains de M. Mo-

sie? Tel est le problème que nous nous proposons d'examiner, sinon de résoudre. Ceux qui affectent une sainte horreur pour ce qu'ils appellent dédaigneusement systèmes ou théories; ceux qui se font gloire d'abjurer le plus beau privilége de l'humanité, l'esprit d'induction; ceux enfin qui voudraient constituer l'art sans la science pourront considérer un travail de ce genre comme une vaine superfluité, comme un échafaudage dangereux de pures hypothèses. Pour nous qui pourtant croyons professer la médecine positive, et même à cause de cela; nous qui pensons que le plus solide appui de la pratique est le dogme basé sur l'observation; et que le dogme le plus fécond est la déduction des symptômes, tirée des lésions matérielles, lorsqu'il en existe d'appréciables, nous croyons faire une chose utile à la science et à la pratique tout à la fois, en montrant les liens qui peuvent unir les deux élémens essentiels de la maladie : symptômes et lésions anatomiques.

Personne ne contestera, je pense, que ces altérations de sensibilité, d'intelligence, de locomotilité : la céphalalgie, le délire, le coma, les spasmes toniques et cloniques, les diverses paralysies, ne soient des expressions directes et positives des lésions rencontrées dans les centres nerveux. En effet, là n'est pas la difficulté : il s'agit de pénétrer plus profondément dans les phénomènes, et de voir si les formes et les phases de notre maladie ont offert quelque concordance avec tel ou tel degré, telle ou telle modification des lésions encéphaliques, et d'expliquer les anomalies, s'il s'en rencontre dans les faits. Et d'abord, au point de vue pratique, il nous suffirait que les symptômes de la maladie dérivassent *in globo* des lésions encéphaliques; mais nous allons plus loin, et nous pensons que tout ce qu'on a voulu voir de merveilleux dans notre épidémie n'offre rien de spécial et qui ne se rencontre dans les affections encéphaliques vulgaires. Le phénomène anatomique le plus constant fut l'injection de la pie-mère, avec ou sans épanchement séreux, gélatineux ou puriforme; les symptômes les plus constans furent aussi la céphalalgie, le délire, les spasmes, le coma, phénomènes caractéristiques de toute méningite sporadique ou épidémique. Quant à l'association et à l'enchaînement variables de ces phénomènes, nous pourrions invoquer d'abord le fait qui démontre la même variabilité d'appareil phénoménal dans la méningite sporadique, ainsi que nous le verrons d'après les classiques; puis nous demanderions quelle est la maladie qui se montre toujours avec le même cortége de symptômes, les lésions anatomiques étant égales; et nous trouverions pour raison finale de cette grande loi pathologique, l'inexplicable et inévitable idiosyncrasie, ce mythe banal, mais réel, qui fait que chez divers individus l'économie répond si diversement aux agressions morbides. Mais nous abordons franchement les difficultés, et nous disons : l'invasion subite, le trouble instantané des fonctions nerveuses, la mort prompte ne peuvent-ils donc trouver leur explication dans la violence du raptus encéphalique, violence en rapport avec l'intensité de la cause inconnue; raptus tel que la mort a pu survenir, dans certains cas, avant que de profondes lésions, des sécrétions morbides aient eu le temps de s'établir? Dans ces cas de mort prompte, la congestion encéphalique n'a-t-elle pas pu s'évanouir chez le cadavre, comme s'évanouit la rougeur de l'angioe ou de l'érysipèle? Du reste, on a vu que ces cas foudroyans étaient assez rares; car de tous nos malades, ceux qui ont succombé le plus promptement ont vécu au moins deux ou trois jours; déjà pourtant la suppuration quelquefois était formée. N'avez-vous donc jamais vu du pus se former, même en quelques heures, dans le panaris, par exemple? Dans deux cas de quatre jours de durée, chez l'un il y avait suppuration; chez l'autre simple hyperhémie; pourquoi cette différence? Demandez-le aux observateurs, qui, presque tous, ont vu de simples congestions produire la mort, ni plus, ni moins que les cas de vaste hémorragie cérébrale, et qui, d'autre part, ont vu d'énormes désordres, la désorganisation de tout un hémisphère, par exemple, permettre à la vie de se prolonger plusieurs jours. Ce qu'il y a d'essentiel pour le principe, c'est qu'il y ait lésion; le degré n'a qu'une importance secondaire; et pourtant le défaut de rapport entre la gravité des symptômes et des lésions ne constitue, après tout, que l'exception.

On a demandé pourquoi le coma et la paralysie étaient si rares dans notre épidémie, et si fréquens dans la méningite sporadique. C'est que, dans cette dernière, la phlegmasie, moins vive sans doute, donne plus fréquemment lieu à une abondante exhalation de sérosité, d'où résultent des phénomènes de compression, tandis que, dans notre épidémie, la sécrétion consistait le plus souvent en une couche légère, disséminée, de matière gélatineuse ou puriforme, exerçant par conséquent peu de compression. D'ailleurs le coma se produisait presque toujours plus ou moins longtemps avant la mort, et nous nous sommes demandé si la paralysie ne nous a pas souvent échappé, si l'extrême faiblesse de nos malades ne constituait pas un certain degré de paralysie. Enfin, on a vu que la paralysie de la vessie était assez fréquente. Ajoutons que la sécrétion séreuse n'a pas été aussi rare qu'on l'a prétendu. Au demeurant, assurer que la fréquence et le degré du coma et de la paralysie furent toujours en rapport avec le volume de l'épanchement, le degré de compression, ce serait violenter, fausser même les faits; mais, après tout, ce désaccord se rencontre aussi dans la méningite sporadique. La nature a plusieurs moyens de produire le coma et la paralysie; ces moyens nous ne les connaissons pas tous, témoin l'hystérie.

Quoi de mieux en rapport avec la constance de la suppuration de la méninge spinale que la constance même de cette raideur tétanique offerte par presque tous nos malades?

On s'est étonné de ces sortes de résurrections promptes suivies d'une mort lente ou d'une convalescence interminable. Or, ces faits s'expliquent parfaitement par la fréquence de l'épanchement puriforme : l'élément inflammatoire dissipé, ou enlevé par l'énergie du traitement, restait le pus faisant office de corps étranger, entretenant un certain degré d'irritation sourde et latente, provoquant même tôt ou tard une nouvelle inflammation; ou bien se résorbant lentement, éternisant ainsi la maladie, sans réaction vive, mais entravant le libre exercice de l'encéphale, usant l'inervation et causant l'épuisement.

Ici vient se produire l'utilité de notre division des lésions anatomiques en trois degrés : dans la simple *congestion*, mort possible, mais autrement guérison prompte, aussi prompte que le retrait du sang des vaisseaux engorgés. Dans la forme *inflammatoire*, mort plus fréquente, ou bien guérison plus lente, en rapport avec la résolution plus lente de l'engorgement inflammatoire comparé à la simple fluxion. Enfin, dans la forme *suppurative*, la mort était la règle, et la guérison une rare exception, et, dans ce dernier cas, lenteur extrême de la convalescence, en rapport avec l'extrême lenteur de résorption des produits sécrétés. Quelquefois persistance illimitée de certains phénomènes paralytiques de l'ouïe, de la phonation, de la locomotilité, des fonctions sensoriales ou

---

reaux, les Cannibales de l'Océanie de M. Manceau (gravure), fourniraient au besoin quelques renseignemens à *l'anthropologie*, mais pas assez importans pour nous empêcher de mettre fin immédiatement à notre promenade pittoresque. Nous espérons qu'elle ne paraîtra longue qu'à ceux qui, malgré l'avertissement placé en tête de ce feuilleton indigne, auront voulu nous suivre jusqu'au bout; ce qui décharge ledit feuilleton de toute responsabilité.

— REVUE OPHTHALMOLOGIQUE DE LA LITTÉRATURE MÉDICALE DES ANNÉES 1840 ET 1841; par M. le docteur FL. CUNIER, rédacteur en chef des ANNALES D'OCULISTIQUE, du BULLETIN MÉDICAL BELGE, etc.

Cet ouvrage, dont une section est destinée à faire connaître et à rapprocher les faits ophthalmologiques épars dans les divers recueils qui embrassent l'universalité de la science, constitue, avec les ANNALES D'OCULISTIQUE fondées par M. Cunier en 1838, une histoire complète des progrès de l'oculistique pendant les dernières années.

L'exposition des travaux que l'auteur avait à analyser est d'une grande clarté. Il donne, dans le chapitre Ier, l'histoire de ce qui a été écrit sur les affections des voies lacrymales, et cite, là comme ailleurs, des observations du plus haut intérêt.

Le chapitre II réunit les faits relatifs aux maladies de l'orbite. M. Cunier, tout en racontant avec impartialité, trouve moyen, de temps à autre, de relever quelques erreurs avec une convenance d'expressions parfaite.

Le chapitre III est consacré aux maladies des paupières; on y peut puiser d'excellens renseignemens sur les procédés nouveaux de blépharoplastie, sur l'opération de l'ectropion, etc.

Le chapitre IV renferme tout ce qui a été fait sur les maladies du globe de l'œil; on y lit des observations remarquables sur une foule de maladies, telles que les diverses ophthalmies, l'iritis, le staphylôme de la cornée et de la sclérotique, la cataracte, le glaucôme, le fongus médullaire, etc.

Le chapitre V, destiné à la matière médicale ophthalmique, contient de bons renseignemens sur l'emploi de la belladone, du vésicatoire palpébral, et sur la préparation des collyres.

Le chapitre VI, enfin, est tout entier destiné à la myotomie oculaire. Il renferme, non seulement la description de tous les procédés opératoires imaginés pour combattre le strabisme, mais encore *les moyens de remédier aux fâcheux résultats de l'opération*.

En somme, la REVUE OPHTHALMOLOGIQUE DE LA LITTÉRATURE MÉDICALE DES ANNÉES 1840 ET 1841 est un bon livre que nous recommandons aux médecins et particulièrement à ceux qui s'occupent des maladies des yeux. On y trouve réunis des renseignemens qu'on chercherait longtemps ailleurs.

intellectuelles, résultant de la persistance d'altération de certaines parties nerveuses génées, comprimées par les produits morbides.

Chez quelques malades, avons-nous dit, le marasme s'établissait lentement; certaines fonctions, notamment les fonctions digestives, se troublaient secondairement, sans qu'à l'autopsie on rencontrât toujours de graves lésions des organes affectés et même de l'encéphale. Nous avons expliqué plus haut comment cela se produisait : par l'action lente et sourde des produits épanchés sur l'innervation générale.

Si tout cela ne paraît pas rigoureusement démontré, on conviendra du moins que cela est physiologique, rationnel et suffisamment spécieux; que cela du moins est plus satisfaisant que ce mysticisme ténébreux que voudraient introduire dans la science les rares fauteurs du vitalisme pur. Il y a plus; on peut démontrer la réalité de ces explications au moyen de la comparaison et de la voie de l'analogie. Une pleurésie, par exemple, étant donnée, le traitement détruit l'inflammation, mais l'épanchement reste. Le malade se croit guéri, mais il conserve un peu de dyspnée, de fièvre lente, il maigrit, s'épuise et meurt, après un temps plus ou moins considérable. A l'autopsie, vous trouvez un épanchement de pus, rien que cela, pour expliquer la mort, et vous vous en contentez. Or, si pareil résultat peut surgir d'un simple épanchement dans la plèvre, que sera-ce donc d'une suppuration des enveloppes de l'organe le plus noble et le plus essentiel à la vie, le cerveau?

Nous pourrions prendre individuellement chacun des phénomènes constituans de la maladie, pour les ramener successivement aux lois de la physiologie pathologique; mais ce qui précède suffira pour faire apprécier notre méthode d'interprétation. D'autres développemens surgiront d'ailleurs dans le chapitre suivant, qui n'est, en quelque sorte, que le corollaire de celui-ci.

Mais avant de passer outre, j'ai quelques mots à dire de quelques symptômes accessoires ou sympathiques. La vive réaction circulatoire, avons-nous dit, fut plus fréquente que la lenteur du pouls. Or, la première s'explique tout simplement par l'excitation sympathique exercée sur le cœur par la phlegmasie de l'encéphale. Quant à la seconde, ne pourrait-on pas en chercher la cause dans la sidération de l'innervation, occasionée par l'intensité même de la phlegmasie, ou par l'extrême susceptibilité des sujets? C'est ainsi, du moins, qu'on explique la faiblesse, la lenteur, l'adynamie du pouls, en un mot, dans les cas de violente phlegmasie. Alors, dit-on, le pouls s'élève et s'accélère sous l'influence de la saignée; aussi avons-nous vu le pouls, lent d'abord, s'accélérer ensuite, alors que les phénomènes d'excitation encéphalique perdaient de leur intensité. Toujours est-il que nous verrons cette lenteur du pouls se produire dans la méningite sporadique elle-même.

Déjà nous avons expliqué les symptômes digestifs, spécialement les vomissemens initiaux et même consécutifs, par l'influence sympathique de l'encéphale sur l'estomac, ainsi que cela se voit dans la fièvre cérébrale des enfans, par exemple. Quant à la constipation et à la dirrhée consécutive, en chercherons-nous la cause dans la même influence sympathique, ou plutôt ne devons-nous pas tenir compte de ces traces de phlegmasie villeuse et folliculeuse, si constamment rencontrées à l'autopsie? Si je n'étais suspect de partialité en faveur de l'entérite folliculeuse, je pourrais lui faire jouer dans notre épidémie un rôle rationnel certainement, mais que peuvent revendiquer à bon droit les lésions encéphaliques, en tant que cause suffisante. Je veux donc me borner ici à soulever un coin du voile et à faire entrevoir combien est féconde la pathologie prise au point de vue de l'organicisme.

(La suite à un prochain numéro.)

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

NOUVEAUX RÉSULTATS DE L'EMPLOI DES EAUX MINÉRALES DE VICHY DANS LE TRAITEMENT DE LA GOUTTE; par Charles Petit, docteur en médecine, inspecteur-adjoint des eaux de Vichy.

Depuis les observations que j'ai déjà publiées et le rapport qui a été fait à l'Académie royale de médecine sur l'emploi des eaux de Vichy dans le traitement de la goutte (1), j'ai recueilli de nouveaux faits, et en assez grand nombre pour qu'il soit possible aujourd'hui, en les rapprochant de ceux déjà connus, d'apprécier avec beaucoup plus de certitude les effets du traitement alcalin contre cette affection.

Ces résultats sont une nouvelle preuve de l'efficacité de ce traitement. Ils ne permettent pas, il est vrai, de promettre aux goutteux un succès toujours complet, toujours égal dans tous les cas, et de leur donner l'assurance qu'il doit leur suffire, comme ils se l'imaginent trop facilement, de prendre les eaux de Vichy pendant une saison pour n'avoir plus jamais à redouter le retour d'aucun accès. Il faut encore, je le sais et ne cesse de le répéter, pour pouvoir espérer un succès durable, que, rentrés chez eux, ils continuent l'usage des boissons alcalines, et qu'ils suivent un régime qu'ils n'observent malheureusement pas toujours. Néanmoins, si l'on voulait bien ne pas oublier que la médecine est encore à chercher, même contre des maladies infiniment moins rebelles que la goutte, des remèdes infaillibles, et que cette dernière affection a résisté jusqu'à présent à tous ceux qui lui ont été opposés, l'on reconnaîtrait que c'est déjà être arrivé à un heureux résultat que de pouvoir aujourd'hui, au moyen des boissons alcalines et d'un régime qui n'a rien de bien rigoureux, lutter avec assez de succès contre cette maladie pour empêcher le retour de ses accès, dans un assez grand nombre de cas; les rendre beaucoup moins fréquens et moins intenses, dans presque tous; redonner plus ou moins complètement aux articulations la force et la souplesse qu'elles ont perdues, toutes les fois qu'elles ne sont pas déjà entièrement ankilosées ou tout à fait déformées; arrêter enfin les progrès de cette cruelle maladie, surtout lorsqu'il est bien démontré aujourd'hui, non-seulement que ce traitement n'a aucun inconvénient pour la santé générale, quand il est employé avec discernement, mais qu'il exerce ordinairement au contraire, sous ce rapport, une heureuse influence.

La seule condition fâcheuse de ce traitement, mais condition qui sera probablement toujours inévitable, à quelque remède que l'on ait recours, parce qu'elle tient à la nature même de la maladie, c'est, si l'on veut du moins obtenir un succès durable, de ne pouvoir pas être un traitement momentané de quelques semaines, ni même de quelques mois; c'est qu'il faut nécessairement que son action soit persévérante, presque incessante, pour pouvoir lutter avec succès contre la disposition que conserve toujours la maladie à reparaître. En effet, la goutte est tellement inhérente à certaines constitutions, surtout dans les familles où elle se transmet héréditairement, qu'elle conserve toujours une tendance plus ou moins grande à se reproduire, à se manifester de nouveau à des intervalles plus ou moins longs; et cette tendance est d'autant plus marquée qu'elle est souvent favorisée par certaines causes qui, telles que l'abus de la bonne chère ou même seulement une alimentation trop abondante, l'usage peu modéré du vin ou de toute autre boisson alcoolique, les plaisirs de l'amour trop souvent répétés, l'exposition au froid et à l'humidité, l'exposition au froid et à l'humidité, une violente colère, ainsi que tout ce qui peut mettre nos passions en jeu ou donner lieu à des commotions morales, exercent la plus funeste influence sur les goutteux; mais malheureusement, pour se soustraire à la plupart de ces fâcheuses influences, il faudrait renoncer à certaines jouissances de la vie auxquelles ces malades renoncent d'ordinaire très difficilement. Lorsqu'ils souffrent, ils font bien quelquefois de beaux projets de réforme; mais dès qu'ils ont été quelque temps sans souffrir, ils ont une facilité toute particulière à se persuader qu'ils n'ont plus rien à craindre, et oubliant alors tous leurs projets de sagesse, avec les recommandations du médecin, ils ne tardent pas à céder à leurs penchans naturels et à reprendre leur mauvais régime habituel, jusqu'à ce qu'une nouvelle crise vienne les avertir que la goutte est une maladie qu'il ne faut jamais cesser de combattre.

Outre les causes que je viens d'énumérer comme exerçant une influence fâcheuse sur le retour des accès de goutte, et que les malades pourraient souvent éviter, il en est cependant contre lesquelles leur volonté est impuissante. Ainsi l'on voit très souvent un accès de goutte se développer sans autre cause apparente qu'une affection inflammatoire catarrhale ou autre, une grande fatigue, des nuits passées sans sommeil, ou tout autre état d'excitation plus ou moins vive.

Dans ces diverses dispositions, y aurait-il une production momentanée plus considérable d'acide urique? Ce qu'il y a de certain, c'est que j'ai quelquefois observé que lorsque les malades, goutteux ou autres, qui sont soumis à l'action de l'eau de Vichy, se trouvent accidentellement dans ces conditions, leur urine, d'alcaline qu'elle était devenue d'abord, sous l'influence de cette eau, reprend le caractère acide, malgré que l'usage en ait été continué, et que, dans ce cas, où il est ordinairement indiqué d'interrompre le traitement, au moins momentanément, si l'on veut le continuer, ce n'est, ce qui semble singulier, qu'en diminuant la quantité d'eau en boisson que l'urine redevient alcaline; ce qui prouve combien une irritation quelconque doit prédisposer au retour des accès de goutte,

(1) Rapport sur l'emploi des eaux minérales de Vichy dans le traitement de la goutte, etc.; par M. Patissier, membre de l'Académie royale de médecine. Chez J.-B. Baillière. Paris, 1840.

et que l'usage des boissons alcalines, quoique étant assurément le meilleur préservatif de la goutte, peut cependant n'être pas toujours un moyen suffisant de s'en garantir.

Sans vouloir revenir ici sur la théorie que j'ai donnée ailleurs, et d'après laquelle, une trop grande production d'acide urique est considérée comme la cause de la goutte, théorie qui m'a conduit à employer les eaux de Vichy pour combattre cette maladie, je crois cependant devoir faire connaître quelques expériences qui semble la confirmer de plus en plus.

J'ai recueilli à la surface de la peau, chez quelques goutteux, de cette sécrétion gluante, assez épaisse et comme saupoudrée d'une matière blanche, qu'on observe très souvent à la suite des accès de goutte, et j'ai prié M. O. Henry, chef des travaux chimiques de l'Académie de médecine, de vouloir bien soumettre cette sécrétion à l'analyse chimique. Je lui en ai d'abord remis une petite quantité que j'avais ramassée, à la suite d'un fort accès de goutte, sur la main d'un malade, âgé de 56 ans, d'une forte constitution, d'un tempérament sanguin, et qui était goutteux depuis l'âge de 24 ans. Il est résulté de cette analyse (voyez le JOURNAL DE PHARMACIE, etc., octobre 1841) que cette matière était composée: 1° de beaucoup d'albumine (les 4/5es environ); 2° d'acide lactique et phosphorique *sans doute*; 3° de chlorure de sodium, et de phosphate de chaux; 4° *d'urate de soude*, traces sensibles.

Depuis, j'ai de nouveau prié M. Henry d'analyser de cette même matière recueillie sur deux autres goutteux, à la suite d'accès de goutte. Chez l'un, elle avait été recueillie sur la poitrine, et chez l'autre, sur le dos du pied. Cette analyse a encore fourni à peu près les mêmes résultats, et toujours démontré, dans cette sécrétion, l'existence de *l'urate de soude*.

La présence d'un *urate* dans la sécrétion de la peau, sel qu'on ne trouve pas dans cette sécrétion chez les sujets sains ou affectés d'autres maladies, m'a paru un fait intéressant et qui pouvait jeter quelque lumière sur le traitement de la goutte. Il reste à examiner si ce sel existe également dans tous les produits des sécrétions morbides des goutteux. On peut le supposer; mais, pour le moment, je me borne à constater le fait, quant à la sécrétion de la peau, et à faire remarquer que sa présence dans cette sécrétion vient tout à fait à l'appui de la théorie que j'ai donnée.

Je n'ai pas cru qu'il fût nécessaire de donner ici, dans tous leurs détails, toutes les observations que j'ai recueillies. Il m'a semblé que ce ne serait là qu'une répétition fastidieuse de tous les caractères que présente la goutte, et qui offrent, comme on sait, des nuances si diverses, suivant les malades, sans que cependant il y ait aucune raison, jusqu'à présent, d'admettre que la nature de la maladie ne soit pas la même dans tous les cas. J'ai donc pensé qu'assez d'observations détaillées avaient été publiées, qu'un plus grand nombre apprendrait peu de chose de nouveau, et qu'il suffirait de donner ici les résultats généraux, en citant seulement quelques exemples, lorsque ce serait nécessaire, pour faire mieux comprendre ces résultats. Toutefois, je conserverai ces observations, avec tous les renseignemens fournis par les malades eux-mêmes ou par leurs médecins ordinaires, afin de les mettre à la disposition de l'Académie, dans le cas où l'on jugerait à propos de faire une nouvelle enquête sur les effets des eaux de Vichy dans le traitement de la goutte.

Les faits nouveaux qui font l'objet de cette note sont au nombre de quatre-vingt-neuf. Ce n'est pas là, à beaucoup près, le chiffre de tous les goutteux qui sont venus à Vichy depuis le rapport fait à l'Académie; mais, dans ma conviction que la goutte est une affection contre laquelle on doit lutter avec persévérance, toujours peut-être, si l'on veut obtenir un succès durable, je ne puis pas considérer comme ayant fait un traitement, les malades que je n'ai pu observer encore que pendant une seule saison, ou qui, après avoir passé quinze jours ou un mois à Vichy, non seulement n'y sont plus revenus, mais n'ont plus fait aucun traitement chez eux, ni observé aucun régime. Je n'ai dû comprendre au nombre des goutteux ayant fait un traitement que ceux qui sont venus au moins deux saisons à Vichy, ou qui, y étant venus seulement une saison, ont continué chez eux, depuis cette époque, le traitement indiqué; et encore, parmi ceux qui m'ont fourni les résultats que je vais donner, en est-il beaucoup qui n'ont observé ce traitement qu'avec beaucoup de négligence et qui probablement auraient obtenu une plus grande amélioration dans leur état s'ils l'avaient suivi plus rigoureusement.

Je n'ai voulu parler non plus, pour plus d'exactitude, que de ceux que j'ai pu voir moi-même récemment, ou sur la santé desquels j'ai pu me procurer, depuis le moment où j'ai cessé de les voir, des renseignemens exacts, soit en leur écrivant directement, soit en m'adressant à leurs médecins ordinaires.

Dans l'appréciation des faits, j'ai cru devoir suivre la marche adoptée par M. le docteur Patissier, dans la rédaction du rapport à l'Académie. Je les ai donc rangés, comme lui, en trois séries : 1° cas dans lesquels l'emploi des eaux de Vichy et des boissons alcalines a fait cesser depuis plusieurs années les accès de goutte articulaire sans accident consécutif; 2° cas dans lesquels l'emploi des eaux de Vichy et des boissons alcalines a rendu les accès de goutte articulaire moins longs et moins douloureux; 3° cas de goutte articulaire dans lesquels l'emploi des eaux de Vichy n'a pas produit d'amélioration sensible.

PREMIÈRE SÉRIE. — CAS DANS LESQUELS L'EMPLOI DES EAUX DE VICHY ET DES BOISSONS ALCALINES A FAIT CESSER, DEPUIS PLUSIEURS ANNÉES, LES ACCÈS DE GOUTTE ARTICULAIRE, SANS ACCIDENT CONSÉCUTIF.

Les malades qui composent cette série sont au nombre de vingt-cinq. Dans dix-sept cas, la goutte était héréditaire et s'était manifestée pour la première fois à trente-sept ans, âge moyen; dans les huit autres cas, elle était acquise, et s'était montrée pour la première fois à 42 ans, âge moyen. Parmi les dix-sept malades affectés de goutte héréditaire, douze étaient en même temps graveleux, ou au moins leur urine déposait souvent un sédiment rouge. Dans les huit cas où la goutte était acquise, il y avait cinq graveleux.

Ces vingt-cinq malades étaient en général goutteux depuis longtemps, quelques uns depuis vingt-cinq ans, d'autres même depuis 30 ans. Le terme moyen de l'existence de cette maladie, chez eux, était quatorze ans. Quelques-uns n'avaient qu'une seule attaque de goutte par an, la plupart en avaient deux, quelquefois davantage, et souvent de plusieurs mois de durée. Chez plusieurs, la marche était extrêmement pénible, et, chez quelques-uns, elle ne pouvait avoir lieu qu'avec des béquilles. Je citerai particulièrement quelques-uns de ces cas, pour mieux faire juger de l'amélioration qui s'est obtenue.

OBS. I. — M. Chauvelot, de Dijon (oncle de M. Chauvelot, autre goutteux cité dans le rapport à l'Académie), âgé de 60 ans, était goutteux depuis 30 ans, lorsqu'il vint à Vichy, pour la première fois, le 9 juin 1840. Il avait tous les ans une, deux et quelquefois trois attaques de goutte très violentes, et il n'était presque jamais sans quelques douleurs dans l'intervalle. Il prit les eaux en boisson et en bains pendant environ un mois, et, rentré chez lui, il y continua avec exactitude le régime alcalin. Revenu à Vichy le 25 juin 1841, il n'avait éprouvé aucune douleur depuis l'année précédente, et il marchait avec facilité. Par une lettre en date du 8 de ce mois (avril 1842), il me dit : « Cette année comme la précédente, je n'ai eu aucun ressentiment de goutte, malgré des courses pénibles et réitérées. Après avoir souffert pendant 30 ans des douleurs cruelles, gardant le lit ou la chambre trois, six et même jusqu'à quatorze mois de suite, et ne pouvant, dans aucun moment de l'année, compter sur ma santé pour m'occuper de mes affaires, qui en ont trop souvent souffert, vous devez comprendre, Monsieur, combien je m'estime heureux du soulagement que je dois aux eaux de Vichy. »

OBS. II. — M. Boursigaux, âgé de 58 ans, demeurant à Vassogne, près Beaurieux (Aisne), était goutteux depuis sept ans, lorsqu'il vint à Vichy, le 7 juillet 1839. Pas de parens goutteux; pas de gravelle. Il avait une et quelquefois plusieurs attaques de goutte par an. Dans les deux dernières attaques, les doigts de la main droite s'étaient tous déformés et étaient devenus inflexibles. Ses genoux étaient aussi restés à demi fléchis, ce qui rendait la marche extrêmement pénible, même avec des béquilles. Il passa à Vichy une longue saison, et commença déjà alors à éprouver un peu d'amélioration. Il y est revenu en 1840 et en 1841, et chaque année avec une amélioration très sensible. La dernière année, la jambe gauche s'étendait presque entièrement; la droite avait moins gagné, sous ce rapport, mais, à l'aide d'un talon élevé que je lui avais conseillé, il marchait assez bien. Je viens de recevoir une lettre de lui (29 mars 1842), et il me dit : « J'ai passé l'hiver on ne peut mieux. Je marche sans béquilles depuis le mois de décembre; je me sers quelquefois d'une canne, mais seulement quand j'éprouve quelques petites souffrances, ce qui n'arrive que quand le temps veut changer. Du reste je me promène tous les jours; je fais environ une lieu et je m'en trouve bien. Tous les matins je bois un demi-litre d'eau alcalisée; mon appétit est excellent. »

Je ne pense pas qu'il soit nécessaire de multiplier ces citations; j'ajouterai seulement ici l'extrait suivant d'une lettre d'un de mes confrères, M. le docteur Boudant, médecin à Gannat (Allier), auquel j'avais écrit pour avoir des nouvelles d'un de ses malades, M. R..., qui était venu, pendant plusieurs saisons, prendre les eaux de Vichy.

OBS. III. — « Je m'empresse, me dit-il (2 avril 1842), de vous donner les renseignemens que vous me demandez relativement à la santé de M. R. Depuis trois ans qu'il a fait usage des eaux de Vichy, il n'a plus éprouvé d'accès de goutte, et son état général s'est même sensiblement amélioré. Vous savez qu'avant de se soumettre à ce traitement, il éprouvait un ou deux accès chaque année, et que, dans les intervalles, il souffrait encore souvent de quelques petites crises qui l'obligeaient à

garder le repos pendant deux ou trois jours. Aujourd'hui, ces divers états n'existent plus. Cependant je dois vous dire que, dans le courant du mois de janvier dernier, après des fatigues multipliées, des voyages à pied, de cinq à six lieues par jour, par le froid, la pluie et la neige, et joignez à cela de l'inquiétude morale, il a éprouvé une irritation gastrique, avec fièvre, qui a exigé un traitement d'une dixaine de jours. Cet état, pour moi, n'avait rien de commun avec la goutte, mais M. R... voulait absolument que ce fut cette maladie qui était remontée dans l'estomac. Notez qu'il n'a nullement souffert des articulations, ni avant ni pendant la durée de cette maladie, et que maintenant il se porte bien. »

Quand aux autres goutteux de nos environs, je n'ai également que de bons renseignemens à vous donner sur leur compte. Je vous citerai, entre autres, M. B... (c'est un des goutteux cités dans le rapport à l'Académie), le plus goutteux de tous certainement; je l'ai vu récemment, et il se porte à merveille.

(La fin au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 18 AVRIL.

EMPOISONNEMENT PAR LE BI-OXALATE DE POTASSE.

M. Bonichon donne connaissance de l'accident suivant qui a eu eu lieu sous ses yeux. Un médecin ayant prescrit une once de tartrate de potasse à prendre en deux fois, le pharmacien donna par mégarde du bi-oxalate de potasse. Le malade prit la dose entière, et succomba aux accidens qui suivirent l'ingestion de cette substance. L'auteur s'est livré à quelques expériences sur les animaux dans le but de constater les effets du bi-oxalate de potasse, et il a vu qu'après son administration il survient une sorte de paralysie.

TRAITEMENT DES RÉTRÉCISSEMENS DE L'URÈTRE.

M. le docteur Guillon envoie à l'Académie la relation d'un nouveau cas de guérison d'un rétrecissement de l'urètre. C'était un rétrécissement fibreux, de la nature, par conséquent, de ceux que beaucoup de médecins regardent comme incurables. Le malade a été guéri en peu de jours. L'incision convenablement pratiquée, dit M. Guillon, guérit radicalement, et quelquefois assez promptement, les rétrécissemens de l'urètre. Jusqu'ici je n'en ai pas encore rencontré d'incurables, quoique j'en aie traité environ une centaine, et notamment plusieurs jugés tels par des confrères fort habiles. Après ce traitement, je n'ai pas non plus observé jusqu'ici de rechute.

Cette note est renvoyée à la commission nommée pour examiner les communications précédentes de M. Guillon.

— M. Francœur est nommé, au scrutin, académicien libre.
M. Pariset a obtenu 3 suffrages, et M. Coraboeuf 2.

— M. d'Omalius d'Halloy est nommé, au scrutin, membre correspondant de l'Académie dans la section de minéralogie et de géologie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 19 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. FOUQUIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

AMÉLIORATION DES RACES DE CHEVAUX EN FRANCE.

M. Bouley : Malgré les développemens qu'a pris la discussion dans les dernières séances, la question, à mon avis, n'a pas encore été présentée sous son véritable jour. Je me propose d'examiner non seulement le mémoire de M. Halmont, sur lequel portent aujourd'hui les débats, mais aussi celui qu'il avait déjà u à l'Académie sur les causes de la morve et sa prophylaxie.

Les adversaires de l'*entraînement* n'ont peut-être pas examiné assez attentivement le but qu'on se propose dans ce système d'éducation. Ils se sont beaucoup élevés, par exemple, contre l'usage des purgatifs. Quoi! s'est-on écrié, des purgatifs pour donner des forces! Mais, Messieurs, on ne purge les animaux que dans le commencement, et afin de les débarrasser des parties inutiles du corps qui augmentent son poids sans avantage aucun pour la vigueur et au détriment de la légèreté. On a reproché à l'entraînement de compromettre la santé. A cette objection, je puis répondre (et je tiens ces renseignemens de son vétérinaire même) que lord Seymour n'a encore vu succomber aucun des chevaux qu'il élève pour les courses, d'une maladie qu'on pût attribuer aux suites de ce régime. M. Rieussec, dont je soignais les chevaux, n'en a pas non plus perdu un seul sous l'influence de l'entraînement.

Les courses sont un objet d'amusement pour le public, a-t-on dit. Cela est vrai. Mais tel n'est pas leur seul, leur principal but. Elles servent surtout à reconnaître les chevaux les plus forts, les plus agiles. Elles servent aussi, par l'émulation qu'elles inspirent, à propager les bons principes d'éducation, et à diriger les esprits vers la formation des élèves. C'est par ce système de courses publiques et de prix que l'Angleterre est parvenue, à force d'améliorations, à créer cette race qui fait aujourd'hui son orgueil et son profit tout à la fois. Du reste, M. Hamont paraît ici être en contradiction avec lui-même; car il ne repousse pas les courses, mais il voudrait qu'on les fît beaucoup plus longues. Or si vous demandez des courses, quelles qu'elles soient, ne faudra-t-il pas nécessairement une éducation particulière pour former des coureurs?

Arrivant ensuite à la question de la morve et du farcin, M. Hamont cherche à établir que pour détruire ces deux maladies en France, il suffirait d'y régénérer la race chevaline. Mais la morve n'a pas pour seule cause l'abâtardissement de l'espèce parmi nous. Elle peut se développer, même chez les animaux de pur sang, sous diverses influences, telles que l'excès du travail, les mauvaises habitations etc.; et tant que ces causes persisteront, l'amélioration du sang ne pourra à elle seule arrêter les progrès de la morve. M. Hamont n'avoue-t-il pas lui-même qu'en Egypte et en Syrie les chevaux de sang arabe sont également sujets à contracter cette affection? La contagion d'ailleurs, dont la réalité est aujourd'hui bien démontrée, ne suffirait-elle pas, quand toutes les autres causes seraient annihilées, pour perpétuer la maladie? Qu'on n'attribue pas cependant une influence exagérée à cette cause de transmission : ceux qui, à l'exemple de M. Littré, la regardent comme l'unique élément de propagation, sont naturellement conduits à dire qu'on peut se borner, pour préserver les animaux, à les isoler, sans se préoccuper de combattre les autres influences morbides; or l'expérience a montré l'insuffisance de cette précaution pour l'extinction du fléau.

Tout le monde est d'accord sur ce fait que nous n'avons pas en France de chevaux de selle pour le service militaire; cette pénurie nous rend, surtout en temps de guerre, absolument tributaires des pays voisins. Pour y remédier, il n'est qu'un seul moyen, la régénération du sang par l'introduction de bons étalons. Mais, où les prendre, parmi les chevaux arabes ou parmi les chevaux anglais? Chaque race a ses partisans et ses détracteurs. Pour moi, dussé-je prendre ce qu'on appelle en politique un juste-milieu, je dirais : Faites venir des chevaux anglais et des chevaux arabes; placez-les dans les localités les plus favorables, et vous parviendrez ainsi plus sûrement à votre but.

On admet généralement ce principe qu'il faut toujours faire venir les étalons de pays plus méridionaux que celui où l'on veut les transporter. Je pourrais citer deux exemples à l'appui de cette règle. Sous Louis XVI, un M. de Polignac, alors ministre, entreprit d'améliorer la race chevaline en France en prenant des étalons danois. Qu'en résulta-t-il? L'espèce fut détériorée, et on voit encore aujourd'hui sur les chevaux de plusieurs de nos provinces les traces des effets fâcheux que produisit ce mélange. Lorsqu'au contraire, il y a trente-cinq ou quarante ans, les Danois ont voulu régénérer le sang dans leur pays, ils ont pris des étalons anglais, et, grâce à ce nouvel élément, ils sont parvenus à corriger l'espèce, au point que les chevaux du Danemarck ne ressemblent maintenant en rien à ce qu'ils étaient il y a quarante ans. Je pense donc que si on importait en France des étalons arabes et anglais, il conviendrait de placer de préférence les premiers dans les départemens du midi, et les seconds dans ceux du nord et de l'est. Mais il faudrait en même temps, et c'est là le nœud gordien, le point vital de la question, il faudrait que le gouvernement augmentât le prix des chevaux de remonte. Les éleveurs y trouvant alors leur intérêt chercheraient à produire des bêtes de qualité supérieure. C'est du reste la marche qu'ont déjà suivie avec succès les maîtres de poste.

La clôture de la discussion est prononcée, malgré les observations de M. Londe et les vives réclamations de M. Dupuy, qui demande à plusieurs reprises la parole.

M. Moreau : Deux propositions ont été faites : l'une, de renvoyer le mémoire de M. Hamont à une commission; l'autre, de l'adresser au ministre à titre de renseignement. Je demande en conséquence qu'on les mette aux voix, l'une après l'autre, s'il y a lieu.

M. Double : Un mot sur la position de la question. Il est certain que le gouvernement s'occupe avec sollicitude de l'amélioration des races de chevaux en France; je sais même que le ministre a déjà été enchanté de l'envoi du premier mémoire de M. Hamont. Pourquoi ne pas lui adresser également celui-ci? On a proposé le renvoi à une commission! Mais, hélas! nous savons que les commissions en général travaillent très lentement, et le rapport arriverait peut-être après coup, ou tout au moins l'autorité perdrait un temps précieux à l'attendre. Je crois qu'il serait plus convenable d'envoyer le mémoire de M. Hamont au ministre comme simple renseignement, en y joignant un résumé de la discussion qui vient d'avoir lieu dans le sein de l'Académie. (Appuyé! appuyé!)

M. Renault : Je demande l'ordre du jour pur et simple; et je n'aurai que deux mots à dire pour justifier cette proposition. Le premier mémoire de M. Hamont avait pour objet de demander l'introduction du sang arabe en France; or, c'est également la conclusion de son second mémoire. Ce serait donc faire un double emploi, une répétition inutile que de les envoyer tous les deux.

M. Rochoux : Comment voulez-vous passer à l'ordre du jour après une discussion aussi longue et aussi animée? Ce serait reconnaître que l'Académie a consumé trois séances en pure perte; j'appuie donc la proposition de M. Double.

M. Bouley parle dans le même sens, mais demande qu'il soit bien spécifié que le mémoire n'est envoyé que comme simple document.

La proposition de M. Double est mise aux voix et adoptée à l'unanimité moins 2 voix.

VACCINATION.

M. GAUTHIER DE CLAUBRY, au nom du comité de vaccine, fait le rapport annuel sur l'état des vaccinations en France pendant l'année 1840. La discussion des conclusions est remise à la prochaine séance. (Nous donnerons, à l'occasion de cette discussion, l'analyse du rapport.)

NOUVELLE SCIE POUR LES AMPUTATIONS ET LES RÉSECTIONS.

M. AMUSSAT présente à l'Académie, de la part de M. le docteur Eugène Robert, membre, comme géologue, de la commission scientifique du Nord présidée par M. Gaimard, une scie, imaginée dans le but d'éviter que la lame ne soit serrée, vers la fin de la section d'un os, au point d'en arrêter la marche. Cette scie diffère de celles connues jusqu'à présent en ce qu'elle est composée de deux lames superposées et parallèles, qui marchent d'abord ensemble, mais dont l'une se détache de l'autre et fait l'office d'un coin qui reste dans l'écartement des deux bouts d'os, lorsque la section est arrivée au point où quelquefois la lame simple des scies ordinaires éprouve une difficulté plus ou moins grande à cheminer. Il résulte, en effet, de cette disposition, facile à comprendre, que la section est régulièrement faite, et que surtout on évite les esquilles résultant de l'obligation où l'on se trouve souvent pour faire marcher les scies ordinaires jusqu'à la fin de la section, de tirer en sens contraire les deux bouts de l'os. Cela devient inutile avec la scie-coin de M. le docteur Robert.

Cet instrument pourra devenir utile aux praticiens de la campagne et aux chirurgiens de l'armée et de la marine, qui n'ont pas toujours à leur disposition des aides intelligens.

M. BÉGIN : L'addition de cette seconde lame me semble tout à fait inutile. Les scies ordinaires, quand elles sont bien construites, suffisent pour éviter l'inconvénient dont on parle; et, d'ailleurs, un coin de bois interposé entre les deux bouts d'os ne remplirait-il pas aussi bien le même but?

ANUS ARTIFICIEL PRATIQUÉ CHEZ UN NOUVEAU-NÉ PAR LE PROCÉDÉ DE CALLISEN.

M. AMUSSAT présente ensuite à l'Académie un enfant qui lui avait été adressé par M. Hippolyte Larrey, et auquel il a été obligé de pratiquer, trois jours après la naissance, un anus artificiel dans la région lombaire gauche, sans ouvrir le péritoine. Cet enfant était né avec une imperforation du rectum à 3 ou 5 centimètres de l'anus, qui était bien conformé; il avait été impossible d'arriver par cette ouverture, soit avec des sondes, soit avec un trocart, jusqu'au cul-de-sac intestinal distendu par le méconium. Il n'y avait donc d'autre parti à prendre que d'établir un anus artificiel; or, les succès obtenus par M. Amussat sur l'adulte, en opérant dans la région lombaire, étaient bien propres à l'encourager, quoiqu'on ait dit et écrit tout récemment encore que le procédé de Littre convenait mieux chez les enfans nouveau-nés, parce qu'à cet âge les colons sont flottans et partout enveloppés par le péritoine, ce qui, d'après M. Amussat, serait justement l'inverse de ce qu'on observe habituellement.

L'enfant opéré a maintenant près de trois mois; il est dans un état de santé très satisfaisant et paraît aussi bien développé que les enfans de son âge. L'anus artificiel livre un passage facile aux matières fécales; mais comme il a une grande tendance à se resserrer, on est obligé de le tenir dilaté avec de petits bouchons de cire ou de gomme élastique.

M. Amussat fait remarquer qu'il existe dans la fosse iliaque gauche une saillie, une espèce d'ampoule, qui se dessine sous la peau, surtout lorsque l'enfant crie ou s'agite. Il est probable que l'intestin se termine dans ce point et que le rectum manque dans toute son étendue, c'est-à-dire jusqu'à la cloison qu'on sentait à un ou deux pouces de l'anus. Cette disposition est-elle favorable à un projet d'opération, conçu et développé d'une manière très ingenieuse par M. Klewig de Colberg, projet qui consisterait à repousser vers le périnée, par l'anus artificiel de la région lombaire, le cul-de-sac terminal du gros intestin et à établir l'anus dans la région périnéale ou coccygienne? Mais, en supposant, dit M. Amussat, que cette opération fût praticable avec quelques chances de réussite, devrait-on se permettre d'exposer un enfant, bien portant d'ailleurs, aux chances d'une nouvelle opération aussi grave? C'est là une question difficile à résoudre, et qui a certainement une grande importance.

M. Amussat signale en terminant la tendance très grande qu'ont toutes les ouvertures artificielles à se resserrer. Deux fois la vie de l'enfant a été en danger par suite du rétrécissement de l'anus lombaire; c'est avec peine qu'on a pu entretenir une dilatation assez considérable pour éviter le retour de pareils accidens. En tous cas, si la dilatation devenait insuffisante, M. Amussat n'hésiterait pas à mettre en pratique dans ce cas le procédé qu'il a imaginé pour empêcher le recollement des bords d'une plaie. Ce procédé, que M. Amussat a déjà appliqué avec succès aux débridemens du méat urinaire de l'homme, à la destruction des cicatrices de brûlures, à la section du filet et des muscles génio-glosses, au phymosis, etc., consiste à aviver légèrement tous les jours, ou tous les deux jours, les angles de la plaie, en décollant la membrane pyogénique, qui tend toujours, à mesure qu'elle s'organise, à attirer vers le centre les bords d'une plaie.

M. BRESCHET : J'ai toujours vu, chez les enfans affectés d'imperforation de l'anus, que les deux bouts, rectal et stomacal, de l'intestin ne se terminent pas en cul-de-sac, mais sont amincis et grêles, comme deux tubes de verre effilés à la lampe d'émailleur; ils sont aussi plus ou moins écartés l'un de l'autre. Il faudrait tenir compte de cette disposition dans le projet d'opération dont M. Amussat vient de vous parler.

Nous avons trouvé aussi, M. Amussat et moi, contrairement à ce qu'on avait avancé, que le colon lombaire chez l'enfant, loin d'être partout enveloppé du péritoine, présente près de la moitié postérieure de sa surface découverte et sans rapports avec cette membrane séreuse. Je n'ai pas besoin d'insister pour montrer l'importance de cette notion relativement aux indications du procédé de Callisen; sa réhabilitation par M. Amussat est une conquête aussi précieuse pour l'art qu'utile à l'humanité.

La séance est levée à 5 heures.

CONCOURS

OUVERT A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, POUR UNE CHAIRE DE CLINIQUE CHIRURGICALE.

SECONDE ÉPREUVE. — LEÇON CLINIQUE.

Qu'est-ce qu'une leçon de clinique? — La science qui porte ce nom a des règles encore si mal définies, elle compte un si petit nombre de professeurs qui en aient compris le véritable caractère que nul ne s'étonnera sans doute de nous voir poser sous forme de question la proposition qui commence ce compte-rendu. Nous n'eussions pas songé cependant à entreprendre de la discuter si la circonstance présente n'était venue nous faire, en quelque sorte, de cette tâche un devoir. Si, pour les objets matériels, en effet, il est impossible de comparer, sans avoir un terme précis qui serve de commune mesure, comment se passer d'unité, dans les parallèles qu'on essaie entre des quantités aussi variables dans leurs apparences, aussi difficiles à apprécier que les produits de l'esprit? Avant de porter un jugement sur le mérite relatif des divers candidats, cherchons donc à déterminer, autant que possible, les qualités que doit réunir une bonne leçon de clinique. Cet aperçu préalable ne pourra qu'ajouter en clarté à la comparaison, tout en ôtant à son expression le caractère de personnalité que gardent trop souvent les appréciations faites à un point de vue purement individuel.

L'utilité de ce genre d'enseignement est généralement reconnue, et nous n'avons point ici à la prouver. Consultation transmise aux élèves au sujet de l'état actuel d'un malade donné; voilà l'idée la plus exacte qu'on puisse se former de son but. Mais si cette définition semble d'abord renfermer la clinique dans un cercle bien restreint, on s'aperçoit, en y regardant de plus près, qu'elle lui permet, au contraire, d'embrasser très naturellement dans son cadre les hautes considérations du dogme, comme les mille petits détails de la pratique. Science d'application, la clinique n'a sans doute pour objet qu'un malade, qu'un homme; mais la dépendance intime où se trouvent toutes les questions en médecine, la fait sans cesse et nécessairement dévier de son chemin pour la conduire, de problème en problème, de conséquence en conséquence, aux régions les plus élevées de la théorie.

Nous insistons à dessein sur cette idée, afin de montrer combien l'entraînement est facile dans cette route, combien il faut de vigilance et d'efforts si l'on veut conserver à l'enseignement clinique le caractère spécial qui lui donne son utilité et son intérêt. D'avance, nous excusons ceux qui font, comme on dit, de la pathologie à propos d'un malade : et l'indulgence de tout homme de sens leur est acquise; car l'histoire d'un malade ne se compose-t-elle pas de questions dont la pathologie seule peut donner la clef?

Malgré l'étroite connexion des deux sciences, il est un mode de considérer les faits antropiques, qui est uniquement d'application et que nous devons, pour ce motif, signaler d'une manière particulière, parce qu'il nous semble bien propre à faire juger du véritable caractère de la clinique. Tout médecin doué d'une instruction théorique suffisante sait apprécier la valeur d'un symptôme, et tel phénomène étant donné, la science indique assez explicitement sa signification précise comme élément de diagnostic. Mais c'est à l'expérience qu'il appartient ensuite de rendre le praticien apte à reconnaître les symptômes. Or, c'est justement là qu'apparaît l'utilité de la clinique. Sans pouvoir jamais suppléer à lui seul la pratique personnelle, un guide n'en est pas moins nécessaire pour diriger le commençant dans ces études délicates. L'élève appliquera ses sens; le maître lui apprendra à se défier de certaines impressions, à mieux chercher celles dont la perception est de leur nature, obscure ou confuse, à faire abstraction des causes qui viennent les masquer. On sait, par exemple, que la crépitation dénote une fracture; mais le jeune praticien qui a trouvé cette indication dans les livres, pourra-t-il sans conseil, trouver les meilleurs moyens de la reconnaître, saisir le caractère de celle qui appartient à une solution de continuité osseuse, la différencier des fausses crépitations dues à d'autres causes, corriger les erreurs où l'entraînent la profondeur et l'éloignement du siége de la lésion etc? Si nous ne nous abusons, le véritable but de la clinique ressort, à ce point de vue, clair et incontestable. La seule chose qu'on demande au professeur est de montrer comment les signes doivent être recueillis, ce qui peut les obscurcir ou les simuler, diminuer leur portée ou altérer même leur langage. En un mot que, les considérant surtout en eux-mêmes, il s'attache à les dégager de leurs circonstances génératrices, à les voir là où ils sont et comme ils sont, et la pathologie viendra ensuite les grouper, en préciser la valeur, en déduire les conséquences, et constituer avec eux le diagnostic.

Le traitement prête à des réflexions tout-à-fait semblables. Nous avons vu, pour le diagnostic, le professeur de clinique partir d'un point qu'il suppose accordé, et, regardant comme admis le rapport entre tel symptôme et telle lésion, s'occuper seulement de déterminer les caractères, le mode de manifestation de celui-là; de même, dans la question de thérapeutique, c'est la pathologie qui in-

dique la médication à prescrire contre une altération donnée, et le clinicien n'a point à s'en inquiéter. Il sortirait de son rôle s'il voulait débattre la manière d'agir des médicamens, et discuter leur convenance à un point de vue absolu. Tout ce qu'on attend de lui, c'est de rechercher et d'apprendre aux élèves comment on parvient à déterminer si le malade se trouve placé dans les conditions où la pathologie proprement dite enseigne que tel remède a un effet salutaire. Il lui reste en même temps, et comme conséquence forcée de ce principe, à poser les modifications que réclament les complications ; car, dès qu'il s'agit de malades et non de maladies, les complications sont de règle et font partie du cadre obligé et prévu de tout enseignement clinique.

Nous nous bornons à ces considérations ; elles suffisent pour montrer comment on doit présenter en clinique les autres questions dont se compose l'histoire d'un malade, l'étiologie, le pronostic, la marche, les terminaisons, etc. Si nous avons pris pour exemple le diagnostic et le traitement, c'est non seulement à cause de leur importance, mais aussi parce que ces parties de la description étant celles qui varient le plus suivant chaque cas individuel, nous fournissaient, par cela même, une application plus frappante des conditions auxquelles doit satisfaire une bonne leçon clinique.

Si ces principes sont justes, si nous avons posé les véritables règles de la clinique, on voit combien cette science offre de difficultés, car elle n'est, à vrai dire, autre chose que la médecine pratique elle-même, avec toutes les oscillations, les incertitudes, les tâtonnemens qui naissent à chaque instant de la nature de l'objet sur lequel elle s'exerce. Mais on voit aussi du même coup d'œil combien elle est généralement mal comprise, et combien peu de candidats, peu de professeurs, pourrions-nous dire, se préoccupent de son véritable but.

Nous avons parlé de candidats : à ce nom seul on ne manquera pas de nous demander si une leçon de concours doit être faite sur les mêmes principes qu'une leçon de clinique ordinaire ; question si souvent discutée, si diversement résolue, et sur laquelle il faut bien dire un mot, puisque c'est précisément à l'occasion d'un concours que ces lignes sont écrites, et qu'elles ont pour objet spécial de faciliter et d'éclairer l'appréciation comparative des compétiteurs. On pourrait d'abord écarter la question par un moyen préjudiciel, et demander non point s'il est convenable, mais s'il est possible que des conditions aussi différentes de celles qui entourent la chaire paisible du professeur, ne donnent pas à ces leçons d'apparat un caractère tout particulier. Mais passons, et, sans tenir compte des causes qui justifieraient une différence, contentons-nous de rechercher s'il en existe qui la commandent. Eh bien ! on peut le dire sans détour, avec la manière dont cette épreuve est organisée aujourd'hui, il est impossible qu'un concurrent fasse sa leçon comme un professeur, impossible, par conséquent, de juger sur cette seule donnée de son aptitude à l'enseignement clinique. Quoi ! il n'aura vu qu'une seule fois les malades sujets de sa consultation ; le temps de cet unique examen est scrupuleusement calculé ; grâce à la précipitation qu'on y met, la leçon doit être littéralement *improvisée* ; sa durée est assujétie à des limites infranchissables ; et vous prétendez apprécier par là ce que pourra faire le même homme lorsque ni le temps, ni la réflexion, ni la possibilité d'explorations répétées ne lui manqueront ! Qui peut le plus, peut le moins, direz-vous ? Mais cette remarque est-elle également applicable à tous ? Ces conditions si rigoureuses ne favorisent-elles pas justement l'exhibition de certaines qualités de bas aloi, plus communes qu'estimables ; et la médiocrité verbeuse ne trouve-t-elle pas dans la sévérité même du programme une garantie de succès que l'homme supérieur dédaigne le plus souvent de s'approprier ?

D'un autre côté, l'auditoire de ces séances solennelles est loin de ressembler à celui des conférences de nos hôpitaux. Au lieu d'élèves assidus qui ont suivi par eux-mêmes et jour par jour les progrès du mal, le professeur ne voit autour de lui que curieux, indifférens ou censeurs. On ne vient pas pour recueillir l'opinion du maître sur un cas dont on a longuement médité avec lui les difficultés ; on s'arrête, en passant, pour juger le talent et la présence d'esprit d'un candidat ; et le malade qu'on n'a pu voir, n'est là que comme un texte incommode dont on sait bon gré à l'orateur de se débarrasser le plus promptement possible pour entrer dans le champ des développemens de doctrine.

En présence d'un public ainsi disposé (et il ne peut l'être autrement, puisqu'il n'assiste pas ordinairement à l'examen des malades), la position du candidat est vraiment embarrassante. Aussi chacun s'en tire-t-il à sa manière et avec un succès différent. Quelques uns, désespérant d'intéresser l'auditoire à un sujet qu'il ne peut connaître, tracent à la hâte son histoire, et à toute occasion, sans occasion le plus souvent, s'échappent en excursions plus ou moins habilement dissimulées, dans le domaine de la pathologie. D'autres prennent une voie plus logique, sinon plus fructueuse. Corrigeant, autant que possible, le vice radical de cette épreuve, ils s'efforcent de donner une idée exacte du malade, et décrivent si minutieusement les moindres accidens, les diverses phases, les épiphénomènes les plus insignifians, que la patience de l'auditeur est à bout bien avant la fin du tableau.

Ces deux excès partent chacun d'un motif louable, mais ce n'en sont pas moins des excès qu'il faut éviter avec soin. Quelqu'adroitement que soient cousus des lambeaux de pathologie, une série de généralités, à propos d'un malade, ne peut passer pour de bonne clinique ; car, s'il en était autrement, les mêmes développemens revenant nécessairement à l'occasion des mêmes sujets, toutes les leçons de clinique faites sur une même maladie se ressembleraient, et, qui pis est, devraient, pour être bonnes, se ressembler, ce qui n'est pas raisonnablement admissible. D'autre part, est-il rien de plus stérile, de plus banal, que ces longues descriptions, biographies véritables, où l'auteur, jaloux de rester dans les termes de la clinique, s'attache à renfermer ce que le malade a, ce qu'il a eu, ce qu'il aura, ce qu'il pourrait avoir dans le cas où le diagnostic porté serait inexact, etc. ? Nous n'avons pas besoin d'insister pour prouver que la perfection ne peut se trouver ni d'un côté ni de l'autre.

C'est donc une rude tâche que la clinique de concours, et l'expérience journalière est là pour montrer qu'avec beaucoup de lumières et une longue habitude des malades, on l'aborde souvent sans succès. Faut-il pour cela déclarer le problème insoluble et laisser à chacun le soin d'y travailler à sa manière, suivant les qualités particulières de son esprit ? Est-il impossible, en un mot, de tracer à l'avance les règles du genre ? Nous ne le pensons pas. Les difficultés peuvent écarter du but, mais le but reste le même. Plus on se rapprochera des conditions que nous avons posées, plus la leçon sera empreinte du caractère spécial qui doit la distinguer.

Cependant, en raison des circonstances exceptionnelles où se trouve le professeur, nous lui permettrions ici, nous lui conseillerions même certaines licences, dérogations apparentes à nos principes, mais qui en confirment au contraire pleinement la justesse. Ayant à décrire un malade devant des juges qui le connaissent parfaitement, et devant un public qui ne peut pas le connaître, il évitera des détails qui seraient inutiles pour ceux-là, tout à fait insuffisans pour celui-ci. L'indication scrupuleuse des symptômes l'entraînerait hors des limites, sans profit pour les élèves auxquels elle ne donnerait qu'une idée incomplète, erronée peut-être du sujet. Qu'il suppose connus les faits matériels, sans chercher à en prouver l'existence par une peinture fidèle ; on ne lui tiendrait pas compte de ses efforts. Comment juger de la ressemblance, quand on n'a pas eu l'original sous les yeux ? Sa description sera donc courte ; mais, tout en esquissant à grands traits, il n'omettra point les signes dont la perception est difficile et pourrait laisser du doute ; car, nous l'avons dit, ce n'est pas pour faire connaître leur signification, c'est pour apprendre à les recueillir exactement que le cours de clinique est institué. Avec des signes bien analysés, d'ailleurs, le diagnostic devient aussi lumineux pour l'auditoire que facile pour le professeur. Tous les assistans pressentent la conclusion, la formulent eux-mêmes à l'avance ; et l'assentiment unanime manque rarement à celui qui sait persuader à chacun de ses juges qu'il en ferait autant à sa place. Quant au traitement, ce n'est l'œuvre ni d'une heure ni d'un jour. Les transformations des maladies sont si nombreuses et si subites, qu'à moins d'un état chronique bien établi, il faut savoir se borner à poser les indications du moment, sans préjuger sur l'avenir. Rarement l'événement donne raison aux calculs longuement anticipés de ceux qui veulent tout prévoir après un quart d'heure d'examen ; et le meilleur professeur n'est pas celui dont le plan thérapeutique offre en apparence le plus de ressources contre toutes les éventualités présumables.

S'il est, dans la clinique de concours, des conditions particulières au professeur, il en est aussi que le public doit s'imposer ; et nous les mentionnons à dessein en terminant, afin qu'elles soient toujours sous nos yeux, comme règle de conduite, dans nos appréciations ; car là où les circonstances sont si différentes, on ne saurait songer à baser un jugement sur les mêmes données. Il est surtout un point sur lequel la plus grande réserve est commandée par la nature même des formalités auxquelles cette épreuve est soumise. Ne pouvant répéter l'examen des malades, il nous est impossible de formuler un jugement sur la manière dont il a été fait. Nous restons donc forcément dans l'incertitude sur la légitimité du diagnostic porté par le candidat ; or, dans cet état, ne pas se prononcer est pour nous plus qu'un droit, c'est un devoir.

M. CHRESTIEN.

Le premier malade est un tisserand, âgé de 29 ans, travaillant dans un lieu bas et humide, sujet à des douleurs dans les jointures et notamment dans celles du membre inférieur. Cet homme est entré à l'hôpital depuis quelques jours, et il paraît, dit M. Chrestien, qu'on a cru à une maladie articulaire ; car on a fait sur les tégumens du genou affecté une incision cruciale entre les lèvres de laquelle on a ensuite porté le fer rouge.

L'affection est une tumeur blanche ; mais rien, comme on sait, n'est plus vague que ce mot, et il faut spécifier la variété à laquelle on a ici affaire. Or, les conditions hygiéniques où s'est trouvé le malade, les douleurs qu'il a déjà eues dans les jointures, le prompt succès des vésicatoires contre ces douleurs, tout porte à penser que la maladie est de nature rhumatismale.

M. Chrestien indique d'une manière assez peu précise que le membre est légèrement raccourci ; il ne l'a pas mesuré. Du reste, il y a, suivant lui, érosion des cartilages, ce qui serait prouvé par le craquement que déterminent les mouvemens. (On sait que ce signe peut dépendre uniquement de la sécheresse des surfaces ; il n'est donc rien moins que pathognomonique de la destruction des cartilages.)

Un cautère a déjà été placé au bras, et cela prouve qu'on a regardé la maladie comme résultant d'un état général de l'économie. On pourrait y joindre la cautérisation transcurrente pratiquée sur l'articulation elle-même, et quelques moyens internes, tels que l'administration des préparations d'or, etc.

Il est probable que la guérison, si elle s'obtient, sera accompagnée d'ankylose. C'est, du reste, là, dans des cas pareils, une terminaison qu'on peut appeler heureuse.

Quelque brève que soit notre analyse, elle donne une idée assez fidèle de la première partie de cette leçon. Outre les lacunes que chacun pourra y remarquer, nous reprocherons à M. Chrestien une tendance trop générale à conclure du traitement déjà institué par d'autres médecins à la nature de la maladie. Tout respectable que soit le jugement des chirurgiens qui dirigent nos hôpitaux, il constitue ici un élément de diagnostic, dont les candidats peuvent fort bien s'aider à part eux ; mais, dans leur intérêt même, ils doivent, autant que possible, tenir la chose secrète entre leurs juges et eux ; car le public qui demande à connaître les motifs de leur opinion personnelle ne saurait accepter, comme suffisant pour la fonder, l'avis de tel ou tel consultant, quelque éclairé qu'il soit d'ailleurs.

Nous ne donnerons qu'en résumé la fin de cette leçon. A propos d'un malade

atteint d'ophthalmie, M. Chrestien a commencé par déclarer la guerre à ce travers de notre époque (ce sont ses expressions) qui s'attache, en ophthalmologie, aux plus minutieux détails, et change la médecine en une sorte de topographie de l'organe malade; ce qui conduit à ne voir la maladie que là où elle montre ses effets et à ne lui opposer que des moyens topiques. Ces reproches sont en partie fondés; malheureusement M. Chrestien a compromis le succès de la réforme qu'il proposait sous ce rapport, en montrant par son propre exemple combien les effets en seraient pernicieux. Dédaignant les indications minutieuses de l'ophthalmologie moderne, nous l'avons entendu dire qu'il ne s'agissait pas de savoir si l'on avait affaire à une ophthalmie granuleuse, à une conjonctivite ou à une kératite, et que l'état général devait seul fixer l'attention du chirurgien, puisque seul il entretient l'affection. Quoique, à ce point de vue, on pût trouver des choses fort bonnes à dire, on comprend qu'il n'y aurait pas grand intérêt à reproduire une leçon empreinte d'un caractère aussi peu précis. Les moyens locaux n'eussent-ils dans le traitement de l'ophthalmie qu'une importance secondaire, ne méritent pas une proscription absolue, et M. Chrestien lui-même ne serait sans doute pas de cet avis. Or, comment les appliquer avec quelque chances de succès si l'on ne prend pas même le soin de chercher à déterminer si la maladie siége dans la cornée, ou dans la conjonctive, dans les paupières ou dans le globe oculaire!

M. VIDAL (DE CASSIS).

Le premier malade que M. Vidal a eu à examiner porte deux tumeurs fluctuantes, une au niveau de la crête iliaque, l'autre vers la région inguinale du même côté. Les antécédens n'apprenant que peu de chose sur leur composition, c'est surtout par l'examen local qu'il a fallu éclairer le diagnostic. Indolentes, peu volumineuses, elles se réduisent peu à peu sous l'influence d'une pression graduée. On parvient aussi, en les comprimant alternativement, à faire passer le liquide de l'une dans l'autre.

Ce sont donc là des abcès; mais il importe surtout pour le traitement de bien préciser leur nature, leur siége, leur origine. Probablement ils tiennent à une affection de l'os; mais il serait fort difficile de dire exactement quelle est cette affection, puisque, même sur le cadavre, les caractères anatomiques laissent du doute, et que les auteurs qui se sont occupés de ce sujet (en dernier lieu MM. Nélaton et Malespine) ne seraient vraisemblablement pas d'accord entre eux sur le nom à donner à une altération qu'ils auraient sous les yeux. Le siége topographique n'est pas plus aisé à déterminer; cependant, s'il était utile de porter ici un diagnostic aussi précis, M. Vidal inclinerait à penser qu'une maladie de l'os iliaque est le point de départ de ces abcès par congestion.

Le pronostic est grave; il le serait encore davantage, si, au lieu d'une lésion de l'os iliaque, on avait eu des raisons de soupçonner une affection des vertèbres.

Un changement dans le régime et les habitudes du sujet serait ici la première chose à conseiller. Les moxas, qu'on a déjà appliqués, ont aussi leur utilité. Mais faut-il se borner là, et ne conviendrait-il pas de faire l'ouverture de ces abcès? J'ai vu ouvrir beaucoup de dépôts par congestion, dit M. Vidal, je les ai vu ouvrir par divers chirurgiens, suivant différens procédés, et toujours les malades ont succombé. Je désapprouverais donc ici la ponction; mais cependant, si on voulait la pratiquer, on devrait préférer les petites ouvertures aux grandes, et le meilleur moyen d'éviter les accidens serait la méthode sous-cutanée. (Nous ne pouvons admettre de tout point l'opinion de M. Vidal, sur ce précepte de ne pas ouvrir les abcès par congestion. Leur présence n'est-elle pas pour l'organisme une source d'inconvéniens et de dangers? N'est-il pas le plus souvent impossible d'en éviter l'ouverture spontanée? Dès qu'on a résolu ces deux questions par l'affirmative (et c'est la seule réponse faisable), on se trouve entraîné par la conséquence la plus naturelle à conclure qu'une méthode opératoire, qui est toujours exempte d'accidens, doit être appliquée dans tous les cas et le plus promptement possible. La solution, à ce point de vue, nous semble incontestable, et déjà l'expérience s'est chargée plusieurs fois d'en montrer la justesse en mettant en évidence l'innocuité des ponctions sous-cutanées.)

Le second malade porte une tumeur lacrymale du côté gauche, ou du moins, s'il n'en a pour le moment que des vestiges, il dit avoir eu à différentes époques, au grand angle de l'œil, un gonflement qu'il décrit de manière à ne laisser aucun doute sur sa nature. Il y a d'ailleurs, du même côté, epiphora.

Quelle est la cause de cette affection? Si c'était une inflammation, la tumeur serait rouge, douloureuse, un traitement antiphlogistique aurait été appliqué. Rien de tout cela n'existant, on doit plutôt croire à un relâchement du sac, à une sub-inflammation de la muqueuse.

On peut attaquer le mal par des moyens médicaux ou chirurgicaux. Je dois d'abord vous avertir, dit M. Vidal, que, dans la plupart des cas, les uns et les autres échouent. On a d'ailleurs abusé des médications internes jusqu'à compromettre, par leur administration trop continue, la vie des malades pour une simple infirmité. J'en ai vu des exemples. Dans la circonstance actuelle, une opération serait préférable, et il conviendrait d'essayer l'emploi des corps dilatans ou l'introduction d'une canule. .....

D'autres que nous feront ressortir les qualités que le candidat a développées dans cette épreuve, et le féliciteront de la facilité piquante avec laquelle il sait relever les détails les plus arides. M. Vidal mérite tous ces éloges; mais nous oserons lui conseiller de ne pas s'en contenter, et de cheecher à rendre son enseignement un peu moins élémentaire. Lorsqu'une leçon de clinique est bien faite, les médecins les plus consommés doivent toujours avoir quelque chose à y apprendre; or, nous devons l'avouer, ce n'est pas tout à fait avec cette impression qu'on est sorti de celle-ci. Que M. Vidal pèse nos réflexions; nous le connaissons homme à en tirer parti. Après avoir prouvé qu'il sait parler aux commençans un langage à leur portée, il voudra sans doute faire voir qu'il peut aussi captiver l'attention des maîtres. Nous l'attendons avec confiance à sa seconde leçon.

M. THIERRY.

Un jeune garçon de 16 ans conserve, à la suite d'ophthalmies anciennes, un albugo qui occupe, à une hauteur différente de chaque côté, le limbe inférieur de la cornée. Il voit distinctement d'un œil, mais l'autre ne lui suffirait pas pour se conduire. De ce même côté, la pupille est un peu déformée, et un paquet de vaisseaux se prolongent de la conjonctive sur la cornée.

La vue conservant encore assez de portée pour les besoins de la vie usuelle, convient-il d'agir? Si l'on s'y décidait, que devrait-on faire? Des moyens généraux ne serviraient à rien contre une altération de tissu aussi définitivement établie. M. Chrestien ne conseillerait pas non plus les topiques irritans, comme les insufflations de tuthie, qui pourraient réveiller l'inflammation assoupie, et augmenter par suite le champ de l'opacité. Il serait plus rationnel de réséquer les vaisseaux qui vont de la conjonctive à la cornée, et de porter à plusieurs reprises le nitrate d'argent dans le point divisé, afin de prévenir leur réunion. Cette pratique, si elle n'est pas très efficace, se distingue du moins par son innocuité. (Peut-être trouvera-t-on quelque chose de trop sévère dans la proscription absolue des topiques irritans. Pour notre compte, nous avons souvent pu constater, dans le service de Dupuytren, les succès et le peu de danger de ce moyen. N'était-ce pas aussi le lieu, sinon de conseiller l'opération de la pupille artificielle, du moins d'en discuter les indications dans un cas où elle était sans contredit bien proposable?)

M. Chrestien avait à faire ensuite l'histoire d'un homme qui, quinze jours après avoir reçu une contusion au genou, s'aperçut qu'une tumeur se formait derrière le ligament latéral externe, près du tendon du muscle biceps. Elle paraît être sous-aponévrotique, fluctuante, mais pourtant de consistance inégale, du volume d'un œuf de poule. Après avoir écarté l'idée d'un abcès froid, à cause de l'absence de prodrômes, M. Chrestien se prononce pour une collection purulente développée dans la bourse muqueuse qu'on trouve sous le tendon du biceps. Peut-être y a-t-il une maladie de l'articulation péronéo-tibiale; cependant, s'il en était ainsi, l'affection n'eût pas marché aussi vite, la fluctuation serait plus circonscrite et plus obscure, la tumeur aurait son siége tout à fait sur la partie latérale, et non en arrière du membre.

La tumeur étant indolente, il faut d'abord tenter de la résoudre à l'aide des vésicatoires, suivis de la compression, et dont l'effet serait soutenu par l'administration de purgatifs. En cas d'insuccès, devrait-on faire une ponction? On courrait ainsi le risque de donner naissance à une inflammation de l'articulation, qui pourrait se terminer par une tumeur blanche. La méthode sous-cutanée pourrait être employée comme moyen de faire résorber le liquide, en lui donnant issue dans le tissu cellulaire péri-articulaire, où on favoriserait ensuite sa résorption. (Aurions-nous à apprendre à M. Chrestien que, en adaptant une seringue au trocart qui a fait la ponction sous-cutanée, on peut évacuer au dehors la totalité du liquide, en quelques secondes, et sans permettre l'accès de l'air dans le foyer?) Le liquide d'ailleurs pourrait se reproduire, ce qui indiquerait qu'on a eu affaire à une inflammation de l'articulation péronéo-tibiale. (La récidive n'est-elle pas aussi un caractère des tumeurs des bourses muqueuses, et un caractère presque constant, lorsqu'on s'est borné à la ponction?) Si l'on reconnaissait que les surfaces articulaires sont malades, ce serait le cas d'employer le cautère transcurrent; et si l'on n'obtenait pas de cette manière la résorption, il ne resterait qu'à ouvrir largement la poche et à provoquer la suppuration de ses parois.

M. Chrestien avait assez bien posé le diagnostic, et, sauf quelques préceptes un peu vagues, les indications avaient paru convenablement établies. S'il s'était borné là, sa consultation sur ce dernier malade eût donc pu passer pour une des meilleures. Malheureusement, sa leçon était finie bien avant que le temps accordé pour la faire ne fût expiré; et les généralités auxquelles il s'est vu forcé de recourir pour atteindre l'heure, ont paru d'autant plus déplacées qu'elles l'ont plusieurs fois conduit à modifier, à rétracter même, en quelque sorte, les solutions qu'il avait assez nettement formulées quelques minutes auparavant.

M. HUGUIER.

Un des malades soumis à l'observation de M. Huguier est un adulte de bonne constitution, de tempérament très fort, qui, après avoir éprouvé à plusieurs reprises des douleurs et de la gêne dans les mouvemens du membre supérieur droit, vit, au mois de septembre dernier, se former une tumeur au milieu du bras. La tumeur, abcédée spontanément, est depuis restée fistuleuse; un stylet introduit dans ce point a fait reconnaître un décollement étendu de la peau, mais n'est point arrivé jusqu'à l'os. Une autre fistule ouverte en arrière semble conduire au même point et n'en apprend pas davantage sur l'état de l'os. Il n'est pas permis néanmoins d'affirmer qu'il soit sain; mais l'articulation de l'épaule, du moins, paraît intacte, car ses mouvemens s'exécutent sans douleur et ne donnent lieu à aucun craquement.

Quelle est la nature du mal? La constitution du sujet éloigne toute idée de tuberculisation. (Evidemment il y a dans cette assertion une exagération qu'il importe de signaler. Qui n'a vu des sujets athlétiques, offrant toutes les apparences du tempérament musculaire, présenter à l'autopsie des poumons farcis de tubercules?) Est-ce une périostose suppurée? Mais une périostose arrivée à cette période constituerait une tumeur plus volumineuse, de forme à peu près hémisphérique, etc. Restent donc la carie et la nécrose; et il est difficile d'opter pour l'une de ces deux altérations, de préférence à l'autre. S'il fallait cependant se prononcer, dit M. Huguier, je croirais plutôt à la carie. Du reste, la santé générale n'a pas souffert jusqu'ici.

Abandonnée à elle-même, l'affection aurait une tendance très prononcée à

s'aggraver; cependant la force de la constitution met ici quelques chances en faveur du malade.

On pourrait d'abord essayer des injections irritantes ou caustiques, aidées de la compression, pour guérir les fistules. Quant à la lésion osseuse elle-même, il faudrait la combattre par les exutoires profonds appliqués sur le lieu malade, par les purgatifs. Les ressources de la chirurgie proprement dites ne seraient indiquées que si la constitution venait à s'altérer, ce qui montrerait la nécessité d'une opération, et en assurerait en même temps le succès; car on sait qu'elles réussissent mieux quand les individus sont débilités. (Sans nier ce principe, que les opérations ont plus de chances de succès lorsqu'on les pratique dans des conditions semblables, n'y a-t-il pas cependant quelque chose qui répugne, dans le conseil d'attendre pour traiter un malade, que son affection ait compromis la santé, et amené un affaiblissement marqué? Les vices de cette doctrine apparaissent plus saillans dans le cas présent, où la constitution était robuste et la lésion locale très minime. Combien de temps n'aurait-il pas fallu attendre pour voir réaliser les conditions qu'exige le précepte rappelé par M. Huguier?) Si l'on pensait qu'il y eût nécrose, on mettrait l'os à nu, et suivant qu'on trouverait telle ou telle altération, on choisirait le moyen le plus propre à en triompher sûrement. Dans le cas de carie, on détruirait avec le fer rouge toute la partie altérée; mais si le mal se prolongeait jusqu'auprès de l'articulation, on devrait se borner à employer la gouge et le maillet. Si la tête de l'os était malade, on aurait à opter, suivant l'étendue du désordre, entre la résection et la désarticulation.

(Quoiqu'elle ait l'apparence d'être complète, la fin de cette description donne prise à des observations sérieuses. Énumérer toutes les éventualités possibles, pour décrire, à l'occasion de chacune d'elles, le traitement qui lui conviendrait, ce n'est pas faire une leçon de clinique, c'est copier quelques pages d'un traité de pathologie. C'est au clinicien qu'il appartient de choisir, entre les probabilités, celle qui lui paraît la plus certaine, et de se prononcer; et quoiqu'une certaine circonspection fût ici imposée par les difficultés du diagnostic, nous ne pouvons admettre qu'il eût été impossible à M. Huguier de se montrer un peu plus explicite.)

Second malade. Une femme déjà âgée, accouchée sans accidens de sept enfans, n'a pas été aussi heureuse la dernière fois, où la tête du fœtus est demeurée arrêtée au passage pendant 36 heures. Cette circonstance explique l'origine de la maladie. On trouve, en effet, en haut de la paroi antérieure du vagin, une ouverture de sept à huit lignes de diamètre; après l'avoir franchie, le doigt pénètre dans une cavité spacieuse, et si l'on porte par l'urètre un cathéter jusque dans la vessie, l'instrument et le doigt se rencontrent. En appliquant le spéculum, on met en évidence le siége et l'étendue de la perte de substance, dont les bords paraissent être un peu engorgés. L'urine coule par le vagin, mais cependant la malade peut en retenir une certaine quantité lorsqu'elle se tient debout ou assise; la situation de la fistule fait comprendre qu'il doit en être ainsi.

Il n'y a pas beaucoup d'irritation des parties, et la maladie se présente ici dans des conditions assez heureuses de simplicité. On connaît cependant toute la ténacité de ces communications anormales; mais, du reste, la femme n'a pas maigri et le pronostic n'a rien de grave que par rapport à l'opiniâtreté de la fistule et aux inconvéniens de différens genres qui peuvent en résulter pour les fonctions et les habitudes de la vie sociale.

Le traitement n'a pu être qu'indiqué en deux mots : avivement des bords, puis suture...

M. Huguier est un praticien très attentif, dit-on; il porte dans la chaire le reflet de ces qualités : il ne laisse pas passer un fait sans l'analyser, un détail sans le présenter dans toutes ses minuties. A-t-il à indiquer le tempérament musculaire et sanguin, il en décrit tous les caractères. Rencontre-t-il un abcès ouvert, il ne continuera pas sans avoir deviné si la solution de continuité a été spontanée ou due à l'art. Ces discussions épisodiques, dont il est souvent le premier à reconnaître l'inutilité, une fois qu'elles sont terminées, jettent nécessairement un peu de froid sur son enseignement. Il possède, du reste, une facilité de diction et une certaine chaleur de débit qui voilent on ne peut mieux ce que ces défauts donnent de monotonie à la leçon, et l'attention non plus que les applaudissemens de l'auditoire ne lui ont pas manqué dans cette seconde épreuve.

M. MALGAIGNE.

C'est une chose assez neuve parmi nous que la clinique, dit en commençant le candidat, pour qu'il ne soit pas sans intérêt de chercher d'abord quelles conditions doit remplir une bonne leçon. De tous les chirurgiens que j'ai vus, aucun ne m'a paru posséder à un degré plus éminent les qualités du professeur que Dupuytren. Or, il suivait dans son enseignement deux méthodes bien différentes. Lorsqu'il n'avait que des maladies ordinaires, bien connues, il se bornait à exposer les symptômes; c'était là de la *petite clinique*, mais suffisante cependant pour l'instruction des élèves. Se trouvait-il, au contraire, en face de cas rares, d'affections compliquées ou obscures, alors, sans sortir du sujet, il entrait dans des considérations aussi judicieuses que profondes sur tous les points qui se rattachaient au cas en question; c'était ce qu'on pourrait appeler la *haute clinique*.

Pour moi, continue M. Malgaigne, je suis, pour cette fois tombé sur de pauvres malades, sur des affections assez insignifiantes, et je me bornerai, en conséquence à vous tracer simplement leur histoire. Le premier est un homme de 40 ans, né d'un père hémorroïdaire. A 20 ans, et sans cause à lui connue, il fut pris d'une violente hémorragie par l'anus; elle se répéta tous les jours pendant 5 mois, puis s'arrêta; mais depuis, elle est revenue tous les ans. Dans le principe, aucune tumeur ne faisait saillie à l'extérieur; mais, depuis 5 ans, il en a de temps en temps senti sortir une qui rentre d'elle-même, ou qu'il réduit sans peine. Il a aussi, depuis lors, rendu par l'anus des fausses membranes et du pus, dont j'ai trouvé des traces sur son linge. Du reste, les matières sont assez bien liées habituellement. Enfin, à ces symptômes est venu se joindre, il y a un an environ, une douleur qu'on reconnaît, au trajet qu'elle parcourt, pour une sciatique du côté gauche.

Le pourtour de l'anus n'offre rien d'anormal, et quoiqu'il prétende qu'on le traite à l'hôpital pour une fistule, je n'ai rien trouvé, dit M. Malgaigne, qui pût me faire croire qu'il en existe une. Je n'ai rien observé non plus entre les plis de l'ouverture anale, et quoique j'aie engagé le malade à faire effort comme pour aller à la selle. Mais, en portant le doigt dans le rectum, j'ai trouvé, à 2 centimèt. et demi ou trois centimètres de profondeur, un bourrelet circulaire, sur lequel la muqueuse semble d'ailleurs, au toucher, avoir une consistance tout à fait normale. Le contact du doigt n'y produit aucune sensation douloureuse. Il n'existe rien à une plus grande hauteur.

L'examen a nécessairement été très rapide; s'il fallait cependant nous prononcer d'après les signes sensibles, nous dirions qu'il y a là irritation chronique du rectum et hémorroïdes internes peu développées, avec une forte tendance aux hémorragies. Le malade porte aussi une sciatique; mais il serait difficile de décider quels sont les rapports de cette affection avec l'état de l'intestin.

Les hémorroïdes n'ayant rien de grave, du moins pour le moment, et leur extirpation, d'ailleurs, ne pouvant rien contre l'inflammation du rectum, je ne crois pas qu'il y ait lieu de la faire. On sait, d'ailleurs, et par les craintes même qu'elle inspirait à Dupuytren, que l'ablation de tumeurs hémorroïdales internes n'est jamais sans danger; je ne la ferais donc que plus tard, et si le malade était plus fatigué de leur présence qu'il ne l'est maintenant.

L'irritation chronique du rectum est une maladie rare; je n'en ai encore vu que deux exemples. La cautérisation avec le nitrate d'argent, qu'on a déjà essayée ici sans succès, ne me paraît pas aussi avantageuse qu'à M. Lallemand. Je ne puis donc, comme moyens à mettre en usage, qu'indiquer d'une manière générale toutes les médications recommandées contre les inflammations chroniques.

Quant à la sciatique, les chances de sa guérison sont en grande partie subordonnées à la liaison qui existe ou n'existe pas entre les deux affections. (Ce n'est pas la première proposition un peu vague qu'on ait déjà remarquée dans cette leçon. Bien que la difficulté du sujet puisse surabondamment servir d'excuse à M. Malgaigne, n'eût-il pas été plus sage à lui de ne point poser les questions, quand les élémens de solution lui faisaient aussi complètement défaut?)

Je ne veux pas laisser passer cette occasion sans vous indiquer un remède contre la sciatique, que je tiens de famille; c'est l'application successive de sinapismes qu'on place sur le trajet du nerf affecté, en commençant par la région lombaire; deux ou trois applications suffisent ordinairement; Rhazès, d'ailleurs, fait mention de cette recette.

Ce malade a aussi eu dans sa jeunesse une fracture de l'extrémité inférieure du péroné, et telle est l'influence de cette lésion sur les mouvemens du pied qu'aujourd'hui encore, et quoiqu'il reste à peine une légère difformité, le membre devient enflé lorsqu'il a fait une marche un peu longue. Cet état ne se dissipera pas à la longue, comme on pourrait le croire; il augmentera au contraire à mesure que le malade deviendra plus âgé.

Le second sujet de cette leçon est un garçon de 20 ans. A la suite d'une chute sur la pommette datant de neuf ans, il a vu, il y a trois ans seulement, un abcès s'ouvrir dans le même lieu; après diverses alternatives de reproduction et de guérison, le malade est entré à l'hôpital. Une fistule conduit sur un point dénudé qui paraît appartenir à la paroi du sinus maxillaire. Est-ce une carie, est-ce une nécrose? Dans l'état actuel de nos connaissances, dit M. Malgaigne, tout ce que l'on peut se permettre quand on examine l'os sur le vivant et à travers une aussi petite ouverture, c'est de dire qu'il y a carie lorsque le stylet pénètre au milieu de parcelles osseuses friables, et cédant sous la pression, qu'il y a nécrose au contraire lorsque l'instrument rencontre une surface dont le choc produit un son clair. (Cette déclaration ne manque ni de franchise ni de courage; et peut-être ceux-là même qui l'ont accusée de partir d'une timidité par trop prudente ou d'un scepticisme exagéré seraient-ils fort embarrassés de trouver des caractères plus certains que ceux dont le candidat a eu le bon esprit de se contenter.) Ici les apparences sont pour une nécrose. Le cas est remarquable par le temps qui s'est écoulé entre l'action de la cause et le début des premiers symptômes; mais ce n'est, du reste, ni le seul ni le plus curieux exemple que l'on connaisse d'une lenteur semblable dans la marche du mal.

Il faut, pour que le malade guérisse, qu'il se fasse une exfoliation, et l'on ne peut, même approximativement, annoncer d'avance quel temps elle mettra à se faire. Si on se décidait à agir, il n'y aurait qu'à mettre l'os à nu et à enlever la portion altérée. Ces opérations, quelque minime que soit la partie retranchée, ont assez souvent de la gravité, mais c'est surtout aux doigts et aux orteils qu'on les a vus suivies d'accidens sérieux. A la face, elles réussissent assez bien. Je ne voudrais pas néanmoins me décider à la faire ici avant d'avoir examiné plus attentivement l'état du malade.

Nous avons déclaré ne vouloir élever aucune enquête sur la justesse du diagnostic porté par les candidats; et cette réserve étant imposée par le raisonnement le plus vulgaire, nous ne nous en écarterons à l'égard d'aucun d'eux. Nous pouvons néanmoins dire, parce que la même remarque a frappé tout le monde, que, durant la première partie de sa leçon, M. Malgaigne a semblé continuellement sous le poids de cette préoccupation, que son malade présentait peut-être quelque affection autre que celle dont il a parlé. Peut-être aussi la difficulté et la pauvreté du sujet ont-elles seules donné lieu à la circonspection extrême dont il a cru devoir user, surtout à l'endroit du diagnostic de ce premier sujet. Ce sont là des circonstances atténuantes à proclamer bien haut; car, nul candidat, à notre avis, n'a été, sous ce rapport, aussi mal partagé que M. Malgaigne. Malgré ces conditions désavantageuses, il a su trouver dans sa verve habituelle, dans une méthode d'exposition exempte de toute recherche, dans l'excellente précaution surtout de s'en tenir à ses malades et aux faits propres à

leur état actuel, les moyens d'attacher à sa leçon un degré d'intérêt que ni les juges ni le public n'ont paru méconnaître.

(La suite au prochain numéro.)

BIBLIOGRAPHIE.

DICTIONNAIRE UNIVERSEL D'HISTOIRE NATURELLE, résumant et complétant tous les faits présentés par les encyclopédies, les anciens dictionnaires scientifiques, les œuvres complètes de Buffon, et les meilleurs traités spéciaux sur les diverses branches des sciences naturelles; donnant la description des êtres et des divers phénomènes de la nature, l'étymologie et la définition des noms scientifiques, les principales applications des corps organiques et inorganiques relatives à l'agriculture, à la médecine, aux arts industriels, etc. Ouvrage utile aux médecins, aux pharmaciens, aux industriels, et généralement à tous les hommes désireux de s'initier aux merveilles de la nature; par MM. ARAGO, AUDOIN, BAZIN, BECQUEREL, BIBRON, ETC.; dirigé par M. CHARLES D'ORBIGNY, et enrichi d'un atlas de planches gravées sur acier, représentant plus de 1200 sujets; 8 gros tomes divisés chacun en deux volumes grand in-8° à doubles colonnes. — Paris, au bureau principal des éditeurs, rue de Seine-St-Germain, 17.

L'étude de l'histoire naturelle a acquis depuis un demi-siècle une telle importance, elle a répandu tant de lumière sur des questions qui auparavant n'étaient pas même soupçonnées, elle a donné naissance à tant de nouvelles sciences, à de si nombreuses industries qu'on s'explique facilement le grand nombre de ceux qui se livrent à sa culture et la popularité dont elle jouit même dans les classes les plus étrangères au reste du mouvement scientifique. Des travaux si nombreux entrepris à la fois et sur des branches si différentes, changent trop fréquemment l'aspect ou même la base de la science pour que les ouvrages destinés à en reproduire les développemens conservent leur valeur aussi long-temps que le font ceux destinés à reproduire les autres connaissances humaines. Le plus mince ouvrage élémentaire de nos jours contient plus de faits que n'en connaissait l'homme le plus érudit de l'antiquité; et sans remonter jusqu'à cette époque éloignée où, par exemple, Théophraste n'énumérait que quatre cents plantes, tandis que le nombre des végétaux connus aujourd'hui s'élève à plus de cent mille, si seulement nous rapprochons de l'époque actuelle celle où Buffon jetait tant d'éclat sur l'étude de l'histoire naturelle, nous reconnaîtrons facilement que depuis lui la science a fait tant de progrès que ses écrits ne doivent plus guère qu'à leur mérite littéraire le rang qu'ils conservent encore dans l'estime publique. Ce que nous disons ici avec M. Ch. d'Orbigny des ouvrages de Buffon, nous pourrions le dire de beaucoup d'autres plus récens, mais déjà en arrière de l'état actuel, et dans lesquels la plupart des hommes désireux d'acquérir des connaissances scientifiques puisent encore aujourd'hui un enseignement nécessairement infidèle ou incomplet. Et cependant, la presse quotidienne et périodique fait assister tous ses lecteurs aux séances des sociétés savantes, où tous les faits nouveaux reçoivent une grande publicité, et des journaux spéciaux sont destinés à reproduire toutes les découvertes nouvelles dans les différentes branches des sciences naturelles. Il est donc indispensable que de temps en temps la science soit résumée dans une publication qui reproduise exactement toutes les connaissances acquises, fournisse au travailleur le point de départ pour de nouvelles recherches et fasse profiter le nombre si considérable des hommes désireux de s'instruire des résultats les plus nouveaux.

Le Dictionnaire, dont nous avons sous les yeux les premières livraisons, et qui contient, parmi les noms de ses auteurs tout ce que la science a de plus élevé, la plupart des hommes qui ont le plus contribué aux progrès les plus récens des sciences naturelles, remplira-t-il cet objet? Quelques données prises dans l'*Avertissement* et l'examen des livraisons publiées vont nous mettre à même de répondre à cette question.

« Voulant créer, dit le directeur, un ouvrage vraiment utile, nous nous sommes efforcés de le rendre aussi exact que possible; et, à cet effet, nous avons réclamé le concours des premières notabilités scientifiques. Chaque article sera traité d'une manière neuve et pris au point de vue le plus élevé. Nous sommes à cet égard dispensés de toute explication: la pureté des doctrines, la justesse des aperçus pour le fond, la précision, la netteté du style pour la forme, y sont assez garantis par les noms des savans qui doivent signer les diverses parties de cet ouvrage........ »

« Une innovation importante, et dont nous espérons qu'on nous saura gré, a été de donner autant que possible l'étymologie de tous les noms de genres, ainsi que celle des principaux termes scientifiques que l'on chercherait en vain dans les autres dictionnaires...... »

« Les soins apportés à l'exécution des planches de notre Atlas, le mettront de beaucoup au-dessus de tous ceux qui ont été publiés dans le même genre. Plusieurs de nos savans collaborateurs ont bien voulu se charger d'en exécuter les diverses parties; ainsi, M. Decaisne dessinera la plus grande partie des planches de botanique relatives aux familles dont il donnera les caractères avec la précision et l'exactitude consciencieuse qui distinguent ses observations; M. A. Richard fera tous les dessins de l'anatomie et de la physiologie végétale; enfin, les animaux des classes inférieures seront presque tous dessinés par MM. Dujardin et Turpin, qui joignent au mérite de bien observer celui de représenter avec une rare habileté les objets d'histoire naturelle....... »

« Parmi les artistes auxquels nous avons confié les autres séries iconographiques, il suffira de citer MM. Meunier, Pretz, Traviès, Werner, etc., dont la supériorité comme peintres d'histoire naturelle est bien reconnue..... Le lecteur trouvera à la fin de chacun des articles généraux un texte des meilleurs ouvrages sur le même sujet. »

Examinons maintenant jusqu'à quel point les articles déjà publiés sont conformes au plan que nous venons de tracer, et disons quelques mots du discours préliminaire ou préambule qui n'occupe pas moins de 240 pages ou le tiers du premier volume, et qui est dû à la plume de M. Charles d'Orbigny.

Nous voudrions pouvoir suivre l'auteur dans le tableau qu'il dessine à grands traits de l'histoire des sciences naturelles, et qu'il a divisé en trois principales époques: l'antiquité, le moyen âge et les temps modernes, époques qui rappellent plus l'état de la civilisation que celui des sciences elles-mêmes, mais qui ont l'avantage de rattacher l'histoire des sciences naturelles à celle des autres institutions humaines. Dans la première, l'histoire naturelle ne fut qu'une branche peu importante même de cette science générale que les anciens désignaient sous le nom de philosophie, et dans laquelle les sciences purement spéculatives avaient une grande prépondérance. Dans l'étude de cette première période, l'auteur ne se borne pas, comme on ou le faisait encore il y a peu d'années, à rapporter l'origine des sciences aux Grecs et aux Romains, mais il la cherche chez les peuples de l'Orient, chez les Chinois, chez les Indous, les Babyloniens, les Phéniciens, chez lesquels la civilisation et les sciences étaient plus avancées qu'on ne le croirait d'après le rapport des écrivains grecs et latins. C'est cependant chez ces derniers seulement qu'on peut trouver réellement l'origine des sciences modernes; car tout ce que les peuples de l'Asie avaient créé a disparu avec eux, ou n'a été connu qu'à une époque comparativement récente, et après avoir été l'objet de nouvelles découvertes chez les nations de l'Occident.

Après avoir signalé, dans les divers auteurs grecs et latins, les traces des progrès lents qu'avaient faits chez ces peuples les sciences naturelles, malgré les beaux travaux d'Aristote, l'auteur passe à l'étude de ces mêmes progrès au moyen âge: « ère nouvelle, dit-il, et empreinte du caractère de mysticité sauvage émanant de son origine, et qui, absorbé tout entier dans sa lutte contre les ténèbres et le besoin d'assurer ses institutions, semble un pont jeté entre deux âges pour les réunir. »

La troisième époque ou celle des temps modernes, la plus importante et aussi celle qui a reçu plus de développemens, est elle-même divisée en plusieurs chapitres où l'état des sciences est indiqué au seizième siècle, au dix-septième, au dix-huitième, puis enfin de 1789 jusqu'à nos jours. Nous ne pouvons songer à reproduire, même de la manière la plus sommaire, quelques-uns des jugemens portés sur les faits si importans et si nombreux qui sont venus, pendant ces trois siècles et demi, donner naissance à tant de sciences à peu près inconnues jusqu'alors et frayer ces voies si nombreuses qui de toutes parts aujourd'hui appellent les travaux et l'intelligence de l'homme; mais tous ces jugemens, dont plusieurs sont portés sur les hommes qui ont vécu ou qui vivent encore au milieu de nous, portent l'empreinte d'une juste impartialité. Leurs

travaux, souvent longs et nombreux, sont caractérisés avec bonheur par quelques traits. L'impossibilité de narrer tant de faits sur des questions si différentes a obligé M. d'Orbigny de les grouper autour de la science à laquelle ils ont rapport, présentant ainsi un vaste exposé de l'état actuel des connaissances, et dans lequel il ne se borne pas à signaler les recherches faites jusqu'ici, mais où il indique aussi quelquefois celles qui restent à faire. Il nous serait encore plus impossible de le suivre dans ce brillant tableau de l'état actuel de la science, et nous sommes forcés de nous borner à donner ici le nom seulement des nombreuses sciences dont il est question. Le lecteur trouvera au moins dans cette longue liste un indice des divers sujets qui seront traités dans la suite du Dictionnaire. Voici l'ordre dans lequel il est question de ces différentes sciences. L'*astronomie*, l'une des sciences les plus avancées, celle au moins dont les bases ont été irrévocablement posées, malgré l'immense éloignement des objets dont elle s'occupe; la *météorologie*, celle des branches des sciences physiques qui laisse le plus à désirer, celle qui offre encore les lacunes les plus nombreuses et qui pourtant offre le plus d'intérêt pour l'homme; la *physique*, dont plusieurs divisions sont appelées à faire des sciences réellement distinctes; la *chimie*, que l'auteur proclame la première des sciences; la *minéralogie*, qui recevra de nouveaux perfectionnemens du progrès des autres sciences; l'*anatomie*, qui attend, du microscope et de la chimie organique, de nouveaux moyens d'investigation; l'*anatomie comparée*, d'une origine plus récente, qui dévoile des voies si mystérieuses et si bien coordonnées dans la nature, et compte aujourd'hui deux écoles bien distinctes; la *physiologie*, qui, malgré de brillantes conquêtes, n'a encore pu apprécier que les phénomènes les plus grossiers, les phénomènes matériels, et paraît dédaigner de s'occuper des phénomènes vitaux; la *tératologie*, branche nouvelle de la science et destinée à révéler les mystères de l'évolution des êtres; la *zoologie générale*, qui n'a pris un véritable caractère de stabilité qu'après que le génie de Linné eut jeté les bases de la méthode naturelle; elle comprend un grand nombre de branches, parmi lesquelles la *mammalogie*, l'*ornithologie*, l'*erpétologie*, l'*ichtyologie*, la *conchyologie*, l'*entomologie* occupent le premier rang; la *botanique*, à laquelle il faut joindre maintenant la *botanique fossile*, science encore nouvelle, mais qui a déjà fait des progrès remarquables; la *géologie*, qui nous fait de si curieuses révélations sur les premiers âges du globe, et semble appelée à fixer l'époque de l'apparition de l'homme sur la terre; et enfin, la *paléontologie*, qui suit les progrès de la géologie, dont elle est devenue le puissant auxiliaire; c'est d'elle surtout que l'on attend des données sur la distribution primitive des êtres sur le globe. « Quand nous saurons, dit M. d'Orbigny en terminant l'énumération raisonnée de toutes ces sciences, ce qu'a été l'animalité à sa naissance, peut-être, en comparant son état primitif à son état présent, pourrons-nous pressentir ses destinées futures. »

L'étude des sciences naturelles n'a donc pas pour objet de satisfaire seulement la curiosité; c'est elle qui fait connaître à l'homme tout ce qui l'entoure, et qui lui apprend à s'en emparer et à se l'approprier. Elle est d'une immense utilité pour toutes les carrières, et pour le médecin encore plus que pour tout autre, si pourtant il n'oublie point qu'il y dans l'homme quelque chose de plus élevé que dans tous ces êtres qui l'environnent, et qui réclame des études spéciales, dont il ne peut trouver les élémens dans le reste de la nature.

Les 20 livraisons qui ont paru jusqu'ici comprennent presque toute la lettre A, l'une des plus chargées dans tous les dictionnaires. Parmi les nombreux articles qui y sont contenus, nous en avons remarqué plusieurs auxquels leur étendue et le nom de leurs auteurs donnent de l'importance. Les médecins liront surtout avec intérêt l'article *aclimatement* dans lequel la question est examinée d'une manière générale et d'un point de vue fort élevé, les articles *anatomie*, *animal*, *articulés*, dans lesquels M. Duvernoy a donné de nouvelles preuves qu'il était digne d'être à la fois le successeur, et le continuateur de Cuvier. M. Edward a retracé brièvement aux mots *aliment* et *asphyxie*, tout ce que la science a de plus positif sur ces deux questions. Nous reviendrons sur cette publication lors qu'elle sera plus avancée, mais déjà nous devons reconnaître qu'elle réalise les espérances qu'elle avait fait naître et qu'elle paraît ne devoir point être au dessous de la place qu'elle est appelée à occuper dans l'enseignement des sciences naturelles.

G.

—

VARIÉTÉS.

COURS PUBLIC SUR LES MALADIES MENTALES.

M. Baillarger, médecin de la Salpêtrière, commencera ce cours le lundi 25 avril, à sept heures du soir, dans l'amphithéâtre n. 2 de l'École pratique, et le continuera tous les lundi et vendredi de chaque semaine à la même heure.

— Recherches expérimentales sur les propriétés et les fonctions du système nerveux dans les animaux vertébrés; par M. Flourens, membre de l'Académie française, secrétaire perpétuel de l'Académie royale des sciences (Institut de France), membre des Sociétés royales de Londres et d'Edimbourg, des Académies royales des sciences de Stockholm, de Turin, etc., etc., professeur de physiologie comparée au Muséum d'histoire naturelle de Paris. — Seconde édition, corrigée, augmentée et entièrement refondue; 1 vol. in-8°. Prix 7 f. 50 c.

Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie de médecine, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Londres, chez H. Baillière, libraire, 219, Regent-Street.

— Recherches sur l'opération du strabisme, mémoire présenté à l'Académie des sciences par L.-A.-H. Boyer, D. M. P., ancien interne des hôpitaux de Paris, ex-chef de clinique de la Faculté. — In-8°. Prix, fig. noires : 5 fr.; fig. coloriées : 8 fr.

Paris, au bureau de la Lancette française, rue de l'Ecole de-Médecine, 11.

Et chez Germer Baillière, libraire-éditeur, même rue, 17.

— Précis analytique des travaux de la Société médicale de Dijon, pendant les années 1834, 1835, 1836 et 1837; par N. Gruère, docteur en médecine, secrétaire-général. — In-8°.

Dijon, imprimerie de Douillier.

— Conseils aux mères sur la manière d'élever les enfans nouveau-nés, ou de l'éducation physique des enfans du premier age; par Al. Donné, docteur en médecine, ex chef de clinique de la Faculté de Paris, professeur particulier de microscopie, etc. — 1 vol. in-12. Prix : 3 fr.

Paris, chez J.-B. Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Londres, chez H. Baillière, 219, Regent-Street.

BAINS D'ENGHIEN.

L'établissement des eaux minérales d'Enghien ouvrira le 15 mai et fermera le 1er octobre. La faveur toujours croissante dont cet établissement jouit a nécessité l'accroissement progressif des logemens. Les nombreux appareils construits sous la direction de M. le docteur Bouland, joints aux anciens, ont étendu les ressources de la thérapeutique, et, dans leur état actuel, les bains d'Enghien forment l'établissement le plus complet qui existe en Europe. Les eaux de la nouvelle source, analysées sur la demande du ministre, ont été trouvées parfaitement identiques avec celles des anciennes sources; elles sont, les unes et les autres, supérieures aux meilleures eaux connues, du même genre, en ce qu'elles contiennent une plus grande quantité de principes minéralisateurs; elles sont enfin d'une telle abondance qu'elles peuvent suffire au service le plus actif. Les principales maladies contre lesquelles les eaux sulfureuses d'Enghien sont employées avec succès sont : 1° les maladies de la peau; 2° les affections chroniques des viscères; 3° les affections glanduleuses, les scrofules, le rachitisme; 4° les maladies nerveuses, goutteuses et rhumatismales; 5° enfin, les maladies générales ou locales caractérisées par la débilité. Les eaux d'Enghien se prennent en boisson, en bains, en douches ou à l'état de vapeur. Il serait superflu de rappeler toutes les ressources que la proximité de ces eaux offre à la capitale. S'il est en effet des maladies que de longs voyages peuvent soulager ou guérir, il en est beaucoup d'autres que la fatigue ou les secousses inévitables d'une longue route peuvent aggraver : telles sont les affections utérines, qui réclament le repos le plus complet, et dans lesquelles des mouvemens brusques peuvent provoquer des accidens redoutables. Nous rappellerons, à l'occasion de cet ordre de maladies, les résultats obtenus par l'emploi des eaux d'Enghien, résultats constatés par M. Lisfranc, et qu'il a communiqués à l'Académie royale de médecine. M. le docteur Rayer, médecin consultant du roi, a été nommé, par le ministre, inspecteur des eaux d'Enghien, en remplacement de M. le baron Alibert. Nous ajouterons une observation importante : c'est que les eaux d'Enghien ont cet avantage sur celles de Barréges, qu'elles peuvent être conservées sans aucune altération, et être transportées dans les pays les plus éloignés.

Le dépôt général des eaux d'Enghien est à l'établissement de MM. Boulay et comp., au Gros-Caillou; les dépôts particuliers, chez les marchands d'eaux minérales; et chez M. Deslauriers, pharmacien, rue de Cléry, 31, dépositaire aussi des bols ou grains composés des principaux élémens des eaux d'Enghien.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 18. (TOME X. — 1842.) SAMEDI 30 AVRIL 1842.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (*Gazette de santé* et *Clinique des Hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4° 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

TOXICOLOGIE.

MÉMOIRE SUR L'EMPOISONNEMENT PAR LES ALCALIS FIXES (POTASSE, SOUDE, BARYTE ET CHAUX); par M. ORFILA.

J'ai cru devoir examiner de nouveau tout ce qui se rapporte aux recherches médico-légales de l'empoisonnement par les *alcalis* fixes, parce que j'apercevais dans ce qui a été écrit jusqu'à ce jour sur ce sujet des erreurs graves et beaucoup de lacunes. Les auteurs qui ont traité de la matière ne se sont pas suffisamment préoccupés de l'existence de de la *potasse*, de la *soude* et de la *chaux* dans plusieurs substances alimentaires, dans les fluides et dans les organes de l'homme à l'*état normal*. Personne, que je sache, n'est encore parvenu à indiquer, d'une manière précise et facile le moyen de reconnaître si les alcalis fixes que l'on obtient en analysant des matières *suspectes* proviennent d'un empoisonnement, ou bien s'ils existaient naturellement dans ces matières. D'un autre côté, il me semblait important de savoir si les alcalis dont il s'agit sont absorbés dans certaines circonstances, et en cas d'affirmative, par quels moyens ils peuvent être décelés dans les viscères où ils auraient été portés. Je m'estimerais heureux si le travail que je publie paraissait résoudre, comme je le pense, ces graves questions. Voici les faits que je crois indispensables d'insérer dans ce mémoire :

POTASSE A L'ALCOOL PURE. Elle est blanche, inodore, d'une saveur excessivement caustique, très soluble dans l'eau et déliquescente. Sa dissolution aqueuse, *moyennement concentrée*, ou *très concentrée*, verdit le sirop de violettes et ramène au bleu le papier de tournesol rougi par un acide; l'acide carbonique ne la précipite point. Elle décompose l'azotate d'argent et en sépare l'oxide de couleur olive clair, soluble en entier dans l'acide azotique pur. Le chlorure de platine y fait naître un précipité *jaune serin, grenu, pulvérulent, qui occupe le fond du vase et qui adhère aux parois du verre*, tandis que la soude n'est précipitée par ce réactif que lorsqu'elle est en dissolution *concentrée*, et alors le précipité est jaune rougeâtre et moins adhérent au verre que le précédent. L'acide perchlorique précipite la potasse en blanc, tandis qu'il ne trouble pas la dissolution aqueuse de soude.

DISSOLUTION AQUEUSE DE POTASSE PURE AFFAIBLIE. — Elle verdit le sirop de violettes et ramène au bleu le papier de tournesol rougi par un acide; l'acide carbonique et l'azotate d'argent agissent sur elle comme sur la dissolution concentrée, à moins toutefois, en ce qui concerne l'azotate d'argent, qu'elle ne soit par trop étendue. Le chlorure de platine et l'acide perchlorique ne la troublent pas, même au bout de plusieurs heures; et comme il est indispensable de pouvoir constater ces deux propriétés pour conclure à l'existence de la potasse dans la liqueur, il faut évaporer celle-ci et l'amener au degré de concentration convenable pour que ces deux réactifs la précipitent. Ces caractères suffisent et au-delà pour s'assurer de la présence de la potasse, et il est inutile de recourir à l'acide carbazolique proposé par quelques auteurs. On ne conçoit pas non plus la nécessité de pousser l'évaporation jusqu'à siccité et de calciner le produit dans un creuset d'argent, comme le conseille M. Devergie, dans le but, dit-il, de volatiliser l'ammoniaque ou ses com-

Feuilleton.

LETTRE MÉDICALE.

Ce n'est pas sans étonnement, très honoré et cher confrère, que nous avons lu votre dernière missive et les singulières questions qu'elle contient. Etonné vous-même, à ce qu'il paraîtrait, des lenteurs de la future élection académique, et dans votre heureuse ignorance de ces sortes d'affaires, vous désirez savoir comment on s'y prend ici pour faire un académicien : vous auriez peut-être pu mieux placer votre curiosité, vous informer, par exemple, de l'issue plus ou moins assignable du concours ouvert en ce moment à la Faculté, et qui doit donner un professeur à l'école de Paris, résultat bien autrement grave que la création d'un académicien. Vous auriez pu désirer connaître où en est la fameuse question de la reorganisation médicale qui figure depuis dix ans dans les programmes législatifs avec le même succès que celle la nationalité polonaise, et, s'il vous faut absolument de la chronique scandaleuse, il vous était loisible de demander des nouvelles de l'émeute scholaire de Montpellier, dont les vrais motifs et les vrais moteurs seront, il faut l'espérer, dévoilés, pour l'édification du vrai public médical, qui n'épouse pas les querelles et les intérêts de clocher. Nous n'aurions, à la vérité, pu répondre à aucune de ces questions; mais c'étaient-là du moins des interrogations sensées et dignes d'exercer votre sagacité et la nôtre. Il vous plaît, au lieu de tout cela, de nous faire parler académie et académicien, sans vous douter le moins du monde de l'indiscrétion d'une demande de cette nature dans les circonstances actuelles et de l'embarras où vous jetez vos pauvres correspondans. Venant de tout autre côté, une question pareille nous serait suspecte; nous y verrions un piége d'agent provocateur. Mais l'innocence de vos intentions nous est trop connue pour soupçonner ici quelque coup de diplomatie machiavélique. Cependant, comme nos lettres sont exposées à s'égarer et à tomber en toutes sortes de mains, vous ne trouverez dans celle-ci rien de tout à fait confidentiel.

Votre lettre débute par une excellente naïveté : « Je ne comprends rien, dites-vous, à tout ce mystère électoral. Il me semble que la question est fort simple, puisqu'elle se réduit en définitive à l'appréciation des titres scientifiques des candidats, consistant en des écrits imprimés, en des travaux de théorie ou de pratique, notoirement livrés à la publicité par la parole ou par la presse. Une appréciation de ce genre, confiée à des hommes du métier, doit être très facile, et... » Hélas! cher confrère, dans quel monde fantastique et idéal vivez-vous donc là-bas! Au lieu d'une naïveté, il y en a bien ici trois ou quatre au moins et d'une bonne force. La première est d'imaginer que les ouvrages et les travaux de science sont les seuls élémens de détermination dans les élections académiques. Sans doute c'est là la règle en général; et si l'on examine en masse un corps sa-

posés, *s'ils existaient* ; évidemment, si la potasse est pure, et il la suppose telle, elle ne renfermera aucun composé ammoniacal.

POTASSE A LA CHAUX (PIERRE A CAUTÈRE). Elle contient, outre la potasse pure, une certaine quantité de chaux, de sulfate de potasse, de chlorure de potassium, d'acide silicique, d'alumine, d'oxides de fer et de manganèse. Elle diffère de la potasse à l'alcool : 1° parce qu'elle fournit avec l'azotate d'argent un précipité d'oxide d'argent olive mêlé de chlorure d'argent blanc ; en effet, si l'on ajoute quelques gouttes d'acide azotique pur, l'oxide est dissous et le chlorure reste sous forme de grumeaux blancs et lourds ; 2° parce que l'azotate de baryte y fait naître un précipité blanc de sulfate de baryte insoluble dans l'eau et dans l'acide azotique froid ou bouillant ; 3° parce qu'elle donne avec l'oxalate d'ammoniaque un précipité blanc d'oxalate de chaux. J'ajouterai qu'il n'est pas rare de voir la potasse à la chaux colorée en brun, en jaune ou en rougeâtre.

POTASSES DU COMMERCE. Elles renferment des quantités de carbonate de potasse (sous-carbonate), qui varient depuis 40 jusqu'à 65 pour cent, et en outre les diverses matières indiquées à l'occasion de la pierre à cautère, à l'exception de la chaux. La potasse d'Allemagne ne contient guère que 40 à 45 pour cent de carbonate, tandis qu'on en trouve 65 dans la potasse perlasse d'Amérique, et 55 à 60 dans celle de Russie. Elles se comportent avec les réactifs comme la potasse à la chaux, si ce n'est qu'elles font effervescence avec les acides faibles, qui en dégagent l'acide carbonique à l'état de gaz, et qu'elles ne précipitent pas par l'oxalate d'ammoniaque.

POTASSE A L'ALCOOL MÊLÉE AU VIN ROUGE. — Il suffit de quelques gouttes de cet alcali pour communiquer au vin rouge une teinte verte foncée ; il est donc impossible qu'un pareil mélange soit donné pour du vin ; mais il se pourrait que l'on fût obligé de rechercher de la potasse à l'alcool dans un liquide vomi ou trouvé dans le canal digestif, alors que le malade aurait pris du vin ; il importe donc d'examiner si les procédés proposés pour faire découvrir la potasse dans ces cas ne devraient pas subir quelques modifications. Si l'on fait dissoudre 10 centigrammes de potasse à l'alcool dans 125 grammes de vin rouge préalablement neutralisé par 15 centigrammes du même alcali, et que l'on filtre la liqueur, on voit que celle-ci est d'un vert bleuâtre, qu'elle bleuit le papier de tournesol rougi, et que le chlorure de platine et l'acide perchlorique rétablissent la couleur rouge du vin *sans occasioner de précipité* ; ce n'est qu'au bout de plusieurs heures que le dernier de ces réactifs trouble la liqueur et y fait naître un dépôt noirâtre.

Ces caractères, comme on le voit, sont insuffisans pour démontrer la présence de la potasse pure dans ce mélange. On y parvient, en évaporant la liqueur jusqu'à siccité et en agitant, pendant quelques minutes, le produit sec et refroidi dans de l'alcool concentré, marquant 44 degrés à l'aréomètre ; on filtre, après avoir évaporé le liquide alcoolique jusqu'à siccité ; on continue à chauffer jusqu'à ce que le produit soit légèrement carbonisé : on traite par l'eau distillée bouillante ; la liqueur filtrée de couleur jaune brunâtre rétablit la couleur bleue du papier de tournesol rougi, et précipite en jaune serin et en blanc, comme la potasse, par le chlorure de platine et l'acide perchlorique. Si, au lieu de traiter par l'eau, on versait le chlorure de platine dans la dissolution alcoolique, on courrait risque de se tromper, parce que l'alcool concentré *seul* donne avec ce chlorure un précipité jaune serin, qui pourrait faire croire au premier abord à l'existence de la potasse ; à la vérité, ce précipité n'est ni grenu ni adhérent au verre.

On pourra s'assurer par une expérience comparative, en traitant comme il vient d'être dit 250 grammes du même vin, *sans addition de potasse* à l'alcool, c'est-à-dire une quantité double de la précédente, que l'on n'obtient pas un atome de potasse dans la dernière liqueur aqueuse. Ce résultat négatif est parfaitement d'accord avec la théorie, puisque nous savons que le bitartrate de potasse contenu dans le vin et le sulfate de potasse qu'il pourrait renfermer ne sont pas solubles à froid dans l'alcool marquant 44 degrés.

Mais, dira-t-on, en suivant ce procédé, la potasse transforme le bitartrate de potasse du vin en tartrate neutre soluble dans l'alcool à 44 degrés, en sorte qu'après l'incinération de la dissolution alcoolique, on obtient non seulement la potasse qui rendait le vin alcalin, mais encore celle qui faisait partie du bitartrate et celle qui a été ajoutée pour transformer celui-ci en tartrate neutre. Qu'importe, puisqu'il ne s'agit pas de déterminer la *quantité* de potasse mêlée au vin, mais bien de reconnaître qu'il en a été ajouté, et sous ce rapport le procédé que je conseille est irréprochable.

MÉLANGES DE POTASSE PURE ET DE LIQUIDES ALIMENTAIRES, DE LA MATIÈRE DES VOMISSEMENS OU DE CELLE QUE L'ON TROUVE DANS LE CANAL DIGESTIF ; POTASSE AYANT ATTAQUÉ LES TISSUS DE CE CANAL. — On sait que l'eau sucrée, le thé, le café, l'albumine, la gélatine, le bouillon, la bile et le sang ne sont pas troublés par cet alcali, qui les rend au contraire plus fluides ; les tissus du canal digestif sont promptement ramollis et transformés en une bouillie liquide.

Il importe, avant de décrire le procédé qui me paraît le plus propre à faire découvrir la potasse dans ces mélanges, d'indiquer un certain nombre d'expériences tentées dans le but d'apprécier sa valeur.

EXP. I. — J'ai mélangé parties égales de potasse à l'alcool, de tartrate neutre de potasse, de sulfate de potasse et de chlorure de potassium ; la masse totale pesait 60 centig. Je l'ai fait dissoudre dans l'eau et évaporer jusqu'à siccité. Le produit a été partagé en deux parties égales ; l'une d'elles a été agitée pendant dix minutes avec de l'alcool froid marquant 44 degrés ; l'autre a été traitée pendant quelques minutes par le même menstrue bouillant. Les deux dissolutions évaporées séparément jusqu'à siccité ont fourni des produits que j'ai dissous dans une petite quantité d'eau distillée bouillante ; les dissolutions ramenaient au bleu la couleur du papier de tournesol rougi, et contenaient de la potasse libre, ainsi qu'on pouvait s'en assurer par l'acide perchlorique et par le chlorure de platine. Elles ne se troublaient ni par les *sels de baryte*, ni par les *sels d'argent* ; donc elles ne renfermaient pas un atome de tartrate, ni de sulfate, ni de chlorure de potassium. Ces sels étaient restés en entier dans le résidu du traitement par l'alcool.

J'ai fait agir de l'acide acétique pur étendu de trois fois son poids d'eau et *froid*, sur un mélange de parties égales de tartrate, de sulfate et de chlorure de potassium préalablement dissous dans l'eau distillée et évaporés jusqu'à siccité ; au bout d'une demi-heure de contact, j'ai filtré la liqueur acétique, et je me suis assuré par l'eau de chaux, le chlorure de baryum et l'azotate d'argent, qu'elle contenait du tartrate, du sulfate et du chlorure de potassium en dissolution.

EXP. II. — Après avoir saturé par de la potasse à l'alcool 100 grammes de lait, autant de bouillon, de bile humaine et de *décoctum* de café, j'ai ajouté *cinq centigrammes* du même alcali. La liqueur évaporée à siccité a donné un produit brunâtre que j'ai fait bouillir pendant deux ou trois minutes avec de l'alcool marquant 44 degrés ; la dissolution alcoolique filtrée et évaporée jusqu'aux trois quarts était brune et rétablissait la couleur bleue du papier rougi. Filtrée de

---

vant quelconque se recrutant par voie d'élection, on trouvera que, tout compte fait, la composition de son personnel est, en grande majorité, à peu près celle que la seule considération des titres scientifiques aurait pu et dû réaliser. Mais ce serait une grande erreur de conclure de ce résultat général, produit par le temps et la force des choses, qu'il en est de même dans chaque cas particulier. Bien, qu'à la longue et absolument considérée, la résultante totale soit bonne, équitable et conforme à l'ordre, elle a fort bien pu n'être amenée qu'au travers d'une foule d'irrégularités de détail ; et c'est ce que l'expérience de chaque jour prouve surabondamment. Vous oubliez, en outre, dans votre préoccupation exclusive de la toute puissance des titres scientifiques, que, dans les cas mêmes où ces titres paraissent jouer le principal rôle dans une élection, ils ne viennent jamais seuls. Il n'y a pas de savant assez peu soigneux de sa candidature pour en abandonner le sort à la seule influence de ses livres ou de sa célébrité ; il ne néglige pas les moyens auxiliaires dont usent ses compétiteurs moins favorisés du côté de la science ; et, dans le cas d'un succès comme d'un échec, ce sont là des élémens qu'il faut bien distinguer pour avoir une idée exacte des choses. Vous ne vous abusez pas moins au sujet de la prétendue facilité qu'il y aurait, selon vous, à apprécier la valeur des droits respectifs des prétendans. Sans doute ces droits sont établis sur des preuves publiques et vérifiables, mais le nombre de gens disposés à faire cette vérification est infiniment petit. La paresse, naturelle à l'homme, l'isolement des diverses branches de la science et de l'art, le manque de temps, les difficultés matérielles, l'indifférence de chaque individu pour tout ce qui ne se rattache pas directement à ses études spéciales, sont autant d'obstacles permanens et invincibles à un examen de cette nature ; tel homme qui a passé vingt ans de sa vie à établir un point de science par des recherches de tout genre, et à propager ses idées par la presse, par l'enseignement, par la pratique, et à donner à son nom une certaine notoriété dans le public, est tout étonné de s'apercevoir du peu d'attention que ses travaux ont obtenue des hommes manifestement les plus intéressés à les connaître et les mieux placés en apparence pour les juger. C'est là un désappointement auquel il faut s'attendre dans la carrière des sciences. Indépendamment de ces motifs généraux plus ou moins excusables, il en est d'autres qui le sont moins, quoique par malheur tout aussi naturels, tels que l'aversion innée de la foule (et il y a partout des foules) pour tout ce qui tend à s'élever, et son penchant correspondant à dédaigner, à repousser, à nier *à priori* tout ce qui se fait dans la science, car elle aime mieux ignorer éternellement ce qu'il lui importerait le plus de savoir que de se résigner à l'apprendre d'un homme quelconque, portant tel ou tel nom.

Vous voyez bien par là, cher confrère et ami, que vos idées en cette matière auraient besoin sur ce premier point d'être singulièrement rectifiées. Tenez donc pour certaine cette double proposition, d'une part, que les titres purement scientifiques ne sont pas, comme vous le supposez gratuitement, les seuls, ni même les élémens principaux des décisions académiques en matière d'élection ; et d'autre part, que loin d'être facile, la vérification exacte et consciencieuse de ces titres, est, dans les cas particuliers, non seulement difficile mais encore à peu près impraticable. Et ce n'est pas tout. Il peut arriver même que ces titres, sur lesquels vous comptez si légèrement, loin de servir, soient positivement nuisibles ; car ils donnent, quels qu'ils soient, prise à la critique, à la contestation, à la réfutation. Un trait de plume, un seul mot lancé à propos au milieu d'une majorité

nouveau et mise en contact avec le chlorure de platine et l'acide perchlorique, elle a fourni des précipités de potasse tellement colorés et mêlés de matière organique, qu'il était impossible de décider s'il y avait ou non de la potasse libre dans la liqueur que l'on examinait.

Exp. III. — On a répété la même expérience, si ce n'est que l'on a traité par l'alcool à 44 degrés *froid*. La liqueur alcoolique brune, évaporée jusqu'à siccité, a donné un produit que l'on a carbonisé et incinéré dans un creuset d'argent; la cendre traitée par l'alcool froid marquant 44 degrés a fourni un *solutum* qui, étant filtré et concentré par la chaleur, ramenait au bleu la couleur du papier rougi. On a évaporé jusqu'à siccité; le produit dissous dans un peu d'eau a précipité en *blanc* par l'acide perchlorique, et en *jaune serin* par le chlorure de platine. Ce dernier dépôt était *dur*, *grenu* et *adhérent au verre*.

Exp. IV. — Les matières alimentaires épuisées par l'alcool, comme il vient d'être dit, ont été mises en contact à froid pendant douze heures avec de l'acide acétique pur, étendu de trois parties d'eau, afin d'attaquer la portion de potasse qui aurait pu passer à l'état de carbonate ou de savon, et que l'alcool n'aurait point dissoute. J'ai ensuite fait bouillir le mélange pendant quatre ou cinq minutes, et j'ai filtré; le *solutum*, de couleur brune, évaporé à siccité, a été inciné dans un creuset d'argent. La cendre, traitée pendant quelques minutes par de l'eau distillée bouillante, m'a donné une dissolution contenant de la potasse ou du carbonate de potasse (celui-ci s'était formé pendant l'incinération) et quelques autres sels. En concentrant la liqueur filtrée, je me suis assuré qu'elle était *alcaline*; alors je l'ai fait bouillir pendant un quart d'heure avec quelques centigrammes d'un lait de chaux pure fait avec de l'eau distillée, dans le but de ramener à l'état de potasse le carbonate de potasse qui pouvait se trouver dans la liqueur. J'ai filtré celle-ci, et je l'ai fait évaporer jusqu'à siccité; le produit de l'évaporation, agité pendant douze à quinze minutes avec de l'alcool à 44 degrés froid, m'a fourni une dissolution que j'ai filtrée et dont j'ai chassé l'alcool par l'évaporation; il m'a suffi de verser quelques gouttes d'eau sur le produit sec pour dissoudre la potasse *pure*; aussi la liqueur rétablissait-elle la couleur bleue du papier rougi, et donnait, avec le chlorure de platine et l'acide perchlorique, toutes les fois qu'elle était suffisamment concentrée, les précipités *nets et parfaitement caractérisés* que l'on obtient avec la potasse à l'alcool.

Cette expérience répétée avec la même quantité de matières alimentaires épuisées par l'alcool, *mais sans addition de potasse pure*, a laissé en dernier lieu un produit *alcalin* contenant de la *soude* et non de la potasse; en effet, la dissolution aqueuse du dernier résidu ramenait au bleu la couleur du papier rougi, mais ne se troublait ni par le chlorure de platine, ni par l'acide perchlorique.

Exp. V. — J'ai souvent desséché un mélange d'un litre de bouillon, d'un demi-litre de lait, d'autant de café, et toute la bile contenue dans une vésicule; le produit, *sans addition de potasse*, après avoir macéré pendant un quart d'heure dans de l'alcool froid marquant 44 degrés, a été agité dans la liqueur et porté à la température de l'ébullition; au bout de quelques minutes, j'ai filtré, et j'ai aussitôt fait évaporer la dissolution alcoolique dans une capsule de porcelaine jusqu'à ce qu'elle fût carbonisée et qu'il ne se dégageât plus de fumée; alors j'ai détaché facilement le charbon à l'aide d'un couteau propre; ce charbon mis en contact avec un papier de tournesol rougi et légèrement humecté ne le bleuissait pas; je l'ai inciné dans un creuset d'argent, et j'ai fait bouillir la cendre pendant quelques minutes avec de l'alcool concentré; le *solutum* filtré n'agissait pas sur le papier rougi, je l'ai évaporé jusqu'à siccité; et j'ai traité le résidu par quelques gouttes d'eau distillées; la dissolution *ne bleuissait* pas le papier rougi; mise en contact avec du chlorure de platine, après avoir été concentrée, elle *ne le troublait* pas. La matière du creuset non dissoute par l'alcool a été traitée par un peu d'eau distillée bouillante; j'ai filtré, et j'ai vu que la liqueur ramenait *lentement* au bleu le papier rougi; mais elle ne précipitait ni par le chlorure de platine ni par l'acide perchlorique.

La masse alimentaire desséchée et traitée par l'alcool a été laissée pendant douze heures dans de l'acide acétique pur étendu de trois à quatre parties d'eau distillée; puis j'ai fait bouillir pendant quelques minutes; la liqueur filtrée, de couleur rouge-brun, a été évaporée dans une capsule de porcelaine jusqu'à ce qu'elle fût carbonisée et qu'il ne se dégageât plus de fumée; le charbon mis en contact avec un papier de tournesol rougi et légèrement humecté le bleuissait fortement; je l'ai détaché et inciné dans un creuset d'argent; la cendre traitée par l'alcool concentré bouillant a fourni un *solutum* que j'ai filtré, et qui n'était pas alcalin au papier; le résidu obtenu par l'évaporation jusqu'à siccité de cette dissolution a été soumis à l'action de l'eau distillée bouillante; la liqueur ne ramenait pas au bleu le papier rougi et *ne précipitait* ni par le chlorure de platine ni par l'acide perchlorique. La portion de la cendre non dissoute par l'alcool a été traitée par l'eau distillée bouillante et la liqueur filtrée; celle-ci a fortement *bleui* le papier rougi et a précipité par le chlorure de platine et par l'acide perchlorique, comme le ferait une dissolution de *carbonate de potasse*. Cette cendre contenait-elle, indépendamment de la potasse, une certaine quantité de soude? Tout porte à le croire.

Exp. VI. — Après avoir saturé avec de la potasse pure un mélange alimentaire pesant 1 kilogr. et demi et composé de lait, de bouillon, de café, de bile et de 300 grammes de *vin rouge*, j'ai ajouté 10 centigrammes de potasse à l'alcool. Ce mélange a été évaporé jusqu'à siccité et traité pendant deux ou trois minutes par l'alcool bouillant, marquant 44 degrés; le résidu non dissous par l'alcool a été soumis à l'action de l'acide acétique affaibli; les deux liqueurs évaporées, carbonisées et incinérées séparément, ont laissé des cendres qui, étant soumises à l'action de l'alcool concentré, comme il a été dit aux exp. 3 et 5, ont fourni de la *potasse* pure, tandis qu'un même mélange, sans *addition de potasse*, traité de la même manière, n'en a point donné.

Exp. VII. — Le mélange précité, saturé par de la potasse *pure* et additionné de 5 centigrammes de cet alcali, a été évaporé; le produit sec a été traité par l'alcool concentré bouillant; on a filtré et fait évaporer la liqueur alcoolique jusqu'à siccité; le résidu a été dissous dans l'eau distillée, et le *solutum* a été soumis à l'action d'un courant de chlore gazeux, comme l'a conseillé M. Devergie; lorsque la liqueur a été décolorée, on l'a filtrée pour la séparer des flocons blancs nombreux qui s'étaient formés pendant l'action du chlore, puis on l'a concentrée par l'évaporation; elle *rougissait* fortement le papier de tournesol, au lieu de ramener au bleu celui qui était rougi, et donnait avec le chlorure de platine un précipité jaune serin semblable à celui que font naître les sels à base de potasse.

M. Devergie a considéré comme une difficulté inhérente à ce mode d'opération la présence naturelle des sels à base de potasse dans certains liquides végétaux et animaux; nous ne saurions partager ces craintes, en ce qui concerne les sels qui font le plus ordinairement partie de ces liquides, parce qu'alors même qu'ils s'y trouveraient en proportion notable, ils ne seraient point dissous par l'alcool marquant 44 degrés; nous excepterons toutefois l'acétate de potasse, qui pourrait, à la rigueur, exister dans le liquide suspect, et qui est soluble dans l'alcool. Nous discuterons plus loin les inconvéniens de la présence de ce sel, nous bornant à dire pour le moment que, si nous n'adoptons pas l'emploi du chlore, c'est qu'il ne fournit la potasse qu'à l'état de sel, et qu'il est possible, en suivant une autre voie, de l'obtenir à l'état d'alcali caustique pur.

Exp. VIII. — J'ai souvent fait prendre 2 grammes 5 décigr. ou 3 grammes de potasse à l'alcool dissoute dans 80 ou 100 grammes d'eau à des chiens à jeun et à d'autres qui avaient copieusement mangé une ou deux heures auparavant, et j'ai lié l'œsophage pour les empêcher de vomir. Ces animaux sont morts au bout de 20 ou 24 heures. J'ai ramassé toutes les matières contenues dans l'estomac; j'ai lavé celui-ci avec de l'eau distillée, et après avoir mélangé les eaux de lavage aux substances alimentaires déjà en partie digérées, je me suis assuré qu'un papier de tournesol rougi était promptement ramené au bleu dès qu'il était touché par la liqueur; j'ai fait chauffer le mélange pendant vingt minutes, puis j'ai filtré. Je désignerai la liqueur par la lettre *A*, et la portion solide par la lettre *B*.

---

indifférente et mal instruite, peut les réduire à néant. D'ailleurs ils sont d'autant plus suspects et excitent d'autant plus d'aversion qu'ils sont plus éclatans; et il y a toujours plus d'esprits disposés à les rabaisser et à les détruire qu'il n'y en a d'enclins à les admirer et à les faire valoir. Aussi leur absence, même absolue, n'est pas, comme on pourrait le croire au premier abord, un motif d'inadmissibilité. Beaucoup de gens, au contraire, se sont très bien trouvés de n'en avoir aucun. Et, en effet, un homme qui n'a rien écrit, rien dit, rien fait en un mot, n'a par cela même offusqué, dérangé, blessé, écrasé personne. Il est sûr de n'avoir pas d'adversaires systématiques. Ses amis ou, ce qui vaut mieux pour lui encore, les ennemis de ses compétiteurs ont le champ libre. Il est pour eux une table rase, sur laquelle ils peuvent tracer le plus beau panégyrique. C'est d'ailleurs une lutte où il n'a rien à perdre et tout à gagner. Vaincu, il reste ce qu'il était, rien; vainqueur, il devient quelque chose; car l'auteur du fameux *Pas même académicien* ne s'aperçut lui-même que le fauteuil n'était rien que lorsqu'il eut perdu toute espérance de s'y asseoir, et son épigramme a le même sens que celle du renard à l'endroit des raisins. Les candidats sans titres ne sont donc pas à mépriser, et il est telle circonstance où ils peuvent devenir des concurrens très dangereux. L'histoire de toutes les Académies du monde, anciennes et modernes, fourmille en ce genre d'exemples à la fois instructifs et encourageans.

Voilà, très honoré confrère, ce que l'expérience et le raisonnement nous ont appris sur la valeur académique des titres scientifiques. Toutefois, n'allez pas pousser notre conclusion plus loin qu'elle ne va et ne prétend aller. Nous ne nions pas leur utilité en général, car, en dernier résultat, c'est sur eux et par eux, comme nous l'avons dit déjà, que se forme le personnel des Académies; nous disons seulement que, dans chaque élection prise à part, le mérite scientifique relatif des candidats n'est nullement la mesure de leurs chances respectives, et qu'il n'y a qu'une part d'influence à peine égale à celle des autres considérations si diverses et si nombreuses qui interviennent dans ces sortes de concours, et en rendent les résultats si problématiques.

Quelles sont donc, direz-vous, les considérations extra-scientifiques dont il faut tant tenir compte? Sur ce point, cher confrère, vous n'aurez pas de nous une réponse aussi nette que sur la question précédente. Les influences en jeu dans une élection sont trop multipliées pour être énumérées, trop complexes pour être bien définies. On ne peut indiquer que des généralités. Remarquez d'abord que, pour être extra-scientifiques, les moyens d'influence dont il s'agit ne sont pas cependant extra-académiques. Quand une compagnie fait choix d'un membre, elle n'a pas uniquement en vue le savant, mais aussi l'homme; car le nouveau venu ne sera pas seulement un collaborateur, mais encore un collègue. Sa personne doit donc être discutée en même temps que sa science, et de là peuvent sortir bien des motifs légitimes de préférence pour les uns, de répulsion pour les autres, dont l'évaluation est impossible. Il est par conséquent très naturel que les candidats cherchent à se faire connaître personnellement des membres dont ils sollicitent les suffrages. C'est cette raison, toute de convenance sociale, qui a donné lieu à l'usage des visites, métier non moins fatigant, comme on sait, pour les visités que pour les visiteurs, mais dont ces derniers ne pourraient se décharger sans compromettre grièvement le succès de leur cause. Du moins, c'est là un axiome de l'art du solliciteur. Aux visites personnelles par lesquelles le candidat se re-

La liqueur *A*, évaporée jusqu'à siccité dans une capsule de porcelaine, puis traitée par l'alcool bouillant marquant 44 degrés, a donné une dissolution qui, étant filtrée bouillante, ramenait au bleu le papier de tournesol rougi par un acide ; je l'ai évaporée jusqu'à ce qu'elle fût carbonisée et qu'il ne se dégageât plus de fumée ; le charbon mis en contact avec un papier rougi, légèrement humecté, le *bleuissait* ; une portion de potasse avait été évidemment dissoute à la faveur de la matière organique ; j'ai inciné ce charbon dans un creuset d'argent ; la cendre traitée par l'alcool concentré bouillant a donné un liquide qui ne *bleuissait* pas le papier rougi, parce que pendant l'incinération la potasse avait passé à l'état de carbonate *insoluble* dans l'alcool ; le résidu, non dissous par ce menstrue, était fortement alcalin ; dissous dans l'eau il a fourni un liquide *bleuissant* fortement le papier rougi, et donnant avec le chlorure de platine et l'acide perchlorique des précipités abondans, semblables à ceux que l'on obtient avec le carbonate de potasse ; d'ailleurs ce résidu faisait effervescence avec les acides.

La portion de *A* non dissoute par l'alcool bouillant, laissée pendant une heure dans de l'acide acétique pur étendu de trois fois son poids d'eau, a été ensuite chauffée jusqu'à l'ébullition ; la liqueur filtrée, de couleur rouge-brun, a été évaporée dans une capsule de porcelaine jusqu'à ce qu'elle fût carbonisée et qu'elle ne répandît plus de fumée ; le charbon était très *alcalin* au papier ; je l'ai facilement détaché avec la lame d'un couteau pour l'incinérer dans un creuset d'argent. La cendre, traitée par l'alcool concentré bouillant, a fourni un *solutum* qui ne bleuissait pas le papier rougi ; la cendre restant après l'action de l'alcool a été épuisée par l'eau distillée bouillante et la liqueur filtrée ; la dissolution ramenait fortement au bleu le papier rougi ; le chlorure de platine et l'acide perchlorique ont donné de très légers précipités semblables à ceux que fournirait une faible dissolution de carbonate de potasse.

B, c'est-à-dire la matière solide obtenue après avoir fait bouillir pendant vingt minutes les matières extraites de l'estomac, a été traitée par l'alcool concentré bouillant ; la liqueur filtrée était alcaline au papier ; on l'a évaporée dans une capsule de porcelaine jusqu'à ce qu'elle fût carbonisée et qu'il ne se dégageât plus de fumée ; le charbon *bleuissait* fortement le papier rougi ; je l'ai inciné dans un creuset d'argent ; la cendre traitée par l'alcool bouillant a fourni un liquide qui ne ramenait pas au bleu le papier rougi, alors même qu'il avait été concentré par l'évaporation ; en traitant, au contraire, par l'eau distillée bouillante, le résidu cendré sur lequel l'alcool avait agi, on obtenait une dissolution, qui, après avoir été concentrée, *bleuissait* fortement le papier et donnait, avec le chlorure de platine et l'acide perchlorique, des précipités abondans semblables à ceux que fournit le carbonate de potasse.

B épuisé par l'alcool, après avoir macéré pendant une heure dans de l'acide acétique pur étendu de trois fois son poids d'eau, a été porté jusqu'à la température de l'ébullition ; la liqueur filtrée, de couleur brune, a été chauffée dans une capsule de porcelaine jusqu'à ce qu'elle fût sèche et carbonisée ; le charbon *bleuissait* fortement le papier rougi et humecté ; je l'ai inciné dans un creuset d'argent ; la cendre traitée par l'alcool bouillant n'a rien fourni à ce menstrue, tandis que l'eau distillée bouillante a dissous tout le sel alcalin qu'elle renfermait ; cette dissolution bleuissait fortement le papier rougi ; concentrée et mise en contact avec le chlorure de platine et avec l'acide perchlorique, *elle ne précipitait pas*.

Exp. IX. — J'ai répété toutes les expériences qui précèdent en substituant à la potasse pure la *potasse à la chaux* (pierre à cautère), et j'ai constamment obtenu les mêmes résultats.

Exp. X. — J'ai administré à un chien à jeun 4 grammes de potasse à la chaux dissoute dans 130 grammes d'eau, et j'ai lié l'œsophage. L'animal est mort six heures après et a été aussitôt ouvert. Le foie, la rate, les reins, détachés à l'instant même sans que le canal digestif fût percé, ont été coupés en morceaux et placés dans une capsule de porcelaine avec de l'eau distillée ; on a fait bouillir le liquide pendant une heure, puis on l'a filtré ; la dissolution ne paraissait pas avoir d'action sur le papier rougi de tournesol ; on l'a fait évaporer jusqu'à siccité ; dès qu'elle a été passablement concentrée, elle a légèrement ramené au bleu le papier réactif. Le produit solide obtenu, agité pendant dix minutes environ avec de l'alcool froid marquant 44 degrés, a été chauffé jusqu'à la température de l'ébullition pendant six ou sept minutes ; on a filtré la liqueur bouillante et on l'a fait évaporer dans une capsule de porcelaine, jusqu'à ce qu'elle fût carbonisée et qu'elle ne répandît aucune vapeur ; le charbon touché par un papier rougi et légèrement mouillé rendait à celui-ci sa couleur bleue ; on l'a détaché de la capsule pour l'introduire dans un creuset d'argent, dans lequel il a été chauffé jusqu'à ce qu'il fût réduit en cendres ; celles-ci, traitées par l'eau bouillante, ont fourni un *solutum* qui, étant filtré et concentré par l'évaporation, bleuissait fortement le papier rougi et *précipitait* par le chlorure de platine et l'acide perchlorique comme le *carbonate de potasse*.

Le foie, la rate, les reins d'un chien à l'*état normal*, traités par l'eau bouillante, par l'alcool, etc., comme il vient d'être dit dans la deuxième expérience, ont donné une cendre alcaline dans laquelle *il a été impossible de déceler* la moindre trace de potasse par le chlorure de platine et par l'acide perchlorique.

Exp. XI. — Désirant connaître si l'alcool et l'acide acétique agiraient sur le *carbonate de potasse* comme sur la potasse caustique, j'ai tenté une autre série d'expériences ; j'ai mélangé 10 centigrammes de carbonate de potasse solide avec autant de tartrate neutre de potasse, de sulfate et de chlorure de potassium. Ce mélange ayant été dissous dans l'eau et évaporé jusqu'à siccité, j'ai versé sur le produit solide de l'acide acétique étendu d'eau, jusqu'à ce qu'il n'y eût plus d'effervescence ; j'ai filtré et fait évaporer la liqueur jusqu'à siccité ; l'acétate de potasse obtenu a été dissous dans l'alcool froid à 44 degrés ; au bout d'une demi-heure de contact, j'ai filtré de nouveau et fait évaporer jusqu'à siccité. Le produit a été chauffé dans un creuset d'argent pendant quelques minutes, jusqu'à ce qu'il fût bien carbonisé ; j'ai traité ce charbon à plusieurs reprises par l'alcool concentré froid ; j'ai filtré et évaporé jusqu'à siccité ; le résidu contenait de la *potasse pure et caustique* ; le charbon épuisé par l'alcool et soumis à l'action de l'eau froide a donné un liquide *alcalin* et incolore, dans lequel le chlorure de platine et l'acide perchlorique faisaient naître des précipités semblables à ceux que l'on obtient avec le carbonate de potasse ; ce sel s'était évidemment produit pendant la carbonisation de l'acétate.

Exp. XII. — J'ai mélangé 20 centigrammes de carbonate de potasse solide avec un kilogramme de lait, de bouillon, de bile et de café, préalablement saturés par le même sel. Après avoir évaporé jusqu'à siccité, j'ai agité le produit solide pendant un quart d'heure avec de l'alcool à 44 degrés froid, puis j'ai fait bouillir pendant deux ou trois minutes ; la liqueur, filtrée et traitée comme il a été dit à la troisième expérience, m'a fourni de la *potasse caustique* ; le carbonate de potasse avait donc été en partie dissous. La portion non dissoute par l'alcool bouillant a été laissée en contact pendant douze heures avec de l'acide acétique étendu d'eau, qui a donné lieu à une légère effervescence ; on a filtré ; la liqueur brune a été soumise aux opérations indiquées à la cinquième expérience, et a fourni une quantité notable de *potasse pure* : il n'a point précipité par le chlorure de baryum, mais il a donné par l'azotate d'argent un *léger* précipité blanc de chlorure d'argent.

Un mélange semblable au précédent, mais sans addition de carbonate de potasse, n'a point fourni de potasse à la suite du traitement alcoolique, et a donné par l'acide acétique un résidu alcalin de potasse et probablement de soude, analogue à celui que m'avait fourni la cinquième expérience à la suite du traitement acétique.

Il résulte des faits qui précèdent :

1° Que l'alcool très concentré bouillant dissout une portion notable de la potasse à l'alcool ou à la chaux, qui pourrait se trouver dans un mélange organique solide, soit à l'état caustique, soit à l'état de savon, soit dans tout autre état de combinaison avec la matière végéto-animale, et qu'il ne dissout pas sensiblement les sels de potasse naturellement contenus dans ce mélange, ni ceux que l'on aurait accidentellement introduits dans l'estomac comme médicamens, à l'exception toutefois de l'acétate de potasse ;

---

commande lui-même, il convient d'ajouter celles qu'on fait ou qu'on lui promet de faire pour lui. Ceci est une des plus importantes manœuvres de la stratégie académique, mais aussi une des moins sûres. En général, il s'agit d'avoir beaucoup d'amis, et, si c'est possible, pas d'ennemis. Mais on ne doit pas être exclusif, car il y a certains ennemis qui valent leur pesant d'or ; il faut les conserver comme la prunelle de ses yeux.

Vous pouvez juger par cette esquisse fort abrégée qu'une candidature académique n'est pas une chose aussi simple que vous vous l'étiez figuré. Vous vous contenterez de ces indications sommaires, auxquelles votre sagacité habituelle ajoutera sans peine tous les développemens convenables. Jusqu'ici nous ne vous avons présenté que le rôle pour ainsi dire *offensif* du candidat ; mais il en a souvent un autre à remplir, et bien plus pénible, c'est le rôle *défensif*. Cela arrive surtout lorsque les partisans apparens d'un candidat ont moins à cœur le triomphe de celui-ci que l'exclusion d'un autre, dont ils ne veulent pas absolument, n'importe pour quelle raison. Dans ces cas, qui ne sont pas rares, les candidats en butte à ces implacables colères doivent s'attendre à tout, à la médisance, à l'outrage, même à la calomnie. Les bruits, les rumeurs, les insinuations, les accusations, les dénonciations, bref, tout l'infernal *crescendo* de Basile fondant sur eux de toutes parts. Voulez-vous quelques échantillons des procédés de cette vilaine guerre ? Voici les propos et autres semblables qu'on met en circulation, et qui vont d'une oreille à l'autre, portés sur le souffle de la haine. — Je n'ai rien à dire sur le mérite scientifique de M. N., mais il n'est pas à désirer que l'Académie reçoive dans son sein un homme de ce caractère. Elle saura, sans doute, dans l'intérêt de sa dignité, se préserver de pareils contacts. Chacun sait bien ici ce que je veux dire, et il me serait pénible de rappeler des faits d'ailleurs connus de tout le monde. — Et avant qu'on ait eu le temps de faire expliquer l'interlocuteur, il a disparu, après avoir lancé son dard, dont la pointe a laissé quelques traces. — Vous voulez nommer un tel, dit un autre, mais vous n'y pensez pas ; je tiens de bonne source qu'il est fort mal dans ses affaires, et l'Académie se trouverait compromise par un pareil choix. — Le candidat dont on vient de nous parler, dit un troisième, pourrait nous convenir sous certains rapports, mais il a un établissement. L'Académie ne doit rien avoir à faire avec l'industrie. — On oublie toutefois d'ajouter, premièrement, que cet établissement n'est pas une brasserie, mais un établissement médical destiné à une certaine classe de maladies, comme l'aliénation mentale, les difformités, etc. ; on oublie secondement que ce n'est que dans ces établissemens que peuvent se faire des recherches suivies et fructueuses de pathologie et de thérapeutique spéciales ; on oublie troisièmement qu'il y a déjà parmi ses collègues dix ou douze médecins à établissemens. — Le candidat B, dit un quatrième, ne peut pas absolument être accepté, par la raison qu'il est journaliste. — Celui-ci serait fort en peine probablement de montrer en quoi et comment le journalisme est incompatible avec les fonctions et la dignité académiques, et il ne songe pas que vingt académiciens écrivent dans les journaux, en font et les signent. — Je ne donnerai jamais ma voix à M. A, dit un cinquième, parce qu'il exerce une spécialité, l'Académie ne peut accueillir que des médecins ou des chirurgiens dignes de ce titre, et non des rebouteurs. — Ce confrère peu poli ne fait pas attention qu'il n'y a au fond que des spécialités dans la vaste classification de notre art, et qu'il n'est probablement lui-même qu'une spécialité sans qu'il s'en doute. Il aurait dû aussi se

2° Qu'il dissout également une certaine quantité de carbonate de potasse qui aurait été ajouté à ce mélange, dans le dessein d'empoisonner, ou qui se serait formé par suite de l'action de l'acide carbonique de l'air sur la potasse caustique, ou de la décomposition des matières organiques par cet alcali. (V. exp. 12.) Pourtant le carbonate de potasse est complètement insoluble dans l'alcool concentré ; d'où il faut conclure que la dissolution dont il s'agit n'a lieu qu'à la faveur d'une portion de graisse ou de matière organique, avec lesquelles ce sel s'est probablement combiné;

3° Que les mélanges organiques solides auxquels *on n'a pas ajouté* de potasse, ni de carbonate de potasse, alors même qu'ils sont abondans et qu'ils contiennent *naturellement* des sels potassiques, tels que du lactate, de l'acétate, du tartrate, du sulfate, du phosphate ou du chlorure de potassium, traités par l'alcool concentré bouillant, ne cèdent pas à ce menstrue des proportions assez sensibles de ces sels pour qu'on puisse en démontrer la présence dans la dissolution alcoolique par le chlorure de platine et par l'acide perchlorique, réactifs qui décèlent parfaitement des traces de potasse libre ou carbonatée dans le *solutum* alcoolique toutes les fois que cet alcali a été mélangé avec la masse alimentaire ; que si les liqueurs alcooliques *normales* dont il s'agit, traitées comme il a été dit à la cinquième expérience, finissent par donner un résidu légèrement alcalin, qui ramène, au bout d'un certain temps, au bleu le papier rougi par un acide, cela dépend sans doute de ce qu'elles contiennent un peu de soude, ou bien une proportion tellement minime de potasse qu'elle n'est pas sensible à l'action du chlorure de platine, ni à celle de l'acide perchlorique.

4° Que si l'acide acétique pur, étendu de trois parties d'eau, chauffé avec un mélange organique solide, auquel on a ajouté de la potasse ou du carbonate de potasse, et qui a déjà été épuisé par l'alcool concentré bouillant, peut dissoudre, *dans certains cas*, une portion de potasse ou de carbonate, que l'alcool n'aurait pas attaquée, il dissout également plusieurs sels potassiques *naturellement* contenus dans ce mélange organique, en sorte qu'il devient difficile, pour ne pas dire impossible, de décider, lorsque les opérations sont terminées, si l'alcali obtenu avait été ajouté, ou s'il provient de quelques-uns des sels potassiques qui se trouvent dans les matières organiques à l'état normal et que l'acide acétique aurait dissous ou décomposés. (V. exp. 12.)

5° Qu'il y a lieu de rejeter l'emploi du chlore, proposé par M. Devergie pour détruire la matière animale qui masquerait la potasse, parce que, si l'on fait arriver ce gaz dans une dissolution alcoolique provenant d'un liquide organique, additionné de potasse, évaporé jusqu'à siccité et traité par l'alcool concentré, ou dans la matière solide épuisée par l'alcool, comme le propose M. Devergie, on n'obtient jamais la potasse à l'état caustique, mais bien à l'état de sel et au milieu d'une dissolution qui, loin d'être alcaline, est fortement acide, et que, d'ailleurs, quand on traite par le chlore la matière *solide*, on dissout nécessairement à la faveur de ce chlore et de l'acide chlorhydrique qui s'est formé, une quantité notable de quelques-uns des sels potassiques *naturellement* contenus dans la masse solide dont il s'agit. Dans ce dernier cas, l'objection faite à l'emploi de l'acide acétique se trouve tout entière. M. Devergie n'a pas accordé, il est vrai, une confiance illimitée à ce procédé, car il dit à la page 310 du tome troisième de sa médecine légale : « Toutefois, on ne doit pas se dissimuler plusieurs difficultés inhérentes à cette analyse et aux conclusions qu'il faut en tirer : 1° certains liquides végétaux et animaux renferment des sels à base de potasse; mais alors, ces sels étant neutres, la liqueur ne donne pas de réaction alcaline; 2° la potasse ajoutée a pu passer à l'état de carbonate de potasse; il est alors impossible de dire par l'analyse si la potasse a été mêlée au liquide à l'état libre ou à l'état de carbonate; quelques liquides animaux sont entièrement alcalins; mais comme ils doivent leur alcalinité à la soude, ils ne précipiteraient pas par le chlorure de platine, hors le cas où ils contiendraient en outre du sulfate de potasse, et alors il ne reste à l'expert, pour décider la question, que la quantité et l'abondance des précipités qu'il obtient avec les réactifs. » Les motifs allégués par notre confrère pour faire ressortir les difficultés inhérentes à l'analyse qu'il propose nous paraissent devoir être examinés avec soin, afin de mettre la vérité dans tout son jour. M. Devergie redoute les sels à base de potasse que peuvent naturellement contenir certains liquides végétaux et animaux ; c'est à tort, car il a conseillé, comme nous l'avions fait bien avant lui, de traiter ces liquides *évaporés* jusqu'à siccité par l'alcool : or, nous savons par l'expérience 5°, que si cet agent est concentré et qu'il marque 44 degrés, il n'aura pas dissous une assez grande quantité de sels de potasse pour être précipités par le chlorure de platine et par l'acide perchlorique; toutefois, pour éviter la confusion, il ajoute : *mais ces sels étant neutres, la liqueur ne donne pas de réaction alcaline.* Pour montrer à M. Devergie combien il se trompe, nous admettrons que l'on ait ajouté quelques atomes *de soude* à des liquides végétaux et animaux contenant des sels potassiques, comme il le suppose ; nous admettrons aussi avec lui, quoique cela ne soit pas exact, que ces liquides évaporés à siccité et traités par l'alcool concentré d'abord, puis par le chlore, renferment une assez forte proportion de sels potassiques pour précipiter par le chlorure de platine et par l'acide perchlorique ; évidemment la liqueur aura une réaction alcaline, et donnera, avec le sel de platine et l'acide perchlorique, les précipités que fournit la potasse. Dans le système de l'auteur, on devra conclure à l'existence de la potasse libre, et pourtant il n'y aura dans la liqueur suspecte qu'un peu de soude et de sels potassiques. M. Devergie dit aussi, contre l'emploi du chlore, que la potasse a pu passer à l'état de carbonate, et qu'il devient alors impossible de dire par l'analyse si cette potasse a été mêlée au liquide à l'état libre ou à l'état de carbonate. Quelque exacte que soit cette observation, elle n'a que peu de portée, comme je le dirai plus bas en examinant s'il est réellement possible de déterminer, dans une analyse de ce genre, sous quel état la potasse a été ingérée. Pour ce qui concerne l'existence *naturelle* d'un alcali dans certains liquides animaux, alléguée par M. Devergie, nous n'admettrons pas qu'il y ait une difficulté sérieuse, quand ces liquides contiennent, outre la soude libre, du *sulfate de potasse*, ni qu'il faille dans ce cas décider la question d'après *l'abondance* des précipités que l'on obtient avec les réactifs. En médecine légale, il faut éviter autant que possible de faire servir à la solution d'un problème d'empoisonnement l'abondance ou les traces d'un précipité, parce que ce qui paraîtra abondant à tel expert pourra paraître peu de chose à un autre expert; il faut arriver à ce résultat incontestable; on retire d'une matière donnée une substance vénéneuse par un procédé déterminé qui n'en fournit pas lorsque la même matière n'a pas été mêlée avec cette substance ; donc le poison trouvé a été ajouté. D'ailleurs, nous le répéterons, dans l'espèce, le sulfate de potasse ne saurait être un embarras, puisqu'il est inso-

souvenir que l'Académie est déjà pleine de spécialités, elle a des dentistes, des dermatologistes, des orthopédistes, des hippiâtres, et sa division en *sections* n'a pas d'autre but que de consacrer le principe des spécialités.

Dispensez-nous, par grâce, de continuer cette triste litanie. Ces specimens doivent vous suffire. Nous avons supposé que ces imputations malveillantes, calomnieuses, niaises et absurdes étaient éparpillées sur diverses têtes ; mais rien n'empêche de les supposer accumulées sur une seule; et dès lors vous pouvez penser que le pauvre candidat, en butte à cette tempête, aura fort à faire pour parer tant de coups portés en général par derrière. Néanmoins si nous en connaissions un que les circonstances eussent placé dans une situation si fâcheuse, nous lui conseillerions de tenir tête à l'orage, d'opposer la voix de la vérité aux malveillantes inventions de la haine, de confondre ouvertement les calomnies, de redresser les erreurs passées autour de lui et contre lui par de mauvaises passions, et de se rendre digne, par la fermeté et la noblesse de sa résistance, des honorables encouragemens et des précieux suffrages qui ne manquent jamais à un homme de cœur injustement attaqué.

Voilà, très honoré confrère, tout ce que nous pouvons repondre pour le moment à vos dangereuses questions. Nous espérons que grâce à ces éclaircissemens votre prochaine lettre, que nous attendons avec impatience, ne nous mettra pas dans la fâcheuse nécessité de vous en renvoyer une seconde du genre de celle-ci.

P. S. Le jour de l'élection pour la place vacante à l'Académie de médecine n'est pas encore fixé. On discutera d'abord la liste des candidats présentés par la section de pathologie médicale: nous vous ferons savoir le résultat de cette première épreuve. Les candidats, suivant par ordre alphabétique, sont : MM. Casimir Broussais, Gibert, J. Guérin, Meller, Nonat et Prus.

— M. Coste commencera, au collége de France, le mercredi 4 mai prochain, à une heure précise, ses leçons sur le développement de l'espèce humaine.

— Muséum d'anatomie pathologique de la Faculté de médecine de Paris ou musée Dupuytren ; publié au nom de la Faculté. — 2 vol. in-8° et un atlas de planches in-folio. Prix : 14 fr.

Paris, Béchet jeune et Labé, libraires de la Faculté, place de l'École-de-Médecine, 4.

— Exposition des méthodes hydriatriques de Priessnitz dans les diverses maladies considérées en elles-mêmes et comparées avec celles de la médecine allopathique; par H. Heidenhain et H. Ehrenberg, docteurs en médecine. — Un vol. in-18. Prix : 3 fr. 50 c.

A Paris, chez J. B. Baillière, libraire de l'Académie de médecine, 17.

A Londres, chez H. Baillière, libraire, 219, Regent-Street.

luble dans l'alcool concentré, et qu'il s'agit de liquides évaporés jusqu'à siccité et traités par l'alcool concentré avant d'être soumis à l'action du chlore.

6° Que la potasse dissoute dans l'eau et introduite dans l'estomac est absorbée et portée dans les divers organes où elle peut être retrouvée.

PROCÉDÉ D'ANALYSE. — Nous pouvons maintenant nous occuper du procédé qu'il faut mettre en usage pour découvrir la potasse dans un cas d'empoisonnement par cette substance. On constatera d'abord si la matière suspecte rétablit la couleur bleue du papier de tournesol rougi par un acide, et si elle répand une odeur ammoniacale; ce caractère est des plus importans, car si la liqueur est fortement alcaline et qu'elle ne contienne pas de l'ammoniaque ou du carbonate d'ammoniaque libres, on pourra déjà présumer qu'elle a été mêlée de potasse, de soude, de baryte, de strontiane ou de chaux. On introduira la masse à la fois liquide et solide, ou les tissus du canal digestif, dans une cornue de verre, après les avoir étendus d'une certaine quantité d'eau distillée; on adaptera à la cornue un récipient dans lequel on aura mis préalablement un peu d'eau, et qui sera entouré de linges froids; on chauffera la cornue jusqu'à ce que le liquide qu'elle renferme soit réduit à peu près au tiers de son volume; on essaiera si la matière ainsi concentrée continue à ramener au bleu le papier rougi; il se pourrait en effet qu'après la distillation cette matière ne fût plus alcaline, si son alcalinité dépendait d'une certaine quantité d'ammoniaque ou de sous-carbonate d'ammoniaque, qui se seraient volatilisés pour se rendre dans le récipient; on s'assurera si le liquide distillé est alcalin, et, en cas d'affirmative, on le gardera pour déterminer s'il contient ou non de l'ammoniaque libre ou carbonatée. Le tiers de la matière restant dans la cornue, et que nous supposerons alcalin, sera évaporé jusqu'à siccité et à une douce chaleur, dans une capsule de porcelaine; lorsque le produit sera froid, on l'agitera pendant huit ou dix minutes avec de l'alcool pur et concentré marquant 44 degrés, et on fera bouillir pendant cinq à six minutes, en ajoutant de l'alcool à mesure qu'il s'en évaporera; on décantera et on filtrera la liqueur bouillante que l'on versera dans une autre capsule de porcelaine. La masse sera de nouveau traitée par l'alcool bouillant, afin de l'épuiser et de dissoudre tout ce que ce menstrue peut enlever; les dissolutions alcooliques filtrées et réunies seront évaporées jusqu'à siccité dans la capsule. L'alcool, dans cette opération, dissout la potasse caustique libre, celle qui a été transformée en savon, une partie de celle qui s'est combinée avec des matières organiques autres que la graisse, et enfin une portion notable du carbonate de potasse que la masse pourrait contenir, soit parce que ce sel aurait été mélangé avec cette masse, soit parce que la potasse caustique aurait passé à l'état de carbonate par suite de son action sur l'acide carbonique de l'air, ou sur celui qui aurait pu se former pendant l'acte de l'évaporation. La solubilité du carbonate de potasse dans l'alcool concentré, *à la faveur de la matière organique*, ne saurait être contestée après l'expérience 12°. Si l'on attendait, pour filtrer les liqueurs alcooliques, qu'elles fussent refroidies, ou bien qu'on les reçût dans un verre à expérience dans lequel on les laisserait refroidir, il se déposerait constamment, sur les parois de la capsule ou du verre, une matière grasse, comme savonneuse, contenant une portion de potasse, et il faudrait alors, pour ne pas perdre celle-ci, détacher avec soin cette matière grasse pour la réunir au liquide; il vaut donc mieux agir comme je l'ai indiqué; il est également utile de chauffer l'entonnoir dans lequel les liquides doivent filtrer. La dissolution alcoolique évaporée jusqu'à siccité continuera à être chauffée dans la capsule de porcelaine jusqu'à ce qu'elle soit carbonisée et qu'il ne se dégage plus de fumée; dans cet état, elle sera facile à détacher de la capsule à l'aide de la lame d'un couteau propre, ce qui n'aurait pas lieu si l'on n'avait pas poussé l'action de la chaleur jusqu'à la carbonisation. Le produit charbonneux sera incinéré dans un creuset d'argent fermé par son couvercle, afin d'éviter que des parcelles de cendre ne s'introduisent dans le creuset; il suffira en général d'une demi-heure à trois quarts d'heure d'une chaleur rouge pour opérer cette incinération. On évitera l'emploi de creusets de platine et de terre, parce qu'ils pourraient être attaqués par la potasse. Le creuset étant refroidi, on mettra la cendre en contact avec de l'alcool froid à 44 degrés, on agitera avec une baguette de verre pendant quelques minutes, puis on portera la liqueur jusqu'à l'ébullition dans le creuset même; cette liqueur refroidie sera décantée, filtrée et évaporée jusqu'à siccité à une douce chaleur; pendant l'évaporation on l'essaiera par le papier rougi; assez ordinairement cette dissolution n'est pas alcaline, parce que la potasse a été transformée en carbonate par l'acte de l'incinération, aussi n'obtient-on pas alors de résidu sensible; il est toutefois des circonstances où la proportion de potasse dissoute par l'alcool est considérable par rapport à celle de la matière organique qui se trouve dans la dissolution alcoolique; alors une portion de potasse *seulement* est passée à l'état de carbonate pendant l'incinération, et l'alcool dissout facilement la partie de cet alcali qui serait resté à l'état caustique. Admettons qu'il en soit ainsi et que l'on ait obtenu un résidu en faisant évaporer la dissolution alcoolique, on le fera dissoudre dans un peu d'eau distillée, on constatera l'alcalinité de la liqueur à l'aide du papier rougi, on concentrera la dissolution par la chaleur, et l'on s'assurera, en la versant par parties égales dans de petits tubes étroits, qu'elle fournit avec le chlorure de platine et l'acide perchlorique des précipités semblables à ceux que donne la potasse. Quoi qu'il arrive, la matière cendrée restant dans le creuset après le traitement alcoolique, sera chauffée jusqu'à l'ébullition avec une petite quantité d'eau distillée, afin de dissoudre le carbonate de potasse formé pendant l'incinération; la liqueur sera filtrée et évaporée jusqu'à ce qu'elle soit suffisamment concentrée; dans cet état, elle ramènera promptement au bleu la couleur du papier rougi, et fournira, avec le chlorure de platine et l'acide perchlorique, des précipités abondans, comme le ferait une dissolution concentrée de carbonate de potasse. L'emploi de ces réactifs sera même accompagné d'une effervescence bien prononcée.

Je ne conseillerais pas de pousser plus loin les opérations, et de traiter, par exemple, par l'eau ou par l'acide acétique, la masse déjà épuisée par l'alcool, parce que, tout en reconnaissant que l'on pourrait dissoudre à l'aide de ces agens une certaine proportion de la potasse qui proviendrait d'un empoisonnement, il est certain que l'on dissoudrait aussi une assez grande quantité de sels potassiques *naturellement* contenus dans les liquides animaux et dans les matières alimentaires, en sorte que l'on serait exposé à commettre des erreurs graves en attribuant à de la potasse ingérée comme poison, des réactions qui appartiendraient aux sels potassiques dont je parle; mieux vaut cent fois ne pas chercher à séparer la *totalité* de la potasse qui a empoisonné.

CONCLUSIONS.

1° Si une *liqueur* vomie ou trouvée dans le canal digestif est alcaline, avant et après avoir été soumise à une ébullition prolongée, et qu'étant évaporée jusqu'à siccité et traitée par l'alcool bouillant marquant 44 degrés, elle finisse par laisser dans le creuset d'argent avec lequel on a opéré, une matière soluble dans l'eau, qui ramène au bleu le papier rougi, et qui, ayant été filtrée, ne se trouble pas par le gaz acide carbonique, et précipite par le chlorure de platine et par l'acide perchlorique, comme la potasse, on peut, *sinon affirmer* qu'il y a eu ingestion de potasse à l'alcool, de potasse à la chaux ou de carbonate de potasse dans l'estomac de l'individu que l'on soupçonne avoir été empoisonné, établir du moins *de grandes probabilités* en faveur du fait. Il importe de se tenir sur la réserve à cet égard, parce qu'il ne serait pas à la rigueur impossible, quoique cela soit peu vraisemblable, que l'individu dont il s'agit eût pris une grande quantité de certaines substances alimentaires contenant naturellement une plus forte proportion de sels de potasse solubles dans l'alcool que celles sur lesquelles j'ai opéré, et que la potasse obtenue en dernier ressort provînt de ces sels.

On *affirmerait*, au contraire, qu'il y a eu ingestion de potasse à l'alcool, de potasse à la chaux ou de carbonate de potasse, et par conséquent empoisonnement, si, après avoir trouvé l'alcali libre ou carbonaté par les moyens qui viennent d'être indiqués, on apprenait que l'individu a éprouvé, peu de temps après avoir mangé ou bu, des vomissemens de matières sanguinolentes ou noires, ne faisant pas effervescence sur le carreau, et ramenant au bleu le papier de tournesol rougi, des douleurs vives dans l'abdomen, des selles, ainsi que plusieurs autres symptômes analogues à ceux que déterminent les poisons caustiques.

On conclurait encore *affirmativement*, dans le cas où la présence de l'alcali ayant été constatée, comme il vient d'être dit, plusieurs des symptômes précités ne se seraient point manifestés, et qu'à l'ouverture du cadavre on trouverait les tissus du canal digestif et de l'estomac en particulier ramollis, enflammés, ecchymosés, ulcérés, escharifiés ou perforés dans certains points.

2° Si une matière *solide* vomie ou trouvée dans le canal digestif ramène au bleu le papier rougi, qu'elle conserve son alcalinité après avoir bouilli dans l'alcool concentré, et que la dissolution alcoolique traitée comme il a été prescrit à la p. 146, se comporte avec l'acide carbonique, le chlorure de platine et l'acide perchlorique comme la potasse; on tirera les mêmes conséquences que celles qui ont trait à la portion liquide dont il vient d'être parlé.

Il serait difficile, pour ne pas dire impossible, de préciser dans beaucoup de cas de ce genre si l'alcali ingéré et dissous par l'alcool était *pur* et *caustique* ou *carbonaté*, parce que le carbonate de potasse qui est insoluble dans l'alcool quand il n'est pas mélangé de matière organique peut se dissoudre dans ce menstrue à la faveur de quelques liquides alimentaires avec lesquels il aura été mêlé (v. Exp. 12); et que si pour ré-

soudre le problème, on avait recours à un acide dans le dessein de constater s'il y a ou non effervescence, on pourrait encore être induit en erreur ; en effet, la potasse caustique passe aisément à l'état de carbonate quand on la chauffe avec des matières organiques, en sorte qu'il pourrait y avoir effervescence, alors même que la potasse aurait été prise à l'état caustique ; d'un autre côté, le défaut d'effervescence ne prouverait pas non plus que l'alcali eût été pris à l'état caustique, parce qu'il arrive souvent qu'au milieu de ces mélanges organiques, une *très faible proportion* de carbonate de potasse est décomposée par les acides sans que l'on aperçoive distinctement la légère effervescence qui a lieu. Qu'importe, au reste, qu'il ne soit pas possible, dans beaucoup de cas de ce genre, d'arriver à donner la solution du problème qui nous occupe; le point essentiel est de reconnaître qu'il existe dans les matières suspectes de la potasse sous l'un ou l'autre des trois états que nous avons signalés.

3° Si les recherches faites sur les matières liquides ou solides vomies et sur celles qui pourraient exister dans le canal digestif étaient infructueuses, et qu'en traitant le foie, la rate et les reins par l'eau bouillante, par l'alcool, etc. (v. Exp. 10), on obtint de la potasse, on pourrait affirmer que cet alcali avait été introduit dans l'économie animale par voie d'absorption. Ce document, réuni à ceux que fourniraient les symptômes et les lésions de tissu, permettrait d'affirmer qu'il y a eu empoisonnement par la potasse.

4° On se gardera bien de dire qu'un individu n'a pas été empoisonné par la potasse ou par le carbonate de potasse, par cela seul qu'il aura été impossible, en suivant le procédé indiqué, d'extraire des matières vomies ou de celles que l'on trouverait dans le canal digestif, de la potasse caustique ou du carbonate de potasse ; en effet, il pourrait arriver qu'une dose de potasse capable de déterminer des accidens graves eût été introduite dans un estomac contenant une proportion considérable d'acide ou une quantité notable de substances alimentaires acides, qu'elle eût exercé une action irritante énergique, et qu'elle eût été ultérieurement transformée en un ou plusieurs sels que l'alcool ne dissoudrait point. Ce serait alors le cas d'étudier attentivement la marche et la nature de la maladie, les lésions anatomiques, etc.; peut-être parviendrait-on, en rassemblant ces divers élémens, à faire naître des *présomptions* ou des *probabilités* d'empoisonnement.

Je ne terminerai pas ce travail sans jeter un coup d'œil sur les observations, faites depuis longtemps par M. Bretonneau, concernant l'action de la potasse sur l'économie animale.

« A la dose de 2 grammes et au-delà, dit ce médecin, cet alcali introduit dans l'estomac a constamment déterminé sur les chiens des vomissemens, le marasme et la mort. Une lésion grave ulcéreuse de l'œsophage et la destruction de la tunique épidermoïque ayant paru la cause principale du vomissement, la substance alcaline a été déposée dans l'estomac, près de son orifice pylorique, au moyen d'un porte-caustique, qui a borné son action aux parois de ce viscère; dès lors, 2 et même 3 grammes de potasse caustique ont pu être injectés successivement, et à de plus ou moins longs intervalles, sans causer la mort. Une affection idiopathique plus ou moins grave de l'estomac a été développée et s'est manifestée par des vomissemens spumeux, muqueux, savonneux, fauves, ensanglantés, et même de sang presque pur. Mais après deux jours de repos, pendant lesquels l'animal montrait peu d'avidité pour les alimens, *sans qu'on vît se développer aucun trouble sympathique des fonctions de la vie animale et organique*, il ne tardait pas à être rendu à ses dispositions habituelles. Les lésions qu'on découvrait après plusieurs semaines dans l'estomac de ceux de ces animaux qu'on faisait périr par strangulation, n'auraient pu être soupçonnées en voyant leur voracité, leur pétulance et leur gaîté. Chez plusieurs, la membrane muqueuse a été trouvée détruite dans la plus grande partie de son étendue. Dans quelques points, les tuniques musculaire et péritonéale avaient été intéressées et formaient des cicatrices épaisses, rugueuses, enfoncées, qui étaient très apparentes, même à la surface extérieure de l'estomac. »

Voici les résultats de mes expériences sur ce point :

Deux fois j'ai introduit dans l'estomac de deux chiens robustes et de moyenne taille 2 grammes 5 décigr. de potasse à la chaux *solide* coupée en douze petits fragmens. Les animaux étaient à jeun, et chaque morceau d'alcali arrivait dans l'estomac sans avoir touché l'œsophage, puisqu'il était poussé par une tige métallique dans une large sonde de gomme élastique qui descendait jusqu'au pylore ; je m'assurais à la fin de l'opération que la sonde n'avait pas été percée. Dans une troisième expérience, j'injectai dans l'estomac d'un troisième chien à jeun la même quantité de potasse à la chaux dissoute dans 80 grammes d'eau ; je me servis pour cela d'une seringue et d'une large sonde ; en sorte qu'ici, comme dans le premier mode d'expérimentation, l'œsophage n'était point en contact avec l'alcali. Ces trois animaux ont vomi à plusieurs reprises, surtout dans la première heure qui a suivi l'empoisonnement, des matières spumeuses, ensanglantées, et même du sang pur contenant beaucoup de potasse ; ils ont éprouvé tous les symptômes que développe cet alcali, et *sont morts*, l'un au bout de 24 heures, l'autre 30 heures après l'empoisonnement, et le dernier au bout de 46 heures. L'estomac était fortement enflammé, ecchymosé, ulcéré, escharifié par place ; la membrane muqueuse était détruite dans quelques points ; mais il n'y avait aucune trace de perforation. Les deux tiers supérieurs de l'œsophage n'étaient le siége d'aucune altération, tandis que, dans son tiers inférieur, ce conduit offrait à peu de chose près les mêmes lésions anatomiques que l'estomac.

La différence entre mes résultats et ceux qu'avait obtenus M. Bretonneau tient, sans aucun doute, à ce que ce médecin n'a pas introduit *à la fois* dans l'estomac la quantité d'alcali indiquée, et qu'il l'a au contraire injectée *en plusieurs doses* et à des intervalles plus ou moins longs ; si à chaque prise les animaux ont vomi et rejeté une portion notable du poison, comme cela paraît certain d'après l'indication donnée par M. Bretonneau, on conçoit qu'ils n'aient point péri. Quoi qu'il en soit, le fait annoncé par le savant médecin de Tours n'en est pas moins remarquable, parce qu'il prouve que les animaux dont nous parlons peuvent manger avec voracité et vivre, alors même que leur estomac est le siége d'altérations excessivement intenses (1).

(La suite à un prochain numéro.)

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

NOUVEAUX RÉSULTATS DE L'EMPLOI DES EAUX MINÉRALES DE VICHY DANS LE TRAITEMENT DE LA GOUTTE ; par CHARLES PETIT, docteur en médecine, inspecteur-adjoint des eaux de Vichy.

(SUITE. — Voir le numéro précédent.)

DEUXIÈME SÉRIE. — CAS DANS LESQUELS L'EMPLOI DES EAUX DE VICHY ET DES BOISSONS ALCALINES A RENDU LES ACCÈS DE GOUTTE ARTICULAIRE MOINS FRÉQUENS, MOINS LONGS ET MOINS DOULOUREUX.

Les malades qui constituent cette série sont au nombre de 59. Chez 39, la goutte était héréditaire et s'était montrée pour la première fois, à 33 ans, âge moyen ; chez les 20 qui l'avaient acquise, elle s'était développée à 38 ans, âge moyen. Parmi les 39 malades affectés de goutte héréditaire, 20 avaient fréquemment dans leur urine de la gravelle, du sable fin ou un sédiment rouge ; un d'eux a même un calcul dans la vessie. Dans les 20 cas de goutte acquise, on trouve 9 graveleux, ou ayant souvent un sédiment rouge dans leur urine.

Tous les malades que j'ai rangés dans cette série ont obtenu un soulagement plus ou moins marqué ; quelques-uns même ont éprouvé de si légers accès, comparativement à ceux qu'ils avaient avant de prendre les eaux de Vichy, que, pour moi, le succès chez eux est presque aussi remarquable que chez les malades qui composent la première série. Tous avouent qu'ils sont incomparablement mieux qu'avant qu'ils eussent fait usage des eaux de Vichy, et si quelques-uns ont encore éprouvé quelques accès assez douloureux, ils reconnaissent eux-mêmes, pour la plupart, ou qu'ils ont négligé le traitement que je leur avais recommandé, ou que ces accès sont la suite de quelque imprudence.

Je ne veux pas dire cependant que la goutte ne reparaîtrait jamais chez aucun goutteux, si tous suivaient plus exactement le traitement indiqué et ne commettaient jamais d'imprudence. La goutte a une telle tendance à reparaître chez certains goutteux, que je ne crois pas que l'on puisse espérer, dans tous les cas, un tel résultat, même en admettant que les malades suivent toujours le traitement le plus rigoureux et le plus rationnel ; mais j'ai la conviction, par ce que j'observe ordinairement chez ceux qui font un usage plus fréquent des boissons alcalines, et qui sont habituellement sobres, qu'il serait possible, si les malades étaient plus dociles aux conseils qu'on leur donne, d'obtenir des résultats beaucoup plus satisfaisans encore que ceux que je constate ici. Mais je ne veux pas pousser plus loin ces réflexions : quelques exemples choisis parmi les malades qui composent cette série feront mieux comprendre les résultats que l'on peut espérer du traitement que tout ce que je pourrais dire.

(1) Ce mémoire est extrait des ANNALES DE CHIMIE.

Obs. IV. — M. Morice, capitaine de vaisseau en retraite à Lorient, était goutteux depuis vingt huit ans, lorsqu'il vint à Vichy pour la première fois, le 7 juin 1839. La goutte était chez lui une maladie héréditaire, et il avait en même temps la gravelle. Il avait deux, trois et quelquefois quatre attaques de goutte par an, et toujours longues et extrêmement douloureuses. Il prit les eaux pendant cinq semaines, et continua ensuite chez lui le régime alcalin. Il s'en trouva très bien et revint à Vichy, le 25 mai 1840, sans avoir éprouvé aucun accès de goutte depuis l'année précédente. Il fut moins heureux dans l'hiver de 1840 à 1841 ; il eut une attaque qui fut très peu douloureuse, comparativement à celles qu'il avait avant son traitement, mais qui l'obligea cependant à garder la chambre pendant près d'un mois. M. Morice est revenu encore prendre les eaux de Vichy pendant la saison de 1841, et il vient de m'écrire (31 mars 1842) : « J'ai très bien passé l'hiver, je suis sorti presque tous les jours. Une fois seulement j'ai eu un peu de goutte à un pied ; elle s'est ensuite portée sur les parois de la poitrine. On m'a appliqué quelques sangsues, et le lendemain j'ai pu sortir. Je n'ai éprouvé que des douleurs très légères, tandis qu'avant d'avoir pris les eaux de Vichy je passais six mois de l'année, tant dans mon lit que dans ma chambre, avec des douleurs atroces. J'ajouterai qu'avant mon traitement je marchais très difficilement dans l'intervalle des accès, et que maintenant je me promène tous les jours, même sans le secours de ma canne. Depuis que j'ai quitté Vichy, le 1er juillet, j'ai bu chaque jour, pendant le reste de l'été, deux litres d'eau alcalisée au moyen du bi-carbonate de soude, et un seul litre pendant l'hiver. »

Obs. V. — M. Mathias, demeurant à Issoire (Puy-de-Dôme), vint à Vichy le 18 août 1840. Il avait des parens goutteux du côté paternel et du côté maternel. Il y avait huit ans que la goutte s'était déclarée chez lui pour la première fois ; il en avait une attaque chaque année, qui parcourait presque toutes les articulations et qui durait au moins un mois et souvent deux ou trois. La marche était difficile dans l'intervalle des attaques, et plusieurs doigts de la main droite étaient inflexibles. Il n'avait jamais eu la gravelle. Après avoir passé un mois à Vichy, il continua chez lui l'usage des boissons alcalines. M. Mathias est revenu prendre les eaux de Vichy au mois de juin 1841 ; il avait eu, à la fin du mois de janvier précédent, un accès de goutte très faible et presque sans douleur, si ce n'est pendant cinq à six heures. Enfin, M. Mathias m'écrit (2 avril 1842) : « Si vous m'aviez demandé de mes nouvelles quinze jours plus tôt, je vous aurais répondu que je n'avais plus rien ressenti depuis mon dernier voyage à Vichy ; mais je fis une imprudence il y a une quinzaine de jours, je restai plus d'une heure dans un jardin par un temps froid, en sortant du lit, et je me sentis pris de suite. J'ai eu un petit accès pendant lequel j'ai souffert, à deux reprises, pendant deux ou trois heures seulement ; le reste du temps, je n'ai éprouvé aucune espèce de douleur, ce que je crois attribuer à l'usage presque continuel du bi-carbonate de soude. Auparavant, les accès me duraient deux à trois mois, et je souffrais beaucoup pendant une quarantaine de jours. Je marche aussi plus facilement, et ai bien meilleur appétit depuis que j'ai fait usage des eaux de Vichy. »

Obs. VI. — M. Ratignié, âgé de 53 ans, demeurant à Villié, canton de Beaujeu (Rhône), était goutteux depuis vingt-un ans, lorsqu'il vint à Vichy, le 26 juin 1840. Il est fils d'une mère goutteuse. Ce malade avait tous les ans deux, trois et quelquefois quatre attaques de goutte, d'un mois de durée chacune, et souvent de deux à trois. La dernière attaque qu'il avait eue, et qui avait commencé le 1er décembre précédent, l'avait rendu presque impotent. Les genoux ne pouvaient plus s'étendre complètement, et les pieds n'avaient plus que peu de mobilité ; enfin, il ne pouvait plus que se traîner en quelque sorte à l'aide de béquilles. Il prit les eaux avec beaucoup de zèle et d'exactitude, et il continua ensuite son traitement chez lui. Lorsqu'il revint à Vichy, au mois de juin 1841, ceux qui l'avaient vu se traîner si péniblement l'année précédente furent fort étonnés de le voir marcher sans béquilles. Il n'avait eu, depuis la dernière saison, que deux très légers accès de goutte, qui ne l'avaient fait souffrir chacun que deux ou trois jours. Ce malade m'a écrit récemment (1er avril 1842) ; il me dit : « Depuis plus d'un an je n'ai pas eu d'accès de goutte qui m'ait arrêté seulement une heure. Lorsque, dans le courant de la journée, je me suis fatigué, les articulations des pieds sont un peu gonflées et douloureuses le soir ; mais le matin, lorsque je me lève, il n'y a plus ni gonflement, ni sensibilité. »

Je ne veux pas allonger ce mémoire d'un plus grand nombre d'observations, qui d'ailleurs offriraient toutes à peu près les mêmes résultats ; cependant, je crois devoir ajouter la suivante, comme appartenant à un des malades de la même série qui ont éprouvé le moins d'amélioration de l'emploi des eaux de Vichy.

Obs. VII. — M. R., commissaire de marine à Cherbourg, vint à Vichy, pour la première fois, le 1er juin 1839. Chez lui, la goutte, qu'il avait depuis quatorze ans, était héréditaire, et du côté paternel, et du côté maternel. Il n'avait jamais eu la gravelle. Il avait une et quelquefois deux attaques de goutte par an, toujours très douloureuses et ordinairement de trois mois de durée. Elle parcourait la plupart des articulations, et presque toujours elle se portait sur les parois de la poitrine, où elle causait des douleurs violentes, en même temps qu'elle mettait le malade dans l'impossibilité de faire le moindre mouvement. M. R. prit les eaux pendant cinq semaines, et continua ensuite son traitement chez lui très exactement. Il eut néanmoins un accès de goutte dans le courant de l'hiver, mais incomparablement moins violent qu'autrefois, puisqu'il ne le fit réellement souffrir que pendant une douzaine de jours. Il revint à Vichy à la fin de mai 1840, très content de sa santé. Pendant son traitement, il fut pris à Vichy même d'une attaque de goutte assez douloureuse, qui le retint au lit ou à la chambre pendant une quinzaine de jours. Il est encore revenu à Vichy au mois de juin 1841, n'ayant eu, depuis l'année précédente, qu'un très léger accès de goutte, et seulement de quelques jours de durée. Enfin, ce malade m'écrit (2 avril 1842) : « Je m'empresse de vous transmettre les renseignemens que vous me demandez sur ma santé, depuis que j'ai quitté Vichy. Tout a été fort bien pendant quatre mois, puis j'ai éprouvé de temps en temps quelques ressentimens de goutte, particulièrement à la poitrine, mais forts légers. Au mois de janvier, j'ai été pris d'un accès sérieux aux coudes, aux mains et à l'un des pieds. La goutte a fini, comme d'ordinaire, par se porter à la poitrine. Je l'ai combattue à plusieurs reprises par les sinapismes. Les douleurs ont duré trois semaines environ, et ont été violentes dans les mains, moins fortes aux coudes, et très supportables au pied. En somme, j'ai beaucoup moins souffert qu'autrefois. » M. R. me donne en même temps de bonnes nouvelles de deux autres goutteux de Cherbourg. Il finit ainsi sa lettre : « En résultat, vous voyez que vos podagres de Cherbourg n'ont qu'à se louer de l'usage qu'ils ont fait des eaux de Vichy. Du triumvirat, c'est moi qui ai le plus souffert, mais aussi suis-je le doyen. »

TROISIÈME SÉRIE. — CAS DE GOUTTE ARTICULAIRE DANS LESQUELS L'EMPLOI DES EAUX DE VICHY N'A PAS PRODUIT D'AMÉLIORATION SENSIBLE.

Les cinq goutteux qui composent cette série ne se félicitent pas des résultats qu'ils ont obtenus, et en effet ils ont été beaucoup moins heureux que les autres ; cependant je ferai remarquer qu'ils ne se plaignent d'aucun accident, et il est plus que probable qu'au moins quelques-uns d'entre eux eussent obtenu un meilleur résultat, s'ils eussent mieux suivi leur traitement et observé un meilleur régime.

Obs. VIII. — Un d'eux, M. Demeulle, du Hâvre, âgé maintenant de 60 ans, et qui avait eu son grand père paternel et sa grand'mère maternel goutteux, vint à Vichy à la fin de mai 1839. Il avait eu sa première attaque de goutte à 40 ans. On ne voyait de sédiment rouge dans son urine qu'au commencement et à la fin de ses attaques. Il avait ordinairement deux attaques par an, longues, très douloureuses, et parcourant toutes les articulations : la dernière avait duré plus de cinq mois. Les pieds étaient raides et presque ankylosés ; les doigts de la main droite se fermaient très difficilement. Il prit les eaux pendant cinq semaines. Revenu à Vichy au mois de juin 1840, il avait eu une attaque de goutte au mois de mars précédent, mais très peu douloureuse et seulement de vingt-cinq jours de durée, ce qui était une très faible attaque, comparativement à celles qu'il avait auparavant. Sa santé générale était d'ailleurs excellente. Il prit encore les eaux pendant un mois et quitta Vichy bien portant.

Depuis cette époque, M. Demeulle n'est pas revenu à Vichy, et voici ce qu'il m'écrit en date du 27 mars dernier (1842) : « Après la première saison que je passai à Vichy, je n'eus, comme vous le savez, qu'un accès de goutte de peu de durée ; mais en 1840 j'eus une attaque qui me força à garder le lit depuis le commencement d'octobre jusqu'à la fin de janvier. Je dois dire que j'aurais peut-être évité cette attaque ou du moins son intensité, si j'avais eu soin de ne pas rester pendant toute une journée dans une humidité complète ; car c'est immédiatement après qu'elle se déclara. Une nouvelle attaque est venue me surprendre l'hiver dernier, au moment où l'approche du carnaval *me donnait l'espoir de figurer avec distinction à la table de quelques amis*, qui m'avaient engagé à l'avance. Ne sachant à quel saint me vouer, j'avalai une vingtaine de pilules de Lartigues dont on m'avait beaucoup vanté l'efficacité, et, en effet, en cinq ou six jours, mon accès disparut ; mais comme j'avais arrosé mes pilules avec du vin de Madère et du vin de Champagne, il me resta un malaise qui amena de nouveau la goutte. Enfin, je suis maintenant dans un état assez satisfaisant. » M. Demeulle finit sa lettre en m'autorisant à le désigner par son nom si je le juge à propos, et à le citer comme exemple à tous mes goutteux pour sa tempérance et sa sobriété. Il me prie surtout de leur recommander les pilules de Lartignes délayées dans du vin de Madère ou de Champagne, panacée immanquable, dit-il, pour les envoyer dans un monde meilleur. Du reste, il ne me dit pas que depuis qu'il a quitté Vichy il ait fait usage de boissons alcalines.

J'ai suivi, comme on voit, la recommandation de M. Demeulle ; mais je ne sais pas trop si mes goutteux feront bien de suivre le régime qu'il me paraît avoir adopté.

L'observation suivante est un exemple de goutte acquise, et que je cite à cause de cette circonstance, afin de montrer que la goutte acquise est quelquefois aussi rebelle que la goutte héréditaire. Cependant je dois dire que c'est le seul des cinq malades qui composent cette série qui n'eût pas une goutte héréditaire.

Obs. IX. — Le sujet de cette observation, M. de N., âgé maintenant de 58 ans (1), d'une très forte constitution, d'un tempérament sanguin, aimant et ayant habituellement une bonne table, a eu sa première attaque de goutte à 33 ans. Il n'a jamais eu la gravelle ; son urine dépose seulement un peu d'acide urique dans les premiers jours de ses accès de goutte. Il avait une et quelquefois deux ou trois attaques par an, qui se succédaient quelquefois à de courts intervalles, et qui le retenaient ordinairement plusieurs mois au lit, avec de très vives douleurs. Sa dernière attaque avait duré six mois. Il vint à Vichy, pour la première fois, au mois de juillet 1839. Ses pieds, habituellement très sensibles dans les intervalles des attaques, se gonflaient lorsqu'il restait quelque temps debout ; de sorte que la marche était extrêmement pénible. Il prit les eaux pendant six semaines, et revint à Vichy en 1840, n'ayant eu, depuis l'année précédente, que deux légers accès de goutte, chacun de huit à dix jours de durée ; mais il arriva

(1) C'est ce malade qui m'a fourni le premier produit de sécrétion de la peau dont M. O. Henry a fait l'analyse, et dont il est question plus haut.

avec un commencement d'accès au pied gauche et au genou du même côté, qui avait débuté en route et qui se développa à Vichy. Cet accès le retint au lit ou à la chambre pendant une quinzaine de jours, et empêcha par conséquent qu'il ne fît son traitement aussi complétement qu'il l'aurait fait sans cela. M. de N. est encore revenu à Vichy en 1841. Il avait eu plusieurs ressentimens de goutte depuis l'année précédente, mais pas d'accès marqués. Il est vrai que depuis cette époque il avait eu plusieurs fois recours aux pilules de Lartigues pour arrêter les accès qu'il redoutait, et qui se seraient peut-être développés sans cela. Après avoir passé cinq semaines à Vichy, il est retourné chez lui d'où il m'écrit (18 avril 1842) : « Depuis mon retour de Vichy jusqu'au mois de novembre, je suis resté sous une influence goutteuse que j'ai sans cesse combattue avec mes pilules de Lartigues. Du reste, je n'ai fait aucun traitement, ni suivi aucun régime particulier. Le 1er novembre, la goutte se déclara. Je pris inutilement double dose de pilules; l'accès n'en persista pas moins, et je suis dans mon lit depuis près de six mois. »

Sans doute, c'est là un résultat peu satisfaisant; mais je ferai remarquer que, chez les malades de la constitution de M. de N., la goutte est ordinairement extrêmement rebelle, même lorsque, comme chez lui, elle n'est pas héréditaire. C'est ce que je lui ai dit souvent, en l'engageant à adopter un autre régime que celui qu'il suit habituellement lorsqu'il n'a pas la goutte, et à ne pas se borner, comme il l'a fait depuis deux ans, à ne prendre des boissons alcalines que pendant le temps qu'il passe à Vichy. M. de N. ne fait pas ce qu'on appelle des excès, mais il a malheureusement un très grand appétit, et je trouve qu'il n'y résiste pas assez; car je suis bien convaincu aujourd'hui qu'il s'agit moins, chez les goutteux, d'éviter tel ou tel aliment, ce qu'il est d'ailleurs en général assez difficile d'obtenir, que d'être ordinairement très sobre, de ne pas surcharger l'estomac d'une trop grande quantité d'alimens. Si M. de N. voulait bien aussi ne pas oublier que, dans l'intervalle de la première saison qu'il a passée à Vichy à la seconde, temps pendant lequel il a fait assez habituellement usage de boissons alcalines, sans avoir eu recours jusque-là aux pilules de Lartigues; s'il voulait bien, dis-je, ne pas oublier que pendant ce temps il a très peu souffert, il se convaincrait que, pour lui, comme pour tous les goutteux, l'usage habituel des boissons alcalines et une grande sobriété sont encore le seul moyen de combattre avec succès l'affection goutteuse.

Obs. X. — Un autre goutteux de cette série, M. Roux, d'Achun (Nièvre), qui est venu trois années de suite à Vichy, et qui, je crois, a mieux fait son traitement que les autres malades que je viens de citer, continue néanmoins à avoir des accès de goutte. Ce malade, âgé maintenant de 72 ans, n'était goutteux que depuis cinq ans lorsqu'il vint à Vichy pour la première fois; mais il était graveleux depuis 29 ans, et il avait eu violentes coliques néphrétiques. Il a eu un oncle maternel goutteux. Son état ne s'est pas aggravé, mais les eaux de Vichy n'ont presque pas apporté de changement dans son état, quant à sa goutte; du moins les accès, sans être plus forts, persistent à revenir. C'est de tous les goutteux auxquels j'ai donné des soins celui qui, en suivant cependant assez exactement son traitement, a obtenu le moins de soulagement. Il m'écrit (29 mars 1842) : « Depuis que j'ai quitté Vichy, j'ai fait usage de bi-carbonate de soude; cependant, dès les premiers jours d'octobre, j'ai été pris de la goutte au pied et à la jambe gauche où déjà l'année dernière je l'avais eue. L'enflure m'y a laissé plusieurs petites plaies. La goutte s'est portée aussi, à plusieurs reprises, dans la région épigastrique, ce qui a nécessité l'emploi des cataplasmes de moutarde. Quant à la gravelle, je n'en ai eu aucun ressentiment; je ne remarque plus de sable dans mon urine. »

Cette observation prouve que, chez le goutteux comme chez les autres malades, il est des cas dans lesquels le meilleur remède peut échouer.

Si maintenant nous reprenons ensemble les 89 cas qui font le sujet de ce mémoire, nous trouvons 60 cas de goutte héréditaire, développée à 33 ans environ, âge moyen, et 29 cas de goutte acquise, développée à 37 ans, âge moyen. Sur ces 89 goutteux, 47 étaient en même temps graveleux, ou au moins avaient souvent un sédiment rouge dans leur urine (1). Ces graveleux sont ainsi répartis : dans la première série, 17 sur 27; dans la deuxième, 29 sur 59, et dans la troisième, 1 seulement sur 3; ce qui porterait à penser que la goutte co-existant avec la gravelle offrirait au traitement un peu plus de chances de succès que lorsque cette co-existence ne se rencontre pas.

D'après les observations recueillies jusqu'à présent, il paraît que la goutte se développe un peu plus tôt chez les malades qui sont goutteux héréditairement que chez ceux chez lesquels la goutte est acquise; mais il ne semble pas que l'âge des malades, ni l'ancienneté de la goutte, pas plus que la circonstance d'hérédité ou de non hérédité de cette maladie, exercent une bien grande influence sur l'efficacité de son traitement.

Non seulement ceux de ces 89 goutteux qui avaient des articulations plus ou moins raides et inflexibles ont recouvré plus ou moins de souplesse dans ces articulations, toutes les fois qu'il n'y avait pas ankylose complète, et marchent maintenant avec beaucoup plus de facilité, quelques uns, me disent-ils, comme s'ils n'avaient jamais été goutteux; mais chez quelques-uns d'entre eux, des concrétions plus ou moins considérables ont disparu. Ainsi, un des goutteux de la deuxième série, M. C., avocat à Bellac (Haute-Vienne), m'écrit : « Je vous dirai que les deux énormes concrétions que j'avais aux coudes sont dissipées. Je perdis celles du bras gauche à mon premier voyage à Vichy; l'autre a disparu depuis ma dernière saison. Mes autres nodosités sont restées dans le même état; elles s'ouvrent de temps à autre et jettent de la craie. »

Quant à des accidens survenus par suite de l'emploi des eaux de Vichy chez les goutteux, je déclare que je n'en connais pas, et je serai obligé à celui qui en connaîtrait de vouloir bien les publier, ce qui lui sera très facile, parce que les goutteux qui ont pris les eaux de Vichy sont tous parfaitement connus; je le prierais seulement de ne négliger aucune des circonstances dans lesquelles ces accidens seraient arrivés, afin de mettre tout le monde à même de pouvoir apprécier les faits.

Sans doute, tous les goutteux ne sont pas dans des conditions convenables pour pouvoir supporter les boissons alcalines, et on ferait certainement plus de mal que de bien, dans certains cas, si on voulait les soumettre tous au même traitement; aussi le médecin doit-il, chez les goutteux, comme chez les autres malades, tenir compte de toutes les conditions dans lesquelles ils se trouvent pour décider si le traitement peut leur être appliqué.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 25 AVRIL.

COMPOSITION DE LA SUBSTANCE GRASSE DU LAIT.

M. de Romané lit un mémoire intitulé : De la substance grasse du lait, des modifications qu'elle subit et du rôle qu'elle joue dans la nutrition.

Tout le monde sait que le lait tient en suspension des globules d'une nature particulière, qui, en vertu de leur pesanteur spécifique, tendent à s'élever vers la partie supérieure du liquide, et forment le beurre lorsqu'ils sont réunis entre eux par l'opération du barattage. On avait pensé que, dans le moment de la formation du beurre, il se passait un phénomène chimique, une combinaison de la substance grasse avec l'oxigène de l'air; mais MM. Thénard et Donné ont détruit cette opinion, en montrant qu'on peut également faire du beurre dans le vide. M. Quévenne regarde les globules butyreux du lait comme le résultat d'une simple division de la matière grasse; mais s'il en était ainsi, il suffirait, pour former le beurre, de les réunir en faisant bouillir le lait.

Après ce coup-d'œil sur les opinions émises par les auteurs, M. de Romané établit les propositions suivantes :

1° Au moment de son émission, le lait renferme des globules dans lesquels le beurre existe à l'état parfait.

2° Ces globules contiennent tous du beurre et rien que du beurre.

3° Le beurre s'y trouve sous forme d'une matière pulpeuse, enveloppée d'une pellicule blanche, mince, translucide, élastique.

4° L'opération du barattage ne détermine la formation du beurre qu'en rompant ces enveloppes; il n'y a là qu'une action mécanique, et ce qui le prouve, c'est que la proportion du beurre obtenu avec une même quantité de lait est subordonnée à la durée du barattage.

5° Si le beurre se forme presqu'instantanément, après un certain temps de barattage, c'est que la cohésion des globules et la ténacité de leurs enveloppes étant à peu près les mêmes pour tous, ils doivent en effet céder en même temps à la cause qui agit pour les rompre.

6° Ce sont les débris des pellicules qui donnent au lait de beurre la teinte troublée qu'il présente.

7° Ce qui cause l'acidité du lait de beurre, c'est le mélange de l'acide qui était contenu dans les globules et qui, une fois les enveloppes rompues, se répand dans le liquide.

Cette admirable organisation est parfaitement propre à seconder les vues de la nature. Sans la solidité de leur enveloppe, les globules céderaient à la pression que la langue exerce dans l'acte de la succion, ou à la chaleur des premières voies; et le beurre étant mis à nu dans l'estomac, les organes délicats des jeunes animaux ne pourraient en opérer l'assimilation. L'auteur s'est assuré, en effet, que les enveloppes des globules résistent à une pression et à une chaleur bien plus fortes que celles qu'ils ont à subir en parcourant le canal intestinal.

(Commissaires : MM. Dumas, Boussingault et Payen.)

(1) On voit que je trouve ici 47 graveleux sur 89 goutteux, tandis que, dans le rapport à l'Académie, M. Patissier n'en a trouvé que 20 sur 80. Cette différence vient de ce que M. Patissier n'a tenu compte que de ceux qui sont véritablement graveleux, tandis que j'ai compris dans cette catégorie, non seulement les véritables graveleux, mais aussi ceux chez lesquels l'urine offre souvent un sédiment rouge.

STRUCTURE DE LA RATE.

M. Bourgery présente à l'Académie son ouvrage sur l'anatomie microscopique de la rate. D'après ses recherches, la rate se compose de deux élémens, l'un vasculeux, formé de vaisseaux sanguins, lesquels sont à l'état de cellules, l'autre lymphatique. Le nombre des petites glandes lymphatiques disséminées dans cet organe est tellement grand que, réunies, elles constitueraient près du tiers de son volume. Des vaisseaux lymphatiques établissent une communication entre toutes ces petites glandules.

COMPOSITION DE L'HUILE DE FOIE DE RAIE.

M. Girardin ayant appris que l'huile de foie de raie est employée avec avantage dans les affections rhumatismales et scrofuleuses, a voulu savoir si l'analyse chimique y démontrerait les mêmes élémens que dans l'huile de foie de morue. Il y a, en effet, trouvé une certaine quantité d'iode, qui existe à l'état d'iodure de potassium.

DISSOLUTION DES CALCULS URINAIRES.

M. Longchamps présente quelques réflexions au sujet du rapport fait sur le mémoire de M. Leroy-d'Etiolles. M. le rapporteur, dit M. Longchamps, pense que, lorsqu'on fait usage des eaux alcalines, les phosphates terreux tenus en dissolution dans l'urine, à la faveur des acides libres qu'elle renferme, doivent se précipiter par la neutralisation de ceux-ci et donner parfois naissance à des calculs de phosphate et de carbonate de chaux et de magnésie. Cette allégation serait de nature à effrayer les personnes qui vont prendre les eaux de Vichy ou autres semblables. M. Longchamps la combat et soutient que l'emploi des alcalins, loin de favoriser la formation des concrétions de phosphates et de carbonates, on opérera toujours plus ou moins la dissolution dans un temps donné. A la vérité, cette dissolution ne sera pas toujours complète; mais il faut remarquer que, outre les particules salines, le calcul contient encore une matière animale, sur laquelle les alcalins n'ont pas d'action. Peut-être serait-il avantageux pour la détruire, de faire, au bout d'un certain temps d'usage des eaux de Vichy, des injections dans la vessie avec de l'acide phosphorique étendu d'eau. D'ailleurs, ajoute M. Longchamps, c'est surtout le matin que l'on prend les eaux alcalines, et, à ce moment de la journée, la vessie ne contient pas l'urine de la digestion, mais plutôt celle de la boisson; les sels dont on craint la décomposition ne s'y trouvent donc pas alors en grande quantité.

M. Pelouze : Toute l'argumentation de M. Longchamps repose sur cette idée que le bi-carbonate alcalin que les malades prennent passe dans les urines à cet état ; mais c'est une opinion erronée, et il suffit de la signaler sans entrer dans de plus longs développemens sur les autres réflexions de l'auteur.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 26 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. FOUQUIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

ABSORPTION DE DIVERSES SUBSTANCES TOXIQUES.

M. le Secrétaire donne lecture de la lettre suivante de M. Orfila :

Monsieur le président,

Je vous prie de vouloir bien annoncer à l'Académie qu'il résulte d'un grand nombre d'expériences que j'ai tentées et qui seront incessamment publiées :

1° Que les acides sulfurique, azotique, chlorhydrique et oxalique, étendus d'eau, *sont absorbés*, et qu'ils peuvent être décelés dans l'urine.

2° Que les mêmes acides, dans leur plus grand état de *concentration*, sont également absorbés, parce qu'ils s'affaiblissent à la faveur des sucs dont ils déterminent l'exhalation, dès qu'ils sont en contact avec l'intérieur du canal digestif.

3° Que l'absorption des sels de *plomb*, de *bismuth*, d'*étain*, de *zinc*, d'*or* et d'*argent* ne saurait être contestée, puisqu'on trouve dans le foie et dans l'urine des chiens empoisonnés par ces toxiques les métaux qui entrent dans leur composition. Tous ces métaux peuvent être facilement extraits par un même procédé, la carbonisation du viscère par l'acide azotique et le traitement du charbon par l'eau régale ou par l'acide nitrique.

4° Que les sels de *mercure* sont également absorbés, et portés par le sang dans tous les organes; qu'il ne s'agit, pour mettre ce fait hors de doute, que de dissoudre dans l'eau régale les viscères d'un animal empoisonné par un sel mercuriel, et de faire passer à travers la dissolution un courant de chlore gazeux, ou, ce qui vaut encore beaucoup mieux, de carboniser ces viscères par un acide fort, en vases clos, et de traiter le charbon par l'eau régale bouillante.

5° Que j'ai également trouvé dans les viscères, et notamment dans le foie, ainsi que dans l'urine, une partie de l'iode du foie de soufre, de l'azotate de potasse, de l'alun, de l'ammoniaque, du sel ammoniac et de l'eau de javelle, avec lesquels j'avais tué les animaux soumis à mes expériences.

Ces travaux complètent les recherches que je me proposais de faire sur l'absorption des poisons tirés du règne minéral ; ils établissent d'une manière incontestable l'exactitude des prévisions que j'avais consignées dans mes précédens mémoires sur l'absorption des poisons arsénicaux, antimoniaux et cuivreux.

Agréez, etc.

M. le Président tire au sort les noms des membres qui devront aller complimenter le roi à l'occasion de sa fête. Les membres désignés sont MM. Renauldin, Dubois (d'Amiens), Poirson, Martin-Solon, Chomel, Mérat, Villermé, Lecanu, Mac-Cartau, Andral père, Pelletier, Canuet.

M. Dupuy : J'ai à cœur de justifier l'opposition que j'ai formée dans la dernière séance, à la clôture de la discussion sur le mémoire de M. Hamont ; il me suffira pour cela de vous rappeler l'article 2 de l'ordonnance qui constitue l'Académie royale de médecine. Il porte en substance que l'Académie est instituée pour s'occuper des épidémies et des épizooties. Or, une maladie aussi meurtrière que la morve n'est-elle pas précisément de votre ressort, ne mérite-t-elle pas toute votre attention ?

TOPOGRAPHIE MÉDICALE.

M. Double présente de la part de M. Cazeneuve, chirurgien militaire à Lille, un ouvrage sur la topographie médicale du département du Nord. L'auteur, dit M. Double, a eu l'avantage de faire ses recherches sur un pays à la fois agricole et manufacturier. Aussi en a-t-il pu déduire d'utiles conclusions. Je citerai, entre autres faits intéressans, celui-ci qui prouve hautement l'infériorité dans laquelle les grandes villes sont vis-à-vis des petites, sous le rapport des conditions d'aisance où se trouvent leurs habitans. A Lille, un tiers environ des habitans sont inscrits sur la liste des indigens. A Roubaix, au contraire, sur plus de 22,000 il n'y en a que 760 seulement.

VACCINE.

M. Gauthier de Claubry lit les conclusions du rapport annuel de la commission de vaccine, pour l'année 1840. Voici les principaux faits qui ressortent de ce rapport :

Le nombre des vaccinations connues s'est élevé, en 1840, à 525509 sur 836789 naissances ; proportion, 5/8. Sur 45060 vaccinations dont le résultat a été indiqué, il y a eu 44179 réussites et 881 insuccès.

Deux fois il y a eu production de pustules disséminées sur l'habitude du corps, dont le fluide a donné lieu à une vaccine normale.

La variole épidémique, dans plusieurs communes, a atteint 14470 sujets ; 1390 sont restés défigurés ou infirmes ; 1668 ont succombé. Il y a eu 24 exemples d'une seconde variole, qui, 8 fois, a été suivie de la mort des sujets.

Le plus grand nombre des vaccinés anciens et récens a échappé aux atteintes de la variole épidemique. Quelques-uns ont eu une varioloïde ou variole modifiée, généralement légère et de courte durée, mais, dans quelques cas, semblable à la vaccine. Sur 406 sujets qui en ont été atteints à divers degrés d'intensité, il n'y a eu que 6 morts, et plus exactement que 4; proportion, 1/65, et mieux, 1/101.

Il a été pratiqué 2214 revaccinations sur lesquelles il y a eu 1704 insuccès, 227 fausses vaccines, et 270 vaccines secondaires, d'apparence normale ; 3 sujets revaccinés avec succès n'en ont pas moins éprouvé la varioloïde.

179293 fr. 60 cent. ont été dépensés en 1840 pour le service de la vaccine ; moyenne, 24 c. par enfant vacciné.

Le rapport se termine par les conclusions suivantes, que M. Gauthier de Claubry lit successivement :

1° La vaccine préserve de la variole. Néanmoins cette préservation n'est pas indéfinie pour tous les vaccinés : un certain nombre de ces derniers reste encore exposé à une éruption communément désignée sous le nom de varioloïde.

M. Moreau : Je voudrais que la conclusion exprimât d'une manière formelle que les sujets vaccinés ne sont pas préservés de la variole plus que ceux qui ont déjà eu la variole une première fois.

M. Rochoux : J'appuie le texte proposé par la commission. On n'improvise pas une rédaction au milieu de la discussion ; il vaut mieux s'en rapporter à celle dont on a eu tout le loisir de mûrir les termes. D'ailleurs la modification que demande M. Moreau se trouve renfermée dans une des conclusions suivantes.

M. Moreau : J'insiste sur mon observation. Le rapport de la commission est destiné aux masses ; il faut qu'il puissse les éclairer au premier coup d'œil ; il faut que la première conclusion, la seule, sans doute, que liront beaucoup de personnes, donne une idée précise de l'opinion où l'on est aujourd'hui sur la valeur de la vaccination.

M. Gauthier de Claubry : C'est surtout aux médecins que notre rapport est adressé, et j'espère qu'ils prendront le temps d'en consulter les diverses parties. A ce sujet, je rappellerai la remarque que je faisais déjà l'année dernière ; c'est que, de toutes les observations que le comité de vaccine a reçues, il n'en est pas une seule qui nous ait été envoyée par un des membres de cette Académie.

M. Double : Bien que je n'aie envoyé aucun document au comité de vaccine, je me permettrai cependant de faire à M. le rapporteur une observation sous forme de question. Je lui demanderai s'il pense que l'existence de la varioloïde chez un sujet doive autoriser à conclure qu'il n'a pas été préservé de la variole. La varioloïde et la véritable variole sont, suivant moi, deux maladies tout à fait distinctes. Rhazès, le premier, a exprimé cette idée, et plusieurs auteurs, parmi lesquels je citerai Wan-Swietten, et de nos jours M. Rayer, sont du même avis.

M. Honoré : L'opinion que M. Double vient de formuler n'est pas nouvelle. Déjà, avant que la vaccine fût découverte, les médecins n'étaient point d'accord sur la question de savoir s'il peut y avoir des récidives de variole ; et ce qui entretenait la divergence parmi eux, c'est que les uns ne regardaient comme variole que celles qui en présentaient tous les caractères, tandis que d'autres donnaient ce nom à la simple varioloïde. Il faut cependant avouer que, malgré une certaine similitude de forme, il existe entre ces deux maladies de grandes différences. Depuis l'introduction du vaccin, quelques médecins ont considéré la va-

rioloïde comme une espèce particulière due à la modification imprimée au virus variolique par la vaccine; mais il est certain que la varioloïde s'observait déjà avant la découverte de cet agent préservatif.

M. Piorry : Il y a quinze ans que je cherche un signe propre à différencier la variole d'avec la varioloïde, et je n'ai pas encore pu le trouver. Sur quoi se fonderait-on donc pour établir cette distinction? Sur la durée de la maladie, sur celle de chacune des périodes, sur les accidens consécutifs? Mais, sous ces divers rapports, il y a, entre les deux affections, une analogie à peu près complète; ce sont donc deux degrés d'une même maladie plutôt que deux espèces distinctes.

Cette question est d'ailleurs jugée par les faits. Dans toutes les épidémies, on a pu voir la variole transmise par des individus qui n'avaient que la varioloïde, et réciproquement. On dit que la variole est plus dangereuse; mais il est bien reconnu aujourd'hui que la gravité de la variole tient surtout à l'extension de l'éruption pustuleuse dans le larynx et la trachée-artère, circonstance dont M. Serres a signalé avec raison toute l'importance.

M. Barthélemy : Je répète la question déjà posée par M. Double, et je demande à M. le rapporteur s'il résulte de documens envoyés cette année à la commission que la variole ait été communiquée par des personnes affectées seulement de varioloïde.

M. Gauthier de Claubry répond affirmativement, et cite deux cas où des médecins ont vu la variole se développer chez des individus qui n'avaient eu des rapports qu'avec des malades atteints de varioloïde.

M. Rayer : Je crois que la variole et la varioloïde sont dues à un même *contagium*, seulement agissant dans un cas avec plus d'intensité que dans l'autre, ou rencontrant des individus plus ou moins disposés à en ressentir l'influence. Cette manière de voir est prouvée par l'observation de tous les jours. Dans les épidémies, on a très souvent l'occasion de constater que la varioloïde paraît chez des sujets qui ont la variole ou qui ont été vaccinés ou inoculés; mais elle se développe aussi sur des individus qui ne sont placés dans aucune de ces conditions, et qui n'ont subi antérieurement ni vaccine, ni variole spontanée, ni inoculation.

On reproche aux médecins des hôpitaux de n'envoyer aucune observation sur la variole, au comité de vaccine. La réponse est bien simple. Il serait absolument inutile de communiquer les détails de faits vulgaires. Or il n'y en a presque aujourd'hui que de cette espèce; car les questions relatives à la vaccine sont résolues, pour la plupart, par l'expérience des années précédentes, et il en reste bien peu sur lesquelles on puisse encore maintenant élever des controverses.

M. Piorry pense que la gravité de la variole tient à la propagation de l'éruption dans les voies aériennes; mais il est une foule d'autres causes de mort; et, par exemple, la maladie tue quelquefois avant d'avoir donné lieu à une seule pustule.

M. Piorry : Je ne me suis point exprimé d'une manière aussi absolue que M. Rayer paraît le supposer. J'ai seulement noté l'éruption du larynx et de la trachée-artère comme une des circonstances qui peuvent rendre l'issue de la maladie funeste.

M. Ferrus : La vaccine garantit-elle de la variole pour toujours ou seulement pour un temps limité? Et dans le cas où la préservation ne serait que temporaire, l'influence de la vaccine rend-elle plus bénignes les éruptions qui apparaissent ensuite? Ce sont là les points capitaux de cette question, et il est peut-être à regretter que la commission ne se soit pas prononcée avec toute la netteté désirable.

M. Devilliers : Je veux seulement raconter un fait qui m'a été rapporté. Un médecin de province n'ayant point de vaccin à sa disposition, au milieu d'une épidémie de petite vérole, imagina d'inoculer les habitans avec du pus contenu dans des pustules de varioloïde. Eh bien! il a vu que, dans plusieurs cas, cette inoculation a donné lieu à une véritable variole.

M. Velpeau : J'ai observé plusieurs faits qui tendent à prouver l'identité de nature des deux affections, quoiqu'elles aient chacune des nuances particulières. Un jeune homme de ma connaissance, qui avait été vacciné, eut des rapports avec un varioleux et prit une variole très confluente; mais cependant, au moment de la période de suppuration, les pustules s'aplatirent et se résorbèrent sans aucune sécrétion purulente. Un des cousins de ce malade avait communiqué avec lui; il contracta une varioloïde très peu intense. Enfin, la mère de ce dernier malade, qui avait eu autrefois la variole, prit aussi la maladie de son fils; mais, chez elle, tout se borna à une éruption très légère.

M. Bousquet : On demande si la varioloïde est de même nature que la variole : il serait difficile d'en douter. Non seulement les deux éruptions se montrent ordinairement ensemble, dans le même temps et dans les mêmes lieux; mais elles naissent l'une de l'autre. Dans les trois dernières années, M. Chomel a reçu dans son service de l'Hôtel-Dieu un assez bon nombre de varioles et de varioloïdes; il a mis une attention particulière à remonter à l'origine de la varioloïde, et presque toujours il a constaté que les vaccinés qui en étaient atteints avaient approché des varioleux. On s'est assuré de même que la varioloïde communique la variole avec tous ses dangers à ceux qui n'ont pas eu l'attention de se mettre sous la protection de la vaccine. Tels sont les enseignemens de l'observation.

L'expérimentation donne précisément les mêmes résultats. Les premières inoculations de varioloïde qui soient à ma connaissance sont de M. Lafont-Gouzi, médecin distingué de Toulouse. En 1818 ou 1820, M. Lafont donnait des soins à un enfant qui présentait une éruption si semblable à la variole que s'il n'eût pas été vacciné, tout le monde l'aurait prise pour une variole; mais l'idée qu'on avait de la vaccine retenait les médecins; cependant ils se divisèrent, les uns considérant comme une varicelle ce que les autres regardaient comme une petite vérole. Il n'y avait qu'un moyen de sortir d'incertitude, c'était d'inoculer la matière de l'éruption; c'est ce que proposa et ce que pratiqua M. Lafont-Gouzi. L'inoculation de la varioloïde à un enfant non vacciné donna une variole parfaitement caractérisée, et la variole s'élança de cet enfant à plusieurs autres enfans qui occupaient la même salle, ce qui fait dire à M. Lafont-Gouzi qu'on eut des lumières surabondantes.

Depuis lors les mêmes expériences ont été faites à Orange par M. Dugat; à Paris par M. Bravais, et le résultat n'a pas varié.

Ainsi, tout prouve que la variole et la varioloïde n'ont qu'une seule et même origine. A ces raisons, j'en puis ajouter une autre qui n'est pas moins concluante que les précédentes, c'est que la varioloïde est si bien de la même famille que la variole qu'elle en tient lieu, je veux dire qu'elle préserve de la variole comme la variole elle-même.

En 1826, il régna à Saint-Pol-de-Léon dans le Finistère une épidémie très meurtrière de petite vérole. Dépourvu de vaccin, M. le docteur Guillon imagina d'y suppléer par l'inoculation; seulement au lieu de prendre le virus de la variole, il prit sur un vacciné le virus de la varioloïde, et le transporta sur plus de 600 personnes de tout âge. Par un bonheur singulier, il arriva que la varioloïde se reproduisit presque toujours à l'état de varioloïde au lieu de prendre les caractères de la variole. Il y a maintenant seize ans que cette grande expérience a été faite, et depuis lors nul de ces inoculés n'a été pris de la variole.

Mais si je m'éloigne de l'opinion de M. Double en un sens je m'en rapproche dans l'autre. Je pense comme lui que la varioloïde est bien antérieure à la vaccine. Tout porte à croire qu'elle est de la même date que sa sœur la variole. Et en effet, on en trouve des traces évidentes quand on parcourt les recueils d'observations. Seulement avant la découverte de la vaccine, on ne distinguait pas les deux éruptions dans ce langage. On ne reconnaissait que des varioles ou des varioloïdes; mais il s'est présenté de tout temps des cas embarrassans sur lesquels les médecins ne pouvaient s'entendre; en sorte que les uns appelaient du nom de varicelle ce que les autres traitaient de variole, et réciproquement. A la fin, on s'était adouci de part et d'autre, on s'était fait des concessions; ainsi on admettait des varioles *écourtées* et des varioles *prolongées*. Ces faits répondent à la varioloïde.

Maintenant, Messieurs, je laisse la question scientifique, et je demande la permission de défendre la rédaction de la commission. M. Gérardin vous a fait observer que renfermée dans les documens de 1840, la commission n'en pouvait pas sortir. Il s'agit donc de savoir si les conclusions qu'elle vous propose sont d'accord avec les faits dont se compose le rapport; j'espère que vous n'en doutez pas. Après le désir de se montrer conséquens, vos commissaires ont eu encore celui de concilier la confiance que mérite la vaccine avec l'intérêt de la vérité.

Et c'est ce qu'ils ont fait en déclarant, premièrement, que la vaccine préserve de la petite vérole, car la plus grande partie des vaccinés sont, en effet, préservés, et en ajoutant, en second lieu, qu'un certain nombre reste cependant encore exposé à cette modification de la variole connue sous le nom de varioloïde. Ce certain nombre, M. Gaultier de Claubry vous l'a fait connaître : il est de 406 pour 1840. C'est peu, sans doute; mais, enfin, il n'est pas si insignifiant qu'on n'en doive tenir aucun compte. Pour ma part, je suis bien convaincu que, quand il serait permis de dissimuler la vérité, il faudrait la dire tout entière dans l'intérêt même de la vaccine.

M. Dubois (d'Amiens) : L'Académie a nommé une commission spéciale dont le but est d'examiner la question des revaccinations. Je crois que, jusqu'à ce qu'elle ait fait son rapport, la commission de vaccine devrait, dans ses comptes-rendus annuels, se borner à dire ce qui ressort des faits observés par elle durant le cours de l'année, sans énoncer d'opinion générale sur la nature et les caractères de la maladie. L'occasion de s'occuper de la vertu préservatrice du vaccin reviendrait naturellement plus tard.

M. Gérardin : Je crois que c'est à la commission actuelle de vaccine qu'il appartient de traiter toutes ces questions. Personne n'est mieux placé qu'elle pour les approfondir, et elle mérite à tous égards la confiance que les médecins ne cessent d'accorder à ses rapports.

MM. Moreau et Adelon demandent que, dans la première conclusion, le mot *absolue* soit substitué au mot *indéfinie*, et qu'à la place de *un certain nombre*, on mette *un petit nombre*.

La première conclusion, avec ces modifications, est mise aux voix et adoptée.

2° Cette éruption, quoique de nature varioleuse, est en général légère et sans danger. Pendant l'année 1840, parmi les malades affectés de varioloïde, il n'y a eu de décès que dans la proportion de 1 sur 101, tandis que la variole a fait une victime sur 8 1/2.

Cette seconde conclusion est adoptée.

3° Une première vaccine détruit l'aptitude à une seconde vaccine comme à la variole. Cependant il est quelques sujets chez lesquels cette aptitude se reproduit au bout d'un certain temps; il est pareillement des sujets varioliques chez lesquels la vaccine se développe d'une manière régulière, sans qu'on puisse en conclure qu'ils étaient aptes à contracter la variole.

M. Moreau : Je crois qu'il est impossible de déterminer exactement l'époque à laquelle une seconde vaccination produira des résultats. Sous ce rapport, ma pratique m'a offert les différences les plus tranchées. Moi-même, j'ai eu la variole autrefois; dix fois au moins je me suis fait revacciner pour encourager les malades pusillanimes qui redoutaient à l'excès cette petite opération. Eh bien! trois fois la vaccine a réussi, et je ne crois pas pour cela être disposé à contracter la variole. Je reproduis cette remarque tous les ans, parce qu'elle me semble de la plus haute importance dans la question qui s'agite aujourd'hui.

M. Bousquet : Si j'ai bien entendu, MM. Nacquart et Moreau auraient dit que la revaccination réussit également à toutes les distances de la vaccine, aussi bien sur les enfans que sur les adultes. Mon expérience m'a appris tout le contraire. Un médecin de Berlin, fort connu de M. Rayer, M. le docteur Eichorn, s'étant imaginé que la variole ne reprenait les vaccinés que parce que la vaccine avait été incomplète, a proposé de pratiquer, *coup sur coup*, deux vaccinations,

la seconde pour éprouver si la première avait produit tout son effet. Par des raisons que je dirai tout à l'heure, je ne pouvais avoir que très peu de confiance dans cette pratique ; néanmoins, j'en essayai : j'ai revacciné ainsi un grand nombre d'enfans à la distance de 8, 15 jours, un ou plusieurs mois de la première vaccination, et je déclare que je ne suis jamais parvenu, dans ces circonstances, à redonner une seconde fois la vaccine. Que M. Moreau ait été plus heureux, je le crois sur sa parole; mais je crois aussi qu'il faut considérer ces faits comme des exceptions fort rares. Qu'il me permette de lui rappeler les commencemens de la découverte jennerienne. A cette époque, les médecins, incertains de l'efficacité de la vaccine, inoculaient la variole à presque tous leurs vaccinés. Woodville, médecin de l'hôpital St-Pancrace à Londres, avait vacciné 8000 enfans ; il transmit le virus varioleux à 4000, sans obtenir une seule variole. Ce que Woodville faisait avec le virus varioleux, d'autres le faisaient avec le virus vaccin. Eh bien ! tous conviennent que les secondes vaccinations échouaient toujours; et cela est si vrai que c'est une des expériences sur lesquelles la vaccine fonde ses titres à la confiance des hommes.

Quant à la possibilité de vacciner avec succès ceux-là mêmes qui ont eu la petite vérole naturelle, j'en demeure d'accord avec M. Moreau. J'en ai devers moi plusieurs exemples. Néanmoins, je ne crois pas qu'ils soient aussi nombreux, à beaucoup près, que les exemples de seconde vaccine. J'ajoute que ces faits étaient connus de Jenner. La vaccine, dit-il, préserve de la petite vérole ; mais il n'y a pas réciprocité. On trouve la même observation dans un rapport sur la vaccine par Aubert, qui écrivait en l'an IX. Au reste, je le répète, ces faits, la commission ne les nie pas, et c'est ce qui lui a fait dire, dans ses conclusions, que le succès de la seconde vaccine ne prouve pas toujours l'aptitude à la petite vérole. Il y a de cela des raisons que je dirai, si la discussion m'y conduit.

M. Gauthier de Claubry : Je puis seulement dire que les observations de ce genre qui ont été envoyées à l'Académie montrent qu'il y a beaucoup de variabilité dans la manière dont les choses se passent sur différens sujets.

La troisième conclusion est adoptée.

4° La réussite la plus complète de la revaccination n'est pas non plus une garantie pour tous les sujets indistinctement contre les chances d'une variole ultérieure. (Adopté.)

5° En général, la variole n'atteint qu'une seule fois la même personne. Cependant, il est des sujets qui ne sont pas à l'abri d'une seconde variole, laquelle peut n'avoir pas moins de gravité que la première.

Cette quatrième conclusion est adoptée.

L'Académie passe ensuite au vote sur l'ensemble du rapport, qui est également adopté.

M. Bégin : Tous les ans, à l'occasion de ce rapport, nous voyons la même discussion se reproduire. Ne serait-il pas mieux que le comité de vaccine fixât une fois pour toutes l'état, la jurisprudence, en quelque sorte, de la question ? Elle n'aurait plus alors, dans les rapports annuels, qu'à nous signaler les faits qui seraient venus infirmer ces principes généraux, et qui mériteraient par cela même un examen approfondi.

M. Double : Je ne puis partager l'avis de mon honorable collègue. Comment veut-on que la commission suive cette marche ? Il faut quelquefois plusieurs années de recherches et d'expériences pour former son opinion sur certains points. Il est donc impossible de formuler d'avance des conclusions, quand elles doivent au contraire découler de l'observation accomplie.

M. Bégin : Mais il y a une commission permanente; c'est elle qui devrait s'occuper de la question générale; et il y a, ce me semble, plus d'inconvéniens que de profit à ce que les rapports annuels viennent tous les ans soulever une discussion qui ne peut rester que fort incomplète.

Cette proposition n'a pas de suite.

CANDIDATURE A LA PLACE VACANTE DANS LA SECTION DE PATHOLOGIE MÉDICALE.

M. Prus, candidat à la place vacante dans le sein de l'Académie, est à la tribune pour y donner lecture d'un travail.

M. Dalens : Messieurs, avant que M. Prus commence sa lecture, je dois présenter une observation. M. le rapporteur de la section de pathologie médicale nous a dit que son rapport est terminé et qu'il le fera très prochainement. Avant d'entendre M. Prus, je crois donc qu'il serait convenable de décider si l'on accordera la parole aux autres candidats pour faire des lectures.

M. Nacquart : J'appuie cette proposition, c'est une question d'ordre et de justice, et l'Académie ne peut pas accorder à l'un des concurrens un droit qu'elle refuserait à tous les autres.

M. Adelon : L'usage des lectures faites par les candidats a de graves inconvéniens. Il peut faire traîner l'élection en longueur pendant une année entière ; or, il y a telle circonstance où nous pouvons avoir besoin de nous adjoindre un collègue presque immédiatement. L'Académie ne doit pas s'engager vis-à-vis des autres candidats ; il faut qu'elle conserve toute sa liberté.

M. Delens : Lorsqu'on ouvre la lice, il faut que tous les compétiteurs trouvent des conditions égales. Or, il est évident qu'il y aurait un avantage marqué pour le candidat qui pourrait seul se faire entendre.

M. Mérat appuie la proposition de M. Adelon et demande l'ordre du jour. (Plusieurs voix : L'ordre du jour ! l'ordre du jour !)

M. Gérardin : Il y a ici une question qui domine toutes les autres : M. Prus est-il appelé à la tribune suivant son rang d'inscription, ou a-t-il obtenu un tour de faveur comme candidat ? Eh bien ! je dois à la justice de déclarer que, quoiqu'il fût déjà inscrit depuis quelque temps pour une lecture, c'est à titre de candidat qu'il a obtenu la parole aujourd'hui.

Les membres qui restent quittent leurs places et se livrent à une discussion animée ; le président ne pouvant parvenir à rétablir l'ordre est obligé de lever la séance à cinq heures, sans qu'aucune décision ait été prise.

CONCOURS

OUVERT A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, POUR UNE CHAIRE DE CLINIQUE CHIRURGICALE.

(Suite. — Voir les numéros 14, 15 et 17.)

SECONDE ÉPREUVE,—LEÇON CLINIQUE.

M. LAUGIER.

Le premier malade a été frappé, il y a six jours, par une lourde planche, qui lui est tombée sur le côté de la tête, où elle a fait une plaie contuse. Il y a eu une perte de connaissance peu prolongée; et depuis lors il a éprouvé des frissons quotidiens, de la fièvre, et ces derniers jours seulement quelques vomissemens bilieux. La plaie est compliquée de décollement des bords ; mais elle ne pénètre pas jusqu'au crâne. M. Laugier insiste sur l'importance de cette circonstance, sous le rapport du pronostic. Il existe aussi un érysipèle, qui s'est étendu à une grande distance autour de la plaie, et les ganglions lymphatiques correspondans sont tuméfiés. M. Laugier, examinant la question de savoir si l'engorgement ganglionnaire est un avant-coureur ou une conséquence de l'érysipèle, se prononce pour la dernière opinion.

Ce malade n'a encore eu ni paralysie ni délire; il n'y aura donc probablement pas chez lui de contusion cérébrale, car les symptômes de cette lésion commencent ordinairement avant l'époque à laquelle il est arrivé. Cependant il ne faut pas se hâter de le déclarer hors de danger, et l'on a vu des phénomènes consécutifs apparaître, même après quinze jours ou trois semaines. D'après ce qui précède, les frissons et les vomissemens semblent donc tenir uniquement à l'érysipèle.

L'érysipèle peut causer la mort ; mais pourtant, lorsque cette maladie est de cause externe, elle a moins souvent une terminaison aussi funeste ; il y a donc ici plus à espérer qu'à craindre, surtout si les accidens cérébraux ne se manifestent pas.

On sait toute la divergence qui partage les praticiens au sujet du traitement à opposer à l'érysipèle. Ainsi, dans ce cas, les uns emploieraient les saignées; d'autres, prenant en considération les vomissemens qui ont eu lieu, préféreraient les éméto-cathartiques. Et, ce qu'il y a de plus surprenant, c'est que tous les deux pourraient réussir. Pour moi, dit M. Laugier, en pareil cas, je m'en tiens presque toujours et exclusivement aux moyens évacuans, et il est rare que leur emploi ne soit couronné de succès. Peut-être, au reste, n'y a-t-il pas entre les deux méthodes une aussi grande différence qu'on le croit, et produit-on aussi sûrement l'effet déplétif en forçant le sang de fournir rapidement à une sécrétion abondante qu'en soustrayant directement une certaine quantité de ce fluide. On pourrait, d'ailleurs, combiner les deux systèmes de traitement.

Le second malade est un ouvrier lunetier, âgé de 19 ans, qui a contracté, il y a un mois, une blennorrhagie simple à laquelle il n'a opposé aucun traitement, pas même les boissons délayantes que conseillent vulgairement les gens du monde, et à l'usage desquelles Antoine Dubois s'en tenait dans un grand nombre de cas. Il y a deux jours, sans avoir plus marché qu'à l'ordinaire, sans avoir reçu de contusion sur les bourses, sans s'être livré à aucun écart de régime, il a été pris des symptômes de l'orchite blennorrhagique, dont il ne peut accuser d'autre cause que les mouvemens étendus et répétés des bras auxquels l'oblige sa profession. La douleur semble s'être propagée le long du canal, plutôt qu'être descendue d'un seul coup dans le testicule ; et en effet le cordon est dur, engorgé, douloureux, sans avoir cependant augmenté de volume au point d'être étranglé par l'anneau inguinal, ce qui a lieu dans certaines circonstances et a pu quelquefois en imposer pour une hernie étranglée. La tumeur des bourses se compose de plusieurs élémens : 1° des tégumens et des tissus sous-jacens engorgés; 2° du gonflement du testicule et surtout de l'épididyme; 3° d'un épanchement de sérosité dans la tunique vaginale. On peut aisément s'assurer ici que cette collection de liquide, qu'un médecin de beaucoup d'esprit a regardée comme l'unique cause de la tumeur, dans l'orchite blennorrhagique, ne constitue pas à elle seule le volume assez considérable qu'a acquis le côté droit des bourses. Le malade ne dit pas que l'écoulement blennorrhagique ait diminué, depuis deux jours, d'une quantité notable; et cette circonstance, du reste, est à peu près insignifiante pour le pronostic.

La maladie n'aura rien de grave, car le sujet est bien constitué. Chez ceux qui ont une prédisposition aux tubercules, l'orchite blennorrhagique est quelquefois comme le coup de fouet qui favorise l'apparition et hâte l'évolution de la maladie. J'en ai vu des exemples, dit M. Laugier, et la marche de l'affection tuberculeuse est alors beaucoup plus rapide que dans les cas où elle a suivi son allure ordinaire.

Le traitement doit être tout à fait antiphlogistique. Après une saignée générale, j'appliquerais des sangsues plutôt au niveau du cordon que sur les bourses; émolliens ; laxatifs.

La ponction de la tunique vaginale, conseillée par M. Velpeau, est une bonne pratique que l'on pourrait aussi mettre en usage.

L'épididyme reste fréquemment engorgé longtemps après que le testicule a repris son volume naturel ; et la persistance de ce symptôme suffit très souvent

pour faire reconnaître, à ne pas s'y tromper, l'existence antérieure d'une orchite blennorrhagique chez des personnes qui, après de longues années, n'en conservent plus que ce vestige.....

Le principal reproche qu'on puisse adresser à M. Laugier, c'est d'être trop développé et détaillé dans ses leçons. Malgré les avantages d'une pareille méthode d'enseignement, et l'instructive variété qu'elle répand sur la leçon, il en résulte nécessairement un peu d'obscurité et un défaut d'enchaînement et de suite; et souvent l'attention, à chaque instant déroutée, ne sait plus distinguer l'accessoire du principal. Cet avertissement que nous croyons devoir à M. Laugier ne nous empêche pas de rendre justice aux qualités qu'il a montrées dans cette épreuve; et si nous avons trouvé à critiquer dans l'arrangement des matériaux, on a pu voir, par le compte-rendu qui précède, que, sous le rapport du choix et de la qualité, ils méritent un rang à part.

M. BÉRARD.

Le premier malade est un ancien porteur à la Halle. De bonne santé jusque-là, il se laissa tomber, il y a deux ans, un sac très pesant sur la jambe droite. On le conduisit alors à l'hôpital, où il fut traité, dit-il, pour une luxation du genou. Le déplacement était-il complet ou incomplet? On ne saurait le préciser. Cependant, d'après les détails que donne le malade, M. Bérard inclinerait à penser que la luxation fut incomplète; car il paraît qu'un effort modéré parvint à en opérer la réduction. Sorti de l'hôpital après trois mois de séjour, il prit une profession moins fatigante. Mais, quoiqu'il ne marchât pas beaucoup, il s'est déclaré, depuis huit mois, et sans cause appréciable, un état dont nous allons faire connaître les effets.

Le genou droit a 18 centimètres de tour de plus que le gauche. La jambe est transportée en totalité dans une ligne située en dehors de la cuisse, de sorte qu'en suivant de haut en bas le côté externe du membre, on arrive au-dessous du condyle fémoral à une saillie formée par l'extrémité du tibia. En même temps, la jambe est inclinée sur la cuisse et forme avec elle un angle rentrant en dehors, ce déplacement augmente dans la station verticale. L'articulation est indolente; même à la pression, même aux mouvemens soit communiqués, soit volontaires. La tuméfaction du genou est due en partie à une collection intra-articulaire bien facile à reconnaître, en partie au gonflement des parties molles et des os. Outre une obliquité assez marquée en bas et en dehors, la rotule est plus large que celle du côté opposé.

Au premier coup d'œil, le membre paraît raccourci de 1 centimètre environ; mais la brièveté est plus considérable en réalité, et c'est l'abaissement du côté correspondant du bassin qui la dissimule en grande partie.

La santé générale n a aucunement souffert.

Quelles altérations existe-t-il chez ce malade? Nous pensons, dit M. Bérard, qu'il y a là subluxation consécutive du genou et hydarthrose. Mais on peut aller plus avant dans le diagnostic, et je crois être autorisé à affirmer que les cartilages sont usés, corrodés d'un côté; le craquement âpre et muqueux qu'on entend dans les mouvemens le prouve, et c'est d'ailleurs un phénomène fort commun dans les affections parvenues à ce degré. Il existe très probablement aussi une destruction de l'os, et peut-être le raccourcissement du membre est-il produit en partie par cette cause. Il s'est opéré une éburnation des surfaces osseuses dénudées, et les os voisins se sont hypertrophiés; du moins, ce sont là les suites ordinaires des altérations semblables, et l'agrandissement de la rotule, dans son diamètre transversal, prouve qu'un travail analogue a eu lieu ici. Du reste, il n'y a ni carie, ni nécrose; la synoviale est peut-être phlogosée; mais on la trouverait exempte de dégénérescence. Les parties molles sont saines, sans tendance à la suppuration.

En l'état présent, il n'y a aucun danger de mort. Cependant, avec les fatigues que lui impose sa profession, ce malade peut tôt ou tard voir l'hydarthrose se changer en une tumeur blanche, et l'on connaît la gravité de cette dernière affection.

Quels secours la médecine peut-elle apporter à ce malade? Nous n'avons pas trouvé les muscles fléchisseurs rétractés, ainsi que cela a lieu le plus souvent dans les cas semblables; il n'y a donc pas lieu, pour le moment, à faire la section sous-cutanée de leurs tendons. Je dis *pour le moment*, car les conditions pourraient changer; et peut-être devra-t-on plus tard diviser le tendon du biceps, celui des muscles de cette région qui concourt le plus à entretenir la subluxation, ou à la reproduire lorsqu'elle a été réduite.

La première indication est de faire disparaître le liquide qui remplit la cavité articulaire. Devrait-on l'évacuer par une ponction sous-cutanée, comme je l'ai déjà pratiqué une fois avec succès? Les faits récemment publiés ne sont pas encore assez nombreux pour justifier de semblables tentatives. Je ne conseillerais donc pas de la faire dans ce cas, d'autant plus qu'on pourrait obtenir la résorption du liquide par d'autres moyens, tels que les vésicatoires. (Nous ne saurions blâmer M. Bérard de la réserve qu'il a cru devoir montrer au sujet de cette application de la méthode sous-cutanée, quoiqu'il eût peut-être pu trouver dans l'analogie et dans les souvenirs de sa propre pratique de quoi le rendre un peu plus hardi. La question, nous croyons le savoir, se présentera prochainement, entourée de preuves cliniques assez nombreuses et assez péremptoires pour dissiper cette répugnance, bien excusable encore dans l'état actuel. Mais, si nous admettons, jusqu'à nouvel ordre, qu'on repousse la ponction sous-cutanée, comme dangereuse, dans les épanchemens articulaires, nous ne comprenons pas qu'on s'appuie, pour la condamner, sur ce qu'il existerait des moyens tout aussi sûrs et plus innocens d'évacuer le liquide. Est-ce sérieusement qu'on mettrait les vésicatoires en parallèle avec les méthodes d'évacuation directe, et qu'on jugerait l'action de ces exutoires assez infaillible, assez prompte pour faire rejeter toute idée de ponction! Si ce n'est pas là la pensée de M. Bérard, c'est du moins la conséquence logiquement contenue dans les termes dont il s'est servi pour l'exprimer, et nous croyons qu'il suffira de l'avoir énoncée explicitement pour que le candidat lui-même soit le premier à la désavouer.)

Après la disparition du liquide, il faudrait réduire la luxation, ce qui s'obtient facilement dans ce cas, puis maintenir l'immobilité, non avec le bandage dextriné, mais plutôt au moyen d'un appareil orthopédique qui laisserait le genou à découvert pour y permettre l'application de topiques, si leur emploi était nécessité de nouveau par la reproduction de l'épanchement articulaire.

Serait-il permis de provoquer l'adhésion en injectant un liquide irritant dans l'articulation? On connaît trop les dangers des inflammations des jointures pour oser conseiller un semblable moyen.

Si, malgré ce traitement, l'infirmité persiste, faudrait-il faire l'amputation? Non; si ce parti est à la rigueur proposable quand la difformité met obstacle aux fonctions du membre, il y aurait témérité condamnable à faire courir de tels risques à ce malade qui peut encore marcher, et parcourir même d'assez longues distances.

Mon second malade, dit en commençant M. Bérard, m'a jeté un instant dans un extrême embarras. A mes premières questions, il répond qu'il vient de Charenton, qu'il ne se plaint que de coliques. Je palpe l'abdomen, et je ne trouve qu'une tumeur avec matité à l'hypogastre. Croyant à une rétention d'urine, je le sonde, et j'évacue l'urine, mais la tumeur n'en persiste pas moins. Enfin, il m'avoue qu'il a une affection du fondement. Effectivement, en touchant par le rectum, j'ai trouvé un rétrécissement circulaire, assez peu serré pour admettre le bout du doigt en forçant un peu, assez mince pour qu'on en sente parfaitement la limite supérieure, une véritable valvule, en un mot. Au-dessus, se trouve un amas de matières stercorales, qui est précisément ce qui constitue la tumeur de l'hypogastre.

Le malade reste souvent 14 à 15 jours sans aller à la selle, puis cet état se termine par une débâcle. Il y a eu quelquefois des vomissemens, mais seulement bilieux. Depuis quelques jours, il rend très fréquemment des matières blanchâtres liquides, en petite quantité. Cette diarrhée coïncidant avec la constipation est une circonstance très fréquente dans les cas de ce genre; et il faut toujours l'avoir présente à l'esprit; car elle pourrait empêcher de reconnaître la constipation. Quand le malade a des selles solides, les matières sont arrondies, effilées.

Evidemment il s'agit ici d'un rétrécissement du rectum; mais de quelle espèce? Ce n'est pas un cancer; la tumeur n'a pas assez de consistance, et le malade n'a jamais rendu de sang par l'anus. Il n'a pas éprouvé non plus de symptômes syphilitiques, et le fondement n'est point infundibuliforme. C'est donc vraisemblablement un rétrécissement fibreux; c'est l'espèce la plus commune, et ce n'est pas la moins fâcheuse, du moins quant à l'état local, car elle est plus rebelle au traitement que la syphilitique, et il n'y a pas à espérer que l'ulcération vienne rétablir le calibre de l'intestin, comme cela arrive fréquemment dans le cancer.

On connaît les suites graves que peuvent entraîner ces maladies; douleurs abdominales, coliques, dysurie, perforations de l'intestin. Ces dernières ont lieu de deux manières différentes: ou l'ouverture se fait dans le péritoine, auquel cas la mort est prompte et inévitable, ou dans le tissu sous péritonéal, et alors des traînées purulentes peuvent se propager en tous sens et se faire jour, soit vers la marge de l'anus, soit dans tout autre point.

Le traitement doit être institué en regard de l'état général et de l'état local. Sous le premier rapport, il faut songer à tenir le ventre libre; il faut aussi préférer, pour la nourriture du malade, les alimens qui réparent beaucoup, tout en ne laissant que peu de résidu.

Le traitement curatif, proprement dit, comporte divers moyens: 1° Les corps dilatans, progressivement augmentés de volume. Leur pression agit comme corps mécanique pour ouvrir la stricture, et contribue aussi à résoudre la tumeur en modifiant la vitalité des tissus. 2° La cautérisation. Elle aurait ici peu d'avantages. 3° La pénétration de vive force. Ce procédé, comparable au cathétérisme de M. Mayor, ne présente pas, dans ces cas, les mêmes inconvéniens que dans les rétrécissemens de l'urètre. D'une part, en effet, on est bien assuré que l'instrument enfilera le canal sans faire de fausse route, et de l'autre, s'il y a une déchirure, ce mode de division a, sur l'incision, l'avantage d'exposer beaucoup moins à l'hémorragie et à l'infiltration des matières; on a aussi beaucoup moins à craindre de la voir s'étendre jusque dans le péritoine. Ce procédé paraît donc offrir une certaine supériorité, et le cas présent se prêterait d'ailleurs parfaitement à son application. 4° L'incision cependant serait ici plus praticable qu'elle ne l'est en général, vu le peu de hauteur du rétrécissement auquel nous avons affaire, et l'éloignement où il se trouve de la cavité péritonéale. On peut donc, chez ce malade, adopter à peu près indifféremment le procédé de l'incision ou celui de la déchirure. Mais, quelque parti que l'on prenne, il faudra toujours, après l'opération, compléter le traitement par l'emploi longtemps continué des corps dilatans, car la maladie récidive avec beaucoup de facilité. Ne pourrait-on, pour plus de garanties, habituer le malade à s'introduire lui-même les corps dilatans dans le rectum, comme on le fait pour les rétrécissemens de l'urètre?

Il n'est pas probable qu'on soit obligé d'établir un anus artificiel. Si cependant les progrès du mal imposaient cette nécessité, comme dernière ressource, ce serait au procédé de Callisen qu'il conviendrait de donner la préférence.

Si nous avons reproduit cette leçon plus longuement que les précédentes, c'est parce qu'elle nous a, en beaucoup de points, offert l'ensemble des qualités que doit réunir l'enseignement clinique. On a particulièrement remarqué, pour le premier malade, la manière dont le candidat a su tirer parti des commémoratifs, et les détails pleins de précision du diagnostic; pour le second, l'exposé des symptômes, fait avec beaucoup d'art et l'appréciation des divers moyens de traitement. Peut-être cependant l'histoire de ce second malade a-t-elle été traitée à un point de vue un peu trop général; et aurait-il mieux valu, au lieu de décrire les effets ordinaires des coarctations du rectum, dire quels étaient dans ce cas, et spécialement quelle atteinte la constitution du sujet avait subie par le fait de la rétention habituelle des matières, ce qui conduisait de suite à des indications plus précises pour le pronostic et le traitement. Malgré ce défaut, et l'exemple que nous en citons, le succès de M. Bérard a été aussi complet que légitime.

M. ROBERT.

M. Robert a d'abord eu à examiner une femme âgée de 20 ans, de tempérament sanguin, ne présentant aucune trace de scrofules, n'ayant jamais eu d'hémoptysie. Il y a quatorze mois, elle tomba de sa hauteur sur le siége et sentit à l'instant même une vive douleur dans le rachis, au bas de la région dorsale. Cette douleur persista, quoiqu'avec moins d'intensité, mais la malade négligea longtemps de s'en faire traiter. Ce ne fut que plus tard qu'on découvrit dans le point douloureux une tumeur, et il n'a pas été possible de savoir si elle datait du moment de la chute. Enfin, il se déclara de la faiblesse et de l'engourdissement dans les extrémités inférieures, et, ne pouvant plus continuer ses occupations, elle dut entrer à l'hôpital.

Au niveau du lieu indiqué, on voit une incurvation presqu'angulaire de la colonne, à convexité postérieure. La percussion et le palper ne montrent là aucune collection de liquide, et, malgré les investigations les plus minutieuses, on n'en reconnaît pas non plus dans les aînes, les fosses iliaques et les régions lombaires.

Du côté des membres inférieurs, la sensibilité est intacte, mais la malade ne peut exécuter aucun mouvement, et les jambes, soulevées, retombent comme une masse inerte. Le pouvoir expulsifs de la vessie semble n'être que légèrement affaibli. Quant à l'émission des selles, elle est involontaire lorsque les matières sont liquides, très difficile au contraire quand elles sont dures.

Nous excluons ici, dit M. Robert, toute participation de l'affection tuberculeuse, à cause de la constitution de la malade et de la circonstance particulière qui a donné lieu à la maladie. Quel est donc son mode de production? Par le fait de la chute, la colonne vertébrale, pressée en sens inverse, a éprouvé un contrecoup qui a contus, peut-être même tassé, écrasé le corps de quelques vertèbres. Il y a eu fracture de la colonne, et les mouvemens continuels auxquels la malade s'est livrée ont développé dans les fragmens une ostéite sub aiguë, une carie, dont l'existence nous est prouvée par la douleur et par l'apparition tardive de la paraplégie. Celle-ci tient peut-être un peu à la compression que la moelle subit de la part des fragmens déplacés, mais elle dépend surtout de l'engorgement, de la tuméfaction des membranes, qui se sont enflammées par contiguité. Si la paralysie a porté de préférence sur le mouvement, c'est que la partie la plus altérée des membranes est sa moitié antérieure, parce que c'est elle qui touche au corps des vertèbres, là où est le siége de la fracture.

La manière dont l'affection s'est développée ne la différencie pas d'une manière fort tranchée d'avec la maladie tuberculeuse, car on sait que celle-ci, à une certaine période de son évolution, peut déterminer par réaction des phénomènes inflammatoires. C'est donc plutôt la nature de la cause et la constitution du sujet qui éloignent l'idée de tuberculisation.

Toute maladie de la moelle est grave; car elle expose aux escarres, à la rétention d'urine, et aux abcès par congestion. (Nous ne reproduirons point ici les longs développemens dans lesquels M. Robert a cru devoir entrer à ce sujet. Il n'est guère possible en effet de les considérer autrement que comme des hors-d'œuvre, puisque, ainsi que le candidat lui-même l'a dit à ce propos, il n'existe, dans ce cas, ni imminence d'escarre, ni dysurie marquée, ni abcès par congestion.)

La guérison complète n'est guère présumable; car, en supposant qu'on se rende maître de la carie, il resterait toujours l'incurvation de la colonne, à laquelle la paralysie est peut-être due en partie.

L'expérience a prouvé que les antiphlogistiques ne conviennent pas à cette période de la maladie, bien qu'il y ait des signes d'inflammation. Les révulsifs les plus puissans sont au contraire indiqués, moxas, cautères. En même temps, on prescrira un repos prolongé et absolu pour attendre que la nature ait produit la consolidation, comme elle le fait dans ces cas, en établissant entre les deux fragmens une sorte d'étui, de gaîne qui comprend dans son intérieur le foyer des désordres.

M. Robert a formulé son diagnostic sans hésitation. Cependant les motifs sur lesquels il l'a fondé laissaient pour le moins quelques doutes. La paralysie, en effet, ne s'étant, d'après son dire, manifestée qu'un certain temps après la chute, il paraît assez difficile de partager son opinion sur la nature de la lésion à laquelle il l'attribue. Une fracture de la colonne laisse-t-elle ainsi un temps de répit avant l'apparition de ses symptômes? La paralysie qui en est la suite n'est-elle pas le plus souvent primitive? La fracture, d'ailleurs, résulte-t-elle d'une cause aussi légère que celle qui a agi dans ce cas? Enfin, l'invasion tardive, et la marche progressive des symptômes ne s'expliqueraient-elles pas beaucoup mieux par l'existence d'une maladie organique; tuberculeuse ou autre, dont la commotion traumatique n'aurait été que la cause d'évolution? Nous ne faisons ici que poser ces questions. M. Robert reconnaîtra sans doute qu'elles méritaient au moins d'être discutées.

Le second malade est un homme de 49 ans. A l'âge de 9 ans, il se fit une plaie au talon avec une faucille. Il y a quelques mois, un pli de sa chaussette ayant porté pendant une longue marche sur la cicatrice, celle-ci devint douloureuse, et le malade aperçut dans ce point une ecchymose. Bientôt la partie s'ulcéra; et le mal ayant persisté, malgré plusieurs cautérisations, il entra à l'hôpital où l'on a déjà, mais sans succès, appliqué le cautère actuel, et fait deux fois l'ablation des tissus malades avec l'instrument tranchant.

Le malade porte aujourd'hui une ulcération, large de près de 6 centimètres dans tous les sens, fongueuse, mollasse, saignant facilement, à suppuration fétide, à bords tuméfiés mais point durs, et renversés en dehors. D'après le degré de mobilité qu'on peut imprimer à sa base, il est permis de conjecturer qu'elle adhère à l'aponévrose plantaire, mais qu'elle ne va pas jusqu'aux os.

Depuis quatre mois, il s'est formé au creux poplité une tumeur qui, d'abord indolente, offre maintenant l'apparence d'un phlegmon, et n'est d'ailleurs point le siége de douleurs lancinantes. C'est un engorgement ganglionnaire; et l'anatomie nous apprend pourquoi l'irradiation inflammatoire de l'ulcère du talon a manifesté ses effets dans le jarret plus promptement que dans l'aîne. Au reste, il existe aussi, mais depuis huit jours seulement, une légère tuméfaction dans ce dernier point.

Quelle est la nature de cette ulcération? Ce n'est pas un squirrhe, car il n'y a point eu jusqu'ici destruction des tissus. Ce n'est point une production encéphaloïde, la marche aurait été plus rapide.........

Le temps a manqué à M. Robert au moment où il allait se prononcer et compléter une des bonnes descriptions de malades que nous ayons entendues dans ce concours; et l'auditoire a paru regretter vivement de ne pouvoir connaître le mot de l'énigme.

M. PH. BOYER.

Le sujet de la première partie de cette leçon est une femme de 56 ans, qui, en tombant la veille dans son escalier, s'est fait au-dessus du sourcil droit une petite plaie contuse; il y a en même temps ecchymose sous-conjonctivale et légère excoriation à la pommette. Le stylet porté au fond de la plaie fait reconnaître que l'os est dénudé et fracturé avec un peu d'enfoncement. Au nombre des suites possibles des contusions qui portent sur cette partie du crâne, M. Boyer indique la perte de la parole dont il cite deux exemples qui lui sont propres. Ici, la malade n'a perdu connaissance que pendant un quart d'heure environ, ce qui, au dire du candidat, ne dénote qu'un ébranlement passager et non une commotion réelle. Il n'y a donc pas jusqu'à présent d'accidens graves; mais toute fracture du crâne, quelque minime qu'elle soit, doit être surveillée avec attention; et, dans la pratique, il faut toujours avoir égard à cet axiôme populaire que les suites en sont à craindre jusqu'au quarantième jour.

L'ecchymose sous-conjonctivale qui existe ici ne se manifeste pas dans toutes les fractures de l'orbite; elle peut aussi être produite par un coup direct sur le globe oculaire. Dans ce dernier cas, elle est généralement bornée à cette partie de la conjonctive qui est à découvert lorsque les paupières s'entr'ouvrent; elle est au contraire plus diffuse lorsque le sang s'est primitivement épanché dans le tissu cellulaire de l'orbite. (Ce phénomène a lieu en effet assez ordinairement, quoiqu'il ne nous semble pas mériter, comme signe distinctif, toute la valeur que lui attribue M. Boyer. Cette différence entre les deux espèces d'ecchymose, tient à ce que celle qui succède à une contusion directe s'accompagne plus fréquemment et plus tôt d'inflammation, et par suite d'un boursoufflement sur lequel les paupières peuvent plus facilement laisser leur empreinte.)

Si j'avais à traiter cette malade, continue le candidat, je lui aurais déjà fait une saignée le jour de son entrée, et je l'aurais répétée une ou deux fois le lendemain, si le gonflement des bords de la plaie ou la céphalalgie s'étaient prononcés. Je n'aurais pas autant de confiance aux sangsues appliquées sur les apophyses mastoïdes, et en général l'écoulement sanguin auquel elles donnent lieu affaiblit les malades sans produire une déplétion aussi marquée que la saignée du bras. (Assertion qui demandait à être motivée.) M. Boyer cite à l'appui de cette pratique les succès qu'il en obtient dans son service de l'hôpital Saint-Louis où il est souvent parvenu à guérir des fractures qu'on pouvait regarder comme siégeant à la base du crâne, si l'écoulement de sérosité par l'oreille est effectivement un signe pathognomonique de cette espèce de lésions.

Il n'y a pas lieu, pour le moment, de débrider la plaie; on s'y déciderait ultérieurement si des accidens sérieux nécessitaient une médication énergique. Il suffit donc de réunir la plaie, de couvrir son pourtour de résolutifs, de tenir la malade à la diète et de lui donner un purgatif.

Le second malade est un enfant de 14 ans, du pays de Caux, qui, outre une opacité légère de la cornée, un commencement de cataracte, un strabisme convergent et un engorgement glandulaire du cou, porte une division congénitale du palais, avec division de la voûte palatine, mais de la voûte osseuse seulement, car la muqueuse est intacte et ne présente aucune solution de continuité. Ce cas est très rare.

On connaît les conséquences de ce vice de conformation pour l'articulation des sons, la déglutition, etc. Ici cependant, grâce à la conservation de la muqueuse, les alimens et les boissons ne reviennent pas par les fosses nasales. Je lui ai demandé s'il avait pu téter; mais il ne m'a point compris, car, en Normandie, on n'a pas pour habitude d'élever les enfans en leur donnant le sein.

Cette maladie pourrait prêter à des considérations fort étendues; je me contenterai, dit M. Boyer, d'examiner si la staphyloraphie est applicable à tout âge; si à tout âge, du moins, on peut s'en promettre un heureux résultat. Eh bien! si cet enfant m'appartenait, j'attendrais, pour l'opérer, qu'il fût complètement développé, d'abord parce qu'il aurait plus de raison et serait conséquemment capable de mieux supporter la manœuvre opératoire et d'en seconder les effets par sa docilité, puis parce que les muscles auraient alors acquis plus de volume et formeraient une couche épaisse, plus susceptible de se prêter à la réunion. Je sais bien qu'en temporisant, on peut mettre obstacle au développement intellectuel de l'enfant par la gêne et l'imperfection que conservera la parole; mais je sais, d'un autre côté, qu'un premier avivement infructueusement pratiqué diminuerait notablement les chances de succès d'une seconde tentative. Pour toutes ces raisons, je crois qu'il vaudrait mieux attendre. (L'influence que la réunion du voile du palais, une fois obtenue, exerce sur le rapprochement des deux moitiés de la voûte, ne devrait-elle pas déterminer à avancer, dans ce cas, de quelques années, le moment de l'opération? Peut-être aussi eût-il été convenable de dire un mot des moyens mécaniques qu'on emploie pour pousser l'un contre l'autre les deux os maxillaires. Dût leur action rester insuffisante, on se trouverait bien, néanmoins, de les appliquer avant de tenter la staphyloraphie; car la diminution de la fissure palatine, quelque petite qu'elle fût, préparerait toujours le succès de cette opération.)

Il ne nous a pas été possible de reproduire dans tous ses détails la leçon de M. Boyer, car trop souvent nous avons eu le regret de le voir abandonner son malade pour traiter longuement des questions qui ne regardaient celui-ci que fort indirectement. C'est là, du reste, une conséquence toute naturelle de la manière de ce candidat. Son enseignement n'a rien du ton dogmatique ni de l'em-

phase professorale. Confabulation toute familière, un peu prolixe peut-être, un peu naïve de forme, mais attachante par sa simplicité même, et semée d'exemples instructifs, la bonne foi et la vérité en sont les caractères dominans : avec ces qualités, un professeur est toujours assuré de se faire écouter.

BIBLIOGRAPHIE.

DES FONCTIONS ET DES MALADIES NERVEUSES DANS LEUR RAPPORT AVEC L'ÉDUCATION SOCIALE ET PRIVÉE, MORALE ET PHYSIQUE; ESSAI D'UN NOUVEAU SYSTÈME DE RECHERCHES PHYSIOLOGIQUES ET PATHOLOGIQUES SOUS LES RAPPORTS DU PHYSIQUE ET DU MORAL; par le docteur CERISE, ouvrage couronné par l'Académie royale de médecine, dans la séance du 17 septembre 1840. — 530 pages in-8°. Paris, 1842. Chez Germer-Baillière, libraire-éditeur.

Les affections nerveuses, qui avaient été délaissées depuis longtemps, souvent même méconnues, commencent à reprendre dans la littérature médicale une partie de l'importance que doivent leur donner et leur fréquence et leur gravité, et certains rapports signalés entre ce qu'on appelle vulgairement les progrès de la civilisation et leur accroissement en fréquence. Jusqu'ici pourtant la plupart des travaux publiés récemment n'ont eu pour but que des affections isolées ou des classes spéciales des maladies nerveuses. Les recherches dont les névralgies, quelques névroses et les affections mentales ont été l'objet, prouvent qu'enfin on a reconnu que toute la pathologie n'est pas renfermée dans l'histoire des maladies des appareils vasculaire et digestif; mais nous n'avons aucun travail sur les maladies nerveuses en général; et pourtant quel appareil réclamait davantage cette étude? En est-il un autre dont les fonctions soient autant en dehors des lois physico-chimiques et mécaniques, dont l'étude appartient à d'autres parties de la science? N'est-ce pas le système nerveux qui, dans l'organisme, est chargé des fonctions les plus élevées, et n'est-il pas le véritable intermédiaire entre le reste de l'organisme et l'intelligence? Si son mode d'action ne peut être assimilé à celui d'aucun autre grand système; si, dans l'ordre des voies de la nature, il leur est supérieur; si surtout c'est de lui ou par lui qu'ils reçoivent leur impulsion vitale, peut-on espérer des progrès réels dans les études médicales sans en avoir fait le sujet d'études toutes spéciales, non seulement sous le point de vue de l'anatomie et de la physiologie, mais aussi sous celui de la psychologie et de la pathologie. L'anatomie de ce système a été l'objet de longs et de beaux travaux, et nous aurions de la peine à compter tous les ouvrages publiés depuis quelques années seulement sur cette partie de la physiologie qui comprend ses rapports avec les autres appareils, mais sa pathologie générale surtout a été négligée. Aussi voyons-nous avec plaisir les efforts qu'a faits M. Cerise, dans le volume que nous avons en main, pour combler une partie de ce vide. Disons d'abord quelques mots sur la destination primitive de ce travail, sur le point de vue d'où l'auteur a considéré les fonctions et les maladies nerveuses, et sur la méthode qu'il a suivie, nous ferons ensuite connaître les principaux résultats auxquels il est arrivé.

Ce travail, présenté deux fois à l'Académie de médecine pour le concours que cette société savante avait ouvert à l'occasion du prix fondé par mad. Michel de Civrieux sur la question suivante : *Déterminer l'influence de l'éducation physique et morale sur la production de la surexcitation du système nerveux et des maladies qui sont un effet, consécutif de cette surexcitation*, ce travail reçut la première fois, en 1838, une médaille d'encouragement, et fut couronné en 1840. La troisième épreuve à laquelle il est soumis en ce moment ne lui sera pas moins favorable, nous le pensons, que les deux premières.

Si, pour étudier le système nerveux, on se borne à le considérer d'un point de vue seulement et à la manière des organiciens, en ne tenant compte que de sa structure et de ses propriétés physiques, on ne peut arriver qu'à des résultats très erronés; c'est surtout du système nerveux qu'on doit dire ce que Cabanis avait dit de l'homme lui-même. « La connaissance de la structure et des propriétés du corps humain doit diriger l'étude des phénomènes de la vie; d'autre part, ces phénomènes embrassés dans leur ensemble et considérés sous tous les points de vue jettent un grand jour sur ces mêmes propriétés qu'ils montrent en action. » Or les phénomènes du système nerveux ne peuvent être étudiés avec fruit que considérés sous les divers aspects sous lesquels ils s'offrent à l'observation et avec les lumières que fournissent, d'une part, la physiologie par l'étude de la structure et des propriétés matérielles; de l'autre, la philosophie par celle de ses rapports avec le monde moral et intellectuel. C'est à l'union de ces deux sciences appliquées à l'étude de l'homme considéré sous tous les points de vue que M. Cerise donne le nom de méthode psycho-physiologique, méthode qui est également et surtout applicable à l'étude des fonctions et des maladies du système nerveux; voici comment M. Cerise expose lui-même la manière dont il a été amené à cette étude et la marche qu'il a suivie. « Quand nous voyons le système nerveux pénétrer dans les profondeurs de l'organisme, comme pour en interroger les besoins et les prédispositions, quand nous le voyons ensuite s'épanouir, d'une part, dans les régions du monde physique, et de l'autre du monde moral, comme pour y puiser les élémens qui correspondent à ces besoins et à ces prédispositions...... Quand nous le voyons ouvrir ainsi devant nous un triple sillon; nous ne pouvons nous empêcher de le suivre, de le prendre pour guide dans notre étude des phénomènes affectifs, sensoriaux et intellectuels.... Lorsqu'une fois on est parvenu à dégager de l'ensemble des opérations du système nerveux, les trois élémens principaux de la vie morale et intellectuelle de l'homme, il faut s'enquérir des relations étroites et compliquées qui existent entre ces élémens, afin de découvrir le rôle qui appartient à chacun d'eux dans les opérations de l'ensemble... Nous avons été conduit à suivre cette marche, obligé, comme nous l'étions, de voir le système nerveux aux prises à la fois avec les influences physiques qui, en troublant les fonctions de la vie de nutrition, portent le désordre dans les idées et les sentimens et avec les influences morales qui, en troublant les idées et les sentimens, portent le désordre dans les fonctions de la vie de nutrition.... Il nous a été permis, après avoir suivi cette méthode d'observation complète, de nous élever à quelques inductions physiologiques et pathogéniques qui ont au moins cet avantage de présenter sous un nouveau jour l'histoire générale des fonctions et des maladies nerveuses. »

Les trois ordres d'influences qui interviennent dans les fonctions et les maladies nerveuses sont représentés dans le système nerveux de l'homme par trois appareils distincts. Les influences de l'organisme qui renferment le tempérament, la disposition générale des troubles fonctionnels, de la vie de nutrition, des besoins, des penchans, etc., sont représentées par l'appareil ganglionnaire; les influences du monde physique le sont par les appareils sensoriaux, et les influences du monde spirituel ou les idées par l'appareil psycho-cérébral, dans lequel chacune d'elles imprime une modification distincte. Telle est la formule anatomo-physiologique des phénomènes d'impressionnabilité et d'inervation que donne l'auteur et qui diffère si complètement, comme on le voit par cet énoncé, de la méthode matérialiste de Cabanis et des organiciens modernes qui, en attribuant l'influence du moral sur le physique à une réaction sympathique des viscères sur le cerveau, ont avancé une erreur palpable et refusé à l'homme le seul élément qui l'élève réellement au-dessus du reste de la création : la spontanéité de l'idée.

Après avoir fait connaître, dans l'introduction que nous venons de résumer en quelques mots, la méthode qu'il a adoptée dans ses recherches, et les principes sur lesquels elle repose, M. Cerise se livre à l'étude des influences diverses qui agissent sur le système nerveux et lui impriment ces profondes modifications que l'on a souvent rapportées à des circonstances auxquelles elles étaient tout à fait étrangères. Nous allons indiquer rapidement ces influences. Elles sont, dans l'ouvrage de M. Cerise, chacune l'objet d'un chapitre particulier, et elles y ont reçu tous les développemens qui ressortent de la méthode adoptée.

Le tableau de l'influence qu'exercent sur le développement du système nerveux les institutions sociales et le langage qui sert à les transmettre fournit à l'auteur l'occasion d'une foule de remarques d'une grande importance sur les modifications qui en résultent pour l'homme dans les fonctions et les maladies propres à son système nerveux. Pour exemples, nous nous contenterons de citer l'arrêt de développement dont sont frappées les différentes parties du système nerveux par l'interruption trop prolongée des excitations auxquelles elles sont appropriées, et la faible intensité de la sensibilité morale et physique chez les hommes exclus du commerce intellectuel par la privation native de la parole, chez les sourds-muets.

Il résulte des faits consignés dans ce chapitre, parmi lesquels ceux relatifs aux sourds-muets, et observés par Itard, appellent surtout l'attention, que la prédominance de quelques phénomènes déterminés d'impressionabilité et d'inervation qu'on représente comme étant, chez certains peuples, le résultat de causes physiques et organiques, est due en général à l'influence des institutions religieuses et politiques. L'histoire du mysticisme, du suicide, du courage militaire, de l'esclavage, viennent à l'appui de ce fait si souvent méconnu des physiologistes.

L'influence de l'excitation nerveuse et ses rapports avec l'éducation

physique et morale fournissent d'importantes données dont l'appréciation étiologique et clinique occupe plusieurs chapitres. Deux points surtout ont frappé notre attention dans cette étude, dont l'un se lie surtout à l'éducation physique, et l'autre appartient plus spécialement à l'éducation morale ; le premier est relatif à l'influence du sang sur l'excitation nerveuse, question si éminemment pratique; le second, au but d'activité de la vie, source d'un si grand nombre de phénomènes d'impressionnabilité et d'innervation, et qui offrent tant de variétés, suivant la direction de ce but, son élévation et sa moralité.

Les troubles de l'impressionnabilité et de l'inervation reconnaissent deux ordres de causes qui se rapportent aussi, les unes au physique, et les autres au moral de l'homme, et qui sont la mauvaise direction, d'une part, du régime et des exercices, de l'autre, des idées et des sentimens. Dans les chapitres où ces causes sont exposées avec développement, nous trouvons d'excellentes règles sur la direction du régime et des exercices, sur les effets fâcheux qu'une direction opposée produit dans les opérations du système nerveux, qui peut être surexcité par les causes les plus opposées, par l'excès ou la privation des excitations sensoriales, par les excès intellectuels comme par l'inaction des aptitudes intellectuelles, par les exercices musculaires excessifs comme par l'absence de ces mêmes exercices. Cette partie du travail de M. Cerise est pleine d'enseignemens que devraient posséder tous ceux qui sont appelés à agir sur les premières années de l'enfance ; ils reconnaîtraient combien sont nombreuses les circonstances qui amènent cette excitation nerveuse, aujourd'hui évidente, incontestable, et à laquelle on doit tant de morts prématurées, ou, ce qui est encore plus pénible, tant d'intelligences perdues ou détournées de la route qu'elles devaient suivre.

Nous trouvons, dans l'étude des mauvaises directions données aux idées et aux sentimens, des renseignemens plus importans encore, et qui appellent l'attention des classes les plus élevées de la société, ainsi qu'il va ressortir de la simple indication des questions que l'auteur rapporte au même sujet : 1° l'absence d'un but d'activité honorable et sérieux; 2° l'enseignement d'un but d'activité matérialiste; 3° l'enseignement d'un but d'activité mystique; 4° l'influence des diverses causes morales et physiques dont l'ensemble constitue la civilisation d'un peuple.

Jusqu'ici nous avons suivi l'auteur dans l'exposition des faits qui mettent tout à fait hors de doute l'influence de l'éducation morale et physique, sociale et privée, sur les fonctions et les maladies du système nerveux; il nous reste encore à faire connaître les lois en vertu desquelles s'exerce cette influence. Mais ne pouvant pénétrer dans tous les développemens qu'il a donnés à cette partie de son travail sans craindre de le faire incomplètement comprendre, nous nous bornerons à indiquer quelques-unes des considérations qui nous paraîtront les plus importantes, et renvoyons à l'ouvrage lui même pour les preuves et les détails, et même pour les faits intermédiaires que nous ne pouvons reproduire.

Bien que nous ne sachions rien sur l'organisation intime des nerfs ni de leur mode d'action, il est certain que l'excitation nerveuse doit être regardée comme le résultat d'une relation fonctionnelle déterminée par une cause appropriée entre un élément du sang artériel et l'élément nerveux. La force qui en résulte, de quelque nature qu'elle soit, est désignée par M. Cerise sous le nom de *névrosité*, expression qui a au moins le mérite de ne rien préjuger sur ce point et d'indiquer seulement une quantité d'élémens nerveux et artériels destinée à se manifester dans l'excitation nerveuse par des phénomènes de déperdition, d'épuisement, d'accumulation, d'irradiation, etc. Uniformément répartie dans tout le corps, la névrosité serait l'inertie complète. Tout acte de la vie morale et intellectuelle en cause une déperdition partielle ; prodiguée dans un appareil, elle fait défaut dans un autre, grâce à la diversion artérielle qui en résulte. Le renouvellement gradué des déperditions de cette force ou plutôt de ces excitations sur le même point, au lieu d'émousser la sensibilité, comme on le pense communément, ne fait que diminuer la susceptibilité des appareils nerveux et en rendre les opérations plus énergiques et plus étendues. La sympathie n'est autre chose qu'une irradiation de la névrosité ayant lieu sans l'intervention de l'activité morale et intellectuelle ou se produisant sans conscience par l'effet de l'habitude. Le renouvellement fréquent des excitations normales dont un appareil nerveux est le siège donne lieu au développement de l'organisme médullaire.

L'association des excitations fournit à M. Cerise une foule d'applications à différentes opérations de l'entendement et l'amène à l'examen, non pas de l'origine primitive des idées ou de leur mode de formation; mais de la manière dont elles arrivent à chacun dans l'état actuel des choses. Nous ne pourrions, faute d'espace et de temps, le suivre dans cette sphère mystérieuse, et cependant le pathologiste doit s'élever de temps en temps s'il ne veut voir sa compétence sur des questions toutes pratiques souvent contestée. Nous dirons pourtant qu'il fait jouer dans cette exposition un rôle important à cette masse imposante d'idées, espèce d'atmosphère spirituelle qui va en grandissant continuellement depuis l'origine de l'homme et dans laquelle les individus puisent dès leur naissance, les élémens de leur vie morale et intellectuelle à l'aide du langage et des sens qui le lui transmettent ; mais par quelle merveilleuse adaptation le cerveau qui est le centre et le rendez vous de tant d'excitation peut-il s'approprier ces idées, se les rendre propres à lui-même et former de tant d'images et d'idées isolées une unité, une conscience douée de tant de qualités, c'est ce que nulle bouche d'homme n'a pu dire encore, et dont l'explication la plus irrationnelle a été avancée par ceux qui soutiennent que « la pensée est secrétée par le cerveau de la même manière que la bile l'est par le foie. »

L'étude des troubles de l'impressionnabilité et de l'innervation qui sont considérés comme le résultat d'excitations insuffisantes ou excessives et d'irradiations anormales, amène l'auteur à dire quelques mots d'une méthode de classification des principales formes de la surexcitation nerveuse. Nous trouvons dans cette classification d'abord une névropathie générale qui n'est caractérisée par aucun symptôme dominant, et ensuite les maladies spéciales auxquelles la prédominance d'un appareil particulier fournit un caractère différent et qui se divisent en trois genres principaux. Le premier comprendrait celles qui sont caractérisées par la prédominance des troubles spéciaux de la vie organique, les névralgies, etc.; le second, celles où prédominent les troubles de la sensation et de la locomotion; le troisième, enfin, celles qui sont caractérisées par la prédominance des troubles de l'intelligence, c'est-à-dire les diverses formes de l'aliénation mentale. Cette dernière n'est point une altération de l'activité spirituelle, car l'activité spirituelle échappe nécessairement aux altérations qui attaquent la matière organisée, mais elle est le résultat des troubles survenus dans les fonctions organiques.

Les recherches de M. Cerise, comme on le voit par ce dernier passage de son ouvrage, et comme il ressort au reste de toute l'analyse que nous venons d'en donner, ont toutes été faites sous l'influence et avec le secours d'une doctrine puissante autrefois, maintenant presque abandonnée parmi nous, mais autour de laquelle se groupent aujourd'hui quelques hommes dont les efforts et les talens lui assurent déjà une partie de l'influence qu'elle n'aurait jamais dû perdre. Le spiritualisme rationnel dont on trouve à chaque pas des traces dans le traité de M. Cerise, tant qu'il est resté isolé du reste de la science et exposé par des hommes étrangers à cette dernière, s'est trouvé trop souvent en désaccord avec elle et aussi avec l'entraînement si général de nos jours pour les études physico-chimiques ; présenté au contraire par des hommes auxquels les faits scientifiques sont familiers, il offre à ceux qui ont reconnu tout le vide des explications dernières données par les organiciens modernes une solution que rien ne contredit ni dans l'histoire de l'homme, ni dans le vaste tableau de ce qui l'environne et qui, en élevant l'homme à ses propres yeux, satisfait ce besoin si puissant d'avenir que la nature n'a pas dû lui donner plus en vain que tant d'autres besoins dont elle a accumulé autour de lui les moyens de satisfaction.

Si ces recherches laissent encore des doutes sur diverses parties de la grande question de l'influence du physique et du moral chez l'homme, et qui n'a pas été résolue, comme on le dit chaque jour, par les recherches des organiciens, il n'en est pas moins vrai qu'elles nous fournissent des données fort exactes sur la manière dont l'éducation publique et privée intervient dans les fonctions et les maladies nerveuses. La distinction qu'établit M. Cerise entre les influences générales et sociales qui se mêlent intimement et nécessairement à l'atmosphère spirituelle et matérielle dans laquelle vit l'homme et les influences spéciales qui dépendent du régime et de l'exercice, non seulement est vraie, mais offre de nombreuses applications par les indications qui en ressortent naturellement. Aussi, son travail nous parait digne de fixer l'attention, non seulement des médecins auxquels l'étude des affections nerveuses offre de si grandes difficultés, mais encore de tous ceux qui prennent quelque intérêt à l'amélioration de l'espèce humaine, et qui, pour cela, n'ont pas une confiance illimitée dans ce qu'on appelle aujourd'hui les progrès de la civilisation moderne.

G.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 19. (TOME X. — 1842.) SAMEDI 7 MAI 1842.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des Hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

ÉPIDÉMIES.

RELATION DE L'ÉPIDÉMIE DE MÉNINGITE ENCÉPHALO-RACHIDIENNE, OBSERVÉE A LA CLINIQUE MÉDICALE DE LA FACULTÉ DE STRASBOURG, EN 1841; par C. Forget, professeur de clinique médicale et de maladies épidémiques.

(Suite. — Voir les numéros 15, 16 et 17.)

§ X. — NATURE DE LA MALADIE.

Nous étudierons, dans deux articles successifs : 1° les caractères anatomiques; 2° les symptômes, comme pouvant servir de base à l'appréciation réelle de la nature ou de l'essence de notre maladie; c'est-à-dire que nous rechercherons, dans ces deux ordres de moyens, si notre méningite encéphalo-rachidienne épidémique diffère essentiellement de la même affection à l'état sporadique; car tel est le point en litige.

1° Lésions anatomiques.

Parmi les circonstances qui ont pu faire croire à la nature spécifique de notre épidémie, il en est un certain nombre empruntées aux caractères anatomiques, et dont voici les principales :

1° Sécrétion puriforme généralement rencontrée à l'autopsie, même à une époque très rapprochée de l'invasion.

2° Siége de cette sécrétion sous l'arachnoïde, et non pas à la superficie ou dans la cavité de cette membrane.

3° Distribution des produits pseudo-membraneux ou puriformes, selon le trajet des vaisseaux principaux de la périphérie.

4° Aspect souvent gélatineux de la matière épanchée.

Feuilleton.

PARACELSE, SA VIE ET SES DOCTRINES.

> « Homme du dix-neuvième siècle, ne méprise pas Paracelse! »
>
> (Lerminier, *Au-delà du Rhin.*)

Il est dans l'avènement de toute idée grande ou féconde une période de crise et de secousse violentes. Point de victoire sans combat, point de consécration sans épreuve : c'est une loi de l'humanité. Durant cette période de déchirement intestin, au milieu des opinions qui s'écroulent et des opinions qui s'élèvent, au sein des ruines d'un vieux monde et des plans d'un monde prêt de naître, inquiète, oppressée, haletante, la pensée hésite d'abord, puis bientôt se trouble et chancelle. Tant de labeur l'énerve, tant de souffrance l'épuise. Aussi, dans sa détresse, elle se prend tout à coup d'une ardeur maladive; une fièvre spontanée l'agite et la dévore. Sans réflexion, elle reçoit tout ce qui se présente ; sans examen, elle embrasse tout ce qui se propose; peu lui importe l'objet de ses méditations, pourvu que cet objet lui laisse entrevoir une perspective et un moyen de salut.

Paracelse vivait précisément dans une de ces époques transitoires, c'est-à-dire vers la première moitié du seizième siècle, ce grand siècle qui devait enfanter trois révolutions. Il arrivait en pleine Renaissance pour y remplir un rôle capital, pour y diriger le commandement même d'une de ces trois révolutions. Homme unique dans les fastes de la médecine, sous le point de vue de la hauteur et de la variété de ses connaissances, son génie n'était pas inférieur à sa tâche; seulement ce génie devait être obscurci et gaspillé par l'excentricité la plus déplorable. Les écarts inouis de cet homme expliquent les colères soulevées contre ses ouvrages; et de ses rêveries, de ses superstitions sans nombre, dérive la haine implacable qui pesa si longtemps sur sa personne. En effet, Paracelse ne fut pas seulement méconnu par la majorité de ses contemporains, il fut encore outragé par le dix-septième siècle, et surtout par le dix-huitième. La science, parvenue à son état adulte, forte et définitivement constituée, l'ingrate, l'orgueilleuse qu'elle était, la science reniait hautement son origine, la répudiait et la repoussait avec mépris. Néanmoins, auprès d'une minorité d'élite, durant sa vie comme après sa mort, Paracelse put jouir d'une immense célébrité; le bruit de son nom put rencontrer des échos dans toute l'Europe civilisée; bien plus, témoignage presque infaillible de la suprématie véritable, aucun savant de l'époque n'eut le privilége d'occuper autant que lui l'esprit et la curiosité de la foule. Pour le peuple, c'était mieux qu'un homme, c'était un dieu; dieu persécuté, avili sans doute, mais dont le triomphe se déployait parmi les rigueurs de la persécution, dont le culte grandissait et se propageait en raison directe de l'avilissement qu'on prétendait lui imprimer. Si de tels transports d'enthousiasme n'existent plus aujourd'hui, si l'auréole éclatante qui ceignait le front de cet homme a suivi les dieux dans leur

5° Doutes sur l'identité des produits épanchés avec le pus véritable ou phlegmoneux.

Or, nous allons démontrer 1° que toutes ces circonstances se rencontrent en fait dans des cas assez nombreux de méningite sporadique ; 2° que ces mêmes circonstances s'expliquent très rationnellement avec les simples données de l'anatomie et de la physiologie.

S'il est vrai de dire que, dans la majorité des cas de méningite sporadique, ce sont ou de la sérosité ou de simples produits pseudo-membraneux qui sont sécrétés ; s'il est également vrai que, dans beaucoup de cas, c'est à la surface de l'arachnoïde et non sous elle que ces produits se rencontrent, il n'en est pas moins vrai que, plus souvent qu'on ne pourrait l'imaginer, c'est une matière puriforme qui est sécrétée, et que cette matière se rencontre entre l'arachnoïde et la pie-mère. Il est même assez singulier que mes recherches à cet égard tendent à démontrer que cette dernière circonstance est la règle plutôt que l'exception. Cela pourrait bien être en effet, car il a dû souvent arriver que des observateurs peu attentifs aient considéré, comme existant à la surface de l'arachnoïde, des produits déposés sous elle, et que sa transparence faisait paraître extérieurs. Il n'est personne qui n'ait commis cette erreur à première vue, surtout lorsque l'arachnoïde était considérée, sans contestation, comme le tissu producteur de ces sécrétions. Quoi qu'il en soit, voici les faits :

J'ouvre le plus classique de nos ouvrages modernes, la CLINIQUE MÉDICALE, du professeur Andral (3e édit., 1834), au chapitre des *Maladies de l'arachnoïde et de la pie-mère* (tom. 5e), et je vois : Obs. VI. « L'hémisphère gauche offre une teinte rouge très prononcée. Cette teinte réside tout entière dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien. » (P. 24.) On voit ici la lésion élémentaire précédant les produits sécrétés siéger manifestement sous l'arachnoïde, et s'il n'y a pas de pus, il n'y a pas non plus de sérosité. « On ne trouve d'ailleurs dans ce tissu ni sérosité, ni pus épanché. » (*Ibid.*) Mêmes considérations pour l'obs. VII, où il existe une vive injection de la pie-mère qui tapisse l'extrémité antérieure des hémisphères.

L'obs. XI est intitulée : « Infiltration purulente du tissu cellulaire sous-arachnoïdien, etc. » (P. 42.) Nous trouvons en effet à l'autopsie : « La pie-mère qui tapisse la surface supérieure des deux hémisphères est infiltrée d'une couche purulente épaisse ; l'arachnoïde elle-même paraît intacte. » (P. 44.)

L'obs. XII est de même intitulée : « Infiltration purulente du tissu cellulaire sous-arachnoïdien, etc. » (P. 48.) A l'autopsie : « Un liquide trouble, lactescent, infiltrait en quantité notable le tissu cellulaire sous-arachnoïdien de la convexité des hémisphères.... » (P. 51.) Pour M. Andral, le liquide trouble, lactescent, est bien de la matière purulente.

Obs. XIII : « Sérosité trouble, abondante, dans la pie-mère. » (P. 55.)

L'obs. XVI semble être empruntée à notre épidémie : « Nous trouvons toute la surface inférieure des hémisphères cérébraux recouverte par une couche épaisse de pus concret contenu dans la pie-mère ; il y en avait surtout en grande quantité dans la scissure de Sylvius et autour du chiasma des nerfs optiques. » (P. 64.)

L'obs. XVII est plus curieuse encore ; elle est intitulée : « Céphalalgie intense au début, avec vomissement, tendance au sommeil et à l'immobilité (par douleur de la nuque), état normal des pupilles. Pouls constamment naturel ; infiltration purulente de la pie-mère de la base du cerveau et du cervelet. » (P. 67.) N'est-ce pas là le tableau raccourci des phénomènes principaux de notre épidémie ?

Dans une seule des observations de M. Andral, nous trouvons des produits pseudo-membraneux déposés à la surface de l'arachnoïde, c'est à l'obs. VIII : « On trouve étendue, sur l'arachnoïde qui tapisse la convexité de l'hémisphère gauche, une fausse membrane blanchâtre, molle, simplement apposée sur l'arachnoïde, à laquelle elle n'adhère par aucun lien.... Sur d'autres points de l'arachnoïde sont déposées comme des gouttelettes d'un pus blanc, épais, qu'on enlève avec le dos du scalpel... Au-dessous de la fausse membrane et des gouttelettes, ainsi que dans les intervalles, l'arachnoïde ne présente aucune altération appréciable, etc. » (P. 32.)

Nous nous servirons bientôt de l'obs. X pour expliquer cette espèce d'anomalie.

Enfin, lorsque M. Andral vient à résumer l'histoire anatomique de la méningite, il s'exprime en ces termes : « On ne doit admettre que l'arachnoïde a été le siége d'une sécrétion morbide que lorsque le produit de cette sécrétion se retrouve dans sa cavité même ; » principe qui nous paraît contestable. « Or, ce cas est lui-même beaucoup plus rare que celui dans lequel le produit morbide se rencontre en dehors de l'arachnoïde, dans le tissu cellulo-vasculaire qui constitue la pie-mère. » (P. 144.) Nous les avons rencontrées (les lésions de la pie-mère) bien plus fréquemment que les lésions des autres membranes.... Les lésions qu'elle nous a présentées sont 1° l'infiltration de sérosité...; 2° l'infiltration par un liquide trouble, lactescent, et enfin par du véritable pus. Celui-ci a quelquefois une remarquable consistance. » (P. 147.)

Pour ne pas paraître exclusif en fait d'autorités, consultons un auteur étranger, soit l'ouvrage d'Abercrombie sur les maladies de l'encéphale (traduction 1835). Nous disions ci-dessus que l'opinion qui place les produits morbides à la surface de l'arachnoïde doit être souvent le produit d'une inadvertance ; l'obs. 7 d'Abercrombie nous en est une preuve. Cette observation est intitulée : *Méningite simple, se montrant sous la forme la plus ordinaire.* Or, nous voyons à l'autopsie : « Couche pseudo-membraneuse *sur* l'arachnoïde.... Des portions pseudo-membraneuses très considérables se prolongeaient entre les circonvolutions. » (P. 70.) Donc le produit morbide existait *sous* l'arachnoïde ; car celle-ci ne se prolonge pas entre les circonvolutions.

Obs. IX. « La surface du cerveau était couverte en plusieurs points d'une pseudo-membrane formée entre l'arachnoïde et la pie-mère. C'était particulièrement aux points correspondans aux intervalles des circonvolutions qu'on observait cette pseudo-membrane. » (P. 73.) Ce qui revient à dire qu'elle suivait le trajet des gros vaisseaux.

Obs. X. « On trouva à l'ouverture du cadavre toute la surface du cerveau couverte d'une couche pseudo-membraneuse jaunâtre, déposée entre l'arachnoïde et la pie-mère. Cette couche avait sa plus grande épaisseur vis-à-vis les intervalles des circonvolutions.... Cette concrétion existait aussi à un degré remarquable autour des nerfs optiques. L'arachnoïde n'offrait aucune altération ; mais la pie-mère présentait dans toute son étendue une injection vasculaire au plus haut degré. Le dépôt pseudo-membraneux était entièrement confiné dans l'intervalle des membranes.... Il n'existait aucun épanchement séreux. » (P. 74.)

Dans l'obs. XIII, « Un épanchement puriforme se trouvait entre l'arachnoïde et la pie-mère.,.. Il existait aussi une grande quantité de cette ma-

---

exil lointain, cet homme n'en demeure pas moins une grande individualité, une gigantesque figure qui résume son siècle dans la science, comme Shakspeare le résume dans la poésie, Michel-Ange dans les arts du dessin, Luther dans la théologie, etc., etc. ; toutefois, à beaucoup d'égards, celle figure est encore vague, flottante, indéterminée, suspecte ; Paracelse reste encore une énigme. Comparativement au nombre des récits fictifs qui le concernent, les documens réels sont rares et peu satisfaisans. Partout la confusion, l'incertitude, la divergence. D'un côté, l'admiration la plus ardente, le fanatisme le plus aveugle ; de l'autre, les préventions les plus défavorables, la malveillance la plus acharnée. L'étude attentive de ses propres écrits ne suffit pas, il faut le dire, à combler cette lacune. Les contradictions choquantes, le néologisme barbare, le symbolisme continuel qu'on y rencontre, présenteront toujours un invincible obstacle aux efforts de la critique. Cependant, la justice commande à celle-ci de revenir sur le compte de Paracelse ; il est désormais indispensable de rétablir sa biographie sous son point de vue réel, de la dégager des élémens fabuleux qui la dénaturent, de la soustraire aux accusations nombreuses qui la dégradent ; en un mot, il faut en finir avec cette intéressante question d'histoire, de littérature et de philosophie médicales.

Philippe-Théophraste Paracelse vint au monde l'an 1493, au fond d'une vallée des Alpes, à Einsiedeln, bourg du canton de Schwitz, situé à quatre lieues environ de Zurich. Quoi qu'en disent la plupart de ses ennemis, qui le font descendre de la lie du peuple, il était né gentilhomme ; il était rejeton d'une illustre et puissante famille. Son père, Guillaume Bombast de Hohenheim, fils naturel de Georges Bombast de Hohenheim, ex-grand-maître de l'ordre teutonique, pratiquait alors la médecine dans le bourg d'Einsiedeln, après l'avoir exercée pendant quatorze ans dans la Carinthie ; de plus, il était médecin de l'hospice du célèbre monastère des Bénédictins de cet endroit, asile où sa femme remplissait, l'office de sœur de charité. Les engagemens des deux membres de la famille de Paracelse envers la société religieuse dont nous venons de parler les obligeaient donc à vivre l'un et l'autre de la vie du cloître, à s'abriter sous ses arceaux paisibles : d'où l'hypothèse de certaines autorités, hypothèse suivant laquelle Paracelse aurait puisé là, avec le lait, pour ainsi dire, la tendance mystique dont l'imagination des moines allemands était alors échauffée. Cette position exceptionnelle au sein du savant ordre de St-Benoit ne put cependant le soustraire au reproche d'ignorance, car plusieurs biographes lui contestent vivement la réalité de son instruction première. Thomas Eraste, entre autres, lui refuse non seulement la connaissance du grec et du latin, mais encore les principes mêmes de sa langue maternelle. Vain effort ; qui ne sent combien cette assertion est absurde et invraisemblable ? Melchior Adam, critique beaucoup moins passionné et écrivain plus véridique, affirme au contraire qu'à peine parvenu à l'âge de raison, sa mémoire était tellement cultivée qu'il répétait mot à mot les principaux dialogues de Platon et presque tous les théorêmes d'Euclide. Est-il probable, d'ailleurs, que Guillaume Bombast de Hohenheim, homme érudit, médecin distingué, ait pu laisser son fils dans une ignorance absolue des lettres, des sciences et des règles de l'idiôme national ?

Quoi qu'il en soit, dans le récit des biographes du temps, l'enfance de Paracelse est singulièrement orageuse, dramatique ; elle est surtout signalée par un incident terrible. Fugitif, éloigné de sa famille, réduit au métier de gardeur

tière autour des nerfs optiques et sous la moelle allongée. » (P. 78.)

Obs. XIV. « Une couche pseudo-membraneuse était étendue entre l'arachnoïde et la pie-mère ; elle couvrait presque toute la surface supérieure du cerveau. Il y avait dans les ventricules cérébraux environ une once de matière purulente, et la substance du cerveau qui forme les ventricules était très ramollie. Il n'y avait point d'épanchement séreux dans ces cavités. Une matière gélatineuse était épanchée en grande quantité autour des nerfs optiques, sous la base du cerveau et sous le cervelet. Un semblable produit mêlé d'un peu de matière purulente se trouvait au-dessous de la moelle allongée. » (P. 79.) Ne semble-t-il pas qu'on assiste à une de nos autopsies ?

Enfin, Abercrombie résume ses observations, quant aux points qui nous occupent, en disant : « La phlegmasie de l'arachnoïde et de la pie-mère se termine *le plus souvent* par le dépôt d'une couche pseudo-membraneuse entre ces deux tuniques. » (P. 68.)

Terminons par l'extrait de quelques observations annexées au traité d'Abercrombie par son traducteur :

Obs. XIV (*bis*). « Les vaisseaux qui rampent à la surface du cerveau étaient très engorgés...; les plexus choroïdes étaient rouges...; une matière gélatino-purulente leur adhérait ; une couche plastique, opaque, d'une demi-ligne d'épaisseur, recouvrait tout l'entrecroisement des nerfs optiques et se prolongeait dans la scissure de Sylvius. » (P. 80). — Obs. XIV (*quater*). « Fausses membranes purulentes d'un beau jaune à la partie antérieure des deux hémisphères. Dans ces deux points, ainsi que dans la scissure de Sylvius, sur les parties latérales des hémisphères et aux environs de l'entrecroisement des nerfs optiques, on observe une infiltration purulente du tissu sous-arachnoïdien qui est épaissi, jaunâtre, etc. » (P, 83.) Ne semble-t-il pas encore que ces observations aient été détachées de notre épidémie ?

Il reste donc irrévocablement démontré, de par les faits : 1° que la sécrétion puriforme est très fréquente dans la méningite sporadique ; 2° que c'est le plus souvent sous l'arachnoïde, entre elle et la pie-mère, que s'effectue l'épanchement dans la méningite sporadique ; 3° que les produits sécrétés sont principalement distribués sur le trajet des vaisseaux, aux parties latérales, vers l'entrecroisement des nerfs optiques, à la naissance de la moelle allongée, dans la méningite sporadique (Andral, Abercrombie et son traducteur, Gama, etc.). Morgagni, comme le rappelle le docteur Wünschendorff (Thèse), avait déjà fait cette remarque ; « *Cranio sublato*, dit-il, *glutinosa quædam concretio animadversa est, quæ vasa sanguinifera, per tenuem meningem reptantia, à lateribus comitabatur.* » (De sed. et caus. morb., lib. 1, p. 49.) 4° Que l'aspect gélatineux de la matière épanchée n'est pas chose étrange ni nouvelle ; qu'on la reconnaît peut-être dans le *concretio glutinosa* de Morgagni, dans la description de la plupart des auteurs, et qu'elle est explicitement signalée par Abercrombie et par son traducteur.

Donc, de par les faits et les autorités les plus recommandables, les caractères anatomiques de notre méningite épidémique n'offrent rien de spécifique, rien qui ne s'observe et même fréquemment dans la méningite sporadique. A cela nous pourrions borner nos démonstrations ; mais afin de leur donner un complément scientifique, aux argumens tirés de l'érudition, nous ajouterons quelques considérations de physiologie pathologique.

Si la formation du pus fut si constante et si prompte dans notre épidémie, c'est que la maladie fut généralement très prompte et très intense. On trouve de nombreux cas analogues dans l'ordre sporadique ; et cela doit tenir surtout à l'intensité de la cause quelle qu'elle soit. Et d'ailleurs que prétendrait-on induire de ce fait ? Voudrait-on en conclure que notre affection est spécifique ? Nous demanderions alors si l'on admet des différences spécifiques entre la pleurésie, la péritonite terminées plus ou moins promptement par la suppuration et les mêmes phlegmasies caractérisées par un simple épanchement séreux ; évidemment non. Ce sont des différences de degré, d'intensité ; on ne peut rien voir au-delà ; il n'y a certes là rien de spécifique, si ce n'est par hypothèse.

Que si le siége de la sécrétion est sous l'arachnoïde et non pas à sa surface, cela tient d'abord à ce que c'est la pie-mère et non pas l'arachnoïde qui la produit ; car nous sommes de ceux qui considèrent les séreuses comme de simples toiles celluleuses, peu ou point vasculaires, peu susceptibles, par conséquent, de s'enflammer, et qui retiennent ou laissent transsuder les produits sécrétés selon certaines circonstances. Nous nous expliquons ainsi pourquoi, lorsque c'est de la sérosité qui se trouve sécrétée, celle-ci se rencontre dans la cavité de l'arachnoïde qu'elle a traversée en vertu de sa ténuité, tandis que les produits gélatineux, puriformes, pseudo-membraneux, exhalés d'emblée, sont retenus en leur qualité de produits visqueux et semi-solides. Cela est si vrai que dans les cas où ces deux genres de produits se trouvent sécrétés, on trouve généralement la sérosité à la superficie de l'arachnoïde et le pus au dessous, témoins l'obs. X de M. Andral : « La grande cavité de l'arachnoïde contenait une quantité assez notable de sérosité lactescente. La pie-mère qui tapisse les parois supérieures et latérales des hémisphères cérébraux était infiltrée par un liquide semblable à une crême épaisse. » (P. 40.)

Il est vrai de dire que, dans certains cas, le produit solide se rencontre à la superficie de l'arachnoïde, comme nous l'avons vu dans l'obs. VIII de M. Andral ; mais d'abord ce cas est une exception rare, et ensuite il n'est pas impossible de s'en rendre compte en admettant que ces produits ont d'abord été transsudés à l'état liquide, puis se sont concrétés consécutivement, par le fait de la résorption des parties les plus ténues. Il n'y a rien là qui répugne à la raison et qui ne soit en harmonie avec ce qui s'observe journellement à l'égard de tous les genres de liquides épanchés. Remarquez, en effet, que, dans l'observation de M. Andral, l'arachnoïde n'était nullement altérée, que rien ne prouve qu'elle l'ait été antérieurement, et que notre supposition devient, par cela même et pour toutes les raisons ci-dessus, le fait le plus probable. Dans notre épidémie même, assez souvent de la sérosité s'est rencontrée dans la cavité de l'arachnoïde, tandis que du pus existait sous cette membrane. L'épanchement de sérosité trouble dans le canal rachidien a même été le fait général, tandis que les couches purulentes qui enveloppaient la moelle étaient sous-jacentes à la membrane d'enveloppe.

Que si le fait inverse s'observe quelquefois, à savoir que de simples produits séreux séjournent sous l'arachnoïde sans la traverser, cela tient sans doute à des particularités de composition du fluide, ou plutôt d'organisation de la membrane, laquelle peut être plus ou moins perméable, mais cela ne détruit pas le fait général. Au demeurant ces considérations, assez étrangères à notre sujet, importent fort peu à la pratique, et il doit nous suffire d'avoir démontré, en fait, que le siége du pus sous l'arachnoïde n'offre rien de particulier à notre épidémie. Nous devons cependant répondre à une autre objection qui ressemble beaucoup à la précédente ;

---

d'oisons dans les plaines de la Carinthie, des hommes d'armes auraient infligé le supplice d'Abeilard au jeune Bombast de Hohenheim, qui n'avait alors que quatre ans et demi. Suivant un autre biographe, il aurait véritablement subi cette mutilation ; seulement elle provenait de la morsure d'un porc qui s'était jeté sur lui un jour qu'il dormait dans un champ où se trouvait une troupe de ces animaux. Mais l'aventure est bien romanesque, bien invraisemblable pour qu'il soit permis d'y ajouter foi ; elle paraît d'autant plus suspecte qu'elle est racontée de différentes manières, et qu'on ne s'accorde pas sur la cause de l'accident. Ce qu'il y a de positif, c'est que Paracelse resta toute sa vie imberbe, célibataire et indifférent vis-à-vis des femmes, raisons qui, probablement, ont servi de base à l'hypothèse de son prétendu eunuchisme et à toutes les fables plus ou moins étranges qu'on a débitées à ce sujet.

Adolescent encore, Paracelse, d'après Conrad Gessner, se met à parcourir les grandes routes de l'Allemagne, comme tous les étudians de l'époque, c'est-à-dire à pied, dépourvu de ressources, en butte aux privations et vivant presque d'aumône. Du reste, la mobilité de son caractère s'accommodait beaucoup de cette vie nomade, aventureuse, imprévue, incertaine. L'inquiétude et l'activité de son esprit trouvait un aliment dans les folles joies, les instincts belliqueux et les habitudes bruyantes des associations universitaires. Le besoin des sensations multiples et variées que procurent les voyages était devenu chez lui tellement énergique, impérieux, que voire même plus tard, c'est-à-dire vers l'âge où la nécessité du repos est formellement annoncée par le déclin des organes, il ne pût jamais se résoudre à résider dans un lieu quel qu'il fût au-delà du terme d'une année.

Pendant que Luther mendiait son pain aux seuils des portes, en chantant des psaumes et des ballades, Paracelse évoquait des ombres et tirait des horoscopes dans les carrefours des vieilles cités allemandes ; il cheminait avec les soldats de fortune, les poètes ambulans, les troupes de bohémiens, société dont il partageait sans nul effort et de son plein gré les goûts d'artiste, les habitudes faciles et indépendantes. Toutefois, malgré ces mœurs singulières, malgré les agitations qui composaient la vie, en apparence si dissipée, si frivole de ces étudians vagabonds, pauvres diables beaucoup plus ridicules qu'offensifs avec leurs allures de lansquenet, et beaucoup plus légers que coupables, sous les oripeaux qu'ils empruntaient aux enfans de la petite Egypte, Paracelse conserva saine et intacte la tournure originelle de son esprit, sa pente caractéristique, sa tendance fatale. Le pressentiment de sa haute mission le travaillait sans relâche, et l'amour de la gloire qui le fascinait déjà contribuait par cela même à stimuler son courage. C'est alors, quoi qu'en disent Smélius et Sprengel, qu'il fréquenta les universités allemandes et qu'il y prit ses grades de docteur ; c'est alors qu'il se rendit dans la ville de Spanheim, auprès du moine Trithemius, ce célèbre abbé qui avait fait de son monastère une vaste manufacture d'idées occultes, un asile ouvert aux pratiques mystérieuses, un sanctuaire consacré aux *pseudo*-sciences ; en un mot, une sorte de cénacle à la table duquel les apôtres de l'astrologie, de la magie et de l'alchimie, venaient s'asseoir pour rompre le pain de l'alliance. Mais entraîné par une ardeur inquiète, poussé par une insatiable curiosité, le disciple quitta bientôt le laboratoire du maître. Paracelse se mit d'abord au service de Sigismond Fugger, riche bourgeois de Schwatz, qui passait pour lui avoir révélé le secret du grand œuvre ; puis il entra successivement chez les evêques Schelt

on a demandé pourquoi, à l'inverse de l'arachnoïde, l'épanchement de la plèvre, quelle que fût la consistance de la matière, s'opérait toujours dans la cavité de cette membrane. On pourrait rétorquer l'argument et demander pourquoi dans la méningite l'épanchement se fait le plus souvent sous l'arachnoïde. Ce sont deux faits avérés et qu'il faut admettre quand même; mais, de plus, ce sont deux faits qui s'expliquent fort bien par l'anatomie. L'arachnoïde cérébrale est comme jetée à la surface de l'encéphale, à la manière d'un voile qui se laisse facilement soulever par les produits interposés; la plèvre, au contraire, est intimement adhérente aux poumons et aux parois thoraciques, de manière que les sécrétions sous-jacentes sont forcées de la traverser pour se faire jour dans la cavité pleurale, l'espace leur manquant au-dessous. Cela est si vrai que les mêmes conditions d'organisation existant pour le feuillet arachnoïdien qui revêt la dure-mère, presque jamais des sécrétions ne se produisent entre ces deux membranes. Voilà, ce nous semble, tout le mystère.

Que si les produits secrétés suivent le trajet des vaisseaux cérébraux, cela n'est pas particulier à notre épidémie, avons-nous dit, et cela paraît si simple que M. Cama, qui a remarqué le même phénomène dans la méningite sporadique, ne se donne pas, non plus que d'autres, la peine de l'expliquer (Traité des plaies de tête). C'est qu'il est naturel que la matière soit plus abondante à sa source, c'est-à-dire au voisinage des vaisseaux qui, probablement, la produisent, nous ne savons par quel mécanisme.

Enfin, l'aspect parfois gélatineux de la matière épanchée n'est pas plus étonnant que cette matière gélatiniforme que provoque l'application des cantharides sur la peau. C'est un des nombreux produits de l'inflammation, qui suit de préférence les inflammations vives récentes; aussi ne la rencontrait-on guère que dans les cas très graves, promptement terminés par la mort. C'était un des premiers degrés du travail pyogénique, la gangue où le pus se formait plus tard; et, en effet, en suivant ses modifications dans notre méningite, on voyait cette gélatine, transparente d'abord, se troubler, se liquéfier, se fondre en pus, comme on voit dans un phlegmon parfait la gradation s'établir de l'injection vasculaire à l'infiltration de lymphe plastique et de celle-ci à l'apparition du véritable pus. Ce n'est pas à dire que la lymphe plastique doive toujours précéder l'apparition du pus; ce n'est pas à dire que nous sachions pourquoi cette lymphe plastique dégénère plutôt en pus qu'en pseudo-membranes, par exemple; mais peu importe l'explication, le fait existe : à savoir que l'état gélatineux est un acheminement à la foute purulente, et que cette gélatine se rencontre dans la méningite sporadique aussi bien que dans la méningite épidémique.

Par ce qui précède, se trouve résolue la dernière objection qui consiste à nier la nature purulente des matières sécrétées; aussi n'ajouterons-nous que peu de réflexions. Et d'abord si ce n'est pas du pus qu'est-ce que ce peut être? Certes, la matière gélatineuse, la lymphe plastique, ne sont pas encore du pus, mais elles le deviendront; car, à une certaine période, on y découvre les globules constitutifs du pus; et à côté d'elles, on trouve du véritable pus, liquide, opaque, jaune, phlegmoneux en un mot, qui, au microscope et par les réactifs, présente tous les caractères de ce liquide. (Wünschendorff.)

Qu'on nous pardonne ces détails dont nous n'avions pas besoin pour établir qu'en fait, aussi bien qu'en théorie, notre épidémie, envisagée sous le point de vue de l'anatomie pathologique, n'offre rien de spécifique, rien qui la différencie essentiellement de certaines formes, assez communes, de la méningite sporadique.

Avant d'abandonner le chapitre des lésions anatomiques, nous devons dire quelques mots de cette singulière coïncidence de l'altération des follicules intestinaux et des plaques de Peyer, dans notre épidémie. Certes, si quelque chose pouvait lui donner un caractère spécifique, ce serait bien cette circonstance; examinons-en donc la valeur.

Et d'abord : quelque fréquente qu'ait été l'altération de l'appareil prétendu folliculaire de l'intestin, elle n'a pas été constante, et nous l'avons vue manquer deux ou trois fois. Donc elle ne peut constituer un caractère essentiel à la maladie.

En second lieu, cette lésion s'est à peu près constamment maintenue dans des degrés, des formes si rudimentaires (état pointillé et réticulé), qu'elle n'a pu jouer un grand rôle dans la maladie, dont tous les phénomènes, du reste, s'expliquent très bien, comme nous l'avons vu, par les simples lésions encéphaliques.

En outre, est-on bien sûr que cette même lésion intestinale ne se présente jamais dans la méningite sporadique? Le peu d'attention qu'on apportait jusqu'à ces derniers temps à l'examen du tube digestif nous autorise à poser cette question. Nous y répondrons par un fait très analogue: parmi les caractères spéciaux assignés au choléra épidémique dit de l'Inde, tous les observateurs ont placé en première ligne les altérations des plaques et des follicules intestinaux, que jusqu'alors on n'avait pas signalées dans le choléra sporadique. Eh bien! depuis quelques années, trois cas de choléra indigène et sporadique mortels se sont offerts à notre observation, et, dans tous, nous avons rencontré et fait reconnaître à nos élèves ces mêmes lésions de l'intestin. Ne pourrait-il donc pas se faire que ces lésions fussent communes au choléra sporadique? Ne se pourrait-il pas que les lésions intestinales de notre méningite épidémique se rencontrassent également, parfois, dans la méningite sporadique?

Dans tous les cas, cette affection intestinale ne peut être qu'une complication, une coïncidence, et nous avons dit que les épidémies ne diffèrent souvent des autres maladies que par certaines complications. Il est vrai que celle-ci aurait une certaine importance dogmatique, en ce que la lésion intestinale dont il s'agit est, pour beaucoup de médecins, l'indice d'un empoisonnement miasmatique, et qu'ainsi la méningite pourrait résulter du même empoisonnement. Mais alors, il faudrait attribuer à l'empoisonnement les vestiges d'entérite folliculeuse qu'on rencontre dans tant de maladies variées et reconnues non miasmatiques. Nous avons consacré un long ouvrage (1) à démontrer que si le miasme peut produire l'entérite folliculeuse, ce qui n'est pas douteux, cette cause n'est pas, à coup sûr, la seule possible.

En définitive, que ce soit le miasme ou toute autre cause qui ait produit la méningite et les altérations intestinales, conjointement ou solidairement l'une à l'autre, ce n'en sont pas moins, de par tous leurs caractères appréciables, de belles phlegmasies, comme nous croyons l'avoir prouvé surabondamment pour l'entérite folliculeuse, dans l'ouvrage susdit, pour la méningite, dans le travail actuel.

Il y aurait encore beaucoup à dire sur ce point; mais c'en est assez, je pense, pour prouver que l'altération de l'intestin est en réalité sans im-

(1) Traité de l'entérite folliculeuse (fièvre typhoïde); 1 vol. in-8°. Paris, 1841.

de Stettgach, Erhart de Laventall, Nicolas de Hippon, Mathieu Schach, personnages plus fiers de leur qualité d'*artiste* que soucieux de leurs privilèges et de leurs dignités de princes de l'église. Comme tous les adeptes des *pseudo*-sciences, Paracelse voyage ensuite dans le nord de l'Europe, à la recherche de la montagne d'aimant, rêve dont se berçait incessamment l'imagination de ces hommes, ou plutôt ingénieux symbole à l'aide duquel ils matérialisaient la force du monde physique qui devait recevoir plus tard le nom d'*électro-magnétisme*. La tête remplie d'un immense espoir, le cœur animé d'un noble dévouement à la science, il parcourt donc la Transylvanie, la Bohême, la Hongrie, la Prusse, la Pologne; il foule les bruyères du Danemarck; il gravit les pics neigeux de la Norwège; il descend au fond des gorges sauvages de la Suède. Partout il se pose en investigateur enthousiaste des faits de la nature, en intrépide pionnier du terrain de l'expérience. Des verriers, des forgerons et des mineurs lui communiquent une foule de traditions et de découvertes chimiques, origine de ses théories ultérieures. Il raconte lui-même que, dans le but d'étudier complètement la thérapeutique populaire, il entretenait des relations très étroites avec les moines, les sorciers, les vieilles femmes, les fossoyeurs et les bourreaux de chaque contrée qu'il traversait. Revenu de ce grand voyage, il entre dans les armées impériales en qualité de chirurgien, poste qui lui permet de visiter à plusieurs reprises la Flandre, l'Italie, l'Espagne et le Portugal. Vint-il en France; séjourna-t-il à Paris? C'est ce qu'il assure dans plusieurs endroits de ses livres, et quoique son témoignage manque à cet égard de détails et de précision, nous sommes loin d'en contester la vraisemblance. On peut juger, par ce qui précède, de la somme des connaissances acquises par Paracelse, et si l'on s'obstinait encore à lui reprocher de n'avoir jamais beaucoup lu, on ne peut du moins lui ravir le mérite d'avoir beaucoup vu et observé par lui-même. Mais là ne se terminent pas ses excursions scientifiques. Des auteurs prétendent, d'une part, qu'il accompagna comme médecin un des fils du Khan des Tartares, de Constantinople, ville dans laquelle il aurait reçu le secret de la teinture, d'un Grec nommé Trismosin, jusqu'en Mongolie; de l'autre, qu'il habita pendant dix années l'Égypte et l'Arabie. Malgré leur caractère apocryphe, ces assertions pourraient bien ne pas être complètement dénuées de valeur; car l'essence éminemment orientale du paracelsisme semble les confirmer presque de point en point.

Ce qu'il y a de plus positif dans tout cela, c'est qu'il revint en Allemagne l'an 1526, et que l'an 1527, d'après la recommandation et sur les vives instances du célèbre théologien Oecolampade, il fut nommé professeur de *physique* et de *médecine* à l'université de Bâle, où des leçons brillantes, consacrées au développement de son livre *de tartaro*, lui firent tout à coup une immense réputation. C'est que là, en effet, Paracelse avait révélé toute la puissance de son esprit fécond et original; c'est que les essais timides et les travaux obscurs du jeune adepte avaient alors fait place à la netteté des idées et à la vigueur de conception du futur chef d'école. Et puis, il ne faut pas l'oublier, en Europe c'était le premier enseignement public, légal, pour ainsi dire, ouvert sur la chimie. Cette science, si longtemps proscrite, combattue, vivait donc enfin sans crainte et au grand jour; elle pouvait s'abriter dorénavant sous le même toit que ses sœurs, la théologie, la jurisprudence, la philosophie, la médecine. Sa légitimité n'était plus un doute, son nom un sujet d'effroi. Son règne, assuré dans le présent, s'érigeait glorieux et inviolable dans l'avenir. Aussi ce cours de chimie attirait

portance, quant à la nature spécifique ou non de la maladie qui nous occupe; elle en a beaucoup plus en ce qui concerne le traitement.

En somme, s'il est démontré que les lésions anatomiques de notre épidémie sont identiques à celles de la méningite sporadique, la tâche qui nous reste, l'appréciation des symptômes se trouvera singulièrement abrégée pour nous, qui faisons dériver directement ces symptômes des altérations organiques elles-mêmes : le fait causal étant admis, les conséquences coulent de source.

2° SYMPTÔMES.

Parmi les symptômes qui ont pu faire croire à la spécificité de notre épidémie, la plupart appartiennent à l'appareil cérébro-spinal. Déjà nous avons dit quelque chose de l'absence prétendue de prodrômes, et nous avons prouvé par des faits que ces prodrômes existaient assez souvent. Il serait facile d'ailleurs de produire d'assez nombreux exemples de méningite sporadique sans prodrômes.

Un phénomène qui a singulièrement frappé les observateurs, c'est ce trouble violent, mais souvent passager, des facultés cérébrales, auquel succédait la lucidité de l'intelligence, parfois même jusqu'à une époque très voisine de la mort, et on s'est demandé comment une lésion pernicieuse, progressive même, pouvait engendrer un symptôme parfois si fugitif. Nous avons expliqué anatomiquement ce fait en isolant l'élément inflammatoire, dont la disparition pouvait permettre le retour de l'intelligence, de l'élément pus qui, lui, prolongeait la maladie à l'état obscur. Mais, laissant de côté l'explication et nous bornant à l'exhibition des faits, nous verrons cet étrange phénomène se produire également dans la méningite sporadique : « De nombreuses observations, dit M. Andral, ne nous permettent pas de douter que dans la méningite (sporadique) le trouble des facultés intellectuelles peut être séparé par des intervalles de la plus parfaite lucidité. » (P. 199.)

Un symptôme non moins frappant fut ce tétanos, qui n'appartient guère, il est vrai, à la méningite encéphalique simple. Mais n'oublions pas qu'il y avait ici méningite encéphalo-rachidienne. Au demeurant, nous lisons encore, dans la Clinique de M. Andral : « Le renversement de la tête en arrière est un phénomène qu'il n'est pas rare d'observer... On a également rencontré un état de raideur tétanique du cou, du tronc et des membres, le trismus, etc.... » (P. 182.)

Relativement aux autres phénomènes nerveux qui ont pu causer quelque étonnement, bornons-nous à citer :

« La contracture des bras a été souvent observée ; on a vu moins communément la contracture des membres inférieurs. » (P. 182.)

« Les convulsions sont au nombre des phénomènes les plus communs qui accompagnent la méningite aiguë. » (P. 181.)

« Plusieurs présentent comme phénomène saillant un tremblement qui tantôt est général, et tantôt est limité aux membres. » (P. 181.)

« Ce serait vainement que l'on chercherait à rattacher tel état des pupilles à telle altération des méninges. » (P. 177.)

D'autres phénomènes qui ont beaucoup intrigué les observateurs sont la rareté de la paralysie et l'inconstance du coma; déjà nous avons examiné cette question; ajoutons ici quelques éclaircissements : le coma et la paralysie sont généralement considérés comme un résultat de la compression des centres nerveux. Or, on aura remarqué le peu de fréquence des épanchemens séreux abondans dans nos autopsies. La matière sécrétée consistait le plus souvent en une couche légère de matière plastique disséminée à la surface du cerveau et de la moelle; telle peut être la raison pour laquelle, dans notre méningite, la paralysie et le coma ont été généralement moins prononcés, moins fréquens qu'ils ne peuvent l'être dans la méningite sporadique, laquelle, plus souvent, se termine par un abondant épanchement de sérosité, soit dans la cavité de l'arachnoïde, soit dans celle des ventricules. Nous n'ignorons pas pourtant que la paralysie peut coïncider avec un défaut complet de compression; aussi ne nous sommes-nous pas trop préoccupés du manque fréquent d'harmonie à cet égard. En somme, le coma et la paralysie à certains degrés se sont offerts, à diverses époques, dans la plupart de nos observations, et en définitive, revenant toujours au fait, nous trouvons que, dans l'encéphalite sporadique, le coma et surtout la paralysie ne sont guère plus constans que dans la nôtre; et la preuve, M. Andral rapporte neuf observations où, des épanchemens notables existans, la motilité cependant est restée intacte. (P. 196.) « Les lésions de la motilité manquent complètement, dit-il, dans plus d'un cas où l'on trouve cependant après la mort les mêmes désordres anatomiques que dans les cas où ces lésions existent. » (P. 180.) « Il s'en faut que la paralysie n'existe que dans les cas où il y a compression du cerveau. » (P. 183.) Et réciproquement. Bannissons donc les scrupules à cet égard, et convenons que sous le point de vue des symptômes cérébraux, comme sous celui des lésions encéphaliques, notre épidémie n'offre rien de particulier, ni qui doive étonner les observateurs qui sont au courant de la science.

Les symptômes de l'appareil digestif ne nous offrent rien de particulier à examiner. Nous avons dit ailleurs notre pensée sur les causes des vomissemens initiaux ou secondaires, sur la constipation et la diarrhée, phénomènes qui, d'ailleurs, se rencontrent vulgairement dans la méningite sporadique aussi bien que dans la nôtre.

Quant au silence de l'appareil respiratoire, il n'a rien non plus de spécial : sur 77 cas de méningite sporadique, M. Andral a trouvé 53 fois la respiration naturelle. Dans les autres cas, la respiration était ou accélérée, ou rare, ou inégale, sans que ces diverses circonstances parussent mériter beaucoup d'attention.

L'appareil circulatoire a offert un phénomène qui a mis en grand émoi les partisans de la spécificité, de la septicité, etc. : ce merveilleux phénomène est la lenteur du pouls. Or, nous avons fait observer que cette lenteur était loin d'être constante. Voici maintenant ce que disent les auteurs au sujet du même symptôme observé dans la méningite sporadique : « La rareté du pouls, dit M. Andral, est plus commune dans les affections aiguës des méninges que dans la plupart des inflammations aiguës des organes thoraciques et abdominaux. » (P. 215.) « Le nombre des cas dans lesquels la circulation ne s'accélère pas pendant un laps de temps est plus grand que le nombre des cas dans lesquels l'inverse a lieu. » (*Ibid.*) A ces citations, ajoutons un relevé numérique assez curieux du même auteur, relatif à la coïncidence de la suppuration des méninges avec les divers états du pouls.

Dans 18 cas de pouls normal, du pus a été rencontré.......	9 fois.
— 16 cas de pouls normal, puis fréquent, pus rencontré..	11
— 8 cas de pouls plus lent..........................	5
— 33 cas de pouls accéléré..........................	22
75	47

une foule si considérable d'étudians et d'étrangers de tout pays que les hôtelleries de Bâle avaient peine à les contenir.

Une autre cause déterminait encore cette affluence extraordinaire, cause puissante et capitale : la substitution de l'idiôme germanique à la langue universelle du moyen-âge, c'est-à-dire au latin. Paracelse appliquait avec intention à son enseignement scientifique l'innovation que Luther avait introduite dans l'exposition des matières religieuses. C'était un moyen d'arriver sûrement et facilement à la popularité, but auquel il aspirait de toute la puissance de ses désirs.

L'extension que prenait chaque jour la réforme en Allemagne développait de plus en plus son penchant inné pour les orages de la polémique. Durant les premiers démêlés de Luther avec la cour de Rome, il avait prononcé ces paroles qui peuvent donner un avant-goût de la rudesse et de l'indocilité de son caractère : « Si je m'occupe quelque jour à dévoiler les abus, j'enverrai bientôt le pape au diable et Luther lui-même à l'école. »

Paracelse prit en effet une part assez active dans le débat sanglant des questions théologiques. Comme tous les grands esprits du siècle où il vivait, de pareilles questions ne pouvaient la laisser indifférent et calme. Mais accessoire et passager, cet entraînement ce fut chez lui qu'un épisode. Sa mission providentielle ne l'appelait pas à rivaliser avec l'illustre docteur de Wittemberg, à semer comme Zwingle, Oecolampade, Carlostadt, etc., le trouble et la division au sein de la réforme; il devait au contraire le soutenir dans sa lutte audacieuse; il devait surtout chercher à étendre, à généraliser son principe. On doit le dire hautement, la conséquence légitime de Martin Luther, son complément indispensable, c'est Paracelse. Ces deux hommes revendiquent simultanément les mêmes droits, combattent courageusement pour la même cause; les droits et la cause de l'examen contre l'autorité, du sens individuel contre la tradition, de la liberté contre le despotisme : l'un dans le domaine de la foi, l'autre dans celui de la science. Quoique hérésiarque plus avancé que Luther, puisqu'au fond il était rationaliste et panthéiste, Paracelse ne voulut jamais attaquer, publiquement du moins, l'échafaudage vacillant des doctrines romaines. Son âme généreuse répugnait à l'idée d'insulter lâchement une puissance déchue, un ennemi vaincu. Quels que fussent ses faiblesses, ses fautes et ses excès, cette vieille église romaine l'avait nourri de son lait; en bon fils, en fils reconnaissant, il ne pouvait pas repousser sa mère; il ne devait pas rompre publiquement et scandaleusement avec elle. Aussi en tenant compte de la lettre et non de l'esprit de ses opinions religieuses, il est vrai de dire que Paracelse resta toujours fidèle et fervent catholique. Il était dans le même cas que fut plus tard, en France, le grand Bossuet, qui, à ce qu'on prétendait, au rapport de Voltaire, « avait des sentimens philosophiques différens de sa théologie. »

L'étendue de la tâche entreprise par Paracelse, ses difficultés et ses périls réclamaient une volonté ferme et un zèle à toute épreuve. Ce qu'il fallait pour briser les vieilles idoles, pour leur porter un dernier coup, un coup terrible, ce n'était ni la modération, ni la patience, ces armes étrangères à l'ébranlement des masses, et dont celles-ci dédaignent, repoussent presque toujours l'artificieux emploi; mais la passion, mais le courage, mais l'éloquence, ces instrumens qu'elles estiment si fort et qui ravissent infailliblement leurs convictions ardentes. On connaît l'acte hardi qui servit de prologue à son premier cours de chimie au sein de l'université de Bâle. Le jour même du début de ce cours, avant de mon-

Il résulte de ce singulier document que sur 75 cas de méningite, les méninges ont offert du pus 47 fois (environ dans les deux tiers des cas). Soyons donc étonnés maintenant de ce que nous avons vu!

Abercrombie rapporte aussi une observation de méningite avec pouls lent. (P. 69.)

Donc le pouls lent n'est pas, tant s'en faut, un caractère spécifique de la méningite épidémique.

Relativement aux autres appareils de sécrétion, de génération, etc., on n'a rien remarqué dont on puisse arguer en faveur de la spécificité. Cependant nous devons dire un mot de cette éruption si fréquente, l'*herpès labialis*, qui, en effet, peut donner lieu à de sérieuses réflexions; les uns le considérant sous le point de vue de phénomène éliminateur, y ont vu la preuve d'un principe général, toxique, analogue, par exemple, au virus varioleux; d'autres, considérant qu'il est très fréquent dans les fièvres intermittentes, s'en sont fait un argument en faveur de la nature périodique de la maladie. Le fait est que c'est un phénomène insignifiant, qui se rencontre dans une foule de cas non suspects d'intoxication ou de périodicité. Une dame me fait appeler, l'été dernier, pour une fluxion violente. Elle a la fièvre depuis 24 heures. Un bel herpès s'est déclaré, depuis le matin, à la lèvre supérieure. Je découvre à la voute palatine un petit abcès occasionné par une dent cariée. Un coup de bistouri donne lieu à l'évacuation du pus. Le lendemain, douleur, fluxion, fièvre ont disparu; l'herpès est en voie de dessiccation.

Je viens de perdre ces jours-ci une femme, de pneumonie pure et simple, pendant la maladie de laquelle un herpès s'est montré.

Nous pourrions multiplier les exemples; mais ceux-là suffisent pour prouver que l'herpès est un accident sans valeur pour étayer une opinion quelconque sur la nature prétendue spécifique de notre épidémie.

En résumé, sous le rapport des symptômes, comme sous celui des lésions anatomiques, notre épidémie n'a rien offert qui puisse la faire considérer comme une affection spécifique, c'est-à-dire essentiellement différente de la méningite sporadique.

(La suite et fin à un prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX AMÉRICAINS.

THE AMERICAN JOURNAL OF THE MEDICAL SCIENCES.

Les cahiers d'octobre 1841 et de janvier 1842 contiennent les articles originaux suivans : 1° *Sur le traitement de la fièvre intermittente*; par M. Austin Flint. 2° *Des influences endémiques dans les Etats-Unis*; par M. S. Forry. 3° *Résumé des cas traités dans le service de chirurgie de l'hôpital de New-York*, dirigé par M. John Watson. 4° *Résumé des cas traités à l'hôpital de Will*; par M. Parrish. (Nous citerons seulement une manière particulière de traiter les verrues par la cautérisation. Au lieu de promener le nitrate d'argent à la surface de l'excroissance, l'auteur veut qu'après avoir taillé le caustique en crayon très aigu, on le fasse pénétrer dans la substance même de la verrue. Il faut répéter cette petite opération plusieurs fois, et le succès est très prompt.) 5° *Sur la paralysie qui est sympathique de désordres viscéraux*; par M. J. Zabriskie. 6° *Cas de bec-de-lièvre congénial double avec division de la voûte et du voile du palais*; par M. Davis. 7° *Observations de plaies de tête*; par M. Shipman. (Suite.) 8° *Sur la fièvre jaune à Key-West (Floride orientale)*; par M. Dupré. 9° *Cas de paralysie de la portion dure de la septième paire, remarquable par un phénomène physiologique curieux*; par M. J. Zabriskie. 10° *Du défaut de consolidation dans les fractures, de ses causes et de son traitement*; par M. Norris. 11° *Note sur le scorbut qui a régné à bord de la frégate* la Colombia, *pendant son voyage autour du monde*; par M. Edward Coale. 12° *Sur le scorbut qui a sévi dans l'armée, aux Etats-Unis*; par M. Forry. 13° *Observations sur la vitesse du pouls chez les aliénés*; par M. P. Earles. 14° *Cas de fièvre jaune, suivi de réflexions*; par M. Th. Stewardson. 15° *Cas de tétanos survenu à la suite de rétention du placenta*; par M. Humphrey Storer. (Le placenta entier avait été laissé dans l'utérus. L'affection tétanique paraît avoir existé avec tous ses caractères; mais il est à remarquer cependant, pour se faire une idée juste de son origine, que les spasmes ne se développèrent que le sixième jour après l'accouchement, et que, la veille du jour où ils apparurent, on avait commencé l'usage du seigle ergoté.) 16° *Observations d'ankylose fausse et incomplète du genou traitée par les moyens mécaniques et sans le secours de la ténotomie*; par M. H. Chase. 17° *Remarques sur le traitement des courbures de l'épine, avec deux observations*; par M. Griscom. 18° *Sur l'euphorbia maculata*; par M. Zollickoffer. 19° *Observations sur la dysenterie, et sur l'emploi des astringens, notamment de l'acétate de plomb et de l'opium, dans le traitement de cette maladie*; par M. W. Williams. 20° *De la catalepsie et de sa production par le magnétisme animal*; par M. B. Fosgate.

DU TRAITEMENT DE LA FIÈVRE INTERMITTENTE; par le docteur AUSTIN FLINT.

L'objet de ce travail est d'appeler l'attention sur une méthode pour administrer le sulfate de quinine, qui diffère beaucoup de celles employées jusqu'ici, et qui consiste à donner ce médicament à haute dose. L'auteur fait cette communication dans la pensée que cette méthode, qui, bien qu'elle ait déjà employée, n'est cependant pas admise dans la pratique ordinaire, peut, dans quelques cas, être d'une certaine utilité. Voici comment il a été amené à en faire l'essai, dans l'automne de 1839, lorsqu'il était aide-chirurgien aux baraques de Poinsett, près de Buffalon. Plusieurs compagnies d'artillerie qui venaient du fort Gratiot (Michigan) ayant un grand nombre d'hommes affectés de fièvre intermittente, on ne pouvait les faire entrer tous à l'hôpital à la fois; d'un autre côté, l'inconvénient de les faire venir à des heures fixes de leurs quartiers, et l'incertitude où l'on serait si on leur laissait le soin de prendre eux-mêmes les doses de sulfate de quinine, suggérèrent la pensée de leur donner en une seule dose, ou tout au plus en deux, et pendant l'apyrexie, la quantité de ce sel qu'ils devaient prendre. On commença d'abord par 5 grains, qu'on répéta toutes les vingt minutes, puis 10, puis 15, puis 20 grains, et on arriva ainsi à donner 40 grains en une demi-heure. Convaincu non seulement de l'absence de tout danger, mais même de l'utilité de cette

---

ter en chaire, il fit apporter au milieu de la salle où se tenait l'auditoire un vaste fourneau rempli de charbons ardens; puis, livrant à la fureur des flammes les ouvrages de Galien et le *canon* d'Avicenne, il s'écria d'une voix tonnante : « Arrière Galien et toi pourceau d'Avicenne, car les poils de mon chignon et les cordons de mes souliers sont plus savans que tous vos livres. »

Lui aussi voulait avoir son 10 décembre 1520, son drame à la façon du drame de Wittemberg. Il voulait en finir avec les pages poudreuses des deux vicaires de la médecine antique, comme Luther avec le catholicisme et le moyen-âge dans le célèbre auto-da-fé où il brûla la bulle du pape.

Outre cet incident étrange, l'impétuosité naturelle de Paracelse, sa verve satyrique, sa parole, sinon toujours élégante, pure, délicate, du moins sans cesse colorée, pittoresque, originale, contribuèrent puissamment à son succès. Chez lui, l'homme extérieur, l'homme apparent, avec ses qualités et ses défauts, faisait admirablement ressortir l'homme intrinsèque, l'homme latent en quelque sorte. L'orateur traduisait la penseur.

Ramus, qui l'avait entendu professer à Bâle, apprécie fort judicieusement l'élévation de ses idées et la merveilleuse portée de son intelligence. « Paracelse, écrit-il, s'introduisit au fond des choses les plus secrètes de la nature. Doué d'une incroyable pénétration, il découvrit et explora les propriétés des substances métalliques; il étudia les élémens dont ces substances sont formées, sans compter le don qu'il eut de guérir les maladies réputées incurables (1). » Du reste, sa célébrité touchait alors à son apogée. L'archiduc Ferdinand, roi des Romains, et divers autres puissans princes l'appelaient très souvent auprès de leurs personnes ou correspondaient avec lui en le comblant de faveurs et de présens magnifiques. De leur côté, plusieurs savans partageaient l'enthousiasme excité par son nom. Chacun d'eux tenait à voir cet homme extraordinaire. A Bâle, il avait une cour comme un monarque; on se pressait aux pieds de sa chaire ainsi qu'à l'entour d'un trône.

Albert Basa, médecin du roi de Pologne, qui s'était acheminé vers Bâle tout exprès pour connaître Paracelse en personne, l'accompagnait un jour dans la demeure d'un habitant de cette ville, très gravement malade et devant succomber bientôt, suivant l'opinion des médecins galénistes. Le docteur polonais s'attachait à l'opinion de ces derniers touchant le pronostic de la maladie. Paracelse, au contraire, promettait une guérison prompte et certaine dans le cas où l'on suivrait sa méthode. La discussion s'échauffait de part et d'autre : le premier citait Galien et jurait sur la parole vénérée de ce grand maître; le second proclamait l'autorité de l'expérience et défendait son infaillibilité bien autrement incontestable. Cependant, malgré cette vive opposition, le professeur de Bâle finit par administrer ses célèbres *arcanes*. Mais le lendemain de cette discussion, comme il donnait une fête à ses amis et à ses disciples, imaginez la surprise d'Albert Basa, en reconnaissant à table, assis auprès de lui, et au nombre des convives les plus joyeux et les mieux disposés, le moribond qu'il avait vu la veille. Exagérée peut-être, mais au fond nullement invraisemblable, cette anecdote, rapportée par Melchior Adam, nous explique l'enthousiasme du peuple allemand pour Paracelse, et justifie jusqu'à un certain point le titre ambitieux de *monarque des arcanes* qu'on ajoutait habituellement à son nom.

(1) *Orat. de Basil.*, pag. 170.

méthode, on prit alors l'habitude de prescrire à la fois, et en une seule dose, de 20 à 50 grains, suivant les cas, aux sujets qui ne restaient pas à l'hôpital.

Le nombre des malades sur lesquels l'auteur a conservé des notes, et qu'il a traités par cette méthode, est de 33. Parmi les nombreux renseignemens numériques qu'il donne à cette occasion, voici quelques-uns de ceux qui nous ont semblé offrir le plus d'intérêt.

DURÉE DE LA MALADIE.—3 sujets en étaient affectés pour la première fois, 11 en étaient atteints pour la seconde fois, et à des distances variables, depuis quatre années jusqu'à quelques semaines.

EFFETS IMMÉDIATS DU MÉDICAMENT. — Dans 19 cas, l'administration n'en a été suivie d'aucun effet qui ait mérité d'être noté. Il y eut des nausées dans 4 cas, des vomissemens dans 1 seul, de la céphalalgie dans 1, une surdité temporaire dans 4, des vertiges, des tournoiemens de tête dans 9, des tintemens d'oreille dans 8.

EFFETS SUR LE PAROXYSME. — Dans 9 cas, les paroxysmes ont entièrement cessé après la première dose; dans 11 il y a eu encore un paroxysme, dans 5 il y en a eu deux, dans 1 trois, dans 1 quatre, dans tous le traitement a amené la guérison.

DURÉE DU TEMPS PENDANT LEQUEL LES FIÉVREUX ONT ÉTÉ PORTÉS SUR LA LISTE DES MALADES. — La durée moyenne a été de cinq jours et demi; la plus courte ayant été de trois et la plus élevée de onze jours.

Le cas suivant, qui est celui dans lequel on a administré la plus grande quantité de sulfate de quinine, est assez intéressant pour mériter d'être rapporté.

OBS.—Bauley est pris de frisson au moment où on l'appelait pour l'examiner. On lui administre immédiatement 20 grains de sulfate de quinine. Au bout de quelques instans, il dit qu'il se sentait mieux, et cependant le frisson et les horripilations continuaient; on lui fit prendre une nouvelle dose de 20 grains. Un instant après, il se plaignit de tintemens et de nausées; on lui fit prendre un lit à l'hôpital, et au bout d'une heure on le trouva se plaignant d'être sourd, d'éprouver des étourdissemens et des nausées, mais sans vomissement; le pouls était très accéléré et médiocrement plein et la peau chaude. La surdité et les éblouissemens persistèrent pendant plusieurs heures, et le lendemain matin il disait se trouver très bien et avoir reposé pendant la nuit. Au bout de deux jours, il n'y avait pas eu de nouvel accès, et il fut renvoyé à son service.

L'auteur a constaté, par plusieurs observations dont il rapporte quelques-unes, que l'administration du sulfate de quinine empêche plus facilement le retour d'un premier accès de fièvre lorsqu'il est administré à une époque bien éloignée de l'accès qui doit arriver; mais il a aussi remarqué que l'administration du sulfate de quinine faite pendant le frisson ou la chaleur fébrile n'est pas aussi nuisible qu'on l'avait prétendu, ou même ne l'est pas du tout; car il résulte des cas qu'il rapporte que le paroxysme peut être arrêté par l'administration du sulfate de quinine pendant la période du froid, ou qu'au moins sa durée et son intensité peuvent être notablement diminuées.

Il repousse aussi l'opinion émise par quelques pathologistes, que l'on doit laisser passer quelques accès avant d'avoir recours au fébrifuge; car les cas dont il a trouvé la guérison plus difficile à obtenir, ou dans lesquels les rechutes ont été plus fréquentes, étaient précisément ceux où, soit par nécessité, soit pour se conformer à cette opinion erronée, le traitement n'avait été commencé qu'à une époque déjà éloignée du début, et aussi ceux où les accès avaient été coupés dès le principe sont ceux où la guérison a paru le plus solide.

RÉSUMÉ DES CAS TRAITÉS DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE DE L'HÔPITAL DE NEW-YORK, dirigé par M. JOHN WATSON.

TÉTANOS SURVENU À LA SUITE D'UNE BRULURE AVEC LA POTASSE CAUSTIQUE; GUÉRISON PAR L'ASSA FOETIDA.

Si tous les médecins doivent se faire un devoir de signaler les remèdes qui leur ont semblé jouir de quelque efficacité contre le tétanos, il n'importe pas moins de n'admettre, à titre de preuve pour les nouveaux médicamens, que des cas de succès bien constatés, afin qu'on ne fonde pas sur leur emploi des espérances toujours préjudiciables aux malades, pour peu qu'elles soient exagérées. Or, souvent, en analysant les circonstances de ces guérisons, on reconnaît que la maladie était trop légère, que l'amélioration a été trop lente, le traitement trop varié, pour qu'on puisse légitimement rapporter l'honneur du résultat à l'agent auquel l'auteur voudrait l'attribuer. Ici, par exemple, le tétanos datait de quatre jours lorsque le malade fut admis à l'hôpital; or, d'après l'expérience de tous les chirurgiens, c'est déjà une garantie de guérison spontanée que la prolongation de cette maladie au-delà de ce terme. Il n'y avait que resserrement des mâchoires et difficulté de déglutition, avec un peu de spasme des muscles du cou. D'un autre côté, on joignit à l'administration de l'assa fœtida l'usage souvent répété d'une potion purgative; et ce fut constamment après la purgation que l'amélioration se manifesta. Enfin, les symptômes tétaniques, toujours légers, ne commencèrent néanmoins à diminuer qu'après huit jours d'administration de l'assa fœtida. Ces remarques étaient nécessaires, ce nous semble, pour mettre à même de juger la valeur de cette observation, ainsi que l'efficacité du médicament, qui, du reste, avait déjà été conseillé dans le traitement du tétanos.

DE LA PARALYSIE SYMPATHIQUE D'AFFECTION DES VISCÈRES; par le docteur ZABRISKIE.

On est trop disposé parmi nous à attribuer la paralysie à des altérations du cerveau, de la moelle épinière et des gros troncs nerveux. On reconnaît bien en théorie qu'il y a d'autres paralysies que celles qui dépendent de la destruction ou de la compression des portions de la substance nerveuse, qui président au mouvement; mais dans la pratique on tient rarement compte de ces cas, qui forment pourtant de nombreuses exceptions; nous exceptons pourtant la paralysie saturnine, qui aujourd'hui est parfaitement connue; mais les paralysies rhumatismales, celles qui se lient aux maladies des différens viscères, celles surtout qu'on ne peut rattacher à aucune cause, sont entièrement négligées, bien qu'il fût si important d'étudier leur mode de développement et leur mécanisme, si nous pouvons employer cette expression pour désigner une action que nos sens n'ont pas encore pu saisir. Le travail de M. Zabriskie contient plusieurs observations de ce genre qui ne manquent pas d'intérêt. Après avoir rapporté que l'engourdissement des extrémités inférieures accompagne souvent le calcul rénal; qu'on observe fréquemment un engourdissement du côté gauche dans certaines affections chroniques de l'esto-

---

C'est aussi vers cette époque que la guérison des accès de goutte du fameux imprimeur Jean Froben, obtenue par ses remèdes secrets, lui valut les complimens et la distinction d'Erasme. Tourmenté depuis longtemps par la gravelle, le spirituel et sceptique érudit voulut également avoir recours aux *arcanes* de Paracelse. Mais il fut beaucoup moins heureux que son ami Froben. Sa maladie, déjà très ancienne, présentait par cela même infiniment moins de ressources aux efforts de l'art. Malgré ce revers, que la calomnie faisait retomber tout entier sur le compte de Paracelse, moins ingrat et plus sensé que l'archiduc Ferdinand, qui plus tard, dans une circonstance à peu près semblable, l'expulsa, dit-on, honteusement de sa cour, Erasme lui témoigna sa satisfaction de son zèle, et jusqu'à la fin de sa vie lui conserva toujours la même estime.

Tant de célébrité, tant d'hommages et de choix flatteurs devaient nécessairement éveiller l'envie dans l'âme de ses confrères. En effet, une période terrible de luttes et d'épreuves allait commencer pour Paracelse. Les écoles, qui ne lui pardonnaient ni ses succès, ni son orgueil, ni son audace; les écoles, qui voulaient surtout se venger du mépris dont il les accablait si ouvertement, donnèrent elles-mêmes le signal de l'attaque. C'est d'abord l'Université de Paris, qui le condamne comme un hérésiarque aussi dangereux en matière de science que Luther en matière de religion.

« Ces deux hommes que le même pays a vu naître, disait-elle dans le manifeste prononcé contre lui, sont également coupables: l'un de perdre l'ame, l'autre le corps. » A ce manifeste, il répondait en ces termes: « Race de vipères, vous dissimulez peu votre venin; vous faites de moi un second Luther, parce que vous espérez qu'on brûlera cet homme, parce que la foule et les grands de ce monde le maudissent. Vous le persécutez comme s'il n'était pas plus savant que vous tous. Mais en me comparant à lui, vous reconnaissez vous-même ma supériorité et votre bassesse, etc. » (1) La violence et le défaut de mesure qui régnaient dans ses réponses aux universités de France et d'Italie augmentaient encore la haine de celles-ci. Aussi trop pénétrant pour ignorer ses torts, et trop sincère pour ne pas en convenir, cherchait-il quelquefois à en atténuer les résultats funestes à son repos et à sa fortune. « Messieurs de Paris, de Montpellier et de Padoue, écrit-il à ce sujet, vous m'appelez rustre, homme grossier. Mais quoi d'étonnant à cela? Je n'ai pas été nourri de figues ou d'autres douceurs semblables. Mes alimens à moi, c'a été le lait, le fromage, le pain d'avoine. Ayant grandi parmi les montagnes, au milieu des forets de mélèzes, comment aurais-je contracté vos habitudes? Ai-je donc été élevé comme vous, dans des gynécées, avec de riches et moelleux vêtemens? (3) » L'ouvrage intitulé DÉFENSE, dont nous venons de citer un passage, quoique assez peu répréhensible sous le point de vue de la forme et du choix des expressions, était encore trop satirique et trop hautain pour apaiser la colère des universités. La persécution continua donc à s'exercer contre lui avec plus d'acharnement que jamais; car au lieu de compter seulement des étrangers parmi ses ennemis, il voyait cette fois des compatriotes, et, plus encore, des disciples. En effet, les Allemands ne se firent aucun scrupule de l'accuser des crimes d'hérésie et de sorcellerie, délits du temps qui avaient tous

(1) FRAGM. MEDIC., p. 336, édit. genovev., t. I.
(2) DEFENSIO, lib. VIII, p. 261.

mac, et que les affections rhumatismales déterminent quelquefois dans les extrémités où elles ont leur siége une paralysie plus ou moins prononcée qui n'est pas le résultat de la douleur; après avoir surtout indiqué un travail sur le même sujet, contenu dans les TRANSACTIONS MÉDICO-CHIRURGICALES de 1834, et dans lequel le docteur Stanley a rapporté plusieurs cas d'affections des reins dans lesquels on avait observé tous les symptômes ordinaires de la carie des vertèbres, et qui, à l'autopsie, n'avaient donné aucun indice de la moindre altération de l'épine ou du cerveau, il rapporte plusieurs cas de ce genre; nous en allons analyser quelques-uns. Nous ne rapporterons cependant pas le premier de ces cas contenant l'histoire d'un individu qui présenta, durant les derniers temps de sa vie, une affection grave et purulente des reins, et compliquée, pendant le dernier mois, d'une paraplégie complète, mais dont l'origine remontait à trois ou quatre mois. L'autopsie n'ayant pu être faite, cette observation n'a nécessairement qu'une très médiocre valeur. La suivante, qui s'est terminée par la guérison, nous semble plus importante.

PARALYSIE INTERMITTENTE COMPLIQUANT UNE AFFECTION DU FOIE.

OBS. — Miss L., âgée de 16 ans, fut prise, en avril 1840, d'une hépatite aiguë caractérisée par une douleur dans la région hypocondriacque droite, et s'étendant jusque dans l'épaule du même côté, par une grande sensibilité à la pression avec développement du côté du droit, perte de l'appétit, fréquence du pouls, langue blanche et chargée; chaque soir, la fièvre éprouvait une exacerbation, qui était accompagnée d'une vive douleur et d'un sentiment de picotement dans le pied droit et faisait place le matin à une rémission prononcée. La maladie ne céda pas aux moyens ordinaires, et passa à l'état chronique avec les mêmes exacerbations journalières et de plus de l'aménorrhée et une vive douleur dans les reins. Celle de la jambe droite avait diminué et fut remplacée par un sentiment d'engourdissement et la perte du mouvement de cette extrémité. Ces phénomènes avaient lieu le soir, et alors la malade ne pouvait ni marcher, ni se servir de sa jambe, dans laquelle l'insensibilité était complète, et disparaissait en partie le matin avec la douleur du côté et la fièvre, pendant que la sensibilité et la motilité revenant, la malade pouvait marcher pendant l'apyrexie sans autre difficulté que la faiblesse extrême. Pensant qu'il y avait chez elle quelque altération de la colonne vertébrale, ou de la moelle épinière, on appliqua des ventouses, des vésicatoires et des cautères sur le point des reins qui était le siége de la douleur, mais sans aucun effet sur l'état de la jambe. 20 sangsues furent appliquées sur l'hypocondre droit, la malade, n'ayant pas voulu qu'on le fît pendant que la maladie était à l'état aigu, tant était vive à cette époque la sensibilité de cette partie et bientôt la douleur et les accidens fébriles et paralytiques disparurent. Elle eut pendant l'été de fréquens retours des symptômes hépatiques, qui s'accompagnèrent toujours de l'engourdissement de l'extrémité droite, et qui furent diminués par l'application de ventouses ou de sangsues sur le côté droit ou par la saignée du bras. Mais chaque fois les accidens paralytiques, qui paraissaient n'avoir aucun rapport avec la douleur et l'engourdissement du dos, suivaient exactement les variations de celle du côté, étaient calmées par les mêmes moyens et en même temps que les symptômes hépatiques. Il était donc difficile d'y méconnaître un symptôme de l'hépatite.

Il y a peu de praticiens qui n'aient été à même d'observer l'engourdissement de la jambe et du bras droits dans les cas d'hépatite chronique, augmentant avec la violence de la maladie et disparaissant avec la douleur du côté, et qu'on doit regarder comme un symptôme de la maladie. Quoique cet engourdissement arrive rarement jusqu'à la paralysie, cependant il montre le rapport qui existe entre les maladies des viscères et d'autres affections nerveuses graves.

L'observation suivante ressemble à un certain nombre des cas rapportés par Abérnethy, dans son ouvrage sur les maladies locales, et dans lesquels des affections intestinales sans lésions appréciables de la moelle étaient compliquées de paraplégie.

PARALYSIE ENTÉRITIQUE.

OBS. — Lynch, âgé de 28 ans, constitution sanguine, tempérant, est reçu à l'hôpital, en juin 1835, avec une paralysie complète des extrémités inférieures, pour la sensibilité comme pour la motilité; il y avait paralysie du rectum et de la vessie, et les évacuations étaient involontaires. Il se plaignait de faiblesse avec douleur dans la région des reins et d'un sentiment de malaise dans les intestins d'où sortait continuellement un mucus sanguinolent. Il y avait de la sensibilité au-dessus de la région ombilicale. La colite est combattue par le calomel et l'opium et la poudre de Dover, suivie des astringens; en même temps des ventouses, des sangsues, des vésicatoires et des cautères sont appliqués sur la partie de l'épine où le malade éprouvait de la douleur; plusieurs autres moyens dirigés contre la paralysie n'eurent pas plus de succès; enfin, le malade continuant d'éprouver une assez vive douleur dans les régions épigastrique et ombilicale et les accidens dysentériques continuant de se montrer des sangsues sont appliquées sur ces régions, et dès le lendemain le malade sentait et remuait les jambes. Depuis cette époque, la dysenterie cessa et les sphynctères recouvrérent leur force; de nouvelles applications de sangsues faites tous les deux jours pendant trois semaines achevèrent la guérison.

Le fait suivant mérite surtout d'être conservé, tant pour la nature de l'affection que pour l'âge avancé du sujet qui en était atteint.

PARALYSIE INTERMITTENTE.

OBS. — Une vieille dame, âgée de 78 ans, qui a toujours eu une santé délicate, présente, le 20 août 1833, en s'éveillant, après avoir dormi plus longtemps que d'habitude, un certain degré de stupeur et se plaint d'être très faible, ce qui va en augmentant jusqu'au 29, qu'on la trouve dans l'état suivant : somnolence et pesanteur; les yeux sont rouges, paraissent immobiles et insensibles; la salive coule par l'angle gauche de la bouche; elle n'avale qu'avec difficulté; le pouls est rapide, la langue blanche et la paume des mains chaude; elle ne se plaint de rien, sinon de faiblesse et de somnolence. Un cathartique est donné à l'intérieur et on applique des sinapismes sur les jambes.

Le 23, elle paraît mieux, avale avec moins de difficulté, conserve les liquides dans la bouche. Le pouls est normal; on lui applique dans l'après-midi des sangsues aux tempes; le pouls devient plus fréquent, la peau plus chaude; la salive coule encore de la bouche; somnolence prononcée. Des vésicatoires sont appliqués près des chevilles, des boissons acidulées sont données à l'intérieur.

Le 24, la fièvre est moins forte; la malade a recouvré quelques mouvemens. A deux heures après-midi la fièvre est plus forte qu'hier; la stupeur est très prononcée; la malade ne reconnait pas ses amis. Le bras et la jambe du côté gauche sont entièrement paralysés; la malade ne peut avaler; la salive coule continuellement de sa bouche et par l'angle gauche. Le pouls est fréquent; la peau chaude et la langue chargée. Les accidens ayant réellement une forme périodique, 9 grains de sulfate de quinine sont prescrits.

Le 25, apyrexie, pouls normal, peau fraîche; la déglutition se fait difficilement. Le 26, la fièvre est bien plus prononcée; les accidens paralytiques le sont aussi beaucoup plus.

Le 27, amélioration notable, mais faiblesse extrême. La malade exécute quelques mouvemens du côté paralysé; sa langue est couverte de croûtes blanchâtres. Le 28, l'amélioration continue. Les lèvres sont couvertes de croûtes semblables à celles de la langue, qui se détachent. La malade va de mieux en mieux, et elle recouvre complètement le mouvement et la sensibilité.

---

deux, comme en sait, le supplice du feu pour expiation. Entre autres chefs d'accusation, Thomas Eraste, professeur à l'université de Wittemberg, alléguait l'altération du dogme de la Trinité, que Paracelse expliquait, disait-il, d'une manière mystique, ainsi que tous les mystère de la Bible; de son côté, Georges Vetter, qui avait été le compagnon, l'élève, le commensal et l'ami du professeur de Bâle, prétendait que celui-ci allait au sabbat, à cheval, tantôt sur un bâton blanc, tantôt sur un bouc noir; qu'il répétait sans cesse ces paroles : « Si Dieu ne m'aide pas, du moins le diable m'assiste et me protége, etc. » Mais Paracelse eût le bonheur d'échapper à ces imputations, les unes fondées, les autres absurdes et ridicules aujourd'hui, toutes malveillantes et se proposant son discrédit et sa perte. Il avait surtout montré beaucoup d'habileté à l'occasion de l'hérésie des sociniens, où il inclinait en secret, et pour laquelle son ennemi le plus impitoyable, Thomas Eraste, le provoquait et le pressait avec non moins d'adresse et de ruse. Dans cette circonstance périlleuse, pour la première fois de sa vie peut-être, Paracelse fut calme, modéré, prudent. Il n'écrivit rien et ne répondit rien touchant le dogme de la Trinité chrétienne, au grand désappointement de ses ennemis qui comptaient sur le succès de cette embûche. On eût dit qu'il avait une sorte de pressentiment de la fin tragique de Michel Servet; car ce fut en effet quelques années plus tard que cette même question résolue avec trop de hardiesse par le pétulent médecin espagnol le conduisit aux flammes du bûcher de Genève.

Ne parvenant point à se défaire de Paracelse à l'aide des moyens extrêmes, ses ennemis l'incriminèrent dans les actes de sa vie privee. Ce ne fut alors contre lui qu'un immense débordement d'injures et de libelles. On lui reprochait surtout de se livrer à la débauche la plus abjecte. S'il fallait en croire Oporin, cet autre disciple ingrat, Paracelse arrêtait les charretiers au milieu des rues de Bâle, et s'attablait avec eux dans le cabaret de la Cigogne, où il buvait jusqu'à perdre complètement la raison. Ce même biographe assure, en outre, qu'il ne visitait jamais un malade, qu'il ne dictait jamais à ses secrétaires et qu'il ne montait jamais en chaire, sans être préalablement ivre. Quoique suspect à beaucoup d'égards, le témoignage d'Oporin paraît être basé pourtant sur quelques faits réels; car les partisans de Paracelse conviennent eux-mêmes que l'amour immodéré du vin était une des passions de leur maître. Mais de là au degré d'ivrognerie signalé par Oporin la distance est extrême. Comme Schiller qui n'enfantait ses compositions dramatiques qu'au milieu de la mousse pétillante du champagne, et comme Shéridan qui vidait plusieurs flacons de Porto avant de monter à la tribune ou d'écrire ses comédies, il est probable que Paracelse cherchait parmi les vapeurs du vin l'inspiration, mère de la puissance créatrice, l'enthousiasme, ce feu sacré dont toute œuvre d'art ou de science a besoin d'une certaine dose pour parvenir à l'immortalité. Las du fini, du contingent, du variable, comme tous les théosophes, Paracelse s'élevait comme eux vers l'infini, vers l'unité, vers Dieu, sur les ailes de la contemplation et de l'extase. Or, ainsi que l'a dit un poète allemand : « De l'amour du vin à l'amour de Dieu la distance est moins considérable qu'on ne le croit. » La dilatation de l'intelligence en un cercle incommensurable; l'élan de l'imagination emportée, sur un nuage d'or et dans une atmosphère de feu, vers les sommités de la pensée, presque au-delà des limites de l'humanité, le prodigieux et dernier effort de l'activité psychologique, l'extase, en un mot, que Plotin, Jamblique, sainte Thérèse, Swedenborg et Jacob Boehme dema

Le sujet de cette observation offrait donc une double intermittence dans le paroxisme du soir et dans l'exacerbation de chaque second jour. Nous terminerons par le fait suivant, le seul de tous ceux que rapporte le docteur Zabriskie dont le diagnostic ait été confirmé par l'autopsie.

PARALYSIE ENTÉRITIQUE.

Obs. IV. — An. Masters, âgée de 14 ans, entre à l'hôpital avec une diarrhée chronique, qui avait résisté à différens traitemens, et l'avait affaiblie beaucoup, au point même que ses extrémités inférieures, qui d'abord n'avaient été que faibles, se paralysèrent complétement de la motilité et de la sensibilité, et les évacuations devinrent involontaires, bien que les facultés intellectuelles fussent restées parfaites, et que la moitié supérieure du corps fût restée libre dans ses mouvemens. Cette pauvre fille s'épuisa graduellement et périt dans le marasme.

Autopsie. Amaigrissement très prononcé, extrémités inférieures extrêmement grêles, légères taches rouges sur la muqueuse gastrique; le colon offre quelques traces d'inflammation; mais c'est surtout dans le jéjunum qu'on trouve les altérations les plus prononcées; il est le siége d'une forte injection et sa muqueuse est ramollie et désorganisée. La colonne vertébrale n'offre pas la moindre altération. On n'en trouve pas de traces non plus ni dans la moelle épinière, ni dans les nerfs des extrémités inferieures, qui cependant sont extrêmement minces. Le grand sympathique et ses ganglions n'offrent rien d'anormal. Tous les autres organes sont à l'état sain.

L'auteur rapporte plusieurs autres observations du même genre, et qui, comme les précédentes, laissent toujours à regretter des renseignemens importans. Voici au reste les motifs sur lesquels il s'appuie pour considérer ces cas comme ne dépendant pas d'une lésion cérébrale ou spinale.

1° L'inflammation précède toujours la paralysie, et souvent pendant longtemps,

2° L'absence de toute lésion morbide à l'autopsie dans les centres nerveux.

3° Inutilité de tous les moyens dirigés contre les altérations de l'encéphale et de la moelle épinière.

4° Amélioration à la suite d'un traitement dirigé contre la phlegmasie intestinale.

CAS DE BEC-DE-LIÈVRE CONGÉNIAL DOUBLE AVEC DIVISION DE LA VOUTE ET DU VOILE DU PALAIS; par M. Davis.

L'enfant était âgé de cinq semaines lorsque le chirurgien le vit pour la première fois. Il y avait déjà à cette époque, dans le tubercule osseux médian, une dent bien développée. Appelons, en passant, l'attention sur cette circonstance dont nous avons observé nous-mêmes d'autres exemples. Intéressante sous le rapport physiologique, à cause des lumières qu'elle pourrait jeter sur la pathogénie de la difformité, cette sortie précoce des dents, indice de la vascularité considérable de l'os inter-maxillaire, conduirait peut-être aussi de cette manière à donner l'explication des accidens et surtout des hémorragies rebelles qu'on a si souvent observées, chez les enfans, après l'excision de la portion osseuse saillante.

Chez le malade de M. Davis, comme dans la plupart de ces vices de conformation, la languette cutanée moyenne se continuait avec l'extrémité du nez. Le chirurgien la sépara de cette connexion. Puis une compression assez forte exercée pendant quelques semaines, à l'aide d'un bandage, sur le tubercule osseux proéminent, suffit pour le repousser, et permit de ramener le lambeau de peau détaché du nez, au niveau des deux bords latéraux de la lèvre avec lesquels il fut alors facile de le réunir au moyen de la suture.

En rapprochement de cette opération, fort rationnelle d'ailleurs, nous croyons devoir rappeler le procédé imaginé et exécuté par Dupuytren en 1832, pour la même difformité, et qui nous semble présenter sur celui-ci des avantages marqués. Il consiste à utiliser la languette cutanée pour en faire une sous-cloison. On resèque la moitié antérieure de l'os inter-maxillaire; puis, sur la portion postérieure restée intacte et qui sert de point d'appui, on réunit les deux moitiés latérales des lèvres, tandis que la sous-cloison de nouvelle formation est rabattue à un angle droit en arrière, et maintenue dans sa nouvelle position par deux points de suture.

DE LA FIÈVRE JAUNE QUI A RÉGNÉ A KEY-WEST; par M. Dupuy.

Cette petite île, qui n'offre, ni dans sa position, ni dans sa conformation, aucune des conditions qui sont favorables à la production des fièvres de marais, n'avait pas eu, depuis 1823, à souffrir de la fièvre jaune, excepté dans l'été de 1829, et lorsque l'auteur y arriva, en mai dernier, il n'y avait pas un seul malade dans toute l'île; mais les anciens habitans et les médecins résidans lui assurèrent qu'ils craignaient que l'été ne fût défavorable, parce qu'on avait vu sur le rivage des myriades de mouches mortes, circonstance qui s'était reproduite à l'époque de l'apparition de la fièvre jaune de 1829; et, en effet, au mois de juin, apparurent quelques cas de fièvre jaune qui se multiplièrent surtout pendant le mois de juillet, époque où le thermomètre restait continuellement, pendant le jour, à 88° (25° R.), et sans la plus légère brise de mer. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que, pendant cette épidémie, la maladie n'attaqua pas un seul des anciens habitans de l'île et frappa seulement les étrangers.

L'auteur paraît disposé à attribuer le développement de cette invasion de la fièvre jaune à la grande quantité de plantes marines rejetées sur les bords de la mer, où, sous l'influence d'une chaleur élevée, elles se décomposent rapidement avec les animalcules qui les accompagnent, et produisent une odeur infecte que le vent du sud transporte sur la ville. A l'appui de cette opinion, qui paraît être celle des habitans, il rappelle qu'on observe la fièvre jaune spécialement, sinon uniquement, sur les bords de la mer et à de courtes distances de ses rivages.

CAS DE PARALYSIE DE LA PORTION DURE DE LA SEPTIÈME PAIRE, REMARQUABLE PAR UN PHÉNOMÈNE PHYSIOLOGIQUE CURIEUX; par M. J. Zabriskie.

Obs. — J. Ward, marin, entra à l'hôpital avec des symptômes de syphilis secondaire, pour lesquels il fut mis à l'usage de la salsepareille. Vers le déclin des accidens, il fut tout à coup affecté de paralysie de quelques-uns des muscles de la face. L'intégrité des organes sensoriaux ne permit pas de méconnaître une affection bornée à la septième paire. Mais la circonstance singulière que présenta ce cas, c'est que l'occlusion des paupières n'avait pas lieu du côté droit pendant le clignement instinctif, et qu'au contraire le malade pouvait les fermer de ce même côté, lorsqu'il faisait de ce mouvement un acte de sa volonté.

L'auteur rapproche ce fait d'un cas semblable observé par M. Dugès et rapporté dans le numéro d'avril 1829 de la Revue médicale. Suivant

---

daient aux jeûnes forcés, aux ardentes prières, aux longues macérations, etc., Paracelse l'obtenait sans doute avec le vin d'une manière plus prompte et plus facile.

Du reste, on ne peut pas se le dissimuler, il y avait dans les idées comme dans les actions de Paracelse, des bizarreries nombreuses, des excentricités qu'on a trop souvent mal interprétées, mais qui en faisaient un homme d'une originalité peu commune. Voici, par exemple, ce qu'il écrivait à Christophe Clauser, médecin de Zurich : « Chaque nation produit dans notre science un savant illustre dont les principes sont analogues au climat qui l'a vu naître. Si la Grèce a produit Hippocrate; l'Orient, Rhazès; l'Italie, Marsile Ficin ; l'Allemagne a enfanté Paracelse. » On ne peut, comme on voit, se déférer plus complaisamment à soi-même le privilége du génie et le brevet de l'immortalité. L'apostrophe suivante est non moins singulière par son ambition et son style emphatique : « Vous me suivrez, Hippocrate, Galien, Rhazès, Mésué, Montagnana; vous me suivrez, Messieurs de Paris, de Montpellier, de Louvain, de Padoue; et vous tous tant que vous êtes, que le Rhin et le Danube renferment ; vous qui habitez les îles de l'Océan; vous, Dalmates et Turcs; oui, vous me suivrez; car désormais le sceptre de la médecine et des arts libéraux est à moi ; car cette monarchie m'a été livrée pour toujours. »

D'un autre côté, Paracelse prétendait qu'une épée, qu'il avait reçue en présent d'un bourreau d'Allemagne, emprisonnait dans sa garde un génie familier nommé *Azoth*. Gage insigne et sacré de son pouvoir surnaturel, il portait cette épée nuit et jour à son côté; mais, il y a plus, séparé de ce talisman fatidique, l'inspiration l'abandonnait, le prestige inouï, la fascination irrésistible qu'il exerçait sur l'esprit de la foule s'évanouissait aussitôt, malgré tous ses efforts pour en retenir les rênes flottantes. Alors le débit impuissant d'une improvisation lente, aride, vulgaire, remplaçait l'originalité facile, l'élan gigantesque, la pompe sonore de son éloquence habituelle. L'homme obscur détrônait l'ange radieux; l'aigle des alchimistes perdait tout à coup ses ailes immenses, et, de son rocher voisin des nuages, retombait lourdement vers les sillons de la terre. Aussi, chaque fois qu'il était en chaire, sous prétexte de s'opposer à la fuite de son génie familier, Paracelse appuyait-il constamment ses deux mains sur la garde de son épée. Gabriel Naudé pensait que le génie familier du professeur de Bâle n'était autre chose que ses merveilleux *arcanes*, dont l'épée en question renfermait toujours une certaine quantité préparée sous forme de pilules (1). Mais n'était-ce pas plutôt la personnification d'un pur phénomène d'intuition, le naïf et poétique symbole de la conscience se révélant à elle-même? C'est ce qu'on a tout lieu de croire, en se rappelant que les partisans de la philosophie cabalistique, cette fille des contrées orientales, comme la fable et l'allégorie, se représentaient ordinairement les idées les plus abstraites par des images et par des *mythes*. Quoi qu'il en soit, pour en revenir au récit biographique, vers la fin de 1527, Paracelse fut obligé de quitter Bâle, à la suite d'un démêlé malencontreux qu'il eut avec un chanoine de la cathédrale. Menacé de la prison par les magistrats de la ville, auxquels il avait reproché hautement et sans aucune mesure leur injustice à son égard, d'après les instances de ses amis, pour éviter cette peine, il se réfugia en Alsace, à Colmar, où ses fidèles disciples, le docteur Cornelius, les li-

(1) Apologie des grands hommes accusés de magie; article *Paracelse*.

lui, la persistance de l'occlusion volontaire est due à ce que ce mouvement ne dépend pas du facial, mais est commandé par le nerf ophthalmique, tandis que l'acte du clignement serait dévolu au facial. Cette explication qui choquera sans doute, au premier coup d'œil, tous ceux qui sont au courant des travaux récens sur la spécificité d'attributions des nerfs moteurs et sensitifs, nous paraît, en outre, susceptible d'une réfutation directe. Si elle était admissible, en effet, n'est-il pas évident que la conservation des mouvemens volontaires, qu'on signale ici comme une exception, devrait, au contraire, exister chez tous les malades atteints d'hémiplégie faciale, où la septième paire est seule affectée; que tous, par conséquent, devraient pouvoir fermer les paupières à volonté; ce qui est loin d'avoir lieu. Ce qu'il y a de vrai, et ce qui peut rendre compte du phénomène observé par M. Zabriskie, c'est que l'application de la volonté imprime toujours aux muscles paralysés un degré d'action supplémentaire, et de beaucoup supérieure à celle qui résulte du principe des mouvemens involontaires. Si donc la paralysie est faible, comme elle paraît l'avoir été ici, il pourra fort bien se faire qu'une influence énergique de la volonté suffise pour ramener à leur intégrité naturelle des mouvemens qui demeurent encore faibles et incomplets, dans les circonstances ordinaires où l'instinct seul en provoque l'accomplissement.

Un autre point de vue fort intéressant que présente ce fait, et sur lequel l'auteur n'a point fixé l'attention, est la coexistence d'accidens syphilitiques et d'une hémiplégie faciale. Nous l'avons observée nous-même plusieurs fois, et notamment à la clinique de M. Ricord. Attribuée jusqu'ici par les écrivains à la tuméfaction du périoste de l'aqueduc de Fallope ou à la présence d'une exostose dans ce conduit, la paralysie nous paraît plutôt due, dans ce cas, à l'engorgement des ganglions qui entourent le nerf à son point d'émergence du trou stylo-mastoïdien. La justesse de cette seconde explication est prouvée à nos yeux, 1° parce que nous avons souvent pu constater directement l'existence de l'engorgement ganglionnaire; 2° parce qu'on observe fréquemment, dans la syphilis secondaire, d'autres ganglions engorgés dans les régions voisines du cou; 3° par l'époque d'apparition de l'hémiplégie faciale, qui coïncide, non avec la période des accidens tertiaires (où se manifestent les exostoses et les périostoses), mais avec celle des symptômes secondaires, qui est aussi celle des engorgemens ganglionnaires dont nous avons parlé; 4° par l'influence constante et rapide que le traitement mercuriel exerce sur la paralysie en même temps que sur l'engorgement, circonstance particulière aux symptômes secondaires; 5° par l'absence, dans ces cas, de déviation de la luette. Ce signe, dont les travaux de M. Longet, et nos propres recherches (v. GAZ. MÉD., 1838, p. 164), ont montré toute l'importance, et qui permet presque toujours, soit qu'il manque, soit qu'il existe, de déterminer le siége précis de l'altération du facial, est ici un indice presque certain que la cause de compression du nerf se trouve en dehors de l'aqueduc osseux. Quelques-unes de ces remarques appartiennent à M. Ricord.

DU DÉFAUT DE CONSOLIDATION DANS LES FRACTURES; DE SES CAUSES ET DE SON TRAITEMENT; par M. NORRIS.

Ce travail est une sorte de traité *ex-professo* sur la matière. Basé sur l'appréciation et la comparaison de 150 cas, tous extraits des journaux et des ouvrages de chirurgie, il se recommande surtout par la précision des conclusions qu'a permise une aussi abondante collection de faits. Avant de les faire connaître, arrêtons-nous un instant sur quelques considérations de détail, qui sont plus particulières à l'auteur.

Les fractures non consolidées peuvent se présenter sous quatre états différens. Dans le premier, les extrémités osseuses sont unies et entourées par une masse cartilagineuse, ce qui constitue, à vrai dire, une période de la consolidation normale, et ne devient une condition pathologique que lorsque l'état cartilagineux persiste outre mesure.

Dans le second cas, les fragmens sont dépourvus de tout moyen d'union; leurs extrémités sont amincies et mobiles. Le membre ne peut alors remplir aucune de ses fonctions.

Dans le troisième, l'extrémité des fragmens a son canal médullaire oblitéré; chacune d'elles est recouverte par un tissu semblable au périoste, et des trousseaux ligamenteux, variables en nombre, en épaisseur et en direction les maintiennent réunies.

Enfin, dans un quatrième ordre, se rangent les cas où les bouts osseux sont enfermés dans une capsule sans ouverture, contenant un fluide semblable à la synovie. Les deux surfaces correspondantes des os sont alors polies, arrondies, éburnées, quelquefois même recouvertes, çà et là, d'une couche mince de cartilage. Le membre reste encore susceptible de rendre quelques services. Boyer, Chélius, Hewson ont douté de l'existence de ces fausses articulations avec une disposition aussi rapprochée de la structure normale; mais Brodie, Home, Howship, Kuhnoltz, Otto, etc., en citent des exemples bien circonstanciés. M. Breschet les a également observées sur des chiens; et, comme le remarque l'auteur, l'opération faite par M. Barton pour rétablir une articulation à côté et en place de celle qui est ankylosée, ne serait pas proposable, si une structure semblable ne pouvait s'obtenir; et les succès que cette méthode a déjà eus entre les mains de son inventeur montrent que les conditions anatomiques précitées sont effectivement réalisées dans quelques circonstances.

Parmi les causes de la non consolidation, M. Norris place l'état de grossesse; l'observation suivante qu'il emprunte aux TRANSACTIONS PHILOSOPHIQUES mérite d'être mise à côté du fameux cas d'Alanson si souvent cité.

OBS. I. — Une femme eut l'avant-bras droit fracturé obliquement vers le troisième mois de sa grossesse. Le docteur Bard, trouvant que, au bout de 65 jours de traitement, le membre était encore flexible, quoique les fragmens eussent été maintenus pendant tout ce temps dans un rapport exact, se contenta d'appliquer un appareil simplement contentif, et conseilla à la malade d'attendre jusqu'après l'accouchement. En effet, une fois celui-ci effectué, un mois suffit pour amener la consolidation.

L'usage trop hâtif du membre fracturé s'oppose aussi souvent à la consolidation et détruit celle qui était déjà commencée. L'observation suivante est un exemple remarquable des suites que peut avoir une imprudence de cette espèce. Elle est extraite du JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE de Boston.

ABSORPTION DE L'HUMÉRUS ENTIER A LA SUITE D'UNE FRACTURE.

OBS. II. — M. Brown, âgé de 18 ans, se fractura le bras droit, à la partie moyenne. Un traitement convenable fut mis en usage; mais avant que la consolidation fût entièrement achevée, il fit une chute qui fractura le même membre à la même place. La réunion ne put être obtenue, et, à la grande sur-

---

conciés Ursin, André, Raphael, Pancrace, etc., allèrent aussitôt le rejoindre. Ainsi fut brisée tout à coup, et par un incident mesquin, la carrière de son enseignement académique. Paracelse dès lors était libre de vivre selon ses goûts et ses inclinations, c'est-à-dire de recommencer les courses vagabondes, les aventureuses pérégrinations de sa jeunesse; car, ainsi que Pétrarque, ainsi qu'Alfiéri, ainsi que Byron, il fallait que cet homme voyageât pour trouver le bonheur ou du moins pour en rencontrer l'ombre. Au bout d'une année de séjour à Colmar, il sillonne de nouveau l'Allemagne, escorté d'une foule de disciples, de barbiers, de serviteurs, qui délaissent femmes et enfans pour le suivre. Il s'arrête successivement à Nuremberg, à St-Gall, à Pfeffers, à Augsbourg, où l'archiduc Ferdinand, dont il possédait la faveur, lui devint tout à coup hostile et l'expulsa de sa cour, comme Charles-Quint avait expulsé Corneille Agrippa de son empire. Thomas Eraste attribue cette disgrâce aux mensonges de Paracelse, à son ignorance, à sa témérité, qui occasionaient chaque jour la mort de nombreux malades; mais c'est plutôt aux intrigues de ses rivaux, et à la coalition de ses confrères, qu'il faut en rapporter la cause. Quoi qu'il en soit, Paracelse se rend de là dans la Moravie, auprès de Jean de Leippa, maréchal de Bohême, travaillé depuis longtemps par la goutte; il séjourne ensuite à Kroman, à Vienne, puis à Villach, cité où il composa ses livres DE CHRONICA et DE NATURA RERUM; l'un qu'il dédia aux états de Carinthie; l'autre, dont il fit hommage à son ami Winkelsteiner. Enfin, au milieu de ses voyages, jeune encore, quand il servait la science avec tant de zèle et de célébrité, il succombe presque subitement dans une ville de l'Autriche. D'après l'opinion de ses disciples, sa mort n'aurait pas été naturelle; des collègues envieux l'avaient empoisonné au milieu d'un festin. Ses adversaires pensent également que sa fin fut violente; seulement, dans leur version, il aurait été précipité du haut d'un escalier sur le sol par un grand seigneur allemand, indigné de ses fourberies à son égard. Quelques biographes prétendent encore qu'il mourut à la suite d'une orgie, dans un cabaret, et quelques autres d'un accès de goutte, à l'hôpital de Salzbourg; mais, ce qu'il y a de plus positif, c'est qu'il s'éteignit dans cette dernière ville, en 1541, âgé de 48 ans, cinq ans après Erasme, et cinq ans avant Luther, ainsi que le prouve cette épitaphe de l'église St-Sébastien, où il fut enterré :

Hic est mirifici Theophrasti corpus in urnis,
Non fuit æquus ei clarus Aristoteles.

MICHÉA.

(*La suite au prochain numéro.*)

— COURS SUR LES MALADIES DE LA PEAU. — M. GIBERT, médecin de l'hôpital Saint-Louis, commencera son cours, cette année, le mardi 17 mai, à 9 heures du matin, et le continuera les mardis suivans à la même heure.

Ces leçons, qui sont la continuation de l'enseignement fondé à l'hôpital Saint-Louis par le professeur Alibert, méritent l'attention des médecins français et étrangers.

prise du médecin, les extrémités osseuses commencèrent à diminuer de volume et à se raccourcir. Ce travail de résorption continua même de manière à amener la disparition entière de l'humérus sans qu'aucune ouverture à la peau se fût faite. Maintenant (à l'âge de 36 ans) le malade reste avec un membre supérieur beaucoup plus long que l'autre. Il peut, avec la main droite, soulever un fardeau, et alors les muscles s'allongent de manière à rendre au membre malade ses dimensions naturelles; mais lorsqu'il vient à lâcher l'objet qu'il tenait, le bras se raccourcit instantanément de près de 6 pouces.

Les moyens de remédier au défaut de consolidation sont successivement passés en revue par M. Norris. Nous nous bornerons à reproduire les résultats de la statistique que l'auteur a établie au sujet des plus importans d'entre eux.

Compression et repos. Sur 36 cas traités de cette manière, 29 ont guéri. Les succès ont été répartis, quant au siége, de la manière suivante:

Sur 13 fractures du fémur,	9	ont guéri.
7 » de jambe,	7	»
12 » de l'humérus,	9	»
4 » de l'avant-bras,	4	»

Les fractures existaient depuis un temps qui a varié entre 22 mois et 4 semaines: terme moyen, 5 mois, 12 jours. Le terme moyen du traitement a été de 9 semaines.

Il n'y a eu que quatre fois des accidens, tels que excoriations, douleurs intenses et inflammation. Jamais ils n'ont été suivis de mort.

Séton. — Sur 46 cas d'application, il y a eu 36 succès, savoir:

13 fractures du fémur,	desquelles	9	ont guéri.
10 » de jambe,	»	10	»
16 » de l'humérus,	»	10	»
6 » d'avant-bras,	»	6	»
1 » de mâchoire,	»	1	»

Dans 21 de ces 46 cas, on a fait une incision avant de passer le séton; 17 ont guéri, 2 ont été améliorés, il y a eu un insuccès et une mort. Dans 24 autres cas, où on a omis cette incision préalable, 18 guérisons, une amélioration, 4 insuccès, une mort. Dans le 46e cas, le séton fut conduit à travers une fistule déjà existante.

Les fractures existaient depuis 12 mois et 12 jours, terme moyen; et on a laissé le séton appliqué depuis 7 jours jusqu'à 13 mois; terme moyen, 7 semaines et 3 jours.

Dans 17 cas, d'autres méthodes de traitement avaient déjà été employées sans succès avant l'application du séton.

Quand la guérison a eu lieu, elle a nécessité pour s'opérer un espace de temps qui a été, terme moyen, de 2 mois et 24 jours.

Les accidens ont consisté dans des hémorragies artérielles (2 fois), une fièvre grave, des érysipèles ou une suppuration abondante (10 fois).

Résection. — Sur 38 cas où cette méthode a été mise en usage, la guérison a eu lieu 24 fois, une amélioration une fois, le défaut de succès 7 fois, et la mort 6 fois; savoir, quant au siége:

12 fractures du fémur, dont.	7	ont guéri.	
6 » de jambe, dont.	5	»	
12 » de l'humérus, dont.	6	»	
7 » de l'avant-bras, dont.	5	»	et une améliorée.
1 » de la mâchoire, dont.	1	»	

Les fractures existaient depuis 13 mois et 19 jours, terme moyen.

La cure a nécessité 4 mois, terme moyen.

Dans 17 cas, les autres procédés avaient échoué, et notamment le séton avait été essayé inutilement 6 fois.

Les accidens ont été l'érysipèle (6 fois), une suppuration abondante (2 fois), la *phlegmasia dolens* (une fois).

L'auteur résume ensuite son opinion sur chacun de ces procédés, dans les conclusions suivantes:

En faisant choix d'un moyen de traitement, il faut avoir égard au siége de la lésion, à sa proximité d'une articulation, à l'espèce du membre affecté, au temps depuis lequel la fracture existe, au degré de mobilité qui a lieu entre les fragmens, à leur situation l'un par rapport à l'autre, à leur mode de connexions.

Le traitement par le repos et la compression convient dans les cas où la fracture, quoique traitée régulièrement, ne s'est pas réunie dans l'espace de temps ordinaire.

Si la non réunion tient à un manque d'action, à un défaut de vitalité de la partie, la compression et le repos seraient insuffisans. Tout en les continuant, il faut donc appliquer les vésicatoires, les moxas, la teinture d'iode, ou tout autre stimulant sur le siége de la lésion.

En cas d'insuccès, on essaierait alors le frottement des bouts osseux l'un contre l'autre.

Si ces moyens restent infructueux, ou que la fracture existe déjà depuis longtemps, on pourrait appliquer le séton. Mais il serait contr'indiqué, si les fragmens étaient très écartés, si une masse de substance cartilagineuse existait entre eux, ou si la fracture avoisinait une articulation importante, un vaisseau ou un nerf volumineux.

Ce n'est qu'ensuite qu'on se déciderait à mettre à découvert les fragmens pour les cautériser ou les ruginer; et la résection serait enfin la dernière ressource. Quant à l'amputation, il va sans dire qu'on ne la pratique plus aujourd'hui que lorsque le membre est une source de gêne et d'incommodités, et que le malade demande à en être débarrassé.

En résumé, dans les 150 fractures non consolidées, dont M. Norris a rassemblé les observations, il y avait:

	Guérisons.	Insuccès.	Morts.	Résult. inconn.
48 fractures de cuisse; sur ce nombre...	31	9	6	2
33 » de jambe...	32	1		
48 » de l'humérus...	31	14	3	
19 » de l'avant-bras...	17	1	1	
2 » de la mâchoire...	2			

Il résulte de ces diverses considérations:

1° Que le défaut de consolidation est plus commun dans les fractures de la cuisse et du bras.

2° Que la mortalité, après les opérations nécessitées par cette cause, suit les mêmes lois qu'après les amputations, étant proportionnelle au volume des membres et à leur proximité du tronc.

3° Que l'insuccès après ces opérations est plus fréquent dans les fractures de l'humérus.

4° Que le séton, avec tous les procédés qu'on a imaginés pour son application, est plus exempt de danger, plus prompt et plus certain dans ses résultats que la cautérisation et la résection.

5° Que l'incision des parties molles, faite avant de passer le séton, augmente les dangers de ce procédé.

6° Qu'en laissant le séton en place pendant longtemps, on augmente les chances d'accidens, sans avoir plus de garanties de succès.

NOTES SUR LE SCORBUT QUI A RÉGNÉ A BORD DE LA FRÉGATE DES ÉTATS-UNIS LA COLOMBIA, PENDANT SON VOYAGE AUTOUR DU MONDE, EN 1838-39-40; par le docteur Coale.

DU SCORBUT QUI A FRAPPÉ L'ARMÉE DES ÉTATS-UNIS A COUNEIL-BLUFFS ET ST-PETERS; par le docteur S. Forry.

Malgré les immenses progrès qu'a faits depuis un demi-siècle l'hygiène et surtout l'hygiène navale, et qui ont eu pour premier résultat de faire disparaître presque complètement le scorbut qui décimait les flottes les plus nombreuses, même pendant les voyages les plus courts et dans les circonstances en apparence les plus favorables, on retrouve pourtant de temps en temps dans l'histoire de la navigation moderne de tristes exemples de cette maladie, qu'on a représentée à tort comme ayant disparu complètement. Si nous en croyons certains rapports, le scorbut s'observerait encore quelquefois même sur nos navires de guerre, dans certaines conditions; l'Angleterre, si fière de ses succès et des soins tout spéciaux et si dispendieux qu'elle prend de ses marins, en voit encore de temps en temps quelques-uns frappés de cette grave affection. L'exposé rapide que nous allons faire des renseignemens fournis par le docteur Coale nous prouve que la marine des États-Unis n'en est pas non plus complètement à l'abri.

Quelques détails sur la construction de la *Colombie* qui jaugeait 1,700 tonneaux et portait 60 canons, nous prouvent que ce n'est point dans des conditions propres à cette frégate qu'on doit chercher la cause du scorbut qui a régné à bord. L'équipage, composé de 480 hommes, et dont on avait enlevé l'élite pour armer deux sloops de guerre, fatigué par trois voyages pénibles qu'il venait de faire, était dans des conditions peu favorables. Cependant les plus grandes précautions avaient été prises pour ce voyage de long cours par les soins du chirurgien en chef, 500 boîtes de conserve de bœuf et de poulet, 600 gallons de conserve de fruits acides, et 1,000 gallons d'excellentes marinades avaient été embarqués pour l'usage des malades, et le navire avait été pourvu à grands frais d'une eau qui est renommée par sa bonne qualité. Malheureusement toutes les viandes conservées se gâtèrent aussitôt qu'on arriva dans un climat chaud, et depuis cette époque on ne put renouveler les provisions d'une manière convenable. Sur la côte de Sumatra, la dysenterie frappe

l'équipage, et augmente considérablement sur celle de la Chine. Cependant, sur 150 hommes qui en furent frappés, 12 seulement succombèrent. Le traitement opposé à ces accidens au début consista surtout dans l'emploi de mercuriaux auxquels on a reproché de disposer au scorbut; mais comme ils ne réussissaient pas bien, à la fin on se bornait à l'emploi des opiacés et des astringens.

Au mois d'août, quatorze mois après le départ des Etats-Unis, et pendant lesquels la frégate était presque constamment restée sous les tropiques, à peine venait-on de quitter le rivage de la Chine, que quelques hommes se plaignirent de nyctalopie qui devint si fréquente qu'on fut obligé de faire travailler ceux qui en étaient frappés. Puis survinrent des vomissemens, du dégoût pour les alimens, des nausées, une sensation pénible d'anéantissement à l'épigastre, et enfin des signes non douteux de scorbut. A la moindre contusion, de larges taches violettes ou même des tumeurs œdémateuses apparaissaient sur les membres et sur le tronc, la face se couvrait de pétéchies; les extrémités s'infiltraient, chez quelques-uns sans douleurs, chez d'autres avec des douleurs lancinantes très violentes et qui n'étaient pas toujours bornées aux parties sur lesquelles apparaissent les ecchymoses; en même temps la respiration devenait fétide, les gencives offraient un commencement de gonflement, avec coloration livide et hémorragie à la moindre pression. Quand, par leur développement, elles étaient arrivées au niveau des dents, elles se détachaient par lambeaux, sans production de pus, et laissaient les dents décharnées ou enveloppées dans un mélange formé du détritus de leur débris et d'une matière jaunâtre. Les dents vacillaient au moindre attouchement; mais il n'y avait de douleurs que quand on voulait mâcher quelque chose de dur, et plus tard elles reprirent chez tous leur première solidité.

Le désir d'alimens frais fit place au dégoût pour toute alimentation. A mesure que la maladie faisait des progrès le corps se tuméfiait, la face devenait bouffie, les forces disparaissaient entièrement, la plus légère égratignure se changeait rapidement en une plaie d'où s'écoulait une sanie fétide, incolore ou grise et quelquefois teinte de sang. La diarrhée survenait ensuite, et enlevait les malades par des hémorragies intestinales. Chez d'autres, il y avait un assoupissement et un sommeil continuel dont on ne pouvait les tirer; ils ne se plaignaient pas, mais paraissaient indifférens à tout ce qui les entourait, prenant les alimens qu'on leur donnait, mais n'en demandant pas et ne manifestant aucun désir. Cet état de somnolence durait fort longtemps sans changement et était moins rapidement funeste que les autres modes de terminaison; car deux des premiers qui en avaient été pris ne moururent qu'après être arrivés au port. La mort était précédée d'un état comateux, accompagné de respiration stertoreuse, de tressaillemens et de spasme des membres, de dilatation des pupilles et des autres symptômes de compression cérébrale. Dans une troisième classe de malades, la mort était causée par l'irritation constitutionnelle seule; la nature était épuisée par les vomissemens, les sueurs abondantes, les violentes douleurs et les écoulemens sanieux fournis par les plaies.

Les premiers sujets frappés furent les plus anciens marins, ceux qui avaient l'habitude de boire leur demi-pinte de grog chaque jour et qui ne négligeaient jamais l'occasion de satisfaire leur goût pour les liqueurs spiritueuses; mais au bout de peu de temps tous furent également atteints et sans distinction d'âge, d'habitude ou de force; toute trace d'énergie avait disparu; et ceux qui travaillaient encore avaient les yeux hagards, des mouvemens faibles qui convenaient bien à leurs formes amaigries. La liste des malades s'éleva au-delà de 120, et tant qu'on fut en mer elle ne diminua que par les morts; car il n'y avait pas de cas de guérison. Le chiffre des morts par le scorbut seul fut de 23; 11 succombèrent à la même maladie, mais avec d'autres lésions qui probablement accélérèrent leur mort. Le plus grand nombre des cas et les plus graves étaient chez les anciens marins; tandis qu'aucun des apprentis ne fut porté sur la liste des malades, bien que quelques-uns d'entre eux eussent les gencives spongieuses et quelques ecchymoses sur les jambes. Voici comment l'auteur explique cette influence de l'âge des victimes du scorbut. La diarrhée et la dysenterie qui avaient précédé le scorbut avaient frappé presque exclusivement les hommes les plus âgés, ceux qui faisaient le plus d'abus de boissons; la plupart d'entre eux succombèrent, tandis que les plus jeunes échappèrent après une longue convalescence. Le scorbut frappa de préférence les plus âgés et même ceux qui n'avaient pas été malades, tandis que parmi les jeunes gens, il ne prit que ceux qui avaient déjà été affaiblis par quelques maladies antérieures. Sur les 28 officiers, 3 seulement qui avaient le même régime et les mêmes habitudes que les matelots furent malades, et encore n'eurent-ils qu'un peu de gonflement aux gencives.

On ne dut faire aucune autopsie pour ne pas ajouter à la tristesse de l'équipage.

On ne put obtenir aucune amélioration en pleine mer; mais l'effet du régime frais fut remarquable dès l'arrivée au port. Chez tous, à l'exception de 9, l'amélioration fut remarquable aussitôt après l'arrivée, et dès que des alimens, si longtemps désirés, furent donnés en quantité abondante. Le lait surtout était pris avec faveur, et on n'eut point à se reprocher, comme on s'y attendait, d'avoir donné à ces hommes la quantité d'alimens qu'ils demandaient. La portion journalière était pour chaque malade de trois pintes de lait, de quatre œufs, d'un demi-poulet, d'une livre de pain frais et de pommes de terre à volonté. Ce changement s'opéra aux îles Sandwich, où, au bout de trois semaines, la liste des malades était descendue de 118 à 62, chiffre qui s'abaissa encore pendant le reste de la traversée, jusqu'au chiffre moyen d'un navire de la force de la *Colombie*, avec l'augmentation que les circonstances dans lesquelles s'était trouvée cette frégate avaient rendue nécessaire.

Les détails que nous venons de donner sur le scorbut de la *Colombie* nous dispensent de nous arrêter longtemps sur celui dont le docteur Forry donne l'histoire, et qui, sur une force de 1016 hommes en frappa 503, dont 168 avec mort. La cause de cette invasion du scorbut fut due aux fatigues qu'éprouvèrent les soldats avant d'arriver à leur station, l'absence d'alimens convenables au milieu des travaux fatigans, le mauvais état des habitations que les soldats s'étaient construites à la hâte, et la longue durée du froid, jusqu'au mois d'avril 1820, époque à laquelle la maladie commença à décroître, au moment où la végétation prit de l'activité; à partir de ce moment, il ne se déclara plus aucun nouveau cas et la plupart des anciens marchèrent vers la guérison.

OBSERVATIONS SUR LA RAPIDITÉ DU POULS CHEZ LES ALIÉNÉS; par le docteur EARLE.

Ne pouvant reproduire, même en les abrégeant, les nombreux tableaux dans lesquels l'auteur présente le résultat de ses observations, nous nous bornons à présenter les conclusions générales qu'il en a tirées lui-même.

1° Le pouls des personnes atteintes d'aliénation aiguë est plus rapide que le pouls de celles chez lesquelles l'aliénation a pris une forme chronique.

2° Le pouls des aliénés, que leur maladie soit aiguë ou chronique, est toujours plus fréquent que celui des personnes qui jouissent d'une santé parfaite.

3° La loi générale d'après laquelle la fréquence du pouls chez l'homme diminue en raison de l'âge n'existe pas chez les aliénés.

4° Chez les personnes bien portantes, la rapidité du pouls est presque d'un quart plus forte lorsqu'elles sont sous l'influence d'un exercice musculaire général, mais modéré, que lorsqu'elles sont dans un état de repos comparatif.

Ces conclusions reposent sur 96 observations prises dans diverses espèces d'aliénations mentale, et comparées à l'état sain. Il résulte spécialement de ces observations, que chez les aliénés atteints d'une manie aiguë, le pouls est, comparativement à l'état normal, plus fréquent de 26,72 et de 24,93 dans l'altération chronique.

OBSERVATION DE FIÈVRE JAUNE, AVEC DES REMARQUES; par le docteur STEWARDSON.

Ce cas étant le seul exemple de fièvre jaune que l'auteur ait observé, et le malade étant déjà arrivé au douzième ou quinzième jour de la fièvre jaune lorsqu'il entra à l'hôpital, nous ne pouvons pas attacher une grande importance ni au fait lui-même, ni aux conclusions que l'auteur en a tirées. Un seul motif nous engage à nous y arrêter quelques instants; c'est parce que l'auteur assure avoir trouvé exactement sur le cadavre les mêmes altérations que M. Louis dit avoir trouvées chez les sujets qu'il a ouverts à Gibraltar, et qui avaient succombé à la même maladie. Voici le passage relatif à ce point; nous le traduisons textuellement: « Le foie avait la couleur de la gomme gutte, remarquablement sec et anémique. La vésicule était presque complètement vide de bile, l'estomac était évidemment enflammé et contenait un liquide noir qui se retrouvait ensuite dans le canal intestinal. La rate était à l'état normal. »

OBSERVATIONS D'ANKYLOSE FAUSSE ET INCOMPLÈTE DU GENOU TRAITÉE PAR LES MOYENS MÉCANIQUES ET SANS LE SECOURS DE LA TÉNOTOMIE; par M. H. CHASE.

L'appareil qu'emploie M. Chase est d'une construction très simple. Il est destiné uniquement aux ankyloses avec flexion, qui sont les plus communes et les seules d'ailleurs peut-être que l'on doive chercher à guérir. Deux attelles solides, fixées à l'aide de courroie sur la face postérieure de la jambe et de la cuisse, s'articulent entre elles au niveau du

genou, de manière à permettre l'entier redressement du membre. A l'extrémité supérieure de l'attelle fémorale est fixée une vis creuse (vis femelle) qui se dirige dans l'axe normal du membre, formant par conséquent la corde de la courbe qu'il décrit dans l'état de flexion. De l'extrémité inférieure de l'attelle jambière, part également une vis pleine (vis mâle) qui entre dans la première; et l'on comprend qu'à mesure qu'on les fait sortir l'une de l'autre, la ligne inflexible qu'elles constituent s'allonge, et l'angle que cette ligne sous-tend, c'est-à-dire le genou, doit s'ouvrir d'une quantité proportionnelle à son allongement.

Par l'extension graduelle qu'il maintient à l'aide de cet appareil, l'auteur a guéri 7 genoux ankylosés à angles plus ou moins ouverts. On voit qu'il n'y a là aucun rapport avec la machine de M. Louvrier; car la durée du traitement a été, terme moyen, de 35 jours. Le seul reproche qu'on puisse adresser à M. Chase est de condamner d'une manière absolue la section préalable des tendons. S'il est des cas où l'on peut s'en passer, il en existe, et ce sont les plus nombreux, où cette section est utile et épargne aux malades de longues et vives douleurs; il en est enfin où les muscles ne pourraient s'alonger sous le seul effort des tractions, et où il faudrait nécessairement les rompre pour obtenir la réduction, si on persistait à vouloir ne pas couper leurs tendons. Comme d'ailleurs cette section, pratiquée par la méthode sous-cutanée, est aussi innocente qu'utile, nous ne comprenons vraiment pas le motif pour lequel M. Chase semble se faire, en quelque sorte, un point d'honneur de ne jamais y avoir recours.

CATALEPSIE PRODUITE PAR LE MAGNÉTISME ANIMAL; par le docteur FOSGATE.

Le sujet de cette observation était une jeune fille, âgée de 16 ans, tempérament nervoso-sanguin, d'une bonne santé, chez laquelle la puberté venait de s'opérer sans accident. Après avoir été soumise pendant un quart d'heure aux passes d'un magnétiseur, elle se trouva dans un état de sommeil si profond que tous les stimulans qu'on put employer ne troublèrent pas un instant son assoupissement. Des aiguilles lui furent enfoncées dans la peau, des torpilles furent déchargées à peu de distance d'elle, des lumières approchées de ses yeux, l'ammoniaque dégagé au-dessous de ses fosses nasales et de fortes secousses imprimées à son économie, sans qu'elle manifestât la moindre sensation. Pendant cet accès, on put donner à ses membres toute position à laquelle leur flexibilité, semblable à celle de la cire, se prêtait, et elle restait debout et sans aucun soutien quand ses pieds étaient posés de manière à ce que le centre de gravité se trouvât dans la base de sustentation. La respiration ressemblait à celle du sommeil ordinaire; l'action du cœur n'était que légèrement excitée. En écartant les paupières, on reconnaissait que les globes des yeux étaient sous la dépendance du muscle oblique inférieur; mais aussitôt que l'on enlevait les doigts les paupières se rapprochaient. La mâchoire inférieur conservait la situation dans laquelle on la plaçait de force.

Tous ces phénomènes appartiennent à la catalepsie; mais ils peuvent être aussi simulés, et une circonstance qui nous porte à penser qu'il en était ainsi dans ce cas, c'est que, dans un cas où l'expérience avait duré près d'une heure, la flexibilité des bras avait disparu à la fin.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 2 MAI.

DISSOLUTION DES CONCRÉTIONS URINAIRES.

M. CH. PETIT adresse la lettre suivante :

« Après le rapport de M. Pelouze sur plusieurs communications de M. le docteur Leroy-d'Etiolles, *relatives à la dissolution des concrétions urinaires*, j'avais cru pouvoir me borner, pour toute réponse, à la lettre que j'ai eu l'honneur de vous adresser le 3 du mois dernier; mais ce rapport ayant jeté de l'inquiétude dans l'esprit de beaucoup de malades, j'ai cru devoir vous adresser encore quelques observations, afin de mieux démontrer que tous les argumens sur lesquels on se fonde pour dire que les boissons alcalines *peuvent, dans quelques circonstances, déterminer des dépôts calculeux dans la vessie*, sont autant d'erreurs.

» Si l'on écoute M. Leroy-d'Etiolles, il semblerait que toutes les fois que l'on rencontre des calculs phosphatiques dans la vessie, on doit les attribuer à ce que les malades ont fait usage de boissons alcalines. En lisant le rapport de M. Pelouze, on pourrait croire qu'il adopte cette opinion; et, dans tous les cas, ce savant chimiste me paraît avoir trop oublié que l'on rencontre journellement des calculs phosphatiques chez des malades qui n'ont jamais fait usage de boissons alcalines.

» Depuis plusieurs années, M. Leroy-d'Etiolles s'appuie sur une prétendue opinion de M. Prunelle pour dire et répéter jusqu'à satiété que les eaux de Vichy peuvent donner la pierre. Malheureusement M. Pelouze n'a pas cru devoir vérifier l'assertion de M. Leroy, et on trouve dans son rapport le passage suivant : « Il y a des malades qui, *presque aussitôt après avoir été soumis au régime des eaux alcalines*, rendent une quantité très considérable de graviers et de poussière d'acide urique. Quelques-uns en rejettent avec leur urine une quantité telle, que, d'après M. Prunelle, si on voulait les supposer tout formés dans le rein, il faudrait que celui-ci eût une capacité plus grande que l'estomac. »

» Si M. Pelouze avait lu la lettre de M. Prunelle, qui a été publiée dans les bulletins de l'Académie de médecine, il y aurait vu que M. Leroy-d'Etiolles a donné à une phrase de ce médecin un sens qu'elle n'avait pas, que M. Prunelle ne dit pas et qu'il n'a jamais dit que la gravelle pouvait se former sous l'influence des boissons alcalines; et j'ajouterai qu'il n'a pas pu le dire, parce que ce serait contraire à tout ce qu'on observe. M. Prunelle dit, au contraire, dans cette lettre, que les eaux de Vichy, de même que toutes les eaux également alcalines, sont le meilleur moyen d'empêcher la formation de la gravelle.

» Dans une lettre que l'Académie a reçue dans sa dernière séance, M. Longchamp dit que, lorsque les boissons alcalines ont pénétré dans la circulation, et que, par conséquent, l'urine est sécrétée alcaline, elle ne contient pas et ne peut pas contenir de phosphate ni de carbonate de chaux, et qu'il est difficile alors de comprendre comment elle pourrait en déposer pour former des pierres. M. Longchamp n'est pas le seul chimiste qui ait cette opinion. Pour mon compte, j'ai voulu vérifier le fait, et hier, après m'être assuré que mon urine était acide, j'ai bu deux litres d'eau de Vichy. Deux heures après, mon urine était très alcaline. Je me suis rendu alors chez un chimiste distingué, M. Caventou, et, après avoir bien constaté que mon urine était parfaitement claire, qu'elle était très alcaline, et qu'il ne s'en précipitait rien, nous y avons mis une dissolution de sous-carbonate de soude, et elle n'a rien perdu de sa transparence; nous y avons mis alors de l'oxalate d'ammoniaque, et elle est restée toujours parfaitement claire; tandis que, lorsque nous y avons ajouté un atome d'un sel de chaux, il y a eu à l'instant un précipité très marqué. Cela ne prouve-t-il pas que, comme l'a dit M. Longchamp, l'urine qui est sécrétée alcaline ne contient pas de phosphate ni de carbonate de chaux, et que, par conséquent, il est impossible que ces sels s'y déposent pour former des pierres.

» J'ajouterai, en m'appuyant sur la pratique, sur ce qu'on observe tous les jours à Vichy, que l'urine est d'autant plus claire qu'elle est mieux alcalisée, et qu'il ne s'y fait pas de précipités. Cette observation avait été faite avant moi par M. d'Arcet, et c'est du reste ce que tout le monde observe depuis déjà quelques centaines d'années. D'ailleurs, comment M. Pelouze n'a-t-il pas vu que, si les faits et les raisonnemens présentés par M. Leroy-d'Etiolles n'étaient pas une pure illusion, l'on pourrait aller à coup sûr chercher des carrières dans les vessies de tous les ouvriers qui travaillent dans les fabriques de soude; tandis qu'au contraire il est constant qu'ils n'ont jamais ni la gravelle ni la pierre.

» J'ajouterai encore une observation, c'est que, quand bien même des phosphates et des carbonates de chaux se précipiteraient d'une urine alcalisée, ils ne pourraient pas former de calculs, parce qu'il faudrait encore qu'ils rencontrassent dans la vessie un mucus capable de les agglomérer, de leur servir de lien, et que les alcalis, par la propriété qu'ils ont de dissoudre le mucus, au moins en partie, et, dans tous les cas, de le gonfler, de le boursouffler, lui ôtent la propriété plastique indispensable à cette agglomération. Si ces sels se déposaient, ils seraient entraînés par l'urine et ne resteraient pas dans la vessie.

» Agréez, etc. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 3 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. FOUQUIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

INFLUENCE DU VOISINAGE DES CIMETIÈRES SUR LA SANTÉ.

M. le ministre de l'intérieur prie l'Académie de lui adresser une réponse sur les trois questions suivantes :

1° La santé publique peut-elle être sensiblement altérée par l'effet du voisinage des cimetières?

2° Convient-il par conséquent de les éloigner des villes et en général de tous les lieux habités? Subsidiairement, y a-t-il du danger à autoriser le dépôt dans les églises des corps embaumés ou non?

Dans le cas où la seconde question serait résolue par l'affirmative, quelle est la distance qu'il faudrait maintenir entre le cimetière et la ville la plus voisine?

Cette demande est renvoyée à l'examen d'une commission composée de MM. Orfila, Keraudren, Lecanu, Villermé et Royer-Collard.

M. le président donne lecture du compliment adressé au roi à l'occasion de sa fête, par la députation de l'Académie, et de la réponse de Sa Majesté.

CANDIDATURE A LA PLACE VACANTE DANS LA SECTION DE PATHOLOGIE MÉDICALE.

M. Mélier écrit à l'Académie pour lui demander l'autorisation de faire une lecture dans la prochaine séance.

M. LE PRÉSIDENT : Dans la dernière séance, on s'est séparé sans avoir décidé si l'on accorderait la parole à M. Prus pour lire un travail. Je vais consulter l'Académie pour savoir si elle veut consentir à l'entendre.

M. DUBOIS (d'Amiens) : Le rapport sur les titres des candidats est prêt. Il a été communiqué samedi dernier à la section de pathologie médicale, et elle a exprimé le désir formel qu'il fût lu aujourd'hui.

Quant à la question des lectures à faire par les candidats, je suis chargé au nom de la commission de proposer que les mémoires qu'ils veulent présenter à l'Académie soient déposés sur le bureau au lieu d'être lus.

M. ADELON : J'avais déjà demandé, dans la dernière séance, qu'on passât à l'ordre du jour sur cette question élevée par M. Delens, et vous voyez que la section émet aussi le vœu que le rapport soit entendu aujourd'hui même. Si l'on voulait cependant accorder la parole à M. Prus au même titre qu'à tout médecin étranger à l'Académie, j'écouterais son travail avec le plus grand plaisir; mais je ne saurais trop m'opposer à ce qu'on s'en prévale comme d'un précédent pour consacrer l'usage des lectures par les candidats.

M. VILLERMÉ : Je demande que tous les candidats qui veulent se faire entendre puissent obtenir la parole, ou bien qu'on ne l'accorde à aucun d'eux. Vous ne pouvez, en justice, prendre que l'un ou l'autre de ces deux partis. Je vous ferai remarquer seulement qu'en autorisant les lectures vous ajourneriez l'élection à une époque très éloignée.

M. NACQUART dit quelques mots en faveur de l'usage des lectures, mais insiste sur cette observation que, en donnant la parole à l'un des candidats, on se met dans l'obligation de la donner à tous.

M. ROCHOUX : M. Royer-Collard nous a dit, dans la dernière séance, qu'il serait juste d'entendre tous les candidats. Je suis tout à fait de son avis à cet égard; mais la chose est-elle praticable? Si vous voulez, à chaque élection, laisser parler tous les candidats, vous emploierez ainsi, tout au moins, six à huit séances, et l'intérêt de ces travaux, composés à la hâte et pour la circonstance, sera-t-il assez grand pour vous dédommager de cette perte de temps? Je propose donc de passer outre sur cet incident, et d'entendre dès aujourd'hui le rapport de la section. (Appuyé!)

M. CORNAC : Je conçois que vous ne vouliez pas entendre les lectures des candidats, comme je comprends que vous ne vouliez pas les forcer à vous présenter des mémoires; mais je m'oppose à la proposition qui a été présentée de les leur faire déposer sur le bureau. Ces mémoires sont la propriété des candidats, et vous n'avez pas le droit de les en priver.

M. FERRUS : La proposition de M. Dubois (d'Amiens) ne peut en aucune manière forcer MM. les candidats à déposer des mémoires sur le bureau. Elle a seulement pour but de faire en sorte qu'il leur soit tenu compte de ces travaux, s'ils jugent à propos d'en présenter à l'Académie.

La proposition d'entendre le rapport dans cette séance est mise aux voix et adoptée à la presque unanimité.

SUR MAHOMET CONSIDÉRÉ COMME ALIÉNÉ.

M. RENAULDIN lit, au nom de MM. Falret, Ferrus et au sien, un rapport sur un travail manuscrit présenté par M. le docteur J.-J. Beau, et intitulé : SUR MAHOMET CONSIDÉRÉ COMME UN ALIÉNÉ. Ce rapport sera continué dans la prochaine séance.

A quatre heures, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport fait par M. Dubois (d'Amiens), au nom de la section de pathologie médicale, sur les titres des candidats présentés pour la place vacante dans cette section.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

TRAITÉ COMPLET DE L'ART DU DENTISTE, D'APRÈS L'ÉTAT ACTUEL DES CONNAISSANCES; par F. MAURY, dentiste de l'Ecole polytechnique; troisième édition complétée et mise au courant de la science, au moyen d'un grand nombre de notes; par PAUL GRESSET. — 1 vol. in-8°, avec un atlas contenant 42 planches et leur explication. Paris, 1841, chez Just Rouvier, rue de l'Ecole-de-Médecine, 8.

NOUVEAU TRAITÉ THÉORIQUE ET PRATIQUE DE L'ART DU DENTISTE; par J. LEFOULON, chirurgien-dentiste à Paris, avec 130 figures sur bois. — 1 vol. in-8°. Paris, 1841, chez Chamerot, libraire, quai des Augustins, 33, et chez Fortin Masson et Comp., place de l'Ecole de-Médecine, 1.

PRÉCIS SUR LE REDRESSEMENT DES DENTS, OU EXPOSÉ DES MOYENS RATIONELS DE PRÉVENIR ET DE CORRIGER LES DÉVIATIONS DES DENTS; suivi de quelques réflexions sur les obturateurs du palais; par M. SCHANGE, médecin-dentiste. — 1 vol. in 8° de 176 pages, avec 8 planches. Paris, 1841, chez Béchet jeune et Labé, place de l'Ecole-de-Médecine, 4.

Celui qui aspire à placer son nom en tête d'un traité classique de médecine ou de chirurgie n'a pas besoin de grands efforts pour satisfaire son ambition. Il aura justifié le titre de son ouvrage, s'il sait y exposer d'une manière suffisamment lucide ce qui revient à chacun de ses devanciers dans la somme des connaissances dont se compose le domaine scientifique; car on ne lui demande ni vues nouvelles, ni perfectionnemens de sa propre invention. Les ouvrages didactiques n'imposent pas de telles obligations; et nous en connaissons de fort goûtés qui, pour le fond comme pour la forme, ont tout juste le mérite d'un inventaire exact et détaillé. Mais il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit d'une de ces parties restreintes de l'art qu'on a nommées spécialités. Quoiqu'elles soient beaucoup moins circonscrites qu'on ne le pense en général, et que leur étude bien entendue suppose et nécessite presque toujours des notions positives sur l'ensemble de la science, les livres consacrés à ces branches distinctes ne trouvent plus la même tolérance parmi les lecteurs. On se plaît à répéter que l'auteur ayant moins à embrasser a pu saisir plus exactement; que l'œil explore nécessairement mieux un horizon moins étendu; que l'expérimentation, si facile dans un champ bien limité, a dû permettre à l'écrivain de résoudre toutes les questions, de juger tous les points en litige. Que si l'auteur se retranche sur les difficultés d'un rôle semblable, montre les discussions approfondies qu'il entraîne, les recherches multipliées qui sont la conséquence d'une tâche ainsi comprise, et réclame au moins, en retour des efforts qu'on lui demande, la part de considération à laquelle ils donnent droit, on ne manquera pas de moyens excellens pour repousser ses prétentions. Par une contradiction bizarre, on ne cesse de lui rappeler sa position d'homme spécial, tant qu'on peut en tirer parti pour faire d'humiliantes comparaisons, mais on l'oublie bien vite lorsqu'il faudrait en tenir compte dans la rémunération de ses travaux. Quelles que soient enfin ses qualités personnelles, sa valeur scientifique, quel que soit l'intérêt de ses résultats, un seul mot efface tous ces titres; et l'épithète de *spécialiste* sert à la fois de motif pour augmenter la somme des obligations qu'on lui impose et de prétexte pour déprécier la valeur de ses découvertes.

Ces remarques sont également applicables à toutes les parties de la médecine, qu'on s'est habitué à regarder comme une des branches distinctes du grand arbre scientifique; mais nulle plus que la chirurgie dentaire ne pourrait à juste titre en devenir le texte. Humble et souvent dédaigné par le plus grand nombre, c'est à peine si l'on veut bien accorder le titre de confrères à ceux qui cultivent cet art. Et cependant bon nombre de ces sciences, si fières de leurs bases spéculatives, auraient à lui envier la certitude de ses principes et la sûreté de ses déductions. C'est, en effet, cette couleur essentiellement pratique qui caractérise les ouvrages publiés jusqu'ici sur l'art du dentiste, et de tout temps ils ont fait un contraste des plus tranchés avec les traités de médecine proprement dite, par la prédominance des détails d'application sur les développemens de pure doctrine : heureux effet de la spécialité d'études, qui, enchaînant les travailleurs de tous les âges à un même plan, met les titres de chacun nettement en évidence, et épargne au lecteur l'ennui des découvertes de seconde main et des débats de priorité, si oiseux pour le savant véritable.

Tout est précis, tout est réglé, disons-nous dans la sphère des connaissances qui constituent l'art du dentiste. On ne s'étonnera donc pas de trouver la même étendue, le même plan, et jusqu'aux mêmes divisions de détail dans les deux premiers ouvrages que nous annonçons aujourd'hui. Fruit, l'un comme l'autre, de la seule expérience, et destinés spécialement à former des praticiens, ils se renferment exactement dans les limites que comportait ce but. Une même pensée, exploitée par deux hommes de talent, devait naturellement donner un résultat à peu près identique. Aussi trouvons-nous, non seulement dans le choix des matériaux, mais dans la manière dont ils ont été classés et mis en œuvre une similitude qui est le gage le plus plausible de cette certitude, de cette fixité dans les principes, que nous signalions à l'instant comme un caractère de l'état auquel est parvenue la chirurgie dentaire. Trois parties distinctes constituent chacun de ces ouvrages; et la distribution se ressemble assez dans tous les deux pour que nous puissions, à ce point de vue du moins, en présenter simultanément l'analyse.

La première section est consacrée aux connaissances anatomiques et

physiologiques que doit nécessairement posséder un dentiste. La structure et la forme des dents, les connexions et les usages de ces ostéïdes, les phéomènes locaux et les accidens sympathiques qu'offre leur évolution, quelques mots sur les parties qui forment la cavité buccale, voilà le fond de ce chapitre. Uniquement destinées aux praticiens, ces notions devaient être et sont en effet restreintes au cadre d'un exposé élémentaire et se composent en grande partie d'emprunts faits aux savans de tous les temps, qui ont approfondi ces questions entièrement du ressort de la zoologie et de la pathologie interne. Ce n'est donc pas là que nous aurons à signaler des aperçus propres aux auteurs; et notre seul devoir est de déclarer que rien d'essentiel n'a été omis dans ce tableau succinct dont Hunter, Cuvier, Béclard, M. Blandin, etc., ont fourni les principaux élémens.

Ce qui frappe d'abord le lecteur, au premier coup d'œil qu'il jette sur la seconde section consacrée aux maladies de l'appareil dentaire, c'est que la partie pathologique y est tout à fait séparée de la partie thérapeutique. Dans le Traité complet de l'art du dentiste, comme dans le Nouveau Traité théorique et pratique, cette distinction se retrouve nettement établie. Une pareille marche semblera peu conforme à ce principe de nosographie, que l'indication du traitement doit toujours suivre la description du mal. Mais la plus simple réflexion va montrer qu'ici elle était la seule possible. Non seulement les moyens thérapeutiques ont pris, dans l'art dentaire, une extension telle que les données pathologiques disparaissent presque sous l'immensité de la partie curative qui, par cela seul, méritait bien une mention spéciale, mais encore, et surtout, l'ordre habituellement suivi dans les traités de médecine n'aurait ici produit que confusion, faute de pouvoir toujours rapporter un même remède, ou seulement une même série de remèdes à une certaine classe d'altérations. L'exemple de l'extraction des dents est vulgaire, mais il est péremptoire. Tant d'affections diverses réclament cette opération; elle est le terme commun de tant de désordres différens qu'on aurait été fort en peine de décider à la suite de quelle maladie sa description devait se trouver le plus convenablement placée. On pourrait en dire autant de l'exploration des dents, du limage, de l'emploi des instrumens, d'une foule de procédés, en un mot, qu'il fallait nécessairement examiner à part, tant à cause du grand nombre de préceptes qui se rattachent à chacun d'eux, que parce qu'ils sont applicables à plusieurs états morbides qu'on n'aurait pu réunir sous un même titre.

Cette seconde partie sera consultée avec fruit, même par les praticiens qui, sans faire des affections des dents leur pratique spéciale, se trouvent si souvent appelés accidentellement à donner un conseil sur des cas de cette espèce. Peu de médecins ont une connaissance exacte des ressources que l'art possède contre cette classe de maladies, et cependant aucun d'eux ne voudrait, dans la pratique, paraître au-dessous d'un simple dentiste. Ce n'est qu'en lisant les traités publiés par des hommes spéciaux qu'ils pourront combler cette lacune aussi difficile à dissimuler, nous le savons tous, que pénible à confesser. Ajoutons encore que l'hygiène dentaire occupe, dans ces deux ouvrages, une large place; et si, à notre avis, les auteurs ont un peu trop insisté sur la composition et les propriétés des poudres, liqueurs, opiats, élixirs, des préparations dites *dentifrices*, en un mot, disons aussi qu'ils n'ont point négligé d'indiquer les règles d'une application plus utile qui concernent l'usage des boissons, le choix des lieux d'habitation et l'alimentation, dans leurs rapports avec la conservation des dents.

La troisième section de l'ouvrage regarde exclusivement les dentistes de profession. Elle traite de l'odontotechnie ou des moyens imaginés pour suppléer à l'absence d'une ou de plusieurs dents. C'est là, comme on sait, une partie fort importante de l'art, sous le rapport professionnel; et ceci justifie complètement l'étendue des détails très circonstanciés dans lesquels Maury et M. Lefoulon se sont crus obligés d'entrer à cet égard. Nulle part ils n'ont pénétré plus avant dans toutes les minuties du manuel opératoire, et ce dernier chapitre suffirait, nous n'en doutons pas, pour initier même un élève aux mystères techniques de la prothèse dentaire. Choix des dents artificielles, parallèle entre les dents animales et les minérales, mode de composition de ces dernières, ainsi que des pièces composées et des dentiers complets, procédés pour les fixer dans la bouche, précautions à employer pour leur conservation, tout se trouve décrit avec précision. On comprend que l'analyse ne saurait donner une idée de ce genre de préceptes. Il nous suffira d'avoir dit qu'ils sont énoncés de manière à pouvoir servir également à former le praticien dentiste et à satisfaire la curiosité du médecin étranger à cette spécialité, et accidentellement forcé de s'en occuper.

Quelques mots maintenant sur la manière dont chacun des auteurs a exécuté sa tâche:

Le Traité complet de l'art du dentiste, par Maury, se présente en première ligne; et ce rang que lui assurent ses nombreuses éditions est encore justifié par le mérite propre de l'ouvrage. On ne peut disconvenir qu'il n'ait servi de patron, sinon de modèle à ses successeurs; et c'est à lui qu'il est légitime de rapporter en grande partie l'honneur du plan dont nous louions tout à l'heure l'ordre et la clarté. C'est là le traité classique par excellence; mais s'il a les qualités de ce genre d'ouvrages, on pourrait aussi lui reprocher quelques-uns des défauts qui leur sont ordinaires. Toutes les notions acquises à la science y sont fidèlement reproduites, mais peut-être l'auteur s'efface-t-il un peu trop pour faire place à l'historien. Après le catalogue des opinions émises, on désirerait quelques lignes d'appréciation; et trop souvent Maury s'en est tenu au rôle de rapporteur, sans vouloir hasarder un jugement. Cette lacune se fait d'autant plus vivement sentir, qu'elle n'est pas générale, et que la manière dont l'auteur a discuté certains points montre avec quel bonheur il aurait pu compléter son œuvre sous ce rapport. Du reste, la collaboration de M. P. Gresset a de beaucoup diminué la valeur de cette objection, en contribuant à rassembler sous les yeux du lecteur tous les élémens de ce travail de critique qu'on abandonne à sa sagacité.

Outre les matériaux dont nous avons déjà donné le sommaire, le livre de Maury contient encore: 1° des documens fort étendus sur le mode de réception des dentistes, et sur les réglemens auxquels ils sont assujétis; 2° des considérations statistiques curieuses sur la progression qu'a suivie en France, et notamment à Paris, le nombre des dentistes, ainsi que la somme à laquelle montent annuellement les déboursés divers dont cette profession devient la cause; 3° un vocabulaire descriptif des outils, instrumens et autres objets qui doivent composer le matériel du cabinet et de l'atelier d'un dentiste; 4° une bibliographie de la plupart des auteurs qui ont écrit sur l'art du dentiste ou sur quelques-unes des parties qui en dépendent; 5° enfin un atlas de 42 planches, avec explication, représentant les objets d'anatomie normale ou pathologique et les instrumens qui ont rapport à la chirurgie dentaire. Ces additions, qui contribuent les unes à la clarté, les autres à l'intérêt de l'ouvrage, augmentent encore son utilité et concourent à le mettre au niveau des traités classiques les plus complets que l'on possède sur les autres branches de l'art.

Le Nouveau traité théorique et pratique de l'art du dentiste, par M. J. Lefoulon, a l'avantage et le malheur d'être le dernier en date: l'avantage, pour ses lecteurs qui peuvent ainsi profiter des découvertes les plus récentes, le malheur, pour l'auteur, qui, venant après des écrivains recommandables, et dans un sujet aussi peu susceptible d'innovations, ne peut que difficilement échapper au soupçon de s'être inspiré des travaux de ses devanciers. Pour nous expliquer de suite sur ce grief, nous dirons qu'en effet on trouve dans le livre de M. Lefoulon plus d'un trait de ressemblance avec celui de Maury, par exemple. Mais l'auteur ayant franchement avoué ces emprunts ainsi que ceux dont il est redevable à Hunter, Bourdet, Fox, Laforgue, etc., nous ne dirons rien de plus ni sur leur nombre ni sur la manière dont ils été faits. Il faut cependant qu'on sache que nulle part il ne s'est contenté de copier et que dans les passages mêmes où la similitude entre les deux textes paraît la plus grande, il existe une différence qui ne tient pas uniquement au choix et à l'arrangement des mots.

La rareté d'aperçus originaux que nous reprochions à l'ouvrage de Maury ne peut être alléguée contre celui de M. Lefoulon. Moins asservi aux classifications de détails, moins didactique dans sa forme, plus abondant en explications et en jugemens, ce livre séduit d'avantage à la première lecture. Il n'est pas jusqu'au style qui ne contribue aussi à cette impression favorable, par sa simplicité et, si j'ose le dire, par sa familiarité; et le précepte, déguisé sous une réflexion qui lui sert à la fois de développement et de preuve, se grave plus profondément dans l'esprit. Peut-être néanmoins cette propension à la discussion n'est-elle pas sans quelques fâcheux résultats. Lorsqu'on s'attache à résoudre toutes les questions, à donner son avis sur tous les points contestés, il est rare qu'on reste juge impartial; et presque toujours l'écrivain même le moins prévenu se trouve involontairement entraîné à prendre parti d'avance pour tel ou tel procédé, pour telle ou telle doctrine. C'est ce que n'a pu éviter entièrement M. Lefoulon, et si nous lui savons gré d'avoir le plus souvent discuté ce qu'il exposait, nous ne dissimulerons pas non plus que son appréciation semble quelquefois porter sur des motifs un peu légers ou sur des assertions facilement contestables. Peut-être aurait-on pu désirer aussi qu'il se fût prononcé avec plus de réserve sur l'efficacité de certains moyens qu'il préconise avec tout le zèle, et, toute la foi (nous voulons du moins le croire) d'un inventeur. C'est ainsi que, à propos d'une pâte alumineuse éthérée de sa composition, il affirme (p. 171) avoir trouvé le moyen simple et *certain* de dissiper en peu de temps et sans retour la douleur qui accompagne la carie dentaire. Ce sont là des promesses qu'on peut se laisser entraîner à faire dans une première édition; mais nous comptons sur le bon jugement de l'auteur pour en modifier

au moins la forme, lorsqu'il fera réimprimer son ouvrage; et nous croyons pouvoir l'assurer que l'occasion ne s'en fera pas attendre longtemps. Le mérite intrinsèque de ce livre et sa rédaction faite pour intéresser les hommes du monde comme les gens de l'art, est un gage plus sûr que nos paroles du succès qui l'attend. Nous terminerons en recommandant à l'attention du lecteur le chapitre qui traite de l'orthodontosie ou du redressement des dents : on y trouvera des considérations fort intéressantes sur l'emploi d'un mode de traitement très-actif pour corriger les difformités qui proviennent de l'obliquité anormale d'une ou de plusieurs dents. Enfin il faut rappeler que le secours de la gravure a aussi été invoqué par M. Lefoulon pour faciliter l'intelligence des descriptions, et cent-trente figures intercalées dans le texte représentent les pièces anatomiques et les machines et appareils dont il importe le plus d'avoir une idée exacte.

Comme les deux ouvrages de Maury et de M. Lefoulon, le PRÉCIS SUR LE REDRESSEMENT DES DENTS, etc., de M. Schange, est le produit d'une expérience toute spéciale sur un sujet spécial. L'auteur néanmoins ne s'est pas renfermé dans la description des difformités et de leur traitement, au point de vue de l'application pratique. Les déviations des dents n'étant que l'aberration d'une fonction naturelle fort compliquée, il était impossible de songer à prévenir ou à corriger ses écarts, sans une connaissance exacte des lois normales et des phases que suit l'évolution dentaire. De même aussi, les dents ayant une nutrition, un mode de vitalité, des connexions, une influence de contiguïté qui leur appartiennent en propre, l'étude approfondie de leur structure devait nécessairement précéder tout essai de redressement tenté sur des organes de texture et de rapports si exceptionnels. M. Schange a parfaitement compris l'importance de ces conditions, et s'il ne les a pas remplies par un exposé complet d'odontogénie et d'odontographie, c'est que ces notions se trouvent partout dans les traités élémentaires et plus à leur place que dans une monographie consacrée à un objet restreint. Il n'a pas négligé cependant de revoir les parties restées encore litigieuses de ces importantes questions, et lorsque l'opinion des auteurs lui semble douteuse, il n'hésite point à donner son avis, toujours basé sur l'observation attentive et répétée du fait en discussion. C'est ainsi que, à propos de l'époque précise à laquelle apparaissent les diverses espèces de dents chez l'enfant, il montre la divergence qui règne entre les auteurs même les plus recommandables, Sabatier, Fauchard, Bichat, Béclard, Maury, etc., et apporte à la discussion le tribut de ses investigations personnelles, depuis longtemps dirigées sur ce point.

On retrouve cette même tendance à utiliser toutes les données de l'anatomie et de la physiologie dans l'appréciation comparative que M. Schange établit entre le précepte d'arracher les dents de lait pour rendre plus régulière l'éruption des ostéides secondaires, et celui qui fait de la conservation des premières dents une condition de rigueur pour la bonne disposition des permanentes. Tenant entre les opinions extrêmes de Fox et de M. Delabarre un juste-milieu commandé par les sages prévisions de la théorie autant que par les résultats de l'expérience, l'auteur trace ainsi la conduite à suivre dans cette circonstance qui, par son importance, domine la question si controversée des moyens de prévenir les difformités des dents : « L'avulsion des dents de lait est ordinairement inutile, et elle détermine sans profit des douleurs vives... En général il faut conserver la dent de lait voisine de celle de remplacement; mais il est des circonstances ou l'on est forcé de s'écarter de ces préceptes. Qu'une dent adulte, par exemple, soit tout-à-fait déviée de la place qu'elle doit occuper, que l'espace qui lui est réservé soit d'une étroitesse telle qu'on ne puisse raisonnablement compter sur un élargissement et un redressement ultérieur, il devient évident qu'un fil de traction sera insuffisant, tandis que l'arrachement donnera aussitôt un espace large au milieu duquel l'évolution de la dent se fera dans la direction convenable..... Et si l'on considère que la chûte et le renouvellement des dents commencent toujours par les incisives centrales, et continuent de proche en proche, la canine exceptée, jusqu'aux grosses molaires; si l'on sait que les bicuspidées sont inférieures en volume aux petites molaires de lait, et que les grosses molaires sont susceptibles de tassement en arrière, on concevra toute l'utilité de la méthode d'évulsion, sur des mâchoires dont le développement est tellement peu en rapport avec la largeur des dents nouvelles, qu'il n'est pas possible d'espérer, que le temps, les coins et les tractions, puissent corriger les pivotemens et les déviations des dents antérieures. »

Le médecin n'est le plus souvent appelé qu'à l'époque où la difformité existe, où la fonction normale pervertie a réalisé ses fâcheux effets. Avant d'indiquer les moyens particulièrement applicables à chaque variété et les règles qui président à leur emploi, M. Schange jette un coup-d'œil sur ces moyens pour les envisager d'une manière générale suivant leur mode d'agir, et suivant l'ordre dans lequel ils doivent être mis en œuvre. Ainsi avant de repousser la dent déviée, il faut lui préparer une place suffisante pour la loger. Or, ce but ne peut être atteint que de trois manières, ou en diminuant avec la lime la largeur de la dent écartée ou en enlevant une ou deux dents afin de faire un vide capable de loger celle-ci, ou enfin en éloignant quelques dents du point qu'elle doit venir occuper. M. Schange montre les avantages et les inconvéniens propres à chacun de ces procédés, et indique les circonstances qui peuvent décider le praticien à préférer l'un ou l'autre dans tel ou tel cas. Quant aux appareils de redressement en eux-mêmes, ils agissent ou en tirant sur la dent, comme les fils de soie, ou en pressant sur elle soit de dehors en dedans soit de dedans en dehors, comme les plaques à vis, les lames de caoutchouc, le plan incliné. On comprend que la construction de ces appareils, le choix des substances qui les composent, l'époque où il faut les appliquer, la manière dont on peut combiner leurs effets, les moyens de rendre leur présence sans danger et, autant que possible, sans incommodité pour le malade, on comprend, dis-je, que toutes ces considérations prêtaient à d'utiles développemens. M. Schange a su leur donner un nouvel intérêt en ne se bornant pas à enseigner le *modus faciendi*, mais en donnant au contraire à l'appui de chaque règle son motif, à côté de chaque précepte les raisons physiologiques et pathologiques qui le justifient. Cette marche, la seule d'ailleurs en rapport avec les exigences des esprits à notre époque, est bien préférable à ces stériles accumulations de recettes particulières contre chaque espèce de difformité, que certains auteurs se contentent de donner sans même expliquer leurs effets. Quelque multipliés que puissent être les conseils du professeur, jamais ils n'embrasseront les cas si variés, si complexes qu'offre à chaque pas la pratique, et la meilleure manière d'instruire l'élève n'est point de lui fournir une solution pour chaque difficulté, c'est de lui apprendre à la vaincre de lui-même, en analysant sous ses yeux, par quelques exemples généraux, les élémens de ces difficultés, et l'action des moyens qu'on possède pour les surmonter.

Quels que soient cependant les avantages de cette méthode, l'auteur ne pouvait pas, ne devait pas la suivre à la lettre dans une monographie sur le redressement des dents. Aussi termine-t-il son opuscule en passant en revue les espèces de difformités qui se présentent le plus fréquemment et qui dépendent de changemens dans la forme, le nombre, la direction ou les rapports des dents. A chaque variété de déviation correspond l'indication de la conduite que l'expérience lui a démontré être la meilleure pour y remédier; puis, après ces préceptes généraux, il rapporte plusieurs observations qui, outre l'avantage de servir de preuve à ses assertions, ont encore celui d'initier le lecteur aux minuties, aux secrets de la pratique, et de montrer enfin les ressources de l'art dans ces difformités compliquées que ne peut embrasser une description classique.

Dans le chapitre consacré aux réflexions sur les obturateurs du palais, M. Schange rappelle d'abord que les obturateurs dits à aile, de Fauchard, et tous les instrumens construits sur le même mécanisme doivent être rejetés, parce que, prenant leur point d'appui sur les bords même de la perforation qu'il s'agit de boucher, ils les usent, les amincissent, les détruisent et empêchent à tout jamais l'oblitération de l'ouverture palatine. Il préfère donc, à juste titre, l'appareil de M. Delabarre, qui se fixe aux dents molaires. Nous renvoyons à l'ouvrage lui-même pour la description des améliorations que l'auteur a fait subir à cet obturateur, soit dans la construction de la plaque palatine, soit surtout dans ce qui a rapport aux moyens de l'attacher aux arcades dentaires. On trouvera également plusieurs exemples de perte du nez, de la luette, du voile du palais, coexistant avec une destruction de la voûte palatine, et habilement palliée par l'emploi du même procédé.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 20. (TOME X. — 1842.) SAMEDI 14 MAI 1842.

Gazette Médicale
DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des Hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis ; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

ÉPIDÉMIES.

RELATION DE L'ÉPIDÉMIE DE MÉNINGITE ENCÉPHALO-RACHIDIENNE, OBSERVÉE A LA CLINIQUE MÉDICALE DE LA FACULTÉ DE STRASBOURG, EN 1841 ; par C. FORGET, professeur de clinique médicale et de maladies épidémiques.

(Suite et fin. — Voir les numéros 15, 16, 17 et 19.)

§ XI. — Thérapeutique.

Aussitôt que la méningite épidémique fit son apparition dans la garnison de Strasbourg, nous dûmes, comme médecin d'hôpital et professeur de médecine pratique, mettre à profit l'expérience d'autrui, pour former d'avance nos opinions à l'égard des moyens qu'il conviendrait de mettre en usage, dans le cas, trop facile à prévoir, où le fléau viendrait à sévir sur la partie de la population confiée à nos soins. Nous savions donc par l'entremise de MM. les médecins militaires quelles étaient les médications qu'on avait appliquées, quels étaient les remèdes qui avaient échoué, et ceux qui, ayant réussi le plus souvent, offraient les meilleures chances de succès. Car, quelle que soit la solidité de nos principes, nous reconnaissons franchement et toujours la haute juridiction de l'expérience, en fait de thérapeutique. Or, ici, comme presque toujours, l'expérience est venue prêter sa sanction aux inductions tirées d'une sérieuse étude nosologique de l'épidémie.

Nos idées étaient donc à peu près arrêtées sur la conduite à tenir, et nous ne fûmes nullement pris à l'improviste, lorsque la maladie vint s'offrir à notre observation clinique. Néanmoins, et par condescendance pour quelques idées en circulation, nous avons expérimenté certains médicamens qui nous inspiraient peu de confiance, et la comparaison n'a servi, le plus souvent, qu'à faire ressortir la supériorité de nos procédés fondamentaux et habituels.

Nous allons d'abord étudier successivement et dans un ordre classique les divers moyens par nous mis en usage; puis, nous les exposerons brièvement dans l'ordre pratique où nous en faisions l'application.

1° Antiphlogistiques.

La saignée générale a presque toujours été employée, surtout lorsque les malades nous arrivaient à une époque voisine du début. Alors nous faisions pratiquer une ou deux saignées par jour de 300 grammes environ, et nous en portions le nombre à deux, trois ou quatre, à époques rapprochées, dans l'espace de deux ou trois jours. Notre statistique donne les résultats suivans :

Sur les 36 malades qu'elle comprend, 71 saignées générales ont été pratiquées.

Minimum...............	0
Maximum...............	4
Moyenne...............	2

Feuilleton.

PARACELSE, SA VIE ET SES DOCTRINES.

« Homme du dix-neuvième siècle, ne méprise pas Paracelse ! »

(Lerminier, *Au-delà du Rhin.*)

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

Paracelse a écrit deux cent trente ouvrages de philosophie, quarante-six de chimie et de médecine, et sept de mathématiques. Inconnus pour la plupart aujourd'hui, et cela non sans beaucoup de raison ou plutôt délaissés et méprisés, ces ouvrages méritent cependant une certaine réhabilitation.

Au milieu des écarts les plus extrêmes de l'imagination la plus hardie brillent, comme autant d'étoiles dans une nuit profonde, des pressentimens d'une sagacité extraordinaire, des vérités d'une précision admirable ; et parmi les conséquences illégitimes tirées de principes faux ou absurdes, apparaissent, perles précieuses mêlées au menu sable de l'Océan, les observations les plus justes, point de départ des inductions les plus logiques et les plus fécondes. La grande Philosophie, les Archidoxes, qui renferment ses découvertes et ses théories chimiques ; les Paragrannes et les Paramires, où se trouvent développées ses doctrines médicales ; enfin, la grande Chirurgie, livre rempli de faits importans et d'aperçus nouveaux, sont sans contredit ses meilleures productions.

Dans son ambition, Paracelse n'embrasse pas moins que l'ensemble complet des connaissances humaines.

Son esprit encyclopédique veut tout expliquer, tout concilier, tout ramener à l'unité. C'est le représentant le plus intrépide et le plus immodéré de la philosophie mystique. Il joue vis-à-vis du néoplatonisme occidental le rôle de Jamblique vis-à-vis du néoplatonisme alexandrin ; mais en comblant les lacunes de ce dernier. Il renouvelle surtout le mysticisme des Juifs, la Cabbale, qu'il s'efforce de rattacher aux dogmes de la révélation chrétienne. Aussi le principe sur lequel il fait particulièrement reposer la certitude du savoir humain, son Criterium par excellence, c'est l'inspiration passive, l'intuition à l'aide des songes. « La lumière intérieure, dit-il, nous transmet la sagesse et la connaissance des choses; elle allume au dedans de nous-mêmes et sans notre participation l'esprit sacré qui dévoile à ses disciples l'intelligence par ses ouvrages (1).... Le *Saint-Esprit* donne naissance à cette lumière qui pénètre dans le corps de l'homme au milieu du sommeil (2). Quant à l'observation directe des faits avant toute hypothèse et tout effort pour les expliquer, quant à la méthode d'Hippocrate remise plus tard

(1) Paragran, lib. iv, p. 227.
(2) Philos. sagac.

Peut-être trouvera-t-on que cette moyenne est faible, eu égard à la violence et à la rapidité de la maladie ; mais nous ferons observer : 1° que les malades nous arrivaient souvent à une période avancée, à l'époque où nous avions lieu de supposer que la suppuration était effectuée ; 2° que pour l'administration de la saignée générale nous nous laissions surtout guider par l'intensité de la réaction qui, souvent, n'était pas très vive ; 3° enfin que nous avons cru remarquer que les saignées locales répétées avaient un effet plus avantageux que la phlébotomie ; aussi nous verra-t-on employer les premières avec une énergie qui pourra causer l'étonnement en sens inverse.

Une fois nous avons prescrit la saignée de la jugulaire, qui n'a fourni que quelques onces de sang ; résultat inappréciable.

Persuadé du peu d'importance qu'il y a dans le choix de tel vaisseau plutôt que de tel autre, c'est à la saignée du bras que nous avons eu recours.

Nous n'avons jamais employé l'artériotomie.

Les saignées locales étaient employées concurremment avec la saignée générale, et alors que celle-ci ne nous paraissait plus indiquée, jusque dans une période assez avancée de la maladie. Nous mettions en usage les sangsues et les ventouses scarifiées. Nos petites ventouses appliquées au moyen du scarificateur allemand n'équivalent pas, chacune à part, à plus d'une sangsue ; aussi les confondons-nous dans nos appréciations générales. Nous appliquions les sangsues au début autour de la base du crâne, aux tempes, aux apophyses mastoïdes. Les ventouses étaient plus usitées dans l'état avancé, en raison de leurs propriétés rubéfiantes, dérivatives en même temps qu'évacuantes. Nous les placions, en général, à la nuque, le long du rachis, aux membres. Sangsues et ventouses ont été parfois appliquées sur l'abdomen pour combattre les complications intestinales.

En général, nous aimions mieux répéter les saignées locales que de les faire trop copieuses. Nous prescrivions d'ordinaire 20, 30, 40 sangsues, en deux, trois ou quatre applications successives, de dix chacune, le même jour, afin d'obtenir, autant qu'il était possible dans un hôpital, un écoulement continu. Nous faisions ainsi jusqu'à cinq, dix applications, mesure moyenne. Le maximum est de dix-sept applications chez le même individu, lequel a guéri. (Obs. 3.)

Comme résumé statistique de l'emploi des saignées générales et locales chez nos malades, nous empruntons les passages suivans à la Thèse de M. Wünschendorff, dont les élémens ont été puisés dans notre Clinique. On se rappellera que la moyenne de nos saignées générales était de 300 grammes ; nous évaluons le produit d'une sangsue ou d'une ventouse à 15 grammes environ.

« Tous les malades entrés à la Clinique ont été soumis aux évacuations sanguines, à l'exception d'un seul, homme usé, chez lequel la méningite se présente sous la forme de *delirium tremens*. (V. notre obs. 8). Pour le traitement de 32 malades, 3,012 sangsues, 977 ventouses scarifiées et 62 saignées générales ont été appliquées.

» Sur ce nombre, 1,708 sangsues, 617 ventouses et 36 saignées reviennent à 19 malades qui ont succombé.

» 1,304 sangsues, 360 ventouses et 26 saignées reviennent à 13 malades qui ont guéri.

» Ce qui fait que, terme moyen, chaque individu mort a en 85 $\frac{4}{5}$ sangsues, 30 $\frac{17}{26}$ ventouses, 1 $\frac{4}{5}$ saignées, c'est-à-dire qu'il a perdu 2,280 gr. de sang.

» Chaque individu guéri a eu 100 $\frac{4}{13}$ sangsues, 27 $\frac{9}{13}$ ventouses et 2 saignées générales ; ce qui fait qu'il a perdu 2,520 grammes de sang.

» D'où il suit que, proportionnellement, les malades guéris ont perdu plus de sang que ceux qui sont morts. » (P. 63.) Ce qui déjà est une présomption en faveur des saignées appliquées au traitement de notre épidémie.

Pas n'est besoin de dire que, comme adjuvans des saignées, ou à leur défaut, nous avons administré les tisanes émollientes ou tempérantes (chiendent, guimauve, orge, solution de gomme, limonade, etc.). Nous faisions grand usage des lavemens émolliens pour entretenir la liberté du ventre, que nous n'obtenions souvent, néanmoins, qu'à l'aide de moyens plus actifs. Nous n'avons guère usé de topiques émolliens que pour l'abdomen, dans les cas de complications gastro-intestinales.

Quelle que soit la renommée des bains tièdes dans les affections encéphaliques, nous n'en avons que rarement usé : 1° à cause de la saison, qui prédisposait aux complications pulmonaires ; 2° en considération de la dangereuse négligence avec laquelle ces moyens sont généralement employés dans les hôpitaux ; 3° enfin, à cause de l'utilité très accessoire d'un pareil moyen dans la maladie dont il s'agit. Ce dernier motif est celui qui nous a empêché d'user des affusions froides associées au moyen précédent.

Nous avons beaucoup usé d'un remède très préconisé dans ces derniers temps, comme antiphlogistique, spécialement dans les phlegmasies des séreuses ; ce sont les onctions mercurielles immédiatement appliquées sur le cuir chevelu. La plupart de nos malades, une fois le diagnostic établi, ont eu la tête rasée et enduite d'onguent napolitain (4 grammes de deux en deux heures). Nous devons à la vérité de déclarer que ce moyen n'a pas réalisé nos espérances, et que nous n'avons pas observé de résultats favorables bien manifestes de ce topique, d'ailleurs employé toujours concurremment avec les saignées. Lorsque le mercure devait porter sur les gencives, cet effet ne se manifestait que plus ou moins tard, dix ou quinze jours environ après sa première application, et alors ou le malade était hors de danger, ou bien, si l'affection était très grave, il n'y avait pas d'amélioration sensible, et le sujet n'en succombait pas moins.

Presque toujours nous faisions appliquer des fomentations froides (compresses imbibées d'eau fraîche ou acidulée), sur la tête, frictionnée ou non d'onguent mercuriel.

Les observations suivantes donneront une idée de notre manière d'appliquer les antiphlogistiques dans les cas légers et dans les cas graves.

MÉNINGITE ENCÉPHALO-RACHIDIENNE LÉGÈRE ; ANTIPHLOGISTIQUES MODÉRÉS ; GUÉRISON PROMPTE.

OBS. XVI. — Une fille de 26 ans, de forte constitution, servante, entre à la clinique le 12 mars 1841. Elle raconte qu'il y a sept jours elle fit une chute sur le dos, le long d'un escalier, sans accidens de commotion. Le lendemain, elle fut prise de frisson, de céphalalgie intense, douleur et raideur à la nuque, nausées, puis vomissemens. Les règles ont paru un instant, il y a deux jours. La nuit dernière, elle a eu du délire, des rêvasseries ; elle a pris du tilleul pour se faire suer sans y réussir. Un lavement a produit trois selles. Hier on lui a fait une saignée.

ÉTAT ACTUEL. Face injectée, céphalalgie générale, plus marquée à la nuque ;

---

en honneur par Bacon et par Galilée, sans la négliger entièrement Paracelse lui refuse la première place. » — « Les hommes, dit-il, qui puisent leur savoir dans le *limbus minor* (le Christ d'où dérive l'esprit sacré) sont les plus instruits. Après eux viennent les hommes qui le puisent dans la *lumière de la nature* (l'observation raisonnée), et enfin ceux qui le doivent aux astres (1). » Mais laissons de côté sa psychologie et sa logique pour nous occuper de ses doctrines scientifiques, le seul point de vue que nous devions examiner ici. Là d'ailleurs réside l'originalité véritable de Paracelse, l'intérêt et la nouveauté de son système. Sans doute Marsile Ficin, au quinzième siècle, Corneille Agrippa et Jérôme Cardan, au seizième, avaient exploré cet ordre de connaissance ; mais leurs travaux étaient restés partiels, isolés, stériles ; car l'esprit synthétique manquait à ces hommes, car l'unité leur échappait. Paracelse au contraire avec une intelligence moins laborieuse, moins patiente et moins analytique peut-être, à beaucoup d'égards, que celle de ces savans, les surpassait par les vues d'ensemble, les dominait en généralisation. La chimie ! voilà la science qu'il regarde comme le fondement de toutes les autres sciences, et dont il entreprend de déterminer l'application à chacune d'elles en particulier.

S'agit-il de formuler les lois qui président à la composition de la matière et de remonter aux causes premières de la formation des corps ? Il se trompe sans doute ; car il prend encore les propriétés pour les substances, les qualités des élémens immédiats pour ces élémens eux-mêmes ; car ce qu'il appelle *les matrices*, *les mères* de toutes choses, c'est-à-dire *le sel* ou la solidité, *le mercure* ou la fluidité, *le soufre* ou la gazéité, ne sont à peu de chose près que les élémens d'Empédocle sous des noms empruntés à la terminologie chimique ; mais combien Paracelse ne dépasse-t-il pas à cet égard les idées des anciens ! Outre *les matrices corporelles*, il admet *des matrices spirituelles*, *invisibles*, *intangibles*, *sydériques*, qui sont évidemment pour lui les forces contenues dans la matière, les fluides impondérables, principe du jeu des atomes, cause immédiate de leurs affinités sympathiques et de leurs disgrégations répulsives : l'électricité, la lumière et le calorique, trilogie qu'il compare, non sans beaucoup de profondeur, à la Trinité chrétienne, en expliquant l'une par l'autre.

S'agit-il d'éclaircir les mystères de la physiologie générale, voici comment il se rend compte des phénomènes de l'existence dans le monde organisé et vivant : « Il est une certaine chose que nous n'apercevons pas, et au sein de laquelle se trouve plongée l'universalité des êtres. Cette chose qui provient des astres peut se concevoir de la sorte : le feu qui brûle a besoin de bois ; sans bois point de feu possible ; donc le feu c'est la vie ....
Et faute d'air tous les êtres vivans périraient suffoqués (1). »

Or, n'est-ce pas là, en germe et pressenti d'une façon assez nette le plus important et le plus incontestable résultat qui découle de l'application des faits chimiques à l'exégèse des faits vitaux, des phénomènes normaux de l'économie ? N'est-ce pas là la grande, la glorieuse découverte des chimistes français au dix-huitième siècle ; la découverte des Lavoisier, des Séguin, des Laplace, ces hommes illustres qui assimilent avec tant de justesse le mécanisme des fonctions respira-

(1) MAGNA CHIRURGICA, p. 73.

(1) PARAMIRUM TRACT. I, ch. VI.

cependant les mouvemens à la tête sont assez libres ; légers vertiges, langue blanchâtre, soif, anorexie ; pouls à 86, régulier. (20 sangsues aux tempes, émolliens.)

13. Céphalalgie diminuée ; pouls à 80. (20 sangsues.)

Les jours suivans, elle se plaint encore de la tête, mais elle se lève. (Emolliens.)

16. Céphalalgie légère, persistante. (10 sangsues aux oreilles.)

Elle sort guérie le 22, dix jours après l'entrée, seize jours après l'invasion.

Nous croyons reconnaître dans ce fait une méningite légère au premier dégré (forme congestionnelle) ; nous nous fondons sur le peu de gravité et surtout le peu de persistance des accidens, ainsi que sur le peu d'énergie du traitement qu'il a fallu mettre en usage. Le cas suivant est mieux dessiné.

MÉNINGITE ENCÉPHALO-RACHIDIENNE GRAVE ; ANTIPHLOGISTIQUES ; GUÉRISON PROMPTE ; PAROTIDES ; SURDITÉ PERSISTANTE.

Obs. XVII. — Une fille de 16 ans, petite de taille, brune, de tempérament lymphatico-sanguin, de bonne constitution, est apportée à la clinique le 10 mai 1841. Elle a été prise la veille de céphalalgie et de vomissemens.

11. Perte de connaissance, délire, raideur et endolorissement de la nuque ; face pâle, narine pulvérulente, yeux convulsés ; langue blanchâtre, tendant à se sécher ; abdomen indolent ; pas de selles ; pouls vif, à 112 ; peau chaude et sèche. (Saignée de 300 gram., 30 sangsues en trois applications à la base du crâne. (Raser la tête, onctions mercurielles, fomentations froides, chiendent nitré, diète.)

12. L'intelligence revient ; céphalalgie, rachialgie, opisthotonos, *herpes labialis*. (2 saignées, 30 sangsues en trois fois, onct. mercur. Sang légèrement couenneux.)

13. Mieux ; surdité ; la malade peut se mouvoir, l'herpès s'étend au menton ; langue blanchâtre, constipation ; pouls à 130. (20 sangsues en deux fois, 25 ventouses le long du rachis, onct. mercur., foment. froides.)

14. Le mieux se confirme, peu de céphalalgie et de raideur du cou, pouls à 80. (Onct. mercur., foment., lavem. avec sel de cuisine, 30 grammes, contre la constipation.)

17. Bien ; anémie, bruit de soufflet dans les carotides. (Vésicat. à la nuque, onct. merc. ; bouillon.)

31. Stomatite mercurielle, surdité persistante ; gargarismes alumineux émolliens ; suspendu les onctions.

A ce moment la malade entre franchement en convalescence. Quelques boursoufflemens de la muqueuse buccale nécessitent le toucher avec le nitrate d'argent ; la surdité persiste. (Soupes.)

Quelques jours après apparait un gonflement douloureux dans la région parotidienne gauche. Ce gonflement cède promptement aux applications émollientes.

La malade sort le 26 juin, convalescente depuis longtemps, mais conservant une forte surdité, à laquelle nous avons vainement opposé les exutoires, les injections de diverses espèces, etc.

Ce fait est un des plus beaux qu'on puisse produire en faveur du traitement antiphlogistique. Trois saignées, 80 sangsues et 25 ventouses scarifiées (2,460 gram. de sang) en trois jours ont décidé la convalescence. Cependant nous sommes porté à croire que cette méningite était suppurée, ce que nous présumons moins d'après la gravité des symptômes que d'après la persistance de la surdité, que nous croyons pouvoir attribuer à la matière plastique épanchée au niveau de l'origine ou sur le trajet des nerfs auditifs. Depuis lors, nous avons plusieurs fois rencontré cette fille, qui aujourd'hui encore (décembre) conserve un notable degré de surdité.

2° ÉVACUANS INTESTINAUX.

Lorsque nous advint la nouvelle de cette terrible maladie, qui tuait parfois avec tant de rapidité, l'idée nous vint qu'un puissant modificateur, tel que le tartre stibié à haute dose, pourrait opérer une révulsion, une perturbation favorable. L'expérience fut faite par d'autres que par nous, et nous apprîmes qu'elle était loin d'avoir eu le succès qu'on en attendait. Une fois nous avons employé ce moyen sans résultat avantageux, et nous y renonçâmes sans peine, en songeant à l'irritabilité déjà si vive des organe digestifs (vomissemens, diarrhée) et aux lésions intestinales révélées par l'autopsie.

Mais les purgatifs jouissaient, parmi les praticiens, d'une certaine faveur, et parmi ces moyens on employait de préférence le calomel (protochlorure de mercure), par analogie, sans doute, avec la pratique banale usitée dans les maladies encéphaliques, particulièrement dans la fièvre cérébrale des enfans. Les purgatifs paraissaient surtout indiqués par la constipation habituelle au début, chez nos malades. Eh bien ! nous avons vu employer le calomel, nous l'avons employé nous-même de diverses manières (à dose réfractée : 00,5 à 0,10 de deux en deux heures ; à dose plus forte, 1,00 en deux fois), et bientôt nous y avons renoncé, tant ses effets nous ont paru, non seulement négatifs, mais encore désastreux. Dans un cas où le malade succomba avec des selles volontaires et un appareil typhoïde, nous trouvâmes l'intestin ulcéré. Une autre fois, nous vîmes apparaître une stomatite gangréneuse qui entraîna la mort ; plusieurs fois nous vîmes le calomel produire des coliques, une diarrhée fâcheuse, etc. En résumé, sur 6 de nos malades qui ont pris le calomel à dose plus ou moins considérable, 5 sont morts, et celui qui a survécu n'en a pris que durant deux jours. Je ne prétends pas qu'on doive être toujours aussi malheureux, mais on conviendra que l'épreuve n'était pas encourageante. Bref, nous n'observâmes que de fâcheux effets de ce remède ; et lorsque l'autopsie nous eut fait voir ces lésions intestinales si fréquentes, dont tant de fois nous avons parlé, notre conscience fut soulagée, et nous bannîmes le calomel, comme tous les autres purgatifs par les voies supérieures. Serait-ce à cette circonstance que nous devons attribuer le peu de gravité des altérations intestinales rencontrées chez la plupart de nos malades ?

Dût l'anathème général pleuvoir sur ma tête, je veux dire ici ma pensée sur ce calomel, cette déplorable panacée, que tant de praticiens emploient avec tant de confiance, sur je ne sais quelles autorités, et qui en font un remède banal, universel, fermant courageusement les yeux sur les maux qu'il engendre, pour entonner toujours et partout ses louanges. Longtemps j'ai cherché la justification de cet engouement épidémique dans la sincérité de mon âme ; or, j'adjure les praticiens réfléchis et consciencieux de me dire, par exemple, et pour ne pas sortir du sujet, combien de fois ils ont vu le calomel réussir par lui-même, dans l'hydrocéphale aiguë des enfans bien avérée, dans l'encéphalite des adultes, etc. Je déclare, pour ma part, n'en avoir jamais retiré d'avantages manifestes dans ces cas, non plus que dans les affections du tube digestif, du foie, etc., où on le prodigue avec une facilité déplorable. Mais, en revanche, j'ai vu des cas nombreux de stomatites désespérantes, de coliques, de diarrhées rebelles, etc., etc., au point que lorsque j'administre le calomel à l'intérieur, pour obéir à l'entraînement général, je ne le fais qu'en tremblant ; et pour une fois où je n'ai pas à m'en plaindre, il en est deux où je dé-

---

toires à un appareil de combustion, en faisant de l'oxygène de l'air le principe indispensable à la stimulation, à la régénération du sang veineux ?

D'une autre part, écoutez ces paroles non moins surprenantes au sujet de l'organogénésie animale : « Il est diverses espèces d'hommes, des hommes basilics, loups, bœufs, etc., et l'homme véritable se compose de ces diverses espèces (1). » Puis ailleurs il ajoute : « L'homme procède du chien et non le chien de l'homme. L'homme est le suprême et dernier animal (2). »

Tous les linéamens de l'anatomie philosophique sont renfermés dans les phrases qui viennent d'être citées. La science dont l'ambition est de se poser comme le phare et le couronnement définitif de la zoologie descriptive se revèle en effet ici pour la première fois au monde. La vieille classification des animaux tentée par Aristote, modèle admirable assurément d'exactitude et de soin dans l'analyse, mais œuvre inachevée, dépourvue de lien commun, de vie, la vieille classification s'illumine tout à coup d'un eclat inconnu. Un sang nouveau en quelque sorte la parcourt et l'échauffe. Une synthèse immense la projette loin des sentiers battus, l'emporte au-delà des limites étroites d'une methode vulgaire et superficielle. Progressif et fécond, le dogme de Paracelse devait se perpetuer dans l'avenir ; il devait s'y developper et y prendre place, malgre tous les obstacles qui lui en défendaient l'entree. Et d'abord il reste obscur et latent, il sommeille pour ainsi dire jusqu'au siècle de Linnée ; mais à partir des travaux de ce grand homme, il se reveille et s'épanouit de toutes parts. Buffon et Charles Bonnet en proclament la légitimité de leurs voix puissantes. De son côté Camper le poursuit avec persévérance et le formule avec éclat. Il soutient avec audace l'analogie des formes animales depuis la classe des poissons jusqu'à celle des mammifères, métamorphosant la grenouille en coq, le coq en chien, le chien en vache, la vache en cheval et le cheval en homme. Dans les dernières années du dix-huitième siècle et vers le commencement du dix-neuvième, la grande synthèse zoologique est reprise au-delà du Rhin par des élèves de Schelling, par les partisans *de la philosophie* dite *de la nature* : Kielmeyer, Meckel, Oken, Spix, Tiedemann, etc. ; le plus grand poète du panthéisme allemand comme Oken en est le plus grand naturaliste, Goethe lui-même dit à cet égard : « Nous pouvons soutenir hardiment que les êtres organisés les plus parfaits : savoir les poissons, les reptiles, les oiseaux et les mammifères sont tous modelés sur un type primitif, dont les parties toujours les mêmes ne varient que dans certaines limites déterminées par les milieux ambians (1). »

Enfin, ce dogme s'introduit chez nous, y grandit peu à peu, s'y fortifie, et se traduisant sous le nom de loi d'*unité de composition organique*, dans un débat solennel et mémorable, malgré les lances rompues contre lui par Cuvier, ce terrible adversaire, il sort de l'arène rempli de vigueur et plus audacieux qu'il n'avait jamais été.

En physique, on citera toujours les belles recherches de Paracelse à propos du magnetisme minéral, l'étude attentive, l'examen serieux qu'il fit de ses phé-

(1) Philosoph. sagac., p. 350.
(2) Fundament. scientiar.

(1) Goëthe. Œuv. d'hist. naturelle, traduct. de Martins.

plore le résultat. Et alors je me remets à me demander d'où vient la renommée de cet abominable remède. J'en entrevois bien les causes, mais ce n'est pas ici le lieu de les exposer.

Cependant la constipation, dans notre méningite, était un accident qui méritait d'être surveillé. N'osant plus employer les évacuans par les voies supérieures, j'avais naturellement recours, lorsque les émolliens ne suffisaient pas, à l'administration des lavemens laxatifs avec le lait et le miel, l'huile, le sel de cuisine, le séné, le sulfate de soude, etc.; et souvent, la diarrhée survenant, je me félicitais de n'avoir pas appliqué de remèdes plus actifs.

MÉNINGITE ENCÉPHALO-RACHIDIENNE; CALOMEL; GANGRÈNE DE LA BOUCHE; MORT.

Obs. XVIII. — Une femme de 26 ans, de belle constitution, entre à la Clinique le 11 avril 1841. Elle est malade depuis la veille. (Saignée de 300 grammes; 20 sangsues aux oreilles.)

Nous la voyons le lendemain 12: face colorée, vive céphalalgie sus-orbitaire, raideur douloureuse à la nuque, langue blanche, vomissemens, constipation, pouls à 96, large et résistant. (Saignée; deux fois 20 sangsues à la base du crâne; 20 ventouses scarifiées dans le dos; onctions mercurielles sur la tête; calomel, 10 centigr. de deux en deux heures.)

Les jours suivans, les symptômes vont en s'aggravant; il survient du délire, de l'abattement, herpes labial; pouls toujours fréquent. (Saignées locales répétées; calomel continué.)

Le 15, commencement de salivation, symptômes persistans, opisthotonos prononcé. On continue les saignées locales et le calomel. Les selles deviennent nombreuses.

Le 21, cependant, amélioration sensible des symptômes encéphaliques; salivation persistante. (Les onctions mercurielles sont suspendues; on supprime le calomel.)

Le 22, émolliens; bouillon.

23. Intelligence nette, point de douleurs encéphalo-rachidiennes, quelques contractions spasmodiques dans les membres inférieurs; gencives douloureuses, salivation modérée; langue blanche; abdomen sensible à la pression; dix selles involontaires; ténesme. (Emulsion d'amandes; lavemens amylacés, laudanisés; gargarisme émollient; cataplasme abdominal.)

Les jours suivans, la diarrhée persiste avec douleur et ballonnement du ventre, urines douloureuses au passage. (Tisane de riz, lavemens laudanisés; potion avec sirop d'opium, 15 grammes, contre la diarrhée.)

26. La joue gauche est enflée; la malade avale difficilement, on ne peut écarter les mâchoires pour inspecter le fond de la bouche. (*Ut supra;* cataplasme sur la joue.)

27. Rougeur érysipélateuse de la joue enflée; 8 selles; pouls fréquent. (10 sangsues à l'angle de la mâchoire.)

Le gonflement, la douleur de la joue augmentent; la diarrhée persiste. (Emolliens, sédatifs.)

Le 29, prostration croissante. On découvre une escarre grisâtre, large et profonde, à la face interne de la joue gauche. (Toucher avec miel hydro-chlorique; *ut supra*.)

Le 30, mort dans la soirée, dix-neuf jours après l'entrée.

Nécroscopie 40 heures après la mort.

Cavité encéphalo-rachidienne. Circonvolutions cérébrales aplaties, tassées, adhérentes entre elles; vestiges de plaques de pus en partie résorbé. Injection de la pie-mère, cerveau sain; peu de sérosité dans les ventricules. Moelle vertébrale saine en apparence, plus consistante que d'ordinaire.

Cavité buccale. Gangrène occupant toute la face interne de la joue gauche, depuis l'angle des lèvres jusqu'à l'angle rentrant de la mâchoire inférieure, envahissant l'épaisseur des masséters et des ptérygoïdiens.

Cavité abdominale. Vive injection; psorentérie occupant une grande étendue de l'intestin grêle. Couleur ardoisée, aspect rugueux, végétant, de la plus grande partie du gros intestin.

Cavité thoracique. Poumons sains, à part un peu d'engouement hypostatique.

Rien de particulier dans les autres organes.

N'est-il pas évident que cette femme, à peu près guérie de sa méningite, a succombé à son entérite, et surtout à sa stomatite gangréneuse? Double et fatal effet des mercuriaux et tout particulièrement du calomel. Il serait à désirer que de pareils exemples fussent souvent produits, afin d'éclairer les praticiens sur les dangers de certains médicamens prônés avec autant d'ardeur que si, toujours efficaces, ils n'entraînaient jamais d'inconvéniens.

3° DÉRIVATIFS CUTANÉS.

Après les antiphlogistiques directs, les dérivatifs cutanés sont les moyens auxquels nous avons eu le plus souvent recours, à la suite des saignées, ou même concurremment avec elles, lorsque la réaction n'était pas trop vive. Nous appliquions des ventouses sèches, des sinapismes, des frictions ou des emplâtres avec le tartre stibié, et plus habituellement des vésicatoires. Nous tenons de notre vénérable maître, feu Lherminier, que, dans les hôpitaux, lorsqu'on veut obtenir une dérivation, il est plus sûr d'employer le vésicatoire, dont l'action est certaine, que d'autres moyens tels que les sinapismes, dont l'incurie habituelle des infirmiers fait souvent manquer l'action. Nous appliquions donc des vésicatoires, volans ou permanens, à la nuque, lorsque la raideur du cou survivait à la douleur aiguë; aux membres inférieurs lorsque la tête restait prise, après le large emploi des saignées. Une fois nous avons appliqué le vésicatoire sur la tête, sans aucune amélioration.

4° TONIQUES, FÉBRIFUGES.

Deux idées dominantes entraînaient les praticiens à l'empiol de certains toniques, du quinquina ou du sulfate de quinine, plus spécialement: 1° l'idée de la nature septique, typhoïde de la maladie; 2° l'idée que ce pouvait bien être une fièvre intermittente pernicieuse. La physionomie des symptômes encéphaliques, la prostration, les accidens digestifs dans beaucoup de cas ont pu justifier la première opinion; quelques apparences d'intermission, les intervalles de lucidité plus ou moins réguliers qui s'offraient assez souvent ont pu faire naître la seconde. Mais ni l'une, ni l'autre ne pouvaient tenir contre les témoignages offerts par l'autopsie, ni même contre une étude scrupuleuse, attentive, des symptômes observés pendant la vie. Aussi, à côté de quelques apparences de succès, où le rôle du quinquina fut probablement borné à ne pas empêcher la guérison, les praticiens qui mirent ce remède en usage rencontrèrent-ils de nombreux mécomptes qui durent détruire la confiance que leur avait inspirée la théorie.

Pour ce qui nous concerne, on sait, d'une part, quelles sont nos idées sur la nature des affections dites typhoïdes, et, d'autre part, nous n'avons pas observé un seul cas de méningite un peu grave où l'intermittence ait été manifestement dessinée. Donc nous n'avons pu sentir la nécessité d'employer le quinquina; et si nous l'avons expérimenté dans quelques cas, c'est pour faire acte de bonne volonté, et en même temps en démontrer l'inutilité, sinon le danger. Nous n'avons jamais trouvé l'occasion rationnelle d'employer le sulfate de quinine au début. Cinq fois nous

---

nomènes et de ses lois, entreprise dont les résultats sont en tout point, pour le temps, dignes de la plus vive et de la plus complète admiration.

Quant à sa pathologie proprement dite, quoiqu'on puisse lui reprocher avec fondement une extension prodigieuse et abusive des théories chimiques, ces théories n'en demeureront pas moins un des systèmes les plus heureux de l'histoire de la médecine, car elles correspondent à un côté sérieux, positif, rationel, des élémens dont se compose cette histoire; car elles s'appliquent merveilleusement à une foule d'états morbides obscurs et indéchiffrables, en se bornant au secours des autres hypothèses. Par exemple, quel coup-d'œil d'aigle, quelle profonde sagacité dans ses idées concernant la formation de la gravelle, du calcul vésical, des concrétions arthritiques! Quoi de plus lumineux, de plus simple, de plus vraisemblable que sa célèbre doctrine de la *fermentation*, pour se rendre compte des phénomènes imprimés à l'économie dans les affections contagieuses! Est-il donc si absurde, même aujourd'hui, de regarder la gouttelette du pus variolique insinuée sous l'épiderme comme un *ferment* qui, travaillant l'organisme, le modifiant, y suscite un principe analogue au sien, principe qu'une ébullition universelle, une sorte de despumation rejette au-dehors, délivrant ainsi l'économie d'un agent délétère toujours prêt à troubler l'ordre de ses fonctions?

D'ailleurs, voyez la conséquence logique de tout cela, et admirez la fécondité des spéculations basées sur le pouvoir de la chimie. Dans les maladies engendrées sous l'influence des émanations métalliques, chez les mineurs empoisonnés par les molécules du plomb ou par celles du cuivre, Paracelse met en usage un médicament dont la valeur est sanctionnée aujourd'hui en pareil cas, c'est-à-dire l'acide sulfurique pris en boisson. — « Jay eu, dit-il, autrefois à panser un homme de ceux qui travaillent aux mines et métaux, qui fut frappé trois ou quatre fois chasque jour d'un grand tremblement, et agité çà et là, part un quart d'heure d'une contraction et convulsion de partie, à l'instant que je luy eus baillé à boire de l'huile, il se porta mieux, mais comme il eust avalé de la liqueur de vitriol, il fut guari, car c'était une espèce d'épilepsie (1). »

La thérapeutique! voilà en effet le plus beau fleuron de la couronne de Paracelse, voilà son titre éminent de gloire, voilà la branche de notre art où son nom sera toujours immortel et vénéré; car, quoi qu'on puisse réclamer sous ce point de vue, touchant les innovations de cet homme, innovations plus ou moins revendicables au besoin, par les Roger Bacon, les Arnaud de Villeneuve, les Raymond Lulle et les Isaac Hollandus, les découvertes dont il s'agit n'avaient point encore cours et autorité dans la science; timides et incohérentes, elles demandaient un régulateur pour en assurer les mouvemens, un architecte pour en disposer l'édifice. Aussi, en raison de ses travaux immenses, de ses expériences nombreuses, Paracelse doit-il être considéré comme le véritable promoteur des progrès de la thérapeutique, qui, au lieu d'emprunter ses agens, ainsi qu'elle le faisait presque exclusivement avant lui, au domaine du monde végétal ou organisé, les puisa désormais plus volontiers dans les produits du règne minéral ou inorganique.

Après ces éloges si légitimes, pour être juste, impartial, nous signalerons les fautes dont cet homme s'est rendu coupable, et, conséquemment, le blâme qu'il faut déverser sur lui. Nous savons et nous dirons hautement qu'il eut le tort de

(1) Petite chirurg., liv. III, pag. 473, traduct. de Duvivier.

l'avons mis en usage à une époque plus ou moins avancée de la maladie : trois fois il fut si mal supporté, ou au moins si complètement inutile, que nous dûmes bientôt y renoncer. Un de ces trois malades est mort, mais nous n'en accusons pas le sulfate de quinine, pas plus que nous ne voudrions qu'on lui attribuât la guérison dans les deux autres cas, où son usage fut suspendu avant que l'amélioration fût prononcée. Dans deux cas, chez des convalescens où la céphalalgie affectait certaines apparences de périodicité, la guérison eut lieu, par ou malgré le remède, je n'en sais rien.

L'observation suivante est celle relative à l'individu qui a succombé.

MÉNINGITE ENCÉPHALO-RACHIDIENNE DE MOYENNE GRAVITÉ (ANTIPHLOGISTIQUES); AMÉLIORATION ; APPARENCE DE PÉRIODICITÉ (SULFATE DE QUININE) ; AGGRAVATION DES ACCIDENS (OPIUM) ; MORT ; NÉCROSCOPIE.

OBS. XIX.—Une femme de 21 ans, de bonne constitution, entre à la Clinique le 2 avril 1841. On la dit malade depuis neuf jours. Une saignée a été faite en ville.

Etat actuel : Céphalalgie, délire, raideur de la nuque ; langue blanche, vomissemens, constipation ; pouls à 92. (Saignée de 300 grammes ; 30 sangsues en trois fois ; onctions mercurielles sur la tête ; fomentations froides.)

Les jours suivans, sous l'influence de plusieurs saignées locales, l'état de la malade paraît s'améliorer.

Le 5, herpes de la lèvre supérieure remontant le long du nez jusqu'à la paupière inférieure droite. (Emolliens.)

6. Commencement de salivation.

7. Constipation de plusieurs jours. (Lavement avec sulfate de soude, 30 gr. ; suspendez les onctions mercurielles ; soupe.)

11. La malade paraît convalescente.

13. Elle rapporte que, depuis deux jours, elle a, le soir, des frissons suivis de chaleur et de céphalalgie. (Sulfate de quinine, 30 centig., continué les jours suivans.)

17. Les douleurs de la tête et du dos sont revenues aussi violentes que jamais ; gémissemens, vomiturilions ; pouls large et fréquent, peau chaude. (Suspendez le sulfate de quinine ; 20 sangsues aux oreilles ; ventouses scarifiées au dos ; vésicatoires aux cuisses.)

Les jours suivans, amélioration. (Nouvelles saignées locales.)

20. Les retours fébriles apparaissent toujours le soir. (On revient au sulfate de quinine, 50 centig.)

21. Sécheresse de la langue, sensibilité abdominale. (Quart de lavement avec sulfate de quinine, 80 centig.)

22. Point d'amélioration. (On suspend encore le sulfate de quinine ; 20 ventouses scarifiées sur l'abdomen ; lavemens ; cataplasmes émolliens.)

26. Céphalalgie, plaintes, langue brûlée, pouls fréquent. (Potion gommée avec sirop d'opium, 15 grammes.)

Les jours suivans, débilité croissante, mouvement fébrile, constipation. (Lavement laxatif ; potion opiacée, continuée jusqu'au 3 mai ; émolliens.)

Le 8, apparaissent des vomissemens de matières verdâtres ; face grippée, yeux chassieux, marasme. (Rubéfians cutanés.) Les vomissemens se répètent, puis survient la diarrhée. (Potion avec extrait de ratanhia, 4 grammes.) On essaie quelques toniques. Nonobstant, la malade succombe dans un état de marasme complet, le 17 mai, six semaines après son entrée.

NÉCROSCOPIE. Circonvolutions cérébrales aplaties, tassées ; pie-mère adhérente et injectée dans les anfractuosités. Point de traces de pus ; cerveau consistant ; un peu de sérosité dans les ventricules.

Entérite villeuse, plaques pointillées, estomac rétracté, épaississement notable des parois au niveau du pylore. (Squirrhe ?)

Notre malade paraissait en voie de convalescence, lorsque, sous prétexte d'accès fébriles intermittens, nous donnâmes le sulfate de quinine. Dès lors débuta une série d'accidens plus ou moins graves, successivement combattus par des moyens variés, notamment par l'opium, qui demeura sans effet favorable. C'est qu'il ne s'agissait plus alors d'accidens nerveux encéphaliques, mais bien d'accidens abdominaux auxquels ne put remédier le médicament qui nous avait si bien réussi dans d'autres circonstances.

5° EXCITANS, ANTISPASMODIQUES.

Par un motif analogue au précédent, et dans l'idée qu'il s'agissait d'une maladie purement nerveuse, comme il en est tant pour les vitalistes, on a cru devoir employer certains excitans réputés contre les maladies de cette espèce (éther, camphre, etc.). Un médecin nous ayant parlé des résultats avantageux obtenus par l'emploi du musc, nous avons fait acte de condescendance en l'appliquant à trois de nos malades, soit en lavement, à la dose de 50 centigrammes, soit par les voies supérieures, à la dose de 10 centigrammes. Deux de ces malades sont morts ; mais les cas étant fort graves, le remède n'ayant pas été appliqué pendant longtemps, et la médication ayant été complexe, ces faits, trop peu nombreux d'ailleurs, ne prouvent pas absolument contre ce moyen, si ce n'est qu'il fut impuissant. Au demeurant, nous regrettons peu l'obscurité qui persiste à cet égard.

6° NARCOTIQUES, SÉDATIFS.

En méditant les écrits d'un de mes auteurs de prédilection, l'illustre Sydenham, j'avais été frappé des succès qu'il obtenait par l'administration de l'opium (laudanum), dans plusieurs maladies avec troubles cérébraux, dans la variole maligne, les fièvres graves, etc. ; d'autre part, j'avais retiré des avantages évidens de l'emploi de ce moyen dans plusieurs cas de délire rebelle aux antiphlogistiques. Je résolus donc d'en faire l'essai dans certaines formes et à certaines périodes de notre maladie, et les résultats ont surpassé mes espérances. Lorsqu'après avoir combattu, par des antiphlogistiques vigoureux, l'affection à son début ; lorsqu'après la chute de la réaction, je voyais persister certains troubles nerveux, tels que la céphalalgie, le délire, les spasmes, j'administrais l'opium, et le plus souvent ces phénomènes fâcheux disparaissaient comme par enchantement. C'est du moins ce qui nous est arrivé 4 fois sur 7. Les cas d'insuccès sont relatifs : 1° à notre observation 8, déjà plusieurs fois rappelée ; 2° à un autre cas de méningite ancienne (30 jours), avec forme typhoïde ; 3° à un cas de délire, il est vrai, mais avec complication de coma et de paralysie, cas à l'autopsie duquel le cerveau fut trouvé couvert de pus, et dans lequel l'opium ne fut administré que trente heures avant la mort. Nous avions établi dès le principe, et les faits ont justifié nos prévisions, que l'opium ne devait convenir que dans les cas d'exaltation des fonctions nerveuses, et non dans ceux avec affaissement, tels que le coma et la paralysie.

Sydenham veut qu'on n'administre l'opium qu'à partir du douzième jour, au déclin de la maladie. Avant cette époque, dit-il, il ne convient jamais. Le précepte du grand observateur est essentiellement rationnel ; au fort de l'inflammation, l'opium ne convient pas ; mais si, par un traitement énergique, tel que celui que nous mettions en usage, on obtient la détente avant le douzième jour, l'opportunité de l'administration de l'opium peut s'offrir à une époque plus rapprochée du début. Aussi l'avons-nous donné avec plein succès dès le septième et même le cinquième jour. Peut-être même y aurait-il des inconvéniens à trop attendre, les lésions

---

s'avouer le partisan fanatique des sciences occultes, de combiner avec un art et un génie, bien dignes assurément d'un meilleur emploi, les superstitions les plus frivoles, les préjugés les plus ridicules, les fables les plus absurdes ; nébuleux pandœmonium où il régnait en maître, fantastique milieu où son esprit impatient et subtil s'agitait sans relâche pour fixer des formes flottantes, pour saisir des élémens insaisissables : mais n'était-ce donc pas là le vertige du temps, la folie du siècle qui le vit naître ? Ces faiblesses puériles et ces erreurs funestes appartenaient-elles donc exclusivement aux imaginations brillantes, aux penseurs et aux poètes ? Les Fernel et les Ambroise Paré, ces intelligences si calmes et si sévères, ces hommes habitués aux épreuves du jugement pratique, au contrôle de la raison et du bon sens, les Fernel et les Ambroise Paré n'avaient-ils pas partagé eux-mêmes la séduction commune, l'entraînement général ? Le moyen, en effet, de ne pas s'égarer à travers les landes des idées humaines, de ne pas se heurter violemment contre le chaos des conceptions excentriques et délirantes, quand toute une époque échappe au flambeau de la certitude, quand cette époque ignore la règle et dédaigne la méthode ! D'ailleurs, en supposant même l'amendement des esprits, la propension à des idées plus saines ; en supposant l'existence d'une règle pour en diriger les rayons, d'une méthode pour en réprimer les écarts, à cette époque d'effervescence et de conflit, la transition était trop soudaine, l'effort trop convulsif pour aboutir à quelque chose d'efficace : l'enthousiasme qui travaillait les esprits les poussait par cela même au-delà des bornes de la prudence ; et de son mouvement irrégulier, de son élan téméraire, ne pouvaient rigoureusement sortir que des rêveries ou des leurres.

Au surplus, quand les phénomènes les plus ordinaires, soit de l'ordre physique, soit de l'ordre moral enveloppaient, et cela avec tant d'ivresse, leurs lois de formes objectives, animées ; quand l'anthropomorphisme usurpait si victorieusement, du moins en apparence, l'empire des forces abstraites qui régissent l'esprit et la matière, la mort s'avançait à grands pas vers ces hypothèses. Le scepticisme les flétrissait de son souffle aride. Ce n'étaient déjà plus que des tourbillons qui s'agitaient dans le vide, des fantômes épuisés qui se ranimaient par un dernier et grimaçant effort, comme les clartés de la lampe prête à s'éteindre. Quiconque les examinait attentivement, au milieu de leur grandeur factice distinguait aussitôt une impuissance réelle, et, parmi leurs chants de fête, entendait aisément des accens de détresse.

Chose étrange ! après tant de soins, tant de courage, tant de génie dépensés à l'édification de l'astrologie, de la magie et de l'alchimie, ou plutôt consacrés à la galvanisation de leurs cadavres, tout à coup la foi manque, le doute succède à l'espoir ; voilà que ces *pseudo*-sciences s'écroulent par la base ; voilà qu'elles se dessèchent et s'inclinent comme autant d'arbrisseaux privés de leur sève vivifiante ; et chose plus singulière encore ! c'est l'artiste le plus éminent de ces *pseudo*-sciences qui détruit lui-même leur création ; c'est le pontife nourri dans les profondeurs du sanctuaire qui brise les autels des dieux ; c'est le père qui immole son enfant ; c'est Paracelse qui tue le Paracelsisme.

— « Quand bien même il n'existerait pas de constellations, l'homme n'en demeurerait pas moins tel qu'il est (1). »

— « Avant que la fin du monde arrive, un grand nombre d'arts qu'on regarde

(1) PARAMIR., lib. I, p. 5.

organiques pouvant prendre avec le temps un développement, une consistance qui rendrait le mal réfractaire au remède. Ce qui peut étonner, c'est la faible dose avec laquelle nous obtenons de tels effets. Voulant procéder avec prudence, nous commençâmes par 15 grammes de sirop, représentant 25 milligr. (demi-grain) d'opium. L'effet espéré se trouvant produit, nous crûmes devoir nous en tenir à cette dose, journellement répétée, jusqu'à disparition définitive des accidens à combattre. Ces résultats, je l'avoue, déroutent un peu les idées classiques que j'avais sur l'opium. Il est si généralement admis que ce médicament ne convient pas dans les phlegmasies, notamment dans celles de l'encéphale ! Mais en y réfléchissant, j'ai pu rationnellement m'expliquer cet effet ; cette explication est implicitement comprise dans le précepte de Sydenham : c'est que l'élément inflammatoire de la maladie ayant été dompté par les antiphlogistiques, l'opium ne courait plus risque de l'aggraver, surtout à si faible dose, et son action sédative s'exerçait sans danger. On pensera ce qu'on voudra de cette théorie ; il nous suffit de pouvoir certifier les faits qui eurent de nombreux témoins.

Nous regrettons que cette inspiration ne nous soit pas venue plus tôt ; ce qui nous eût permis d'en produire des applications nombreuses ; mais les rapports de cause à effet ont été si patens, que nous, si sceptiques en fait d'innovations thérapeutiques, nous ne craignons pas de produire nos observations comme l'expression, sinon d'une découverte, au moins d'une rénovation des plus heureuses. On ne réussira pas toujours sans doute, mais on réussira quelquefois, le plus souvent peut-être si l'on agit avec discernement.

MÉNINGITE ENCÉPHALO-RACHIDIENNE TRÈS GRAVE ; SAIGNÉES RÉPÉTÉES ; AMÉLIORATION ; PERSISTANCE DU DÉLIRE ; EXCELLENS EFFETS DE L'OPIUM ; PAROTIDE RÉSOLUE PAR SAIGNÉES LOCALES ; GUÉRISON.

Obs. XX. — Un jeune homme de 21 ans, de constitution moyenne, journalier, entre à la Clinique le 21 mars 1841. On rapporte qu'il y a quatre jours, ayant commis des actes d'intempérance, il fut pris de malaise, frissons, céphalalgie, qui se prolongèrent jusqu'à la journée d'hier où la céphalalgie devint plus violente et fut bientôt suivie de vomissemens, puis de perte complète de connaissance et de délire continu.

Ce matin on lui a fait une saignée. A dix heures, on l'apporte dans l'état suivant :

Agitation violente, délire bruyant, gémissemens, mouvemens convulsifs, face peu colorée, pupilles également dilatées, pouls à 70, peu développé, mais dur et inégal ; langue blanche, abdomen tendu, un peu sensible à la pression ; point de selles ni de vomissemens. (Saignée de 360 grammes, 30 sangsues en trois fois aux tempes, onctions mercurielles et fomentations froides sur la tête, émolliens, diète.)

22. Il ne reste qu'un peu d'aberration dans les idées, réponses justes, opisthotonos prononcé, pouls dur et lent à 60. (Saignée de 300 grammes, 40 sangsues en deux fois.) Le délire augmente pendant la nuit.

23. Délire persistant, pupilles dilatées, pouls à 60, constipation. (40 sangsues en deux fois, onctions mercurielles émollientes.) Délire continuel, cris aigus pendant la nuit.

24. Délire, opisthotonos, pouls à 80, constipation, *herpès labialis* (40 sang.); l'exaltation persiste.

25. Même état. Le malade demande à manger (potion gommée avec sirop d'opium 15 grammes, onctions mercur. émoll.); le calme se rétablit ; sommeil pendant la nuit.

26. Tête dégagée, douleur et raideur du cou, pouls à 80, constipation ; l'herpès s'étend jusqu'aux paupières. (15 ventouses scarifiées à la nuque, potion opiacée : solution de gomme 120 gr., sirop d'opium 15 grammes ; une cuillerée d'heure en heure ; lavem., chiendent, onctions.)

27. Même état satisfaisant. Le malade demande instamment à manger. (Potion opiacée, 16 sangsues derrière les oreilles, lavement laxatif ; quelques cuillerées de semoule.)

28. Il se trouve bien ; un peu de raideur du cou, stomatite mercurielle commençante, une selle (suspendez les onctions mercur., vésicat. à la nuque, potion opiacée, lavem. laxatif) ; sept selles dans la journée.

29. Bien, un peu de céphalalgie, pupille droite plus dilatée que la gauche. (Potion opiacée, émoll.)

31. Stomatite mercurielle persistante à un léger degré, tuméfaction de la région parotidienne droite. (Emolliens, cataplasme.)

1er avril. La parotide augmente. (16 sangsues derrière la parotide, gargar. émolliens, *ut suprà.*)

Les jours suivans, la parotide se résout, la stomatite se dissipe. Il ne reste qu'un peu de raideur à la nuque, et de temps en temps un peu de céphalalgie ; le pouls, peu développé, reste à 84. (Potion opiacée, solution de cyanure de potassium 1,0 par 30,0 d'eau sur le front, 15 ventouses scarifiées dans le dos, soupes.)

Le 4, il commence à se lever.

Le 7, tout exsangue qu'il est, le malade a une épistaxis, quelques aphtes mercuriels persistent. (Gargar. avec créosote, 6 gouttes dans un véhicule gommeux de 150 grammes.)

La convalescence marche lentement, mais sans accident ; on augmente les alimens. Le malade sort guéri le 29 avril, 40 jours après l'invasion.

Ce cas est remarquable par sa gravité, par l'énergie du traitement antiphlogistique (3 saignées générales, 150 sangsues en quatre jours) ; par l'opiniâtre intensité du délire, lequel cède, comme par enchantement, à l'opium ; par l'apparition d'un herpès s'étendant jusqu'aux paupières ; par la formation d'une parotide durant la convalescence, parotide qui cède aux antiphlogistiques ; par une épistaxis, malgré l'état de profonde anémie du sujet, etc.

MÉNINGITE GRAVE ; SAIGNÉES RÉPÉTÉES ; AMÉLIORATION ; DÉLIRE PERSISTANT ; EFFETS MERVEILLEUX DE L'OPIUM ; CONVALESCENCE PROMPTE.

Obs. XXI. — Une fille de 18 ans, de tempérament sanguin-lymphatique, servante, entre à la Clinique le 20 mars 1841. Elle jouissait habituellement d'une bonne santé, lors qu'il y a deux jours, sans cause connue, elle a éprouvé du frisson, de la céphalalgie, des douleurs dans les membres et s'est mise au lit. La nuit suivante, elle a eu du délire, des vomissemens, de la diarrhée. Hier on lui a mis 8 sangsues aux tempes. Les accidens s'étant accrus, ce matin on a fait une saignée et administré des poudres purgatives.

Etat actuel : Idées nettes, céphalalgie frontale, endolorissement général, vive sensibilité au toucher dans tous les points de la surface cutanée, pupilles normales, langue blanchâtre, pointillée au limbe ; nausées, vomissemens, abdomen un peu météorisé, sensible à la pression ; une selle liquide, pouls à 100, peu développé ; peau peu chaude, peu colorée. (20 sangsues aux tempes, fomentations froides sur le front, émolliens, diète.)

21. Agitation, délire toute la nuit ; elle se lève pour sortir. Ce matin, somnolence ; elle refuse de répondre aux questions. Abdomen douloureux à la pression, pouls à 92. (2 saignées de 300 grammes, matin et soir ; 20 sangsues en deux fois aux mastoïdes, fomentations froides, lavem. émol., chiendent.)

Le coma persistant, le soir on applique des sinapismes à la plante des pieds et deux vésicatoires aux cuisses. Délire toute la nuit.

22. Délire comateux, gémissemens, pouls à 84, inégal. (Saignée de 300 grammes, 40 sangsues en deux fois, raser la tête, oncl. merc.) Délire bruyant toute la nuit.

23. Idées nettes, douleur à la nuque, tenant la tête dans l'immobilité ; pouls à 100 ; constipation (40 sangsues en 2 fois, onct. merc., lavem. purgatif ; faites sécher le vésicatoire.) Délire pendant la nuit.

---

généralement comme les effets du diable et des *vice-hommes*, se dévoileront à tous les regards, et alors on s'apercevra que la plupart de ces effets dérivent des forces simples de la nature (1). »

— « L'alchimie est un *ventricule* qui renferme des remèdes, et non, comme le pense le vulgaire des *artistes*, un art qui ne vise qu'à faire de l'or et de l'argent (2). »

Qu'est-ce à dire ? Pourquoi ces inconséquences ? D'où vient cette apostasie flagrante ? Là gît le mot de l'énigme qu'il s'agit d'éclaircir.

D'après une analyse inexacte et superficielle de ses œuvres, et avec un esprit préventif et passionné, plusieurs auteurs, Zimmermann entre autres, parmi ceux du dix-huitième siècle, n'ont plus considéré, il est vrai, Paracelse conformément à l'opinion des écrivains du seizième, c'est-à-dire comme le maître des sorciers ; mais ils en ont fait le plus grand des fourbes, le plus habile des imposteurs, en un mot, le roi des charlatans. Ils allèguent pour preuves de leurs assertions les contradictions perpétuelles de cet homme, son jargon particulier, son emphase pitoyable et inconvenante, ainsi que certaines autres raisons qui, au premier abord, tendraient à faire croire qu'il avait réellement une double doctrine : l'une publique, vulgaire, accommodée aux idées de l'époque et aux préjugés des masses ; l'autre secrète, supérieure, dont il se réservait le monopole, ou qu'il ne communiquait qu'à de rares et fidèles disciples.

Cependant, pour peu qu'on examine les choses avec détail et impartialité, on voit sur le champ combien ces assertions perdent de leur prétendue valeur. En effet, si chez Paracelse le dogme du lendemain combat toujours le dogme de la veille ; si la moitié de la vie se consume constamment à réfuter l'autre ; si, entre les deux puissances contraires qui se disputent les rênes de son intelligence, entre les ténèbres et la lumière, l'erreur et la vérité, il hésite, il ne sait point opter ; en un mot, si chez lui tout le passé regimbe et se raidit contre la mort et tout l'avenir surgit et fermente pour atteindre à la vie, oublie-t-on le siècle dans lequel il existait ? Or, comme cet homme n'était et ne pouvait être que le produit de son siècle ; comme à son tour son siècle n'était et ne pouvait être qu'une période de transition dans l'histoire des idées humaines, le syncrétisme de Paracelse devenait donc une nécessité ; ses inconséquences en matière de logique reflétaient les luttes intestines au milieu desquelles s'agitait l'activité morale de l'époque en question. D'ailleurs, l'appât de la fortune ou des honneurs mondains ne guida jamais les combinaisons et les espérances de Paracelse ; car il mourut presque pauvre, sans bruit et sans éclat ; car toutes ses paroles comme toutes ses actions furent une sanglante et impitoyable diatribe contre la soif de l'or et des dignités, ce point de ressemblance entre mille autres du seizième siècle avec le dix-neuvième.

Paracelse avait une passion plus noble : l'amour de la gloire, cette divinité devant laquelle fléchissaient si souvent son repos et ses désirs de bonheur ; seulement, ce qui est propre du reste à beaucoup d'hommes supérieurs, il avait le vice de cette passion, le défaut de cette qualité, c'est-à-dire l'orgueil, qui fut chez lui la source de nombreux écarts. En effet, il portait si haut l'estime de son propre génie, l'opinion de son individualité, qu'il finit par devenir la proie de

(1) Philosoph. magn., p. 218.
(2) Préface du livre sur l'alchimie.

24. Endolorissement général, plus prononcé à la nuque; pouls à 100, une selle. La malade dit se trouver mieux. (40 sangsues à la tête, *ut suprà.*) Délire le soir, plus intense pendant la nuit.

25. Idées nettes, pâleur extrême; cependant pouls plein, à 104; pas de selles. La malade demande instamment à manger. (Onct. merc. émoll., potion avec sirop d'opium, 15 grammes.)

Le délire ne revient plus, sommeil pendant la nuit.

26. Tête complètement libre, pouls peu fréquent. La malade se dit guérie. (Potion opiacée, bouillon.)

28. La malade accuse un peu de douleur au pli du bras droit, où existe un peu de rougeur et de gonflement. Cependant les saignées sont cicatrisées. (20 sangsues au pli du bras, puis catapl. laudanisé, potion opiacée.)

Les jours suivans, la tumeur du bras se résout; la santé générale se maintient. On nourrit graduellement la malade, en continuant la potion opiacée et les onct. mercur.

31. Stomatite merc. (suspendu les onctions). Les forces renaissent graduellement; la malade est anémique; bruit de soufflet dans les carotides; de temps en temps quelques selles liquides.

Le 20 avril, la malade sort parfaitement guérie, sauf la faiblesse, un mois après son entrée.

Ainsi, 4 saignées générales et 188 sangsues en quelques jours; amendement de la maladie, mais persistance du délire nocturne. Cette périodicité semblait indiquer le quinquina; cependant c'est l'opium qui tranche subitement ces retours du délire; dès lors convalescence au sixième jour du traitement, huitième de la maladie.

Dans l'observation suivante, nous allons voir en parallèle, avec leurs effets si différens, le sulfate de quinine et l'opium.

MÉNINGITE ENCÉPHALO-RACHIDIENNE, FORME CÉPHALALGIQUE; MAUVAIS EFFETS DU SULFATE DE QUININE; EFFETS MERVEILLEUX DE L'OPIUM.

OBS. XXII. — Un jeune homme de 22 ans, de belle constitution, cordonnier, entre à la clinique le 14 mars 1841. Il raconte qu'il y a quatre jours il a été pris subitement, et sans cause connue, de frissons, vertiges, céphalalgie, douleur à la nuque, vomissemens. Point de traitement. A son entrée, il a de la céphalalgie violente, de l'agitation, du trouble dans les idées. (Saignée de 300 grammes, 20 sangsues aux tempes.

15. Céphalalgie atroce, vomissemens. Le malade porte continuellement les mains au front et aux tempes, comme pour en arracher quelque chose. La raideur de la nuque n'est pas prononcée; pupilles inégalement contractées; langue blanchâtre, soif, anorexie, abdomen rétracté, indolent, selles régulières; pouls lent, à 60; respiration normale. (20 sangsues aux tempes, émoll.)

16. Même état. (Saignée de 360 grammes, 30 sangsues en trois fois; raser la tête, onct. merc., fomentations froides.)

Soulagement après les évacuations sanguines; mais le soir la céphalalgie renaît aussi violente, arrachant des gémissemens au malade.

17. Céphalalgie violente, *herpes labialis*; pouls à 72. (Saignée de 300 grammes, 30 sangsues en trois fois, onct. merc., émoll.)

18. Un peu de soulagement, pouls à 90. (20 sangsues, *ut suprà.*)

19. Mieux persistant. (25 ventouses scarifiées dans le dos.) Délire pendant la nuit.

20. Céphalalgie, tête renversée en arrière, pupille gauche plus dilatée, angle des lèvres tiré de ce côté; liberté des membres, pouls à 84. (20 sangsues en deux fois aux tempes, vésicatoire à la nuque, onct. merc., lavem. irritant: chlore de sodium, 30 grammes.)

21. Céphalalgie intense; aspect hémiplégique du visage. (20 sangsues aux tempes; onctions mercurielles; lavement purgatif (dérivatif); solution de cyanure de potassium (1 gramme dans 30 grammes d'eau) en fomentations sur la tête.)

22. Croyant reconnaître une certaine intermittence dans la céphalalgie, on prescrit: sulfate de quinine, 30 centig.

Les jours suivans, la céphalalgie persiste avec plus d'intensité.

23. Diarrhée; quatre selles, dont une involontaire.

24. Céphalalgie atroce, continue, pulsative, sans délire; une selle involontaire; pouls à 72. (Suspendez le sulfate de quinine; potion gommée avec sirop d'opium, 15 grammes; onctions mercurielles; émolliens.)

25. Soulagement très marqué. (*Ut supra.*)

26. Le malade se trouve si bien qu'il veut se lever; mais ses jambes affaiblies refusent de le porter. (*Ut supra*; soupes.)

28. Coliques, six selles diarrhéiques. (15 sangsues à l'anus; potion opiacée; demi-lavement avec laudanum, 6 gouttes; tisane de riz.)

30. Le malade se plaint de douleur au fondement; en y regardant, on reconnaît qu'un petit abcès se forme au côté gauche de la marge de l'anus. (*Ut supra*, moins les sangsues; suspendez les onctions mercurielles.)

31. Ouverture de l'abcès avec le bistouri; la guérison s'opère en peu de jours; la diarrhée a disparu. On commence à nourrir le malade, mais quelques retours de diarrhée obligent à revenir à la diète.

8 avril. On suspend la potion opiacée. La maigreur est extrême. Les pupilles sont inégalement dilatées et la vue est obscurcie. Cependant le malade reprend peu à peu ses forces, et se trouve en état de sortir le 2 mai, cinquante jours environ après l'invasion.

Cette observation est remarquable par la prédominance et l'opiniâtreté de la céphalalgie, laquelle a résisté aux évacuations sanguines répétées, s'est exaspérée sous l'influence du sulfate de quinine, en même temps que des accidens abdominaux sont apparus, puis a cédé avec une promptitude merveilleuse à l'administration de l'opium. Aucune valeur ne peut être attribuée à ce petit abcès de la marge de l'anus, lequel est survenu après l'amélioration. Lié peut-être à la diarrhée, ce ne fut qu'un accident qui, conjointement avec celle-ci, n'a fait que retarder la convalescence.

Les développemens dans lesquels nous sommes entrés au sujet de chaque médication, les observations assez nombreuses et détaillées que nous avons produites, nous permettent d'abréger l'esquisse générale de notre méthode de traitement, laquelle peut être résumée ainsi:

Dans les premiers jours, saignées générales, proportionnées à l'intensité et à la résistance de la réaction; saignées locales, répétées à courts intervalles et avec persévérance depuis le début, jusqu'à la rémission des symptômes généraux et locaux, encéphaliques et autres. Onctions mercurielles sur le cuir chevelu, dès le principe, et dans tous les cas de quelque gravité; fomentations froides superposées aux onctions ou sans elles; tisanes et lavemens émolliens, diète absolue, tel fut le traitement fondamental de la période initiale et de l'état aigu; laxatifs par le bas contre la constipation persistante; saignées locales, cataplasmes émolliens, lavemens et topiques opiacés, dans les cas de complication abdominale. (Vomissemens, douleur, diarrhée.)

A une période plus avancée, dérivatifs cutanés à la nuque, au rachis, aux membres. Opium contre la persistance de certains troubles nerveux (céphalalgie, délire, spasmes), alimens légers; tel fut le traitement de l'état tendant à la chronicité.

Le reste n'est plus qu'éventuel et accessoire. Ainsi, parfois, quelques diurétiques, ou bien quelques toniques ou excitans légers dans les convalescences prolongées, avec débilité. Enfin, certains moyens spéciaux, réclamés par certains accidens anormaux ou par des complications,

---

ses chimères, par échapper à la raison commune, par tomber dans la monomanie ambitieuse. Voyez-le subissant le joug de l'hallucination au mirage capricieux et fantastique: « J'ai reçu, dit-il, des lettres de Galien, datées des enfers, et j'ai disputé avec Avicenne sur la quintessence, dans le vestibule de Pluton (1). » D'une autre part, il identifie sans cesse sa puissance à celle du Christ: « Je puis dire aux morts comme Jésus à Lazare: *prends ton lit et marche*; et moi-même à mon dernier soupir je ressusciterai avec le vêtement qu'avait le fils de Marie le jour de sa transfiguration (2). »

Il est impossible, comme on voit, de méconnaître à ces signes la manifestation positive de la folie; et si l'on pouvait douter encore de son existence dans ce cas, les détails suivans, rapportés avec candeur et naïveté par Crato, qui les tenait d'Oporin, secrétaire intime de Paracelse, dans la chambre duquel il coucha pendant plusieurs années, viendraient dissiper toutes les incertitudes à cet égard: « Il se jetait habituellement sur son lit tout habillé, et le côté ceint de son épée. Au bout de quelques instans de sommeil, il se levait, brandissait son épée, la dirigeait contre les murs, les portes et les fenêtres, croyant lutter avec des ombres et des génies malfaisans. La chose était telle qu'il troublait le voisinage par ses cris et sa fureur; et que moi-même je ne craignais rien tant que de le voir me passer son arme à travers le corps (3). »

(1) THESAUR. ALCHEMISTOR.

(2) ARCHIDOXER., lib. IV, p. 796.

(3) VIE DE PARACELSE; par Prébonneaux, en tête du livre de Roch le Baillif de la Rivière, pour sa défense.

Aujourd'hui soyons donc plus justes envers la mémoire de Paracelse; rendons à son ombre illustre les hommages et le respect qu'elle mérite; admirons le plus grand esprit synthétique et le plus grand génie médical du seizième siècle, tout en faisant la part de l'insensé, tout en déplorant les erreurs de l'halluciné et du monomane.

MICHÉA.

— Sir Charles Bell vient de mourir à Edimbourg. Cet illustre physiologiste était professeur à l'Université de cette ville.

— COURS D'ANATOMIE TOPOGRAPHIQUE-CHIRURGICALE. — M. AUZIAS a commencé ce cours, de la durée de six semaines, le 11 mai à midi, dans le pavillon D de l'Ecole pratique, et le continuera tous les jours à l'heure choisie par la majorité des élèves.

COURS D'ANATOMIE DESCRIPTIVE. — M. AUZIAS a commencé ce cours, de la durée de deux mois, chez lui, rue des Maçons-Sorbonne, 3, le jeudi 12 mai à 11 heures, et le continuera tous les jours à l'heure choisie par la majorité des élèves. Les parties molles seront décrites à l'Ecole pratique. Ce cours sera approprié aux préparations du deuxième examen de docteur et du premier examen d'officier de santé.

On s'inscrit à ces deux cours ensemble ou séparément auprès de M. Auzias, à l'Ecole pratique ou chez lui.

moyens qui ne diffèrent pas essentiellement de ceux mis en usage contre les mêmes accidens dans d'autres circonstances.

Tel est le sommaire de nos procédés thérapeutiques, très simples, comme on voit, rationnels, je crois, et manifestement sanctionnés par leurs résultats, méthode dont toute la difficulté consiste dans la juste appréciation de l'opportunité, quant au choix des moyens et à l'énergie de leur application.

Ici se termine une tâche qu'aux yeux de quelques-uns nous paraîtrons peut-être avoir dilatée avec trop de complaisance. C'est qu'il s'agissait d'une question grave, d'un point de doctrine fondamental; il fallait prouver que notre épidémie, bien que terrible dans son aspect, n'avait cependant rien d'extraordinaire envisagée dans les faits; qu'en un mot notre méningite encéphalo-rachidienne épidémique n'avait rien de spécifique et qui différât essentiellement de ce qui s'observe dans la méningite sporadique au même degré. En effet, on définit les affections spécifiques « celles qui ont une origine, une physionomie extérieure, une marche, une terminaison particulières, et qui demandent un traitement particulier. » Or, nous avons fait voir que la cause est ignorée, qu'en conséquence on ne peut affirmer qu'elle soit spécifique. Puis nous avons vu que les symptômes, la marche, les terminaisons, les lésions anatomiques, et enfin le traitement, sont absolument ceux de la méningite vulgaire, en tant que celle-ci affecte les mêmes parties (encéphale et rachis). Si, à cette occasion, nous avons jeté quelques vues générales sur les idées régnantes au sujet des épidémies, nous nous gardons bien de les ériger en principes inflexibles : il est certainement des épidémies qui n'ont point d'analogues dans l'ordre sporadique; telle fut cette bizarre *acrodynie* de 1829; mais en est-il ainsi de toutes les maladies épidémiques, ou même de la plupart? Nous sommes fermement convaincu du contraire, et nous pensons qu'à cet égard, ainsi que nous l'avons dit au commencement de ce travail, l'étonnement et la terreur ont singulièrement faussé l'esprit médical.

La doctrine des épidémies, telle qu'elle est acceptée aujourd'hui par la presque universalité des médecins, est une de ces traditions dont on finira par reconnaître l'exagération, sinon la fausseté, comme on l'a fait pour tant d'autres, tradition qu'il convient de réviser avec calme, et de passer au contrôle des procédés sévères et positifs de la science moderne.

Depuis longtemps ce travail dormait, ébauché, parmi nos papiers, et nous le jugions peu digne d'occuper l'attention du public médical, sous ce rapport qu'il ne comportait guère qu'un intérêt de localité. Mais plusieurs cas de méningite très grave venant de surgir de nouveau parmi la garnison de Strasbourg, et le même fléau pouvant se produire dans d'autres localités, nous avons cru faire acte de philantropie, et remplir un devoir de notre position, en soumettant à nos confrères le produit de notre expérience personnelle et de nos méditations sur un si grave sujet.

TOXICOLOGIE.

MÉMOIRE SUR L'EMPOISONNEMENT PAR LES ALCALIS FIXES (POTASSE, SOUDE, BARYTE ET CHAUX); par M. ORFILA.

(SUITE ET FIN. — Voir le numéro 18.)

DE LA SOUDE.

SOUDE A L'ALCOOL. Les propriétés physiques de la soude à l'alcool, son action sur les couleurs bleues, sur l'acide carbonique et sur l'azotate d'argent, sont les mêmes que celles de la potasse à l'alcool. Le chlorure de platine ne trouble les dissolutions de soude que lorsqu'elles sont excessivement concentrées; alors il y fait naître *un précipité jaune serin*, moins grenu et moins adhérent au verre que celui que donne la potasse; l'acide perchlorique ne les précipite pas, tandis que l'on obtient avec l'acide phtorhydrique silicé un précipité gélatineux et transparent.

La dissolution aqueuse de soude pure affaiblie ramène au bleu le papier de tournesol rougi par un acide, et ne précipite ni par les acides carbonique, perchlorique et phtorhydrique silicé, ni par le chlorure de platine. L'azotate d'argent agit sur elle comme sur la potasse étendue d'eau, à moins que la dissolution ne soit trop affaiblie. On devrait donc, dans ce cas, évaporer la liqueur jusqu'à ce qu'elle fût suffisamment concentrée pour donner, avec les réactifs indiqués au paragraphe précédent, les réactions qui appartiennent à une dissolution concentrée de soude.

SOUDE A LA CHAUX ET CARBONATE DE SOUDE. Sous ces deux états la soude sera distinguée de la soude à l'alcool, en suivant la marche qui a été tracée pour reconnaître la potasse à l'alcool, à la chaux, ou carbonatée.

MÉLANGE DE SOUDE PURE ET DE LIQUIDES ALIMENTAIRES, DE LA MATIÈRE DES VOMISSEMENS OU DE CELLE QUE L'ON TROUVE DANS LE CANAL DIGESTIF; SOUDE AYANT ATTAQUÉ LES TISSUS DE CE CANAL. L'action de cet alcali sur l'eau sucrée, le thé, le café, l'albumine, la gélatine, le bouillon, la bile, le sang, et les tissus organiques, étant la même que celle de la potasse, on devra suivre pour le découvrir le même procédé (v. exp. 5).

CONCLUSIONS. Les conclusions à tirer des expériences qui auront été tentées relativement à l'existence d'un empoisonnement par la soude, ne différeront pas de celles qui ont été indiquées à l'occasion de la potasse. Toutefois il importe de se rappeler que la dissolution alcoolique de plusieurs substances alimentaires à l'*état normal*, évaporée jusqu'à siccité, incinérée comme il a été dit à l'expérience 5, fournit, lorsqu'on la traite par l'eau, une cendre alcaline contenant du carbonate de soude; il serait donc possible de se tromper et de considérer ce carbonate comme étant la preuve de la présence d'une certaine quantité de soude ou de carbonate de soude ingérés comme *poisons*, tandis qu'elle devrait être attribuée à la soude qui existe naturellement dans plusieurs alimens. Voici le résultat de quelques expériences propres à éclairer et à résoudre cette question importante : 1° Les matières extraites du canal digestif d'un animal empoisonné par la soude, ainsi que celles qui ont été vomies, si elles contiennent encore des traces de cet alcali, lorsqu'on les a desséchées à une douce chaleur, fournissent avec l'acool concentré bouillant un *solutum* qui ramène fortement au bleu le papier de tournesol rougi par un acide; les substances alimentaires dont nous parlons et qui sont à l'état normal, traitées de même, *ne donnent point* un liquide *alcalin*. 2° La cendre obtenue en décomposant à la chaleur rouge dans un creuset d'argent la dissolution alcoolique de soude provenant d'un empoisonnement, étant traitée par l'eau bouillante, fournira un *solutum* qui ramènera fortement au bleu le papier rougi, et qui, étant concentré par l'évaporation, donnera, par l'acide phtorhydrique silicé, un précipité gélatineux et transparent, et par le chlorure de platine, si elle est *très concentrée*, un précipité jaune serin légèrement grenu; l'acide perchlorique ne le troublera pas. La cendre provenant d'un mélange de deux ou trois litres de liquides animaux (vin, bouillon, café et bile) traité de la même manière, ne m'a jamais fourni une dissolution aqueuse susceptible d'être précipitée par l'acide phtorhydrique et par le chlorure de platine, quoiqu'elle ramenât au bleu le papier de tournesol rougi. Si je pouvais affirmer à l'égard des deux caractères qu'il n'en sera jamais autrement, c'est-à-dire que dans aucun cas la cendre obtenue avec un mélange *normal* ne fournira une dissolution aqueuse précipitable par l'acide phtorhydrique silicé et par le chlorure de platine, je n'hésiterais pas à conclure, après avoir obtenu ces précipités avec une cendre provenant d'une dissolution alcoolique alcaline, que la soude avait été ingérée à l'état de poison; mais il y aurait témérité à procéder ainsi, parce qu'il n'est pas à la rigueur impossible que certaines matières alimentaires, prises en très grande quantité et traitées, comme je conseille de le faire, donnent une cendre qui, traitée par l'eau, fournira, avec les réactifs précités, des précipités analogues à ceux que ferait naître une petite portion de soude ingérée à l'état libre. On doit donc être fort circonspect en pareil cas, et tout en établissant que l'alcali trouvé est de la soude, ne se prononcer sur son origine qu'avec une grande réserve, à moins toutefois que les symptômes éprouvés par le malade et les lésions cadavériques ne soient de nature à lever la difficulté. J'attacherais peu d'importance dans l'espèce à l'abondance des précipités obtenus par l'acide phtorhydrique silicé et par le chlorure de platine en cas d'empoisonnement, à moins qu'ils ne fussent tellement abondans qu'il fût impossible de les attribuer à la soude normale; dans tout autre cas, il serait bien difficile, pour ne pas dire impossible, de juger si une quantité un peu plus ou un peu moins forte de précipité annonce qu'il y a eu ingestion de soude comme poison, ou bien s'il ne s'agit que de la soude normale.

DE LA BARYTE, DU CARBONATE, DU CHLORURE DE BARYUM.

BARYTE PURE. Elle est solide, grise ou blanche suivant qu'elle est anhydre ou hydratée, et soluble dans l'eau. La dissolution aqueuse *concentrée* ramène au bleu le papier rougi, précipite en blanc par les acides carbonique, sulfurique et phtorhydrique silicé. Le carbonate de baryte, s'il n'a pas trop de cohésion, se dissout dans un excès d'acide carbonique; le sulfate est insoluble dans l'eau et dans l'acide azotique et le phtorosilicate est gélatineux. La dissolution *très étendue de baryte* ramène aussi le papier rougi au bleu et précipite par les acides carbonique et sulfurique, ce qui le distingue de la dissolution très étendue de strontiane qui ne précipite pas par l'acide sulfurique.

BARYTE MÊLÉE A DES LIQUIDES ALIMENTAIRES, A DES MATIÈRES VO-

MIES ET A CELLES QUI SONT CONTENUES DANS LE CANAL DIGESTIF. Si la proportion de baryte contenue dans ces matières est faible, on ne la trouvera plus dans la dissolution, parce qu'elle aura été transformée en carbonate, en phosphate et surtout en sulfate insoluble, par les carbonates, les phosphates et les sulfates solubles que contiennent les matières organiques; dans ce cas, les liquides ne ramèneront pas au bleu le papier de tournesol rougi par un acide. Si la dose de baryte, au contraire, dépasse huit, dix, douze ou vingt centigrammes, la liqueur bleuit en général le papier rougi. Admettons qu'il en soit ainsi. Après avoir constaté l'alcalinité de cette liqueur, on l'évaporera jusqu'à siccité dans une capsule de porcelaine à une douce chaleur, la masse sera traitée par de l'acide azotique pur, étendu de cinq à six fois son poids d'eau distillée bouillante; on filtrera la liqueur après quelques minutes d'ébullition et on la fera évaporer dans une capsule de porcelaine jusqu'à ce qu'elle soit carbonisée et qu'elle ne répande plus de fumée; alors on détachera le charbon avec la lame d'un couteau propre et on l'incinèrera dans un creuset de platine; la cendre contiendra de la baryte caustique ou carbonatée et un peu de bioxyde de baryum, suivant la proportion d'acide azotique et de matière organique contenue dans le charbon; il arrivera pourtant le plus ordinairement que la majeure partie de la baryte, sinon la totalité, se trouvera à l'état caustique; on fera bouillir cette cendre dans l'eau distillée; on filtrera et le *solutum* offrira tous les caractères de l'eau de baryte. Dans la crainte qu'une portion de baryte n'ait été transformée en carbonate pendant l'incinération, on traitera par l'acide azotique affaibli la cendre épuisée par l'eau bouillante; le liquide filtré évaporé à siccité et calciné dans un creuset de platine laissera de la baryte caustique et un peu de bioxyde de baryum.

On devra alors s'occuper de rechercher la portion de baryte décomposée par les carbonates et les sulfates solubles contenus dans la matière organique. Pour cela on desséchera dans une capsule de porcelaine la matière solide restée après le premier traitement par l'acide azotique affaibli, puis on l'incinèrera dans un creuset de platine que l'on maintiendra à une chaleur rouge; il suffit de deux heures pour que le carbonate de baryte soit décomposé et pour que le sulfate soit changé en sulfure de baryum. On traitera la cendre par de l'acide azotique pur affaibli, qui dégagera du gaz acide sulfhydrique, reconnaissable à son odeur, précipitera du soufre et donnera de l'azotate de baryte soluble; on filtrera pour avoir celui-ci et le faire évaporer dans une petite capsule de porcelaine; l'azotate de baryte solide, calciné dans un creuset de platine, laissera la baryte caustique mêlée d'un peu de bioxyde de baryum.

Si le mélange organique dont il s'agit ne contenait pas de baryte libre et qu'il ne ramenât par conséquent pas au bleu le papier rougi, il faudrait, au lieu de le traiter d'abord par l'acide azotique affaibli, après l'avoir desséché, le carboniser dans une capsule de porcelaine, puis l'incinérer comme il vient d'être dit, dans le but de décomposer le carbonate et le sulfate de baryte qui se seraient formés.

S'il s'agissait de déceler la baryte qui pourrait se trouver dans les tissus du canal digestif ou dans les autres viscères, par suite de l'absorption ou d'une combinaison qui aurait eu lieu, on ferait bouillir ces organes coupés en petits fragmens, avec de l'eau distillée, pendant une heure; la dissolution filtrée serait traitée comme je l'ai dit en parlant de la baryte mêlée à des liquides alimentaires, etc. Si la dissolution aqueuse ne fournissait point de baryte, on devrait chercher celle-ci dans les tissus qui auraient déjà subi l'action de l'eau bouillante, en les carbonisant par l'acide azotique concentré et pur, puis en maintenant à une chaleur rouge dans un creuset de platine le charbon, afin de décomposer le carbonate et surtout le sulfate de baryte que ces tissus pourraient renfermer, par suite de la transformation d'un composé de baryte soluble en carbonate ou en sulfate de baryte.

CARBONATE DE BARYTE. Ce sel est solide, blanc, insipide, insoluble dans l'eau et soluble avec effervescence dans l'acide azotique affaibli; les acides sulfurique et sulfhydrique silicé agissent sur l'azotate obtenu comme sur la baryte. En évaporant cet azotate jusqu'à siccité et en calcinant le produit dans un creuset de platine, on obtient de la baryte mêlée d'un peu de bioxyde de baryum.

Si le carbonate de baryte était mélangé à des matières organiques, il faudrait commencer par examiner si la portion liquide de ces matières ne contiendrait pas un sel de baryte soluble. Il se pourrait en effet qu'une portion et même la totalité de ce carbonate eût été transformée dans le canal digestif en acétate ou en chlorure de baryum, à la faveur des acides acétique et chlorhydrique que l'estomac contient. Pour cela on agiterait comme je l'ai dit en parlant de la baryte mêlée à des liquides alimentaires. Si la transformation dont je parle n'avait pas eu lieu, on dessécherait les matières organiques dans une capsule de porcelaine, et on traiterait le produit par l'acide azotique étendu d'eau, comme il a été dit plus haut. On finirait par obtenir de la baryte caustique mêlée d'un peu de bioxyde de baryum.

Enfin, ici comme pour la baryte, on devrait pousser les opérations assez loin pour découvrir la portion de baryte qui aurait pu être absorbée ou passer à l'état de sulfate, et se trouver dans la masse solide ou dans les organes déjà traités par l'acide azotique faible; il s'agirait tout simplement de carboniser les parties solides restantes par l'acide azotique, puis de calciner le charbon pendant deux heures au moins à une chaleur rouge intense, afin d'obtenir du sulfure de baryum ou du carbonate de baryte, que l'on décomposerait par l'acide azotique affaibli; la liqueur filtrée, évaporée et calcinée, laisserait de la baryte caustique, mêlée d'un peu de bioxyde de baryum.

CHLORURE DE BARYUM. Il est solide, blanc, pulvérulent ou cristallisé en lames carrées, d'une saveur acre très piquante, sans action sur le papier rouge ou bleu de tournesol, soluble dans l'eau et insoluble dans l'alcool concentré.

DISSOLUTION AQUEUSE CONCENTRÉE OU ÉTENDUE. Elle fournit avec les carbonates solubles un précipité blanc de carbonate de baryte soluble dans l'acide azotique; ce précipité, chauffé avec du charbon dans un creuset de platine, laisse de la baryte caustique mêlée à un peu de bioxyde de baryum; les sulfates solubles en précipitent du sulfate de baryte blanc insoluble dans l'eau et dans l'acide azotique pur; ce sulfate calciné avec du charbon donne du sulfure de baryum; l'azotate d'argent y fait naître un précipité de chlorure d'argent, insoluble dans l'eau et dans l'acide azotique froid ou bouillant, et soluble dans l'ammoniaque.

CHLORURE DE BARYUM MÊLÉ A DES LIQUIDES ORGANIQUES, A LA MATIÈRE DES VOMISSEMENS, ET A CELLE QUI SE TROUVE DANS LE CANAL DIGESTIF. L'eau sucrée, le thé, l'albumine, la gélatine et le lait ne sont pas troublés par ce sel. Le bouillon et le vin ne sont précipités qu'à raison des sels qu'ils contiennent et qui peuvent former avec le chlorure de baryum des sels insolubles, comme du sulfate, du tartrate, du phosphate de baryte, etc. On évapore le mélange organique jusqu'à siccité dans une capsule de porcelaine, et on traite le produit par l'eau distillée bouillante, afin de dissoudre le chlorure de baryum qu'il peut renfermer; la dissolution filtrée est desséchée dans une capsule de porcelaine jusqu'à ce qu'elle soit charbonnée et ne répande plus de fumée; alors on incinère le charbon dans un creuset de platine, et l'on fait bouillir la cendre dans de l'acide azotique étendu d'eau; l'azotate dissous, filtré, évaporé jusqu'à siccité et décomposé par le feu dans un creuset de platine, laisse de la baryte. Si, au lieu de soumettre la cendre à l'action de l'acide azotique, on la traitait par l'eau, on ne retirerait pas le plus ordinairement un atome de baryte, parce que, pendant l'incinération, le chlorure de baryum se trouve transformé en carbonate de baryte, par suite de l'action des carbonates de potasse et de soude qu'elle renferme sur ce chlorure.

La matière solide non dissoute par l'eau est desséchée dans une capsule de porcelaine jusqu'à ce qu'elle soit carbonisée, puis le charbon est incinéré dans un creuset de platine pour transformer le sulfate de baryte qu'elle peut contenir en sulfure de baryum. Il importe de savoir que le chlorure de baryum, à moins qu'il n'existe en assez forte proportion dans les matières dont je parle, passe constamment et presque en totalité à l'état de carbonate et de sulfate de baryte insolubles, en sorte que le traitement aqueux des matières suspectes évaporées jusqu'à siccité n'en contient pas ou en renferme à peine. C'est donc dans le portion insoluble dans l'eau qu'il faudra la chercher; j'ai souvent mélangé 12 à 15 centigrammes de chlorure de baryum avec 2 ou 300 grammes d'un mélange de bouillon, de lait et de café, sans en découvrir un atome dans le traitement aqueux dont il s'agit, tandis que j'obtenais facilement une proportion notable de baryte en incinérant, comme je l'ai dit, la masse que l'eau n'avait point dissoute.

S'il s'agissait de découvrir *dans les viscères* ou dans les *tissus* du canal digestif le chlorure de baryum qui aurait été *absorbé* ou qui se serait peut-être combiné avec les parois de l'estomac ou des intestins, on ferait bouillir avec de l'eau distillée pendant une heure tous ces organes dans une capsule de porcelaine, et l'on procéderait avec ce liquide et avec la matière solide restante, comme je l'ai prescrit en parlant de la baryte absorbée et contenue dans nos viscères. C'est ainsi que j'ai décelé de la baryte dans le foie, la rate et les reins d'un chien que j'avais empoisonné avec 6 grammes de chlorure de baryum dissous dans 180 grammes d'eau distillée; l'animal avait vécu trois heures et demie et avait été ouvert immédiatement après la mort. Le *décoctum* aqueux de ces organes ne m'a point fourni de baryte; mais la partie solide épuisée par l'eau, carbonisée par l'acide azotique, puis chauffée pendant deux heures dans un creuset de platine, a laissé du sulfate de baryum que j'ai décomposé par l'acide chlorhydrique; en filtrant, j'ai vu que la liqueur contenait du chlorure de baryum.

DE LA CHAUX.

La chaux est solide, blanche ou d'un blanc grisâtre, d'une saveur caustique et légèrement soluble dans l'eau.

DISSOLUTION AQUEUSE CONCENTRÉE OU ÉTENDUE. Elle ramène au bleu le papier rougi et précipite en blanc par les acides carbonique et oxalique; le carbonate se dissout facilement dans un excès d'acide carbonique, tandis que l'oxalate est insoluble dans un excès d'acide oxalique, et soluble dans l'acide azotique; l'acide sulfurique pur ne précipite point l'eau de chaux.

CHAUX MÊLÉE A DES LIQUIDES ORGANIQUES, A LA MATIÈRE DES VOMISSEMENS ET A CELLE QUI SE TROUVE DANS LE CANAL DIGESTIF. L'albumine, la gélatine, le bouillon et le lait n'occasionnent aucun changement dans l'eau de chaux. Le vin rouge est précipité en violet, le thé en rouge d'ocre, et la bile de l'homme en brun.

EXP. I. — J'ai mélangé un demi-litre de bouillon, autant de lait et de café, et 40 grammes de bile; j'ai saturé par l'eau de chaux, puis j'ai ajouté 10 centigr. de ce même alcali hydraté; après avoir constaté l'alcalinité de la liqueur, à l'aide du papier de tournesol rougi, j'ai desséché la masse dans une capsule de porcelaine, et j'ai traité le produit pendant vingt à vingt-cinq minutes par l'eau distillée bouillante qui a dissous la chaux libre ainsi que de la matière organique. J'ai filtré et évaporé la dissolution, d'un brun rougeâtre, jusqu'à ce qu'elle fût carbonisée et qu'elle ne répandît plus de fumée; alors j'ai détaché le charbon de la capsule de porcelaine, à l'aide de la lame d'un couteau, et je l'ai incinéré dans un creuset de platine que j'ai maintenu à une chaleur rouge, pendant une heure environ, afin de transformer en chaux vive le carbonate de chaux qui s'était formé; en traitant la cendre par l'eau bouillante, j'ai obtenu un *solutum*, qui, après avoir été filtré, se comportait comme l'eau de chaux avec le papier rougi, et avec les acides carbonique, oxalique et sulfurique pur. Si l'on ne chauffait pas assez fortement la cendre dans le creuset, la chaux serait à l'état de carbonate insoluble dans l'eau, et il faudrait, pour la découvrir, traiter cette cendre par de l'acide azotique faible, et constater la présence d'un sel de chaux dans l'azotate filtré.

La masse desséchée dans la capsule de porcelaine et déjà traitée par l'eau bouillante a été chauffée pendant quelques minutes avec de l'acide azotique pur étendu de cinq à six fois son poids d'eau, dans le but d'enlever une portion de chaux qui aurait pu être transformée en carbonate ou en oxalate de chaux à la faveur des acides ou des sels contenus dans le mélange alimentaire; on a filtré la liqueur azotique, dans laquelle pouvait se trouver un sel de chaux et de la matière organique; en évaporant celle-ci, en la carbonisant dans une capsule de porcelaine, et en incinérant le charbon dans un creuset de platine, j'ai encore obtenu de la chaux vive.

EXP. II. — Il était nécessaire de savoir si, en agissant de la même manière sur une quantité assez considérable de matières organiques à l'état normal, on obtiendrait aussi de la chaux vive. J'ai évaporé jusqu'à siccité, dans une capsule de porcelaine, un litre de bouillon, un demi-litre de lait, autant de café et de vin rouge, et environ 40 grammes de bile. Le résidu a été traité pendant un quart-d'heure par l'eau distillée bouillante; la liqueur, filtrée, évaporée, carbonisée et incinérée dans un creuset de platine, a laissé des cendres assez fortement *alcalines*, dans lesquelles il y avait au moins autant de chaux vive que dans l'expérience faite avec le mélange alimentaire additionné de 10 centigrammes de chaux. La présence de cet alcali tenait certainement aux sels de chaux solubles dans l'eau bouillante, qui se trouvaient dans le mélange alimentaire, et notamment au tartrate de chaux qui fait partie de la crême de tartre contenue dans le vin rouge. J'ai ensuite traité par l'acide azotique, étendu d'eau la masse alimentaire normale que j'avais fait bouillir pendant un quart-d'heure dans de l'eau distillée; la liqueur, filtrée, évaporée jusqu'à siccité, carbonisée et incinérée dans un creuset de platine, a laissé des cendres alcalines qui contenaient une quantité notable de carbonate de chaux, puisqu'en faisant agir sur elles de l'acide acétique, la liqueur filtrée précipitait abondamment de l'oxalate de chaux par l'oxalate d'ammoniaque.

EXP. III. — Convaincu par les résultats des essais qui précèdent qu'il fallait nécessairement recourir à une autre méthode pour déceler la chaux libre qui pourrait se trouver dans une liqueur, j'ai fait un mélange d'un litre de bouillon, d'un demi-litre de lait, d'autant de café et de vin rouge; j'ai saturé ce mélange par de l'eau de chaux, puis j'ai ajouté 12 grammes d'eau saturée de chaux, contenant par conséquent 2 centigrammes de chaux environ; j'ai chauffé après avoir délayé dans la liqueur un blanc d'œuf dissous dans l'eau, l'addition de l'albumine avait pour objet de pouvoir obtenir par la filtration une liqueur limpide; j'ai fait bouillir pendant quelques secondes, et quand le mélange a été refroidi, je l'ai mis sur un filtre; la liqueur était d'un jaune rougeâtre, parfaitement *limpide* et sensiblement *alcaline*; je l'ai fait traverser par quelques bulles de gaz acide carbonique *qui ne l'ont point précipitée;* voyant alors que la liqueur était légèrement acide, je l'ai chauffé pour volatiliser le gaz acide carbonique en excès, espérant qu'elle se troublerait; la dissolution est restée transparente et acide. J'ai ajouté de l'oxalate d'ammoniaque; à l'instant même j'ai obtenu un précipité d'*oxalate de chaux*, qui, étant lavé, desséché et calciné dans un creuset de platine, a fourni de la chaux vive.

La même expérience répétée, *sans addition de chaux*, a exactement offert les mêmes résultats, si ce n'est que la quantité d'oxalate de chaux obtenue était un peu plus faible.

EXP. IV. — J'ai mélangé un litre de bouillon, un demi-verre de lait, autant de café et de vin rouge, avec un gramme de chaux vive au lieu de 2 centigrammes. Tout portait à croire que si l'acide carbonique n'avait point précipité la chaux de la troisième expérience, cela tenait à ce que les 2 centigr. d'alcali étaient étendus d'une trop grande quantité d'eau; il était d'ailleurs évident qu'il fallait renoncer à l'emploi de l'oxalate d'ammoniaque, puisque les liquides alimentaires que j'employais, fournissaient de l'oxalate de chaux par ce réactif, alors même que l'on n'avait point ajouté de chaux. Le mélange a été évaporé jusqu'à siccité, et le produit traité par 60 grammes d'eau distillée froide; après avoir agité pendant un quart d'heure, j'ai filtré la liqueur, qui a passé claire et qui était fortement alcaline; je l'ai fait traverser par un courant de gaz acide carbonique lavé; elle s'est troublée aussitôt, mais le précipité disparaissait à mesure que l'eau se saturait de gaz carbonique; j'ai fait bouillir la dissolution pendant quelques minutes pour dégager l'excès de gaz, et j'ai laissé ramasser le précipité; celui-ci bien lavé, desséché et calciné au rouge dans un creuset de platine, m'a fourni de la chaux vive et du carbonate de chaux; toutefois la proportion de chaux obtenue ne représentait pas, ni à beaucoup près, le gramme de cet alcali qui avait été ajouté au mélange alimentaire.

Il suit de ce qui précède :

1° Que lorsqu'il s'agira de déceler la chaux vive dans un cas d'empoisonnement, on devra, après avoir constaté l'alcalinité de la matière suspecte, faire évaporer celle-ci jusqu'à siccité si elle n'est pas à l'état solide, traiter le produit par l'eau distillée froide, filtrer et faire passer un excès de gaz acide carbonique dans la liqueur; on fera ensuite bouillir pendant quelques minutes pour déterminer la précipitation du carbonate de chaux; celui-ci lavé, desséché et calciné dans un creuset de platine laissera de la chaux ou du carbonate de chaux; il n'existe en effet aucun liquide alimentaire ni aucun produit de vomissement qui fournisse un précipité de carbonate de chaux, lorsqu'on le traite par l'acide carbonique, à moins qu'il n'ait été mélangé de chaux;

2° Que l'on s'exposerait à commettre des erreurs graves, si l'on suivait l'un ou l'autre des procédés indiqués dans la première et la troisième expérience;

3° Que le gaz acide carbonique ne précipite pas la totalité de la chaux vive introduite dans l'estomac, parce qu'une portion de cet alcali s'est transformée en sel, en se combinant avec les acides libres contenus dans les liquides alimentaires ou dans le canal digestif, et probablement aussi parce qu'une autre portion est retenue par la matière organique, avec laquelle elle forme un composé comme savonneux;

4° Qu'il serait dès lors imprudent de déclarer qu'un individu n'aurait pas été empoisonné par de la chaux, par cela seul qu'on n'en décèlerait pas la moindre trace à l'aide de l'acide carbonique, l'empoisonnement ayant pu avoir lieu par une petite proportion de cet alcali donné avant ou après l'ingestion dans l'estomac de liquides acides, tels que le vin, etc.; dans ces cas, la chaux se serait transformée en un sel calcaire insoluble ou soluble que l'acide carbonique ne pourrait point décomposer. En pareille occurrence l'expert devrait avoir surtout égard au commémoratif, aux symptômes, aux altérations cadavériques, etc.

(*Extrait du* JOURNAL DE CHIMIE.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 9 MAI.

M. le baron Larrey donne avis à l'Académie qu'il est chargé, par M. le ministre de la guerre, de l'inspection médicale de l'armée d'Afrique, et qu'il doit partir très prochainement pour remplir cette mission.

Il propose à l'Académie de se charger des instructions qu'elle voudra bien lui donner, relativement aux objets ou faits intéressans qu'il aurait occasion d'observer durant son séjour en Afrique.

ANATOMIE DES CENTRES NERVEUX.

M. Natalis Guillot adresse, sous enveloppe cachetée, les conclusions d'un travail qu'il vient de terminer sur l'anatomie des centres nerveux des animaux vertébrés.

PHÉNOMÈNES CHIMIQUES DE LA DIGESTION.

M. SANDRAS lit, en son nom et celui de M. Bouchardat, un travail ayant pour titre : RECHERCHES SUR LA DIGESTION. Le but principal de ce travail est d'étudier les modifications chimiques et autres que les principes immédiats organiques éprouvent dans les organes digestifs. Les auteurs se sont attachés de préférence à examiner ceux de ces principes qui forment la base de nos alimens.

Parmi les alimens d'assimilation, la fibrine est un des plus importans. Nous avons, disent les auteurs, expérimenté avec cette substance extraite du sang de bœuf et lavée avec soin.

Un chien fut maintenu pendant 36 heures à une abstinence complète, puis nourri pendant deux jours exclusivement avec de la fibrine. Le troisième jour, à six heures du matin, on lui donna 300 grammes de fibrine qu'il avala immédiatement; quatre heures après il périt par strangulation.

L'estomac contenait encore 200 grammes de fibrine gonflée, semi-transparente, ramollie, dépourvue en partie de son apparence fibrineuse. En outre, il renfermait 50 grammes d'un liquide trouble, rougissant fortement le tournesol, d'une densité de 10, 17 à + 6° R. Ce liquide fut mêlé avec 100 grammes d'eau et avec la liqueur de la fibrine fortement exprimée dans un linge.

Dans le duodénum était une petite quantité d'une matière composée d'un mucus demi-transparent, d'une couleur jaune-verdâtre. Cette matière n'avait aucune action sur le papier de tournesol; elle ramenait plutôt au bleu le même papier rougi par un acide. Etendue d'eau et jetée sur un filtre, elle fournit une liqueur d'un jaune légèrement verdâtre. Il resta sur le filtre une matière muqueuse, d'une couleur jaune-brunâtre.

Le reste de l'intestin grêle présentait une matière composée d'un mucus faiblement coloré en brun-verdâtre. Ce mucus fut délayé dans l'eau et filtré. Le liquide qui s'en écoula se troublait à peine par l'ébullition. Par l'addition d'acide nitrique, il se formait des flocons verdâtres.

Le cœcum et le rectum renfermaient des matières excrémentitielles brunes, d'une consistance épaisse, et qui, évidemment, y avaient séjourné depuis longtemps.

Dans le canal thoracique, le chyle était légèrement jaunâtre-rosé, spontanément coagulable. Il forme un caillot blanc, très légèrement coloré, presque entièrement composé de fibrine. Le sérum était assez transparent, rougeâtre, ramenant fortement au bleu le papier de tournesol rougi par un acide. Il contenait de l'albumine, du carbonate, de l'acétate et phosphate de soude, du carbonate et du phosphate de chaux, des chlorures de sodium et de potassium.

Comparativement à cette expérience, nous avons voulu voir quelle était la composition du liquide obtenu en lavant avec de l'eau distillée l'estomac d'un chien tué à jeun. Or ce liquide ne rougissait que faiblement le papier de tournesol; il se troublait à peine par la chaleur, ne précipitait presque pas par l'addition des acides nitrique, chlorhydrique, et du cyanure ferroso-potassique. Donc il est évident que le premier liquide contenait de la fibrine à l'état de dissolution, et que celui-ci n'en contenait pas. C'est à la présence de l'acide chlorhydrique qu'il faut rapporter la dissolution qui avait eu lieu dans le premier cas.

Après des expériences semblables faites sur le gluten, l'amidon et la graisse, MM. Sandras et Bouchardat terminent leur travail par les conclusions suivantes :

1° Dans la digestion, la fonction de l'estomac consiste, pour les matières albumineuses (fibrine, albumine, caséum, gluten), à les dissoudre au moyen de l'acide chlorhydrique;

2° Cet acide suffit, quand il est dilué au demi-millième, pour la dissolution des matières précitées, tant qu'elles ne sont pas crues; si elles ont subi la coction, l'acide chlorhydrique dilué ne les dissout plus dans nos appareils de verre; et puisqu'on les trouve dissoutes dans l'estomac vivant, nous constatons qu'il se passe alors dans l'estomac vivant autre chose qu'une simple dissolution par l'acide chlorhydrique dilué. Seulement la présence de l'acide chlorhydrique nous paraît toujours indispensable.

3° Pour les matières albumineuses, la digestion et l'absorption se font presque exclusivement dans l'estomac; le reste de l'intestin n'offre presque plus de cette dissolution dont l'abondance dans l'estomac est constatée.

4° C'est aussi dans l'estomac que se fait la dissolution de la fécule. Ce principe ne nous semble point dans l'état ordinaire se transformer en sucre; il ne nous est pas suffisamment démontré qu'il passe à l'état d'amidon soluble; nous regardons comme constatée sa transformation en acide lactique.

5° L'absorption de cette partie des alimens nous a semblé moins exclusivement bornée à l'estomac que celle de l'absorption des matières albumineuses. Ce qui serait d'accord avec la disposition particulière des intestins chez les animaux non carnivores.

6° La graisse n'est point attaquée dans l'estomac; elle passe dans le duodénum à l'état d'émulsion au moyen des alcalis fournis par le foie et le pancréas; cette émulsion se trouve en abondance dans tout le reste de l'intestin.

7° Le chyle nous a paru un peu moins abondant mais semblable, chez des animaux tués à jeun et chez ceux que nous avions nourris de matières albumineuses ou de fécule. Il n'a présenté de différence marquée que chez ceux que nous avions nourris de graisse. Ce principe immédiat s'y est trouvé en proportion considérable.

Voici maintenant les conséquences que les auteurs tirent de ces faits :

Une théorie sur la digestion aussi simple que rationnelle résulterait de ce que nous avons vu. On admet généralement que les alimens introduits dans l'estomac s'y transforment en une matière particulière, à laquelle on a donné le nom de chyme. Nous croyons que ce chyme est un mélange composé de résidus d'alimens non dissous dont la dissolution se continue peut-être lentement dans les circonvolutions intestinales, de sécrétion des glandes et des muqueuses intestinales destinée à former plus tard les matières excrémentitielles, et non une bouillie spécialement préparée pour l'assimilation.

Quant au chyle on avait supposé jusqu'ici qu'il était constitué par les alimens très divisés ou dissous de nouveau. Mais la fibrine teinte ne fournit point de chyle coloré; d'un autre côté, le chyle recueilli pendant la digestion de l'amidon presque tout à fait la même composition que celui qu'on recueille pendant une digestion de fibrine.

N'est-il pas très probable, d'après cela, que les alimens albumineux et les féculens ne sont point transformés en chyle? Nos expériences semblent conduire à cette conclusion, que les orifices des vaisseaux chylifères sont destinés à absorber les alimens gras émulsionnés par la bile. Mais là ne se borne pas le rôle du chyle. Lorsqu'on présente à un animal des alimens appétissans, le suc gastrique qui se forme dans son estomac contient une proportion notable d'acides chlorhydrique et lactique qui ont été fournis évidemment par la décomposition du chlorure de sodium et du lactate de soude dont l'économie est imprégnée. Pendant ce temps, les glandes abdominales préparent, par les vaisseaux chylifères et le canal thoracique, un chyle dont l'alcalinité est d'autant plus prononcée que le suc gastrique a une acidité plus grande; et ce chyle (qui ne serait plus produit seulement par la transformation et l'absorption des alimens, mais bien par une sécrétion véritable) ira se mêler au sang pour neutraliser exactement l'acide indispensable à la dissolution des alimens. Cet artifice parfaitement simple permettrait que le sang fût continuellement réparé, sans changer de nature d'une façon appréciable.

Commissaires : MM. Magendie, Flourens, Dumas, Milne Edwards et Payen.

MÉCANISME DES MOUVEMENS DU COEUR.

M. Cheauxl adresse quelques réflexions sur les mouvemens du cœur : voici les faits les plus intéressans qui sont contenus dans son travail.

J'ai été amené, dit l'auteur, par l'examen comparatif du cœur chez l'homme et les quadrupèdes, et par la disposition des fibres musculaires de cet organe, à cette conclusion, que le cœur tournait sur lui-même ou plutôt se tordait dans la systole et se détordait dans la diastole. Cette prévision, j'ai pu la constater : 1° sur les animaux, en mettant le cœur à nu et y implantant de longues aiguilles, à chaque contraction on voyait leurs extrémités libres décrire des quarts de cercle; 2° sur l'homme, et principalement sur des personnes maigres ayant une hypertrophie du cœur, en plaçant l'index de chaque main sur la région précordiale, à l'endroit où l'on sent les battemens du cœur; car alors le doigt le plus rapproché du sternum ressent toujours le premier l'impulsion.

Les mouvemens du cœur se composent : 1° d'un mouvement de torsion de droite à gauche, d'ascension de la pointe, d'abord dans le même sens, ensuite directement de bas en haut; 2° d'un mouvement de détorsion de gauche à droite et d'abaissement de la pointe.

La partie musculaire des ventricules peut et doit être considérée comme un seul et même muscle. Je l'ai appelé biceps du cœur, car il a deux têtes. Il sert tout entier à la systole ou torsion. Une seule partie, la portion de la couche ou spirale externe, comprise entre la base des ventricules et chaque sillon, produit la systole en ramenant le cœur à sa place. Cette observation est remarquable en ce qu'on y retrouve cette prédominance des fibres musculaires, si facile à constater dans les membres, et en rapport dans tous les cas avec le besoin de forces plus grandes, nécessaires ici pour pousser le sang jusque dans les plus petites artères.

Les modes d'occlusion et de dilatation des cavités ventriculaires sont les mêmes que ceux qu'on observe en tordant et détordant un doigt de gant que l'on a saisi par l'extrémité, et dont on tient l'ouverture béante au moyen d'un anneau : pendant la torsion, la cavité est obstruée; elle se dilate pendant le mouvement de détorsion.

Le ventricule droit, dans la systole, se roule en partie sur le gauche, et les deux systoles ont lieu en même temps. Elles ne peuvent pas être séparées par un intervalle; seulement, s'il existe un obstacle à l'un des orifices aortiques, le ventricule où le sang trouve un libre passage se vide le premier, et cette circonstance entraîne une modification dans le tic-tac; elle donne lieu au bruit qu'on nomme *de rappel*.

Les parois internes du cœur s'appliquant avec force les unes contre les autres produisent, au moment où elles se touchent, un bruit qui est le premier temps du tic-tac normal; lorsqu'elles se séparent, un second bruit qui est le deuxième temps.

Les cavités des oreillettes ne s'oblitérant complètement que dans leur auricule donnent lieu à un bruit tellement faible qu'il n'est pas perçu dans l'état ordinaire; mais il devient manifeste dans certains cas anormaux, et alors il précède le premier temps.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 10 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. FOUQUIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

M. le Président informe l'Académie de la mort de M. Renouit, membre titulaire.

M. Villeneuve annonce également que M. le docteur Labesque, médecin à Agen, vient de succomber. Cet honorable praticien avait fait, dans le courant de sa carrière médicale, 46,000 vaccinations.

M. le Président annonce qu'il y aura une séance extraordinaire, le samedi 14 mai.

ÉLECTION D'UN MEMBRE DE L'ACADÉMIE.

L'ordre du jour est la nomination d'un membre dans la section de pathologie médicale.

M. le Secrétaire annuel lit les noms des candidats présentés par la section. Ce sont, dans l'ordre alphabétique, MM. C. Broussais, Gibert, J. Guérin, Mélier, Nonat et Prus.

M. le secrétaire procède à l'appel nominal; 121 membres sont présens.

Au premier tour de scrutin,

M. J. Guérin a obtenu........	43	voix.
M. Mélier........................	24	»
M. Prus..........................	21	»
M. Broussais.....................	14	»
M. Gibert........................	10	»
M. Nonat.........................	7	»
M. Bayle.........................	1	»
Billet blanc.....................	1	

Aucun candidat n'ayant réuni la majorité, on procède à un second tour de scrutin.

Sur 121 votans,

M. J. Guérin réunit	53	voix.
M. Mélier	35	»
M. Prus	19	»
M. Broussais	9	»
M. Gibert	2	»
M. Nonat	1	»
Billets blancs	2	

Scrutin de ballottage entre MM. J. Guérin et Mélier;
Sur 118 votans,

M. J. Guérin obtient	63	voix.
M. Mélier	54	»
Billet blanc	1	

En conséquence, M. J. Guérin est nommé membre de l'Académie dans la section de pathologie médicale.

La séance est levée à cinq heures.

CONCOURS

OUVERT A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, POUR UNE CHAIRE DE CLINIQUE CHIRURGICALE.

TROISIÈME ÉPREUVE. — LEÇON CLINIQUE.

(Suite. — Voir les numéros 14, 15 17 et 18.)

M. BÉRARD.

Le premier sujet est un jeune homme de 17 ans, arrivé du Périgord à Paris depuis trois mois seulement. Il présente en ce moment quelques symptômes qu'on peut regarder comme les prodrômes d'une fièvre typhoïde. Mais la maladie pour laquelle il se trouve en ce moment à l'hôpital est tout à fait locale, c'est une tumeur siégeant dans l'épaisseur de la lèvre inférieure. Ayant commencé, il y a quatre ans, sans cause connue, elle est stationnaire depuis deux ans, et ne cause que de légères douleurs qui reviennent seulement dans les mouvemens des lèvres. La muqueuse qui la recouvre est violacée, bleuâtre, comme dans les tumeurs érectiles. Elle est placée très superficiellement dans ce sens, tandis que du côté de la peau, elle est sous-jacente au plan musculaire, ee dont on s'assure en provoquant les contractions des faisceaux charnus de cette région qu'on voit alors se dessiner à sa surface.

Au premier coup d'œil, dit M. Bérard, cet ensemble de symptômes m'a fait croire à une tumeur érectile veineuse; mais comme elle ne s'affaisse pas sous la pression et n'augmente pas durant les efforts qu'exécute le malade, j'ai dû rejeter cette idée. Ce n'est pas une production anormale, un squirrhe, un encéphaloïde, car elle est molle et fluctuante. Sans examiner plus longuement les hypothèses qu'on pourrait former sur sa nature, je vous dirai que c'est vraisemblablement un kyste de la lèvre inférieure, formé peut-être aux dépens d'un follicule muqueux dont la cavité se serait développée. On ne peut préciser d'avance quel est le liquide contenu, car les parois sont trop épaisses pour qu'on juge si la transparence existe; et l'absence de ce signe toujours précieux pour le diagnostic, et grâce auquel j'ai eu quelquefois l'occasion de corriger des méprises échappées aux plus grands maîtres, rend le diagnostic beaucoup plus difficile. Pour le compléter, il faudrait donc faire une ponction exploratrice; et elle n'aurait ici aucun danger, alors même qu'il s'agirait de tissu érectile. L'expérience en effet a appris à ne plus redouter autant ses lésions; et les piqûres même ne constituent-elles pas un traitement souvent avantageux des tumeurs de ce genre?

Rien de plus obscur que l'étiologie; ce n'est pas, on le comprend bien, le cas de discuter les opinions opposées de Louis et de Bichat sur la préexistence de la membrane du kyste ou sur celle du liquide qu'il contient.

Le pronostic n'a rien de grave. L'indolence de la tumeur et son état stationnaire, d'une part; de l'autre, l'épaisseur de ses parois font espérer qu'elle restera longtemps avant d'acquérir plus de volume. Elle ne constitue jusqu'à présent qu'une simple difformité. Ce n'est pas cependant que je conseille d'abandonner le malade à lui-même; car les kystes ont une tendance constante à augmenter, et quoique celle-ci ne paraisse pas de nature à dégénérer, il vaut mieux s'opposer dès à présent à ses progrès, d'autant plus que, commencé maintenant, le traitement sera en même temps plus simple et plus efficace.

Il ne faudrait pas toutefois opérer dans l'état actuel, où une fièvre typhoïde paraît menacer le sujet; mais sitôt la santé générale rétablie, on pourrait agir. Or, divers moyens sont susceptibles d'amener la guérison. Une ponction pure et simple a parfois fait disparaître les kystes; je n'y aurais néanmoins pas recours ici; car si le succès est possible, il n'est pas probable, et ce serait s'exposer à perdre du temps sans aucun profit. Le séton, l'injection de teinture d'iode ne donneraient également que des garanties insuffisantes, sous le rapport de l'efficacité. Disséquer le kyste pour l'extirper en totalité, serait sans doute plus sûr; mais ce serait une opération laborieuse à cause des adhérences, et qui amènerait peut-être des hémorragies. Je serais donc d'avis de cerner par deux incisions la portion de la tumeur qui fait saillie dans la bouche, ou mieux de l'abattre d'un coup de ciseaux. Après cette excision partielle, on cautériserait l'intérieur du kyste pour provoquer son exfoliation. Peut-être même cette cautérisation, ou l'emploi de tout autre moyen analogue, serait-il inutile, et l'exfoliation s'opérerait-elle spontanément après l'ablation d'une partie de l'enveloppe. Aucun accident sérieux ne paraît à redouter après cette opération.

J'ai eu ensuite à examiner, continue M. Bérard, un commissionnaire, homme d'une intelligence très peu développée, et ne répondant aux questions que d'une manière très obscure. Voici, au milieu de ses tergiversations, ce que j'ai pu recueillir de commémoratifs. Il y a un an, des douleurs qu'il avait depuis longtemps dans la jambe gauche se supprimèrent et le genou se tuméfia; mais des ventouses scarifiées et des vésicatoires dissipèrent assez promptement cette inflammation. Depuis quelques jours, les mêmes accidens sont revenus. En explorant les parties malades, on trouve le genou gauche plus gros de 3 centimètres que le droit; la jambe est légèrement fléchie. Indolent dans le repos, le genou devient un peu douloureux quand on le meut ou qu'on presse sur lui. En appuyant sur la rotule après avoir préalablement relâché les muscles droits, on sent qu'elle cède et se déplace; il y a donc hydarthrose de l'articulation tibio-fémorale. Le malade ne peut étendre ni fléchir entièrement le genou. M. Bonnet a dernièrement donné de ce fait une explication très satisfaisante. Ce chirurgien s'est assuré par des expériences que, dans toutes les jointures, la capacité de la synoviale varie suivant l'attitude des membres; et il a trouvé qu'au genou, c'est dans la demi-flexion que la cavité articulaire a le plus d'étendue. Il n'est donc pas étonnant que le malade prenne instinctivement la situation où le liquide a le plus de place, où, par conséquent, la distension qu'il exerce est la moins forte. (Deux mots sur l'origine de cette idée et sur son application au cas présent. M. Bérard nous paraît avoir commis, à l'égard de la découverte, une méprise sans doute involontaire. Quoique l'explication des positions des membres par la présence d'un liquide appartienne entièrement à M. Bonnet, le fait physiologique sur lequel cette explication repose, savoir, l'ampliation des espaces intra-articulaires liée à certaines attitudes est, de toute évidence, dû à M. J. Guérin qui, le premier, l'a établi et publié dans un travail lu à l'Académie des sciences, le 13 janvier 1840; tandis que le mémoire de M. Bonnet, où le même fait est rappelé, parut le 14 novembre 1840. (V. Gaz. Méd., n. 46.) Nous ne prétendons pas pour cela nier que M. Bonnet n'ait pu de son côté arriver à la connaissance du phénomène; mais le rapprochement des dates et les citations du mémoire de M. J. Guérin que M. Bonnet a placées dans son propre travail ne permettent pas la moindre confusion au sujet de la priorité de l'idée première. Quant à l'application, il y aurait certainement à rechercher si l'attitude demi-fléchie, dans le cas d'hydarthrose, est prise instinctivement par le malade pour éviter la distension de la synoviale, ou si cette position est, au contraire, un effet purement mécanique, résultat obligé et constant de la présence d'une certaine quantité de liquide. Les expériences où M. Bonnet a fait prendre cette position au genou d'un cadavre, en y injectant une certaine quantité de liquide, plaideraient assurément en faveur de cette seconde version.)

Outre l'hydarthrose, on sent aussi dans le genou une tumeur distincte, circonscrite, grosse comme un noyau d'abricot, qui change assez aisément de place, mais en entraînant avec elle le tendon du triceps. Le malade porte encore sur le dos du poignet un kyste qui est uniloculaire, quoique divisé, par une bride, en deux compartimens. Il contient du liquide et ces petits corps hordéiformes, qu'on a comparés à des pépins de poire et qui se reconnaissent à la sensation particulière de crépitation que détermine leur collision. Elle ne gêne pas le malade.

De quelle nature est la maladie du genou? C'est une hydarthrose due à l'inflammation que le malade a éprouvée il y a un an, inflammation que les commémoratifs nous autorisent à considérer comme idiopathique simple, et non rhumatismale. Quant à la tumeur solide et circonscrite, c'est, selon toute apparence, un corps étranger de l'articulation. Nous n'avons pas ici à discuter les hypothèses émises sur la formation de ces corps. On sait, du reste (et c'est M. Marjolin qui a appelé l'attention sur ce point), que souvent, dans les hydarthroses chroniques, une hypertrophie locale formée aux dépens de la synoviale ou du périoste pourrait en imposer pour une concrétion articulaire. Mais je ne pense pas que ce soit ici le cas. Je ne crois pas non plus que l'hydarthrose soit l'effet de la présence de ce corps cartilagineux; aucun des accidens qu'il développent ordinairement n'existe en effet ici. Néanmoins on comprend bien que son contact prolongé ne soit pas sans influence sur la ténacité de l'hydropisie articulaire.

Nous avons dit que le corps cartilagineux ne donne actuellement lieu à aucun symptôme grave. Peut-être n'est-il à présent que sur les confins de l'articulation; mais il pourrait bien plus tard y tomber, en se détachant peu à peu de son enveloppe fibreuse, en se formant, comme l'a bien expliqué Béclard, un pédicule dont la rupture le laisserait libre, ce qui est ordinairement le signal de l'invasion des accidens.

La tumeur du poignet date de quatorze ans, et elle ne gêne pas les mouvemens de l'articulation; il n'y a donc point lieu à s'en occuper pour le moment. Mais, si elle augmentait du volume, elle pourrait devenir une maladie grave, et d'autant plus grave que je ne connais pas de moyen propre à en triompher sans exposer à des accidens. La méthode sous-cutanée à coup sûr serait innocente, mais pourrait-elle suffire ici, où il y a des concrétions solides à extraire? Je ne le pense pas, malgré les exemples de succès qu'a publiés M. Malgaigne. J'adresserais le même reproche aux vésicatoires. Le séton et les injections seraient de plus des moyens dangereux. Si l'opération devenait nécessaire, je crois que le meilleur parti à prendre serait de fendre largement la tumeur, et de soumettre immédiatement la plaie aux irrigations d'eau froide.

Le genou offre un état plus grave, un état qui peut même mettre assez prochainement les jours du malade en danger; car, la maladie durant depuis un an, il n'y aurait rien d'étonnant à la voir se terminer par une tumeur blanche, et, d'autre part le corps cartilagineux peut d'un moment à l'autre ajouter à ces symptômes les accidens qui résultent habituellement de sa présence. Est-il donc impossible de rétablir ce membre dans son état normal? Je ne crois pas que cet espoir soit interdit, du moins quant à l'arthrite chronique. Pour première condition de traitement, il faudrait assurer l'immobilité du membre à l'aide d'un bandage dextriné ou d'une simple gouttière.....

C'est sans aucune restriction que nous nous associons aux marques unanimes et répétées d'approbation dont cette leçon a été l'objet. Nous l'avons déjà dit,

mais on ne saurait trop le répéter, parce que c'est là une qualité qui en suppose beaucoup d'autres, M. Bérard excelle surtout à établir un diagnostic précis et détaillé, et il la circonstancie même de manière que cette partie de sa description pourrait presque au besoin remplacer le prenostic et le traitement. On n'a point négligé non plus de remarquer qu'ayant à parler pour la seconde fois d'une hydropisie du genou, il a trouvé le moyen de traiter son sujet sans se répéter et sans omettre cependant aucun point important. Sa leçon eût eu plus d'intérêt encore si le temps lui eût permis de la compléter; mais telle qu'elle a été, elle formera, nous n'en doutons pas, un des meilleurs titres que le jury ait à apprécier dans ce concours.

M. ROBERT.

Une femme de 29 ans, de bonne constitution, rapporte qu'ayant fait, il y a près d'un an, une chute dans un escalier, elle ne put se relever et fut obligée de garder le lit pendant trois semaines environ; au bout de ce temps, elle commença à marcher, mais avec peine. Vers cette époque, nouvelle chute avec les mêmes accidens; elle se fit transporter à la Charité, où on la soigna, dit-elle, pour une fracture de la rotule. Trente jours après son entrée, elle put sortir. Il y a près de dix mois, elle tomba de nouveau et resta au lit durant trois mois; à sa sortie de l'hôpital, elle marchait parfaitement. Enfin, avant-hier le pied lui a encore glissé et elle a été transportée à l'Hôtel-Dieu.

Voici l'état du membre : le genou est peu tuméfié, ce qui est rare dans les fractures de rotule; la solution de continuité, du reste, est ici on ne peut plus évidente, elle est transversale avec un écartement de trois travers de doigt entre les fragmens. D'après les détails que la malade donne, il paraît que c'est dans un effort pour éviter la chute en avant que l'os a été fracturé. Il paraîtrait aussi que c'était également une fracture de rotule qu'elle a eue la première fois; et, dans ce cas, il est évident qu'on a eu tort de lui permettre de marcher après trois semaines d'immobilité, et c'est à la faiblesse du cal qu'il faut attribuer les chutes fréquentes qu'elle a éprouvées ensuite. Il est encore à regretter qu'on ne l'ait pas maintenue plus longtemps au lit la seconde fois, car les ruptures du tissu fibreux (qui unissait alors les fragmens) exigent plus de temps pour se réunir que les solutions de continuité du tissu osseux. (Ce n'est qu'avec une certaine réserve qu'on doit admettre cette proposition, et nous ne la laisserions point passer sans discussion, si nous étions parfaitement assurés de l'avoir reproduite telle que le candidat l'a énoncée.)

Les circonstances particulières qui ont précédé cette fracture aggravent son pronostic, déjà grave dans les circonstances ordinaires, et la cure ne s'obtiendra sans doute ici qu'après un traitement fort prolongé. Vu le peu de gonflement des parties, on pourrait appliquer l'appareil immédiatement. On s'aidera aussi d'une position convenable, mais il faut avoir soin, en mettant la jambe dans l'extension sur la cuisse, de ne pas trop élever le talon; les muscles postérieurs de la cuisse, biceps, demi-tendineux, etc., seraient alors distendus outre-mesure, et des douleurs vives, des tiraillemens insupportables, ne permettraient pas de maintenir longtemps cette attitude, que certains auteurs, guidés par des considérations exclusivement mécaniques, recommandent cependant comme la meilleure. Quant aux appareils, M. Robert entre dans des développemens fort clairement exposés, mais que nous ne reproduirons pas ici, vu leur caractère évidemment trop général. Il préférerait, dans le cas présent, s'en tenir à l'application d'une attelle postérieure, et placer ensuite une bande dont les jets obliques pousseat l'un contre l'autre les deux fragmens par l'intermédiaire de deux compresses graduées. On dispose ainsi d'une force immense, et dont les agens ont la meilleure direction possible pour opérer et maintenir le rapprochement désiré. L'appareil devrait être laissé en place très longtemps, et une genouillère lui serait substituée quand la malade commencerait à marcher.

Le second malade de M. Robert est une femme de 47 ans, bien réglée, ayant eu neuf enfans qu'elle n'a pas nourris. Sa constitution est bonne, et elle ne connaît dans sa famille qu'une tante qui ait eu un cancer du sein. Jamais elle n'a eu d'engorgement ni d'inflammation de la glande mammaire. Il y a un an, les règles ont commencé à diminuer; en même temps, et sans cause extérieure, des congestions assez fréquentes se sont établies vers les seins, marquées par des douleurs passagères et l'érection du mamelon. Peu de temps après, il s'est manifesté dans le sein droit une tumeur au voisinage du mamelon; des douleurs lancinantes se sont développées depuis; mais, ainsi que cela a lieu dans les cas semblables, elles ont leur siége principal derrière la glande plutôt que dans la tumeur elle-même. Celle-ci est assez bien circonscrite; mais elle se continue cependant avec l'auréole du mamelon qui est comme rentré en dedans et très dur; la portion de peau qui l'entoure partage cette induration, mais n'est ulcérée en aucun point. (On a pu regretter que le candidat n'ait pas exprimé d'une manière plus explicite si la tumeur était ou non adhérente au muscle grand pectoral; cette circonstance domine souvent toute la question des indications, et elle ne saurait par conséquent être recherchée et mentionnée avec trop de soin.)

Les organes génitaux deviennent quelquefois, simultanément avec le sein, le siége de cancer. Ici il n'existe pas de motif pour soupçonner cette complication, et quelques douleurs que la malade accuse aux lombes paraissent être de nature rhumatismale. Mais il existe dans l'aisselle une tumeur grosse comme une aveline. Il était important d'en bien déterminer le siége, le volume, les connexions; or, soit en portant le doigt de bas en haut dans le creux de l'aisselle, soit en palpant à travers la paroi antérieure de cette cavité, rendue dépressible par le relâchement préalable du grand pectoral, il n'a pas été possible de reconnaître qu'elle envoyât des prolongemens dans la profondeur des parties.

Le diagnostic n'offre ici rien d'obscur. Il ne peut point être question de la *tumeur douloureuse du sein*, qui se caractérise par une sensibilité toute particulière et par sa tendance à rester longtemps stationnaire. L'état du mamelon, qu'on peut facilement apprécier à la vue, constitue du reste un signe précieux, et qui permet de juger par analogie que les tissus profonds ont vraisemblablement subi la même altération. Ce doit donc être un squirrhe; et l'envahissement du mamelon est une circonstance assez ordinaire de cette affection. Dans ce cas, d'ailleurs, la dégénérescence ne paraît pas envoyer dans les tissus voisins ces prolongemens, ces irradiations qui sont d'un si fâcheux présage pour la récidive. Quant à la tumeur axillaire, M. Robert la regarde comme indépendante de l'affection du sein; car, au dire de la malade, elle existait avant celle-ci; d'autre part, elle n'est point douloureuse, et enfin elle a un siége beaucoup plus profond que les engorgemens qui tiennent à un cancer du sein.

Dès que c'est une tumeur squirrheuse, il faut l'enlever, et l'enlever avec l'instrument tranchant. La compression, en effet, qu'on pourrait lui proposer vu la marche assez lente du mal, n'a aucune action sur le tissu squirrheux; elle ne fait que provoquer la résolution de la sub-inflammation qui existe ordinairement dans les parties voisines. La temporisation qu'elle impose n'est d'ailleurs jamais sans danger; et la compression a encore un inconvénient plus direct, c'est celui de déterminer la formation d'adhérences qui rendent ensuite la maladie inopérable. Enfin, les notions que nous possédons en anatomie pathologique ne permettent pas d'admettre que la résorption du suc cancéreux n'expose à aucun accident. On pourrait, quant à la cautérisation, discuter la question de savoir si la réaction inflammatoire qu'elle fait naître dans les tissus voisins n'est pas un moyen de prévenir la récidive; mais cet effet ne paraît rien moins que probable. On cernera donc les parties à enlever par deux incisions semi-lunaires. Nous avons dit que l'engorgement axillaire est sans liaison avec la maladie du sein; et ce point était important à déterminer, car dans le cas contraire, il aurait fallu porter le bistouri jusque-là, et l'opération aurait nécessairement été plus grave.

Quelques personnes avaient trouvé que M. Robert, dans sa première épreuve, était resté en quelque sorte au-dessous de sa réputation. En admettant qu'il eût besoin d'une revanche, personne ne contestera qu'il ne l'ait prise complètement. Un peu prolixe peut-être, un peu trop exclusivement pathologiste, dans la première partie de sa leçon, il a su lui imprimer un intérêt progressif; et sa consultation sur le second malade passera sans contredit, aux yeux de tout juge compétent, pour une des meilleures et des plus pratiques de ce concours. S'il fallait citer un des points qui nous ont frappé plus vivement, nous choisirions de préférence les préceptes détaillés et instructifs que le candidat a su réunir au sujet de l'exploration du creux axillaire, préceptes que nous avons le regret de n'avoir pu reproduire que d'une manière trop succincte.

M. HUGUIER.

Une jeune fille de 15 ans, assujétie par la nature de sa profession à rester assise pendant longtemps, a commencé, il y a deux mois, à éprouver de la douleur à la partie supérieure et postérieure de la cuisse gauche, au-dessus du bord inférieur du muscle grand fessier. Depuis trois jours seulement, l'incommodité a été portée au point de déterminer un peu de claudication.

En portant le doigt dans le lieu désigné, on trouve une tumeur ayant le volume d'une grosse noix et placée derrière le nerf sciatique. Molle et souple comme le serait un lipôme, il est très difficile, vu sa profondeur, de dire si elle présente de la fluctuation. Aussi, de ce qu'on n'en a pas trouvé, on ne peut point inférer qu'il n'en existe pas. La malade y éprouve des douleurs qui se propagent jusqu'au genou; elles augmentent par la pression, et deviennent surtout vives quand on presse directement la tumeur d'arrière en avant sur le nerf sciatique, ce qui prouve qu'elles tiennent à la compression que le nerf subit de la part de la tumeur.

Quelle est la nature de cette tumeur? Une hernie sort quelquefois dans ce lieu; mais il n'existe ici ni sonorité, ni réductibilité, ni signes généraux d'une maladie de ce genre. Est-ce un abcès froid idiopathique? Il n'y a aucune circonstance locale ni aucune cause constitutionnelle qui puisse en expliquer le développement. Un abcès par congestion? Non, car ce n'est pas là que paraissent ordinairement ceux qui tiennent à une carie de la colonne vertébrale, et rien n'indique une coxalgie ni une sacro-coxalgie, non plus qu'une altération circonscrite de l'os iliaque (cas dans lequel une collection purulente symptomatique peut réunir tous les caractères du kyste). Serait-ce un lipôme? La consistance de la tumeur, ses limites bien tranchées, sa situation au-dessous du *fascia superficialis* rendent cette supposition moins vraisemblable, car on sait que les lipômes ont habituellement les caractères opposés et se développent dans le tissu cellulaire sous-cutané; cependant il ne faut se prononcer à cet égard qu'avec réserve. Il ne reste donc guère, pour se rendre raison des symptômes offerts par cette tumeur, qu'à la considérer comme constituée par un kyste. (Le diagnostic par exclusion est, comme on sait, un des écueils du clinicien. M. Huguier a franchement abordé la difficulté, et il nous paraît l'avoir résolue avec non moins de succès pour le fond que pour la forme.)

Le pronostic n'a rien de grave; il est cependant probable que la tumeur augmentera de volume et qu'elle causera alors plus de gêne dans les mouvemens.

Ce qu'il y aurait de mieux à faire en l'état actuel, ce serait de pratiquer d'abord une ponction exploratrice, ce qui permettrait, si c'était réellement un kyste, de convertir immédiatement ce moyen de diagnostic en un procédé curatif en poussant dans la cavité, après l'avoir évacuée, une injection irritante. On pourrait également traiter ce kyste par l'incision, en provoquant ensuite la suppuration de ses parois.

Le second malade est un homme de 28 ans, de forte constitution, maréchal-ferrant, n'ayant jamais eu de trouble de la vision. Il y a treize jours, une parcelle de fer vint frapper l'œil gauche; depuis ce moment, il y a eu une inflammation assez vive. Aujourd'hui on observe encore une conjonctivite oculaire et palpébrale, larmoiement, développement des vaisseaux de la conjonctive. La partie externe de la cornée présente une petite cicatrice, qui a déterminé de l'opacité dans toute l'épaisseur de cette membrane; mais elle a, du reste, conservé sa courbure naturelle et n'est pas aplatie dans le lieu de la cicatrice. L'iris, également enflammé, a subi, dans le point du bord pupillaire qui correspond à la cicatrice de la cornée, une échancrure semi-lunaire, d'où résulte une déformation notable de la pupille, qui paraît due à une violence extérieure, et non à l'inflammation de l'iris. En outre, l'iris est adhérent dans ce même point, et il a perdu sa coloration et sa mobilité normale. Il existe de plus une synéchie postérieure. Enfin le cristallin lui-même est devenu opaque; du moins on peut supposer à la

profondeur de la partie opacifiée qu'il s'agit d'une cataracte lenticulaire et non capsulaire.

C'est à une violence extérieure, à la projection de la parcelle de fer que sont dus ces accidens si nombreux; on peut donc espérer que l'inflammation se dissipera d'elle-même d'une manière plus ou moins complète. Cependant il est très probable que la déformation de l'iris et la cataracte persisteront; mais, malgré cela, il resterait sans doute encore assez de points transparens pour que le malade y vît à se conduire.

On a déjà saigné le malade; il faudrait continuer le même traitement en y ajoutant les révulsifs sur le canal intestinal et sur la peau. Plus tard, l'iritis nécessitera l'emploi des émissions sanguines locales répétées, et l'application des préparations de belladone et de jusquiame. Il s'agirait ensuite ultérieurement de traiter la cataracte, mais les adhérences étendues de l'iris avec la capsule cristalline rendraient toute opération d'abaissement et surtout d'extraction aussi difficile que peu sûre. On serait donc peut-être réduit à pratiquer une pupille artificielle; et, dans ce cas, il faudrait donner la préférence au procédé par excision.

Les défauts que nous avions signalés dans la manière de M. Huguier se sont montrés sensiblement atténués dans cette seconde épreuve; et nous nous faisons un plaisir autant qu'un devoir de reconnaître qu'il y a eu, sous ce rapport, une différence marquée entre sa première leçon et celle-ci. Quoiqu'on eût pu désirer peut-être un peu plus de clarté dans l'exposé des symptômes du second malade, un peu plus de rigueur dans leur appréciation, au point de vue du diagnostic, il est juste de reconnaître que certaines parties de la description ont été traitées avec un véritable talent. Sans qu'il soit besoin de les énumérer, contentons-nous de rappeler le passage sur lequel nous avons déjà fixé l'attention du lecteur; cet exemple suffira sans doute pour le mettre à même de ratifier notre jugement.

M. CHRESTIEN.

M. Chrestien a eu d'abord à interroger un jeune garçon de 16 ans, sourd du côté gauche, et dont l'intelligence est assez obtuse. Il porte à la nuque une saillie ovalaire qui s'étend jusqu'à la sixième apophyse épineuse cervicale. Il existe en même temps un léger renversement de la tête en arrière, et immobilité du cou, soit qu'on ordonne au malade de mouvoir cette partie, soit qu'on cherche à lui imprimer des mouvemens. La maladie a commencé, il y a près de trois semaines, sans autre cause présumable qu'un refroidissement de peu de durée. M. Chrestien en rapporte l'origine au vice rhumatismal.

Quant au siége précis de l'affection, continue le candidat, il est probable qu'elle réside dans les ligamens inter-articulaires des vertèbres. J'ai souvent observé des déformations qu'on croyait dues à une altération osseuse, et qui dépendaient uniquement du vice rhumatismal dont l'influence s'exerçait soit sur les ligamens, soit sur les muscles; on les guérissait très bien par des moyens dirigés contre le vice rhumatismal. Dans le cas présent, les muscles ne sont pas restés étrangers à la maladie, et les faisceaux charnus de la région postérieure présentent une dureté qui est un signe évident de leur raccourcissement. (Bien que M. Chrestien eût pu assigner avec plus de précision la part que les muscles avaient prise à l'altération, son langage et sa description nous ont semblé en harmonie parfaite avec un état morbide que nous avons eu plus d'une fois l'occasion d'observer nous-mêmes dans le service de M. J. Guérin, à l'hôpital des enfans malades.)

Il est probable que des saignées locales et générales et des dérivatifs amèneront la guérison, même assez promptement; on pourrait aussi employer le tartre stibié à l'intérieur. Cependant, si la maladie se prolongeait quelque temps, il serait possible que des ankyloses plus ou moins complètes vinssent à s'établir. La section des muscles contractés ne conviendrait pas ici; cette opération en effet est surtout indiquée dans les cas où un muscle entraîne la partie dans une attitude vicieuse, malgré l'effort contraire des puissances antagonistes, comme le sterno-mastoïdien dans le torticolis, par exemple. Chez ce malade il n'y a rien de semblable. (Tout en reconnaissant que la rétraction des muscles ne paraissait pas assez prononcée dans cette circonstance pour indiquer actuellement la myotomie, nous rappellerons cependant à M. Chrestien que, d'après ses propres paroles, la tête était légèrement renversée en arrière; ce qui annoncerait positivement le commencement de cet état qui est pour lui un cas de section des muscles.)

Le second malade est un enfant de dix mois qui porte au-devant du sternum une tumeur grosse comme un œuf de poule, présentant une couleur rouge vineuse; la pression l'aplatit, l'annihile presque, sans que l'enfant donne des signes de souffrance; enfin elle n'offre pas de battemens.

Il est évident, dit M. Chrestien, que c'est un fongus hématode, une tumeur érectile, du genre de celles que les Anglais appellent *cancer anastomotique*. Dans ce point, d'ailleurs, il ne peut se développer de tumeurs d'une autre espèce, attendu surtout que celle-ci ne présente ni la consistance d'un abcès ni le trouble des fonctions respiratoires qu'occasionnerait une hernie du poumon. (Nous pensons que M. Chrestien a rencontré juste, et qu'il s'agissait bien réellement chez son malade d'une tumeur érectile; néanmoins son diagnostic ne nous a pas semblé établi sur des considérations bien solides. On peut certainement avancer ce fait, que les tumeurs d'une autre nature sont fréquentes dans cette région; mais est-il parfaitement rationel d'affirmer qu'elles ne s'y rencontrent jamais? En outre, n'eût-il pas dû, prenant en ceci exemple sur un de ses compétiteurs, tenir compte de l'influence exercée par les efforts sur le volume et la coloration de la tumeur? Qu'elle existât dans ce cas ou qu'elle fît défaut, cette circonstance jetait d'importantes lumières sur le pronostic, en apprenant non seulement si la tumeur était érectile, mais encore à quel degré et dans quelle proportion l'élément artériel, veineux ou capillaire, entrait dans sa trame.)

Les tumeurs érectiles sont constituées par le système artériel ou par le système veineux, quelquefois par la combinaison de ces deux tissus. Il est rare qu'on obtienne leur guérison; mais du moins elles ne causent aucun danger. Notons ici que le malade porte à la cuisse une autre tache couleur de vin, mais ne faisant pas de saillie au-dessus du niveau de la peau.

On ne peut assigner à cette tumeur aucune cause vraisemblable. Abandonnée à elle-même, elle augmenterait presque certainement de volume. Il faut donc agir, et quoiqu'il n'y ait sans doute pas urgence à le faire en ce moment, il est bien permis de rechercher quel serait le meilleur moyen à appliquer. Il serait fort difficile de lier tous les vaisseaux qui alimentent la tumeur, et d'ailleurs dans cette partie ils sont trop profonds et trop importans; en outre, ce mode de traitement n'a guère été couronné de succès jusqu'ici. M. Chrestien avoue également qu'il n'a jamais vu réussir les épingles ou les sétons. On a, à la vérité, cité plusieurs exemples de guérison; mais, dans quelques-uns de ces cas, du moins, on a mis trop de hâte à publier l'observation, car la maladie n'a pas tardé à récidiver. (Ce renseignement, appuyé sur des faits, est précieux, surtout venant de Montpellier, c'est-à-dire de l'école même où le traitement par les épingles a été d'abord préconisé.) Il n'y a pas lieu de parler de la ligature, car la tumeur n'est point pédiculée. On a conseillé de faire une incision tout autour de la tumeur, pour déterminer la gangrène, mais il n'en résulterait sans doute qu'une mortification partielle. En définitive, il faudrait pour le moment s'en tenir à la compression.

Ce qui manque à M. Chrestien, ce n'est ni l'expérience ni un sens pratique assez développé. A l'aide de ces avantages, il trouve souvent le moyen de rattacher à l'histoire de ses malades des aperçus pleins de justesse, et, s'il ne soulève presque jamais toutes les questions que comporterait son sujet, il sait, du moins les résoudre pour la plupart d'une manière très satisfaisante. Dire qu'il sent la vérité plutôt qu'il ne pourrait la démontrer serait peut-être donner de son genre de talent l'idée la plus exacte. Ce n'est pas là, du reste, un jugement définitif, et cette seconde leçon a même constaté un progrès marqué dans la manière d'exposer du candidat, aussi bien que sous le rapport de ses principes scientifiques.

M. CHASSAIGNAC.

Le premier sujet de cette leçon est un homme de 37 ans, dont aucun des parens n'a été affecté de cancer. Il lui survint, voilà bientôt dix ans, un bouton sur le nez. Au bout de trois ans, on en pratiqua l'excision, et la cicatrice demeura solide pendant trois années entières. Mais, après ce laps de temps, une récidive se déclara à la même place: nouvelle excision, suivie d'une seconde repullulation. Une contusion vint encore hâter les progrès du mal, et actuellement il porte une ulcération grisâtre, à base dure, qui siége sur la partie latérale du nez; elle a aussi envahi l'appareil lacrymal, qui est confondu avec elle, et dont il ne reste plus de trace distincte; le globe oculaire est réduit à la moitié de son volume, et, autant qu'on en peut juger à travers les chairs boursoufflées et fongueuses qui le recouvrent, il a perdu sa structure normale. Quant à l'orbite, les parties molles sont trop indurées pour qu'on puisse constater s'il y a une altération des os. Du côté des fosses nasales, le doigt introduit dans la cavité correspondante ne trouve aucune lésion, mais cette exploration a déterminé une hémorragie assez abondante par la narine. Les ganglions parotidiens et sous-maxillaires sont sains, et il n'existe aucun signe indiquant que le cerveau participe à la lésion. La santé générale ne paraît point altérée, et l'insomnie même est peu marquée, malgré les douleurs locales.

D'après la marche de l'affection, il est très présumable que c'est une ulcération cancéreuse. Y aurait-il là une cause syphilitique? M. Chassaignac exprime le regret de n'avoir pas eu le temps de procéder à des interrogations dans ce sens. (A défaut de renseignemens directs, la marche lente de la maladie, son siége fixé depuis si longtemps sur un point unique, son aspect, etc., ne suffisent-ils pas au diagnostic, et ne servent-ils pas à l'éclairer beaucoup mieux que les réponses si souvent vagues et fallacieuses des malades?)

Cette affection, qui peut faire des progrès très étendus dans la région où elle siége, diffère cependant des autres formes de cancer, en ce qu'elle reste longtemps sans se développer dans d'autres organes; elle en diffère aussi en ce qu'elle récidive beaucoup moins souvent après l'ablation. Ce sont là des caractères plus importans à constater que ceux auxquels pourrait conduire cette anatomie pathologique minutieuse, qui a multiplié à un tel point les espèces et les variétés dans l'étude des affections cancéreuses. Cependant, malgré ces conditions favorables, le pronostic n'en est pas moins grave; il est presque nécessairement mortel si on abandonne la maladie à elle-même.

Peut-être serait-ce ici le lieu d'administrer d'abord les préparations antisyphilitiques. C'est ce que de nouvelles interrogations pourront apprendre; mais, dans tous les cas, il ne saurait y avoir aucun danger à commencer ce traitement. Si l'ulcération persistait et ne manifestait aucune tendance à la cicatrisation, il n'y aurait pas beaucoup de temps à perdre, et il serait assez urgent de prendre un parti. Mais le mal est très étendu; et, d'autre part, l'état des parties molles ne permet pas de déterminer rigoureusement ses limites en profondeur. C'est donc une question difficile à décider que de savoir si l'on opérera ou si l'on n'opérera pas, car c'est un précepte de rigueur, dans les affections cancéreuses, de ne pas commencer leur extirpation sans être sûr qu'on pourra tout enlever. Ici donc, où cette certitude ne peut guère être acquise à l'avance, il est presqu'impossible de dire, surtout après un seul examen, s'il faut tenter l'ablation, ou s'abstenir. On comprend, d'après les mêmes considérations, que le caustique aurait encore plus de dangers que l'instrument tranchant. (Sans vouloir critiquer la sage réserve que le candidat a cru devoir apporter dans son jugement, et dont il a d'ailleurs très bien exprimé les motifs, nous devons cependant faire remarquer que sa position particulière semblait exiger un avis un peu plus explicite. S'il est permis au praticien d'hésiter et d'attendre de nouvelles lumières, le professeur a une mission et des obligations toutes différentes; et, quelles que soient les difficultés du cas qui se présente, il doit aux élèves, sinon un précepte, du moins un conseil.)

Le second malade est un homme de 29 ans, bien constitué. Il y a quinze jours, il s'aperçut de la présence d'une petite tumeur au pli de l'aîne. Elle a encore augmenté tout récemment à la suite d'un effort et d'un exercice fatigant et prolongé.

En examinant cette région, on trouve, au-dessous du ligament de Fallope, une tumeur ayant le volume d'un œuf de poule, allongée dans le sens transversal, très sensible à la pression. La peau qui la recouvre est rouge et présente dans quelques points de l'empâtement.

L'ensemble de ces signes extérieurs pourrait faire croire à l'existence d'une hernie étranglée; mais s'il en était ainsi, au point où la maladie est arrivée, elle aurait déjà déterminé les symptômes généraux caractéristiques de l'étranglement; or, il n'en existe aucun, et les mouvemens de la toux ne communiquent pas d'impulsion à la tumeur. Après avoir énuméré les signes des anévrismes et des varices, et fait observer qu'ils ne se rencontrent point dans ce cas, M. Chassaignac conclut que le malade porte un engorgement ganglionnaire. Et cependant, ajoute-t-il, je n'ai trouvé ni ulcération, ni écorchure, ni aucun point qui fût simplement douloureux, dans toute l'étendue du membre inférieur, non plus qu'aux organes génitaux, à la fesse et au pourtour de l'anus. A quelle cause faut-il donc attribuer cet engorgement? Souvent des ganglions qui précédemment avaient déjà été le siége d'un engorgement léger, et par cela même inaperçu du malade, ont la plus grande tendance à s'enflammer de nouveau sous l'influence de la moindre cause occasionnelle, telle qu'une marche prolongée, des mouvemens violens et répétés : sans doute c'est de cette manière que les choses se sont passées chez notre malade. (Nous admettons tout à fait cette explication. Il n'est pas de praticien qui n'ait été à même d'observer de cas semblables; mais on rejette en général les faits de ce genre, sous le prétexte que l'exploration du membre inférieur n'a pas été faite avec assez de soin. Une pareille fin de non-recevoir ne serait certainement point acceptable dans la circonstance actuelle, où la moindre omission dans l'examen eût été reprochée au candidat comme une faute impardonnable, et où il a dû par conséquent mettre tous ses soins, toute son attention à le rendre aussi complet que possible. Nous sommes donc autorisés à en conclure qu'il peut exister au pli de l'aîne des engorgemens, et des *engorgemens inflammatoires*, sans lésion ni trace de lésion actuellement visible dans tout le domaine des vaisseaux lymphatiques qui se rendent aux ganglions inguinaux. Cette proposition, qui a été souvent déniée par l'esprit de controverse, est de la plus haute importance dans la question des bubons d'emblée.)

Très probablement il se formera de la suppuration dans la masse ganglionnaire engorgée; mais ce n'est pas néanmoins une raison pour s'abstenir présentement du traitement antiphlogistique, car il pourra au moins favoriser la résolution de la partie qui n'est pas actuellement suppurée. Les vésicatoires et les préparations mercurielles, soit en frictions, sous forme de pommade, soit en applications sur la surface dénudée, en solution, seraient ici une précieuse ressource.

Si, malgré ces moyens, le pus se forme, il serait préférable d'ouvrir l'abcès par des piqûres multiples. Ce mode de traitement réunit le double avantage de procurer une guérison plus rapide et de ne pas laisser de cicatrices très apparentes. Pour le dire en passant, la méthode imaginée par M. Renaud, de Toulon, ne paraît pas agir autrement qu'à la manière des ponctions multiples. En effet, la cautérisation du derme mis à nu enlève le sommet des petits cônes creux qui traversent toute l'épaisseur de cette couche, et détermine ainsi une foule de petits pertuis, par lesquels le pus peut être évacué. Il est fort important, lorsqu'on ponctionne les abcès ganglionnaires, d'exprimer du premier coup la totalité du pus que contient le foyer : cette précaution est une condition de rigueur pour le recollement de ses parois; M. Chassaignac dit en avoir plusieurs fois constaté, par l'expérience, les bons effets.

M. Chassaignac a su dans cette leçon réparer le tort qu'une indisposition des plus intempestives lui avait causé dans la première épreuve clinique. Professeur sage et modéré, un peu froid peut-être, un peu trop méthodique, se hasardant rarement dans les explications théoriques et dans la controverse, formulant souvent ses conclusions sous forme dubitative, il rachète en grande partie le désavantage apparent que lui donnent ces légers défauts, aux yeux de certains juges, par une exposition pleine d'ordre et de clarté et un esprit judicieux, qui le conduit presque toujours aux indications véritables, soit pour le diagnostic, soit pour le traitement.

(*La suite au prochain numéro.*)

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ PRATIQUE DES ACCOUCHEMENS; par M. CHAILLY (HONORÉ); accompagné de 216 fig. gravées sur bois et intercalées dans le texte. — Un vol. in-8° de 784 pages. — Paris, chez J.-B. Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Pour juger ce livre avec équité, comme pour le lire avec fruit, il importe d'avoir présentes à la pensée les réflexions que l'auteur lui-même a consignées dans sa préface sur le caractère qu'il a voulu lui donner, et le but qu'il a eu constamment en vue dans sa rédaction. En effet, à côté des ouvrages complets qui embrassent l'ensemble des connaissances théoriques et pratiques sur une question donnée, une place honorable doit encore être réservée aux esprits positifs dont les méditations sont principalement dirigées vers l'application. Grâce à l'impulsion intellectuelle dont l'énergie caractérise si heureusement notre époque, toute science se trouve aujourd'hui forcément scindée en deux branches distinctes, le dogme et l'art. En tocologie spécialement, là où un champ beaucoup plus restreint a si longtemps retardé cette division, nous la voyons enfin se réaliser. Ainsi, pour ne citer que les ouvrages modernes et ceux de nos compatriotes, après le TRAITÉ COMPLET DE L'ART DES ACCOUCHEMENS de M. Velpeau, dont la composition justifie si bien le titre, nous avons vu paraître le TRAITÉ PRATIQUE DES ACCOUCHEMENS de M. Moreau, tout récemment terminé, et l'ouvrage de M. Cazeaux, dont la GAZETTE MÉDICALE a déjà eu occasion de signaler à ses lecteurs le caractère tout pratique (V. 1840, p. 733).

C'est dans les ouvrages de cette dernière catégorie que vient naturellement se placer, et se placer en très bon rang, celui de M. Chailly. Soit par son titre, soit par l'intention hautement avouée de l'auteur, soit par sa composition, il mérite à tous égards ce classement; et il nous serait facile d'en justifier la légitimité par de nombreux exemples. Qu'elle naisse de la tendance particulière à l'école qu'il a si longtemps suivie, ou qu'elle tienne à une disposition innée, et dont un exercice déjà ancien de l'art des accouchemens lui aurait permis de reconnaître les avantages, cette couleur pratique qu'il a imprimée à son œuvre doit être signalée avec d'autant plus d'insistance qu'elle n'ôte rien, comme on pourrait le croire, au mérite réel du livre et à la valeur des préceptes qui y sont professés. S'il a voulu épargner aux élèves la discussion d'hypothèses souvent stériles en résultats, le long récit de controverses et d'explications trop étendues pour entrer dans un cadre limité, on voit que l'omission a été de sa part tout à fait volontaire, et qu'il n'ignore pas quels sont les points en litige, non plus que les opinions des écrivains et les meilleures solutions données ou à donner. En un mot, et quoique l'auteur ne fasse pas, le plus souvent, de profession de foi explicite, il n'est pas besoin d'un long examen pour découvrir que le théoricien expert se cache à dessein sous la forme un peu didactique d'un enseignement d'application; et la justesse des conclusions suffirait, la plupart du temps, pour témoigner de l'orthodoxie parfaite des doctrines dont elles sont le corollaire.

Ainsi que nous venons de le dire, M. Chailly, contraint par le peu d'étendue de son cadre, a souvent été obligé de retrancher des articles de discussions, pour insister plus longuement sur une foule de points où il avait à apporter soit le fruit de ses propres recherches, soit une appréciation comparative de plusieurs procédés, soit enfin les inspirations puisées dans les préceptes de ses anciens maîtres, MM. P. Dubois et Honoré, dont on aime toujours à retrouver les noms et l'autorité dès qu'il s'agit de questions de pratique, de problèmes qui demandent un esprit réfléchi en même temps qu'un coup d'œil exercé. Eh bien! les suppressions auxquelles, d'après son plan, l'auteur était forcé de se prêter, ont presque toujours été faites avec assez de discernement pour que le lecteur n'ait point eu sujet de les remarquer. C'est ainsi que, dans la description de la grossesse, il glisse assez légèrement sur les détails anatomiques relatifs à la disposition des membranes, détails qui appartiennent plutôt à l'embryologie et à la tératologie, pour traiter dans les plus grands développemens des divers accidens si fugaces, si variés, si souvent insaisissables, qui viennent traverser le cours de la gestation, et tourmenter par leur ténacité le médecin aussi bien que la malade. Ici la compensation a évidemment racheté et au-delà le sacrifice; car une expérience étendue l'a mis à même de formuler sur ces incommodités, aussi nombreuses que compliquées, les règles les plus propres à venir au secours du jeune praticien, qu'une anorexie rebelle, ou des vomissemens opiniâtres embarrassent souvent bien davantage que les accidens les plus terribles de la parturition.

C'est encore au prix d'omissions du même genre, et tout aussi peu importantes, que M. Chailly s'est réservé, pour ainsi dire, le droit de consacrer au diagnostic de la grossesse un long et remarquable article, où il passe en revue, pour les apprécier sous le rapport de leur signification clinique, tous les phénomènes qui ont été signalés comme susceptibles de devenir indices de l'état de gestation. Au lieu de les décrire en bloc, comme se contentaient de le faire jusqu'ici la plupart des tocologistes, il les divise en plusieurs ordres, et les classant au point de vue chronologique, si je puis ainsi parler, montre la valeur particulière que chacun d'eux offre, suivant qu'on le considère à une époque différente de la grossesse. Par cette décomposition toute naturelle, le problème du diagnostic se trouve étonnamment simplifié, et quoique l'auteur en confesse encore les difficultés, sa méthode possède au moins l'avantage de montrer dans quelles limites chaque signe doit être consulté, quelle est sa valeur aux différentes périodes, comment tel d'entre eux, le ballottement vaginal, par exemple, excellent indice vers le sixième mois, devient obscur à mesure que le fœtus augmente de volume et que la quantité proportionnelle du liquide amniotique diminue. Il examine aussi avec le plus grand soin les questions relatives à l'auscultation, et, sans se préoccuper beaucoup de l'interprétation du phénomène, il insiste sur ses caractères, sur la manière de bien percevoir les sensations auxquelles il donne lieu, et fait voir enfin quels services on peut en tirer, non seulement pour l'existence de la grossesse, mais pour le degré de force et de santé de l'enfant, ainsi que pour le diagnostic des présentations et des positions. Un ta-

bleau synoptique met sous les yeux du praticien l'ensemble des ressources dont il peut s'aider pour arriver à reconnaître la grossesse; et des divisions correspondantes aux différentes périodes, montrent comment, à chacune d'elles, les signes changent et se substituent les uns aux autres à mesure que des mutations de volume, de texture, de direction de rapports, etc., se sont opérées dans les parties contenantes et dans les parties contenues.

Si nous avons approuvé sans réserve, dans ce livre, l'ordre qui a présidé à l'arrangement des matériaux, on comprend cependant que l'auteur, obligé à un travail continuel d'élimination, n'ait pu s'en tirer constamment de manière à faire taire toute critique. Par cela même que son plan comportait des omissions, il se trouvera des censeurs pour les lui reprocher à titre d'oublis involontaires. Si la franchise avec laquelle M. Chailly a exposé le but de son ouvrage le disculpe suffisamment, à nos yeux, de ce reproche, il en est un autre qu'on pourra lui adresser avec plus de raison peut-être, mois dont nous l'excuserions également par avance, eu égard à la difficulté qu'il y avait pour lui de l'éviter. Dans une science élaborée par tant d'hommes supérieurs, comme l'a été et l'est encore de nos jours la tocologie, la partie dogmatique a été trop approfondie pour qu'elle ne soit pas arrivée de nos jours, dans certaines questions du moins, à cet étot de presque certitude où son influence sur l'art est aussi directe qu'incontestable. Il arrive donc que, sur beaucoup de points, on ne peut négliger les discussions théoriques sans priver la pratique de son appui le plus sûr; et quoique l'ouvrage que nous analysons ne soit certes pas un manuel, une simple énumération de préceptes, quoique l'auteur ait eu soin d'y donner en résumé, sur chaque point, le catalogue des diverses opinions qui se partagent aujourd'hui les esprits, on se trouve néanmoins porté à penser qu'il s'est volontairement circonscrit dans des limites trop étroites. Cette objection, du reste, n'a rien de blessant; nous croyons même qu'avec la meilleure volonté, et en écoutant tous les avis, l'auteur aurait été fort embarrassé de la prévenir. Car, chaque lecteur lui signalant la lacune dans un point différent, suivant ses goûts individuels et les tendances particulières de son esprit, il eût été presque impossible de répondre à toutes les exigences dans un ouvrage dont la nature même imposait certaines limites à l'exposé des développemens de doctrine. Justifions cependant, sans prétendre faire loi, notre observation par quelques exemples.

L'accouchement prématuré artificiel n'a été de la part de M. Chailly que l'objet d'un article bien restreint. S'il est vrai, et nous le reconnaissons volontiers, qu'il n'a rien omis d'important dans les indications et dans la description du manuel opératoire, tout le monde, d'un autre côté, conviendra sans doute qu'une question aussi importante, aussi mal connue parmi nous, et qui mérite autant de l'être, ne pouvait pas être suffisamment développée en cinq pages. Ce sont là des circonstances où le raisonnement et l'observation faisant également défaut à l'élève, un guide minutieux et même un peu prolixe lui devient tout à fait indispensable.

Nous pourrions en dire autant au sujet de la symphyséotomie. La majorité des lecteurs auront sans doute quelque répugnance à souscrire au jugement sommaire que l'auteur a cru devoir porter contre cette opération. Avant de la condamner d'une manière aussi absolue, il aurait été équitable sans doute de présenter, ne fût-ce que pour mémoire, les arguments qu'on peut faire valoir en sa faveur. Dans ce nombre, et en première ligne, nous rangeons les procédés de symphyséotomie sous-cutanée, décrite par MM. Imbert, de Lyon, et Carbonai (V. Gaz. Méd., 1842, p. 157). Personne ne s'étonnera de nous voir placer une simple modification du manuel opératoire parmi les considérations qui nous semblent capables de réhabiliter cette découverte du dernier siècle : car, ainsi que nous l'avons déjà exprimé (V. loc. cit.), si la symphyséotomie est aujourd'hui à peu près abandonnée, c'est autant peut-être à cause de ses dangers que pour son inefficacité, et un moyen qui lui ôterait toute sa gravité rendrait, sans aucun doute, ses indications plus nombreuses aux yeux des praticiens sensés.

Puisque nous en sommes sur le chapitre des omissions, M. Chailly nous permettra d'en terminer la liste nécessairement fort restreinte, en lui signalant encore un léger oubli. L'histoire des rétrécissemens du bassin est une question toute pratique; c'est dire qu'elle a été, de la part de l'auteur, l'objet de développemens étendus et judicieux. Le diagnostic surtout est exposé avec les plus grands détails; mais on connaît toutes ses difficultés, et les moyens nombreux de pelvimétrie externe et interne n'ont pas, à beaucoup près, jeté sur cet obscur problème la lumière dont les praticiens auraient si souvent besoin. Or, c'est justement à cause de l'insuffisance des ressources actuelles qu'il ne faut négliger aucune de celles dont les recherches modernes ont doté cette partie de la médecine; et M. Chailly, qui a cité les travaux de M. J. Guérin sur le rachitisme, aurait pu rappeler avec fruit les rapports signalés par cet observateur entre les arrêts de développemens et les déformations du bassin, et les arrêts de développemens et les déformations des autres parties du squelette; et notamment les lois suivantes : 1° toute difformité rachitique simultanée des membres inférieurs et de la colonne implique celle du bassin; 2° toute déviation de l'épine non accompagnée de déviation et de réduction de longueur des membres inférieurs n'influe en rien sur les dimensions et la conformation du bassin, qui reste normal; 3° la réduction des trois diamètres du bassin, chez les femmes rachitiques (en outre de celle qui résulte de la déformation des parties) suit la réduction des dimensions de ses parties composantes; et le degré de cette réduction est intermédiaire au degré de réduction du fémur et de l'humérus. Ces principes sont établis sur un grand nombre de résultats statistiques et sur l'étiologie même des difformités.

Nous ne pouvons donner une idée de l'ordre que l'auteur a mis dans l'exposé des points si nombreux qui se rattachent à l'histoire physiologique et pathologique de la grossesse et de l'accouchement; et il y aurait peu d'intérêt pour nos lecteurs à suivre pas à pas, dans toutes ses divisions, un ouvrage didactique où elles sont nécessairement très-multipliées. Un fait général ressort cependant, à nos yeux, de la lecture de ce traité, et nous pourrions nous contenter de le présenter sans commentaire, car il suffit à lui seul pour en faire apprécier toute la physionomie et le caractère, c'est que les coupes artificielles qu'on y rencontre décèlent, par la manière dont elles ont été établies, l'esprit observateur et accoutumé à considérer tout au point de vue de l'application. Cette remarque, comme nous venons de le dire, contient à la fois l'analyse et l'éloge du livre. Au lieu de ces chapitres longuement et savamment élaborés, où l'on trouve l'histoire entière d'une espèce morbide avec toutes ses variétés, de causes et de manifestation, toutes ses complications, et ses suites diverses, l'auteur expose à part ces variétés, ces complications et ces suites, suivant qu'elles appartiennent à telle ou telle cause bien tranchée, ou qu'elles réclament un mode de traitement spécial. Séparant toujours pour mieux approfondir, ce n'est point une série de monographies plus ou moins brillantes qu'il rattache les unes à la suites des autres, c'est un recueil complet de préceptes disposés dans l'ordre le plus convenable pour frapper l'esprit, et dire tout sans introduire la confusion. Ainsi chaque accident de la grossesse trouve, placée à côté de la description, l'indication qu'il suscite et le procédé destiné à remplir celle-ci. Nous n'avons pas ici à fournir d'exemples, car cette observation est applicable à l'ouvrage tout entier; nous citerons seulement pour être plus clairs, ce qui a trait aux hémorragies que l'auteur considère dans autant d'articles à part, suivant qu'elles surviennent dans le cours de la grossesse, durant l'accouchement, et pendant la délivrance. Au sujet des vices de conformation du bassin, il trace d'abord leur histoire anatomique et pathogénique, ainsi que leur diagnostic; puis, loin de tirer immédiatement de cette description quelques conséquences qui, déduites à un point de vue aussi général, seraient à coup sûr vagues et incertaines, il renvoie à trois chapitres distincts l'examen des suites de ces déformations et des moyens qu'il convient de leur opposer : 1° pendant la grossesse; 2° durant le travail; 3° dans la présentation de l'extrémité pelvienne. On se fera aisément une idée des avantages de cette modification apportée par l'auteur à l'ordre qui est généralement adopté; chaque cause se trouve engendrer naturellement sa conséquence; l'indication du remède venant immédiatement après celle du mal est plus exacte et mieux comprise; les manœuvres, comme le dit M. Chailly, cessent alors d'être des abstractions pour le lecteur, car elles sont appropriées aux cas qui en requièrent l'usage.

Il nous reste à parler des figures qui accompagnent cet ouvrage. Elles sont gravées sur bois et intercalées dans le texte; c'est assez dire que le luxe de l'exécution a été, à dessein, sacrifié en vue du motif d'utilité. C'est en effet le plus souvent un simple trait donnant l'idée d'une position difficile à comprendre, d'un instrument compliqué, d'une manœuvre que les yeux saisiront toujours sans équivoque et de prime abord, mieux que l'esprit le plus pénétrant. Le lecteur est heureux de trouver à sa disposition ce supplément de lumières aussitôt qu'il en a senti le besoin; et la distribution des planches, dans le courant du livre, n'o effectivement que des avantages lorsqu'il ne s'agit pas de représenter des espèces morbides nouvelles, mais des objets matériels, de forme et de coloration parfaitement connues, et dont on veut seulement figurer les rapports.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 21. (TOME X. — 1842.) SAMEDI 21 MAI 1842.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des Hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

MÉMOIRE SUR LA MYOTOMIE OCULAIRE PAR LA MÉTHODE SOUS-CONJONCTIVALE (lu à l'Académie des sciences le 18 octobre 1841); par le docteur Jules Guérin.

(Suite. — Voir les numéros 6, 7 10 et 13.)

§ III. — INDICATIONS FOURNIES PAR LES DIFFÉRENTES DISTRIBUTIONS DE LA RÉTRACTION.

Ainsi que nous l'avons fait pour les deux premières sources d'indications, nous allons considérer, pour celles fournies par les différentes distributions de la rétraction, les déductions théoriques et les conséquences pratiques.

Déductions théoriques.

Dans une lettre à l'Académie des sciences (juillet 1840), nous avons énoncé et formulé très explicitement ce principe : que le strabisme est, comme le pied-bot, le torticolis, les déviations de l'épine, etc., le produit de la rétraction des muscles et des ligamens, et ses variétés le produit des différens modes de distribution et de combinaison de la rétraction. Cette idée, dont la priorité nous est incontestablement acquise par notre communication à l'Académie, nous l'est encore par l'opposition assez générale qu'elle a rencontrée. Les personnes (et c'est le plus grand nombre) qui n'ont pas voulu reconnaître d'abord dans le strabisme un produit de la véritable rétraction, auraient mauvaise grâce à revendiquer aujourd'hui la théorie des variétés de la difformité. C'est cependant ce qui a eu lieu. Mais cette prétention n'est pas plus sérieuse que l'opposition de ceux qui, pour expliquer les différentes formes du strabisme, se servent à leur insu du fait de la rétraction, tout en protestant contre son existence. Cette théorie, dont nous croyons pouvoir rappeler la véritable origine, surtout à une époque où elle est encore incomprise et repoussée, n'est d'ailleurs qu'une application particulière, qu'une conséquence naturelle et prévue de notre théorie générale des difformités par rétraction des muscles et des ligamens. La formule étiologique du strabisme était virtuellement comprise dans la formule générale qui résumait pour nous depuis longtemps le plus grand nombre des difformités du corps humain.

Nous considérerons donc les modes de distribution de la rétraction, successivement dans les muscles de l'œil et dans le fascia sous-conjonctival d'un seul ou des deux côtés, comme nous l'avons fait pour toutes les variétés des difformités musculaires du squelette, renvoyant pour tout ce qui concerne le retrait consécutif au chapitre où nous traiterons du *degré* et de *l'ancienneté* de la difformité.

Feuilleton.

TROUBLES SCOLAIRES DE MONTPELLIER. — COURS DE M. RISUENO D'AMADOR.

Nous recevons de Montpellier la lettre qui suit. Nous croyons devoir la mettre sous les yeux de nos lecteurs, quoique nous ne partagions en aucune manière l'opinion que notre correspondant paraît avoir sur la valeur théorique et pratique de l'homéopathie, et que nous n'admettions qu'avec restrictions quelques-unes de ses vues sur les droits et les devoirs du professorat. Les faits qui ont donné lieu aux scandaleuses scènes de Montpellier ont été si indignement travestis par de mauvaises passions, l'injure, l'outrage, la calomnie ont été si impunément et si longuement déversés sur un homme honorable, dont le seul crime est d'avoir eu tout l'esprit et le savoir qu'on en craignait, et plus de succès qu'on ne lui en souhaitait, que nous avons dû accueillir avec empressement, dans l'intérêt de la vérité, la rectification de ces faits et la réfutation de ces attaques

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR DE LA GAZETTE MÉDICALE.

Montpellier, 12 mai 1842.

Monsieur,

Plusieurs journaux de Paris ont entretenu le public du désordre qui a eu lieu ici à l'ouverture du cours de M. Risueno d'Amador, et à l'occasion de cette scène divers jugemens ont été portés sur les doctrines et sur l'enseignement de ce professeur ; on a parlé de censures universitaires dont il aurait été menacé ou même atteint. Bref, on a mis sa personne en quelque sorte sur la sellette. Malheureusement dans cette enquête on a accueilli, ce me semble, avec trop de confiance, à titre de faits, de simples bruits partis des basses régions de la publicité locale. Avec de tels renseignemens on ne pouvait guères arriver qu'à des appréciations erronées et sur les choses et sur les personnes. La Gazette médicale n'ayant jusqu'à présent exprimé aucune opinion à cet égard, on a pensé ici que votre silence n'avait d'autre cause que le manque d'informations suffisantes. Si cette présomption est fondée, j'espère pouvoir dissiper cette incertitude par l'énoncé exact des faits, tels qu'ils se sont matériellement passés. J'ai lieu de croire aussi que vous vous associerez aux impressions que ces faits ont produites sur nous, et qui sont celles du public médical et non médical de Montpellier.

Le 15 avril, jour de l'ouverture du cours de pathologie et de thérapeutique générale, M. d'Amador se rend à l'amphithéâtre à l'heure accoutumée. La salle était pleine. A peine arrivé à sa chaire, des coups de sifflet et des applaudisse-

MODES DE DISTRIBUTION DE LA RÉTRACTION DANS LES MUSCLES DE L'OEIL.

Les développemens dans lesquels nous sommes entré sur ce sujet dans un travail également communiqué à l'Académie des sciences (25 janvier 1841) sur le STRABISME MÉCANIQUE, et dans une conférence de l'hôpital des Enfans, rapportée par L'EXAMINATEUR MÉDICAL (1), nous dispensent d'exposer avec détails tous les modes de distribution possibles de la rétraction dans les muscles de l'œil. Ces modes peuvent être aussi variés que ceux de la contraction physiologique, dont ils ne sont que la répétition morbide et la représentation permanente; par conséquent, on pourrait affirmer *à priori* qu'il n'y a pas un seul muscle de l'œil qui ne puisse, en tout ou en partie, être affecté de rétraction, et que les différentes associations d'action que nous avons signalées à l'état physiologique, soit entre plusieurs muscles droits, soit entre les deux muscles obliques, soit enfin entre les muscles droits et obliques réunis, peuvent se représenter à l'état pathologique. Et de même que, par l'exercice régulier du regard, le concours des deux yeux, et partant une simultanéité et une certaine harmonie de contraction des muscles des deux côtés, sont presque toujours nécessaires; de même, dans les conditions de la difformité, qui ne sont, comme nous l'avons dit, que l'expression morbide des conditions de la normalité, la rétraction se distribue le plus souvent entre les muscles des deux yeux; car, on ne peut trop insister sur cette vérité, les modes de cette distribution, loin d'être arbitraires, sont plutôt la reproduction symétrique des mouvemens simultanés des deux yeux à l'état physiologique. Ainsi donc, dans ce qui va suivre, nous aurons à considérer la rétraction successivement dans un seul muscle ou dans plusieurs muscles (droits ou obliques) d'un seul œil, et dans les muscles des deux yeux. Cette étude nous montrera comment l'expérience a confirmé sur tous les points les prévisions de la théorie; et quant aux modes de distribution de la contraction physiologique, dont les analogues à l'état pathologique n'ont pas encore été rencontrés, nous les signalerons comme possibles, ne doutant pas qu'une observation plus longue ou plus attentive n'en démontre un jour la réalité.

Ce que nous venons de dire des différentes distributions de la cause doit s'entendre non seulement de la rétraction proprement dite, considérée comme son expression la plus fréquente et la plus générale, mais encore de chacun de ses modes. La *contracture simple*, la *rétraction fixe*, la *rétraction spasmodique*, la *rétraction paralytique*, la *paralysie*, peuvent occuper, chacune pour son propre compte, un ou plusieurs muscles d'un œil ou des deux yeux. En outre, ces différens modes peuvent s'associer, se combiner entre eux en nombres variables, pour occuper autant de muscles différens. La distribution de la cause doit donc être envisagée sous un double point de vue : d'une part, sous celui de la distribution de chacun des modes de la rétraction considéré isolément; d'autre part, sous celui de la distribution simultanée ou *combinaison* de plusieurs modes dans le même œil ou les deux yeux.

1° DISTRIBUTION ISOLÉE DE CHACUN DES MODES DE LA RÉTRACTION.

Des cinq modes de la cause, la rétraction fixe est le plus simple, puisqu'il est dégagé et de l'affection nerveuse qui lui a donné naissance et des complications qu'elle peut engendrer, telles que la contracture spasmodique, la paralysie, etc. Ce mode est en même temps le plus fréquent; les neuf dixièmes des strabismes sont sous sa dépendance. Ces deux considérations nous engagent à commencer par ce mode de rétraction l'examen des différentes distributions de la cause. Cet examen nous guidera ensuite pour l'exposition des variétés de siége de chacun des autres modes en particulier.

A. MODES DE DISTRIBUTION DE LA RÉTRACTION FIXE. — Nous avons observé jusqu'ici les modes suivans de distribution de la rétraction fixe : 1° *La rétraction exclusive d'un des muscles droits :* du droit interne, du droit externe, du droit supérieur et du droit inférieur. 2° *La rétraction simultanée de plusieurs muscles droits :* du droit interne et du droit supérieur, du droit externe et du droit supérieur, du droit interne et des droits supérieur et inférieur (dans un cas, ces deux derniers muscles n'étaient rétractés que dans leurs fibres les plus internes); des droits interne et externe, et des quatre muscles droits. Dans ces deux derniers cas on n'observe pas nécessairement la déviation de l'œil, le *strabisme* proprement dit, mais plutôt la *myopie*. Cette infirmité, étant elle-même le résultat d'une distribution différente de la cause, permet de la rapprocher de la précédente, sauf à nous borner pour le moment à cette simple indication. 3° *La rétraction combinée des muscles obliques et des muscles droits :* de l'oblique inférieur et du droit interne, de l'oblique inférieur et du droit externe, des deux obliques et du droit interne, des deux obliques et du droit externe; enfin des deux obliques, des droits supérieur et inférieur et du droit externe. Il ne nous a pas encore été donné de rencontrer la rétraction simultanée du droit interne, et du droit inférieur, du droit externe et du droit inférieur; ni la rétraction simultanée des deux droits supérieur et inférieur; ni la rétraction exclusive de l'un ou de l'autre des obliques ou des deux obliques simultanément; ni la rétraction de l'oblique supérieur et du droit interne, ou de l'oblique supérieur et du droit externe; ni enfin la rétraction des deux obliques, des droits supérieur et inférieur et du droit interne.

De même que les différens modes de distribution de la rétraction musculaire peuvent représenter exactement les différens modes correspondans de la contraction physiologique; de même les changemens imprimés au globe oculaire par la rétraction doivent être et sont en effet la représentation plus ou moins permanente des changemens que la contraction physiologique lui imprime temporairement. Ce sont ces changemens qui constituent les *caractères* par lesquels se traduit extérieurement le siége précis de la rétraction. Ils varient suivant que celle ci porte sur les muscles droits ou sur les muscles obliques.

MUSCLES DROITS. — La rétraction fixe, soit qu'elle occupe un seul ou plusieurs des muscles droits, se révèle toujours par des caractères relatifs à la direction, à la forme et aux mouvemens du globe oculaire (1).

La rétraction isolée d'un muscle droit se révèle par un *changement de direction* du globe oculaire dans le sens horizontal ou dans le sens vertical; et ce changement indique, en l'absence de caractères d'une autre origine, la rétraction du muscle situé du côté de la déviation. Ainsi, le strabisme en dedans ou en dehors, en haut ou en bas, accuse

(1) Numéros 5, 7 et 8, 1841.

(1) Nous devrions ajouter : *et à l'état de la vision*, car, dans chaque variété de strabisme, l'état de la vision varie comme effet directement lié à la cause mécanique de la difformité. Mais nous omettons à dessein pour le moment cet ordre de considérations : il nous écarterait trop de notre sujet.

mens se font entendre; ce tumulte dure pendant quelques minutes. Le professeur, qui avait des raisons de s'attendre à cette double démonstration, reste calme. Le silence s'étant établi, il commence sa leçon et la continue pendant 25 minutes sans interruption. Tout à coup, les cris et les sifflets éclatent de nouveau à l'improviste, sans motif et même sans prétexte appréciables; le professeur attend encore une fois la cessation du désordre, et recommence, mais les interruptions incessantes ne lui permettent plus de se faire écouter. Après avoir lutté pendant un quart d'heure contre cet orage il crut devoir se retirer. Dans ce moment les sifflets redoublèrent mêlés à des applaudissemens.

Dans les récits plus ou moins inexacts qui ont été faits de cette petite émeute, on a oublié de dire que le désordre était prévu et du professeur et du public. L'autorité compétente en avait été elle-même avertie, et il avait été question de prendre quelques mesures pour l'empêcher. On a prétendu, dans une intention qui voulait être bienveillante, que les élèves avaient sifflé l'homéopathie et non pas M. d'Amador. C'est une erreur. Il ne s'agissait nullement ici de ce ridicule délit d'homéopathie dont je parlerai tout à l'heure; et c'est bien M. d'Amador lui-même qui était sifflé, à titre de professeur de la Faculté, et non d'homœopathe. Les siffleurs, plus bruyans que nombreux du reste, avaient des sujets de mécontentement plus sérieux que son hétéroxie médicale, et dont voici l'origine. D'après les réglemens les questions à proposer aux élèves doivent être tirées au sort. Depuis un an quelques professeurs de la Faculté, parmi lesquels se trouvait M. d'Amador, s'étaient aperçus que cette prescription du réglement n'était pas observée par un des examinateurs (un agrégé) qui, au lieu de lire les billets de l'urne, les prenait en main et choisissait parmi les questions celles qu'il lui convenait de donner à l'élève. Cet abus durait depuis fort longtemps. En février 1842, M. d'Amador présidait un acte pendant lequel cette infraction eut lieu d'une manière si patente que, comme président et chargé, à ce titre, de veiller à l'exécution des réglemens et à l'observation des formes prescrites, il crut devoir s'opposer à cette violation de la loi. Il y eut, dit-on, une scène assez grave; des mots vifs furent échangés. Cet événement fit grand bruit dans la Faculté. Vous comprendrez facilement que l'intervention de M. d'Amador pour réprimer un abus si commode ne pouvait guère lui acquérir de la popularité. On profita du mécontentement des élèves, qui naturellement n'aiment pas la sévérité des examens et des examinateurs, pour former dès ce moment une petite conspiration qui éclata le 15 avril de la manière que je vous ai dit; il est juste d'ajouter toutefois que les élèves ne s'associèrent que pour une part à peine appréciable à l'exécution de ces projets; et on sait très bien ici que les auteurs actifs du désordre étaient *certainement* des personnes étrangères à la Faculté.

Toutes ces misères ne vaudraient pas la peine d'être révélées, si on ne s'était autorisé du désordre du 15 avril pour formuler une accusation générale contre l'enseignement et la conduite professorale de M. d'Amador, et si on n'avait représenté cet incident, tout spécial et fortuit, comme une manifestation éclatante de l'opinion publique à l'endroit des doctrines de ce professeur, comme une protestation en faveur des intérêts de la science et de l'École. Ce sont là de pures déclamations dont personne ici ne peut être la dupe, mais qui, exploitées dans un mauvais but, ont trouvé de l'écho à Paris, dans les journaux et ailleurs. Il importe d'ajouter que cette démonstration hostile s'est bornée à ce premier et seul acte. L'émeute, mal servie par les dispositions du public désintéressé et par

la rétraction du muscle droit interne ou droit externe, droit supérieur ou droit inférieur. Nous avons eu souvent occasion, comme tous les opérateurs, de mettre ce fait hors de doute ; d'une part, le muscle droit correspondant à la déviation s'offrait avec les caractères de la vraie rétraction, c'est-à-dire la diminution de volume, de longueur et la transformation fibreuse; d'autre part, la section de ce muscle amenait immédiatement le redressement de l'œil. Le même résultat a eu lieu dans le strabisme direct en dedans, en dehors, et en haut. Quant au strabisme en bas, bien que nous ne l'ayons pas encore opéré, il est évident qu'il constituerait un caractère aussi certain que les précédens pour la détermination du muscle rétracté.

Faisons remarquer cependant que, pour que la déviation de l'œil en dedans, en dehors, en haut ou en bas, exprime la rétraction du muscle correspondant, il faut que cette déviation soit *directe* dans l'un ou l'autre de ces sens. Pour peu qu'elle n'ait pas lieu rigoureusement suivant le plan horizontal, mais un peu obliquement en haut ou en bas, il est presque certain qu'elle n'est pas produite uniquement par la rétraction du droit interne ou du droit externe. Si la déviation n'avait pas lieu non plus directement, suivant le plan vertical, mais un peu obliquement en dehors, on pourrait encore en conclure que le droit supérieur ou le droit inférieur n'est pas seul rétracté. Cependant si l'obliquité de la déviation avait lieu en dedans, et qu'elle ne fût pas très considérable, il serait impossible de savoir, par le seul changement de direction, si la rétraction d'un de ces deux derniers muscles existe seule avec prédominance dans quelques fibres, ou si elle est combinée avec celle du droit interne. On trouvera facilement dans les considérations anatomiques et physiologiques auxquelles nous nous sommes livré précédemment, la raison de cette dernière particularité. Ajoutons seulement que pour nous elle n'est pas seulement une déduction logique des données de l'anatomie et de la physiologie, mais un résultat direct de l'expérience, ainsi qu'on le verra ci-après.

Dans le cas de rétraction simultanée de plusieurs muscles droits d'un seul œil, les caractères tirés du changement de direction du globe oculaire consistent dans une déviation qui n'a plus toujours lieu dans le sens horizontal ou vertical, mais souvent dans un sens intermédiaire. — La déviation de l'œil en dedans et en haut annonce la rétraction simultanée du droit interne et du droit supérieur. — La déviation en dehors et en haut annonce la rétraction du droit externe et du droit supérieur. Toutefois ce dernier caractère pourrait appartenir également à la rétraction isolée de l'oblique inférieur, si jamais elle se présentait à l'observation ; mais il serait accompagné d'autres caractères, tels qu'un mouvement de rotation de l'œil pendant les efforts de redressement, etc. — Enfin, le strabisme direct en dedans peut encore appartenir à la rétraction combinée des deux droits supérieur et inférieur et du droit interne, aussi bien qu'à la rétraction isolée de ce dernier muscle. Mais alors d'autres caractères tirés de la *forme* et du *mouvement* des yeux, que nous indiquerons en temps et lieu, doivent prévenir toute méprise.

L'expérience thérapeutique nous a permis plus d'une fois de constater la réalité de ces caractères, en tant que représentatifs des différentes distributions de la rétraction auxquelles nous venons de les rapporter. En effet, dans quelques strabismes en dedans et en haut, nous avons d'abord coupé le muscle droit interne, et la convergence de l'œil a cessé en grande partie ; mais la déviation en haut a persisté et est devenue directe. Nous avons alors coupé le droit supérieur, et l'œil est revenu à la rectitude. Ajoutons que, dans ces opérations, nous avons pu constater la réduction de volume et la transformation fibreuse de ces deux muscles, caractères évidens de leur rétraction. Des résultats analogues ont été obtenus par la section du droit externe et du droit supérieur. Enfin, dans des cas de strabisme direct en dedans, nous avons divisé d'abord le droit interne, nous avons détaché le fascia de la sclérotique dans toute l'étendue de la demi-circonférence correspondante du globe oculaire, et le redressement n'a pas été complet ; il l'est devenu au contraire immédiatement après la section de la moitié interne des muscles droits supérieur et inférieur.

Il est, avons-nous dit, quelques modes de distribution de la rétraction dans les muscles droits que nous n'avons pas eu encore occasion d'observer, et dont nous ne pouvons par conséquent exposer *de visu* les caractères distinctifs. Mais, à la lumière du principe déjà posé, à savoir que ces caractères ne peuvent être que la représentation permanente de ceux de la contraction physiologique, il est facile de prévoir et presque de décrire à l'avance les caractères relatifs à la direction du globe de l'œil qui naîtraient de ces différens modes de distribution. Ainsi, dans le cas de rétraction simultanée des deux droits supérieur et inférieur, l'œil ne pourrait conserver sa rectitude, même en supposant un raccourcissement parfaitement égal dans les deux muscles. En effet, ainsi qu'il résulte des considérations anatomiques et physiologiques auxquelles nous nous sommes livré précédemment, l'action de chacun de ces muscles est double : ils tirent à la fois l'œil en haut et en dedans, en bas et en dedans, et directement en dedans quand ils sont simultanément et également rétractés. Que si la rétraction était prédominante dans le droit supérieur ou dans le droit inférieur, le strabisme aurait lieu en haut, mais un peu obliquement en dedans ou en bas, et un peu en dedans. En vertu de principes analogues, et sur lesquels il est inutile d'insister, la rétraction du droit inférieur et du droit interne porterait l'œil en bas et en dedans ; celle du droit inférieur et du droit externe, en bas et en dehors.

Les *changemens de forme* du globe de l'œil, qui caractérisent les différens modes de distribution de la rétraction dans les muscles droits, consistent en des aplatissemens et des bombemens partiels accompagnés d'un certain degré d'enfoncement de l'œil dans l'orbite, et dont le siége varie suivant le siége de la rétraction. Nous avons indiqué il y a longtemps pour la première fois cet ordre de faits : nous leur avons donné dans notre enseignement toute l'attention qu'ils méritent ; nous ne pouvons que rappeler ici leurs particularités les plus saillantes.

Quand la rétraction n'occupe qu'un des muscles droits, on observe à la partie antérieure de la sphère oculaire une dépression, un aplatissement de la portion de sclérotique et de cornée située en avant de l'insertion oculaire du muscle, et un bombement de la portion opposée. Le degré de chacune de ces déformations offre généralement un rapport assez exact, d'une part avec le degré de l'autre déformation, d'autre part avec le degré de permanence de la déviation représentant en partie le nombre des muscles rétractés. Toutes deux se prolongent toujours d'arrière en avant, se joignent et se confondent au niveau d'un des diamètres de la cornée. Dans le sens vertical ou transversal, on ne peut les suivre ordinairement au-delà d'un quart ou d'un tiers de la circonférence de la sphère oculaire. Ce n'est que dans des cas de rétraction très considérable qu'elles se prolongent dans toute l'étendue de la demi-circonférence. La

l'immense majorité des élèves, a dû bientôt abandonner le terrain. Le lendemain même du désordre, M. d'Amador fit sa leçon au milieu du plus profond silence, et il n'éprouva d'autre interruption que celle des applaudissemens répétés et unanimes que sa parole spirituelle, incisive et élevée est toujours sûre d'obtenir. Depuis ce moment, ce cours s'est continué avec le calme le plus parfait et avec une affluence constante.

Tenez donc pour certain que ce sont là les *vrais motifs* et les *vrais moteurs* de toute cette affaire, pour me servir de l'expression même de la GAZETTE MÉDICALE, et que l'homeopathie n'y est pour rien. Il est temps que je m'explique aussi sur ce Croquemitaine, dont il est beaucoup plus question dans vos journaux que dans la Faculté de Montpellier. Des gens intéressés à accréditer l'opinion que M. d'Amador professait l'homeopathie ont si bien exploité cette heureuse idée, que le public médical y a cru de bonne foi, et que l'autorité universitaire elle-même, émue par ce cri de l'opinion, a jugé à propos de prendre officiellement des informations à cet égard. Il y a ici deux questions, celle de droit et celle de fait. En droit, vous jugez sans doute, comme moi, que la science médicale n'étant pas une religion, la Faculté de médecine une Faculté de théologie, et l'Université une Sorbonne, M. d'Amador serait parfaitement autorisé à enseigner l'homeopathie, comme tout autre système ou méthode thérapeutique, tels que le broussaisisme, le rasorisme, l'hydriatrie, etc., et qu'il n'y a aucune autorité légale qui pût lui intenter un procès d'hérésie. Cela ne sera possible que lorsqu'on aura rédigé pour la médecine un *Catéchisme*, une *Confession*, un *Symbole*, et qu'on en aura fait décréter l'orthodoxie par un concile. Jusque là il me semble que discuter ce droit, c'est porter atteinte à la liberté de l'enseignement, et plus encore à la liberté de penser et d'écrire. M. d'Amador avait donc le droit d'enseigner l'homeopathie aux élèves, et aucune autorité n'avait le droit de l'en empêcher (1). Suivant moi, dussiez-vous sourire de cet aveu, il aurait été peut-être à souhaiter qu'il le fît, car la doctrine d'Hannemann, bien interprétée, ne me paraît pas mériter les mépris dont on l'accable, et elle contient des vérités précieuses dont on reconnaîtra plus tard l'évidence et la portée. Pardonnez-moi cette parenthèse. Je continue.

Le droit n'était donc pas douteux, et il est reconnu par ceux mêmes qui trouvent le fait scandaleux, exorbitant, inouï, insupportable. Mais ce prétendu fait lui-même n'existe pas, n'a jamais existé ; et il est vraiment à regretter que tant de vertueuses indignations aient prodigué les doléances et les protestations en pure perte. Que ces rigides conservateurs des bons principes se rassurent ! l'abomination de la désolation n'a pas été introduite dans le temple. Parlons sérieusement. M. d'Amador a-t-il, oui ou non, professé publiquement l'homéopathie, en qualité de professeur titulaire de pathologie et de thérapeutique générales à la Faculté de Montpellier ? Non. Sans enseigner spécialement, exclusivement et *ex professo* cette doctrine, lui a-t-il du moins accordé une telle place

(1) Tout en accordant cette proposition en principe, nous n'accorderions pas que, dans quelques cas, même en matière de pure science, le pouvoir supérieur chargé de la direction de l'instruction publique ne pût légitimement exercer un certain contrôle sur un enseignement quelconque ; et l'auteur de la lettre pensera probablement de même, s'il y réfléchit.

dépression a son maximum immédiatement au-devant de l'insertion musculaire, et diminue graduellement d'arrière en avant. Le bombement a son maximum à quelque distance de la cornée, et décroit insensiblement d'avant en arrière.

Le siége précis de ces déformations varie nécessairement; mais il est une règle qui nous a paru résumer la plus grande généralité des cas: c'est que le siége du bombement, sa partie la plus saillante, correspond au point de la sclérotique qui occupe dans la position habituelle de l'œil la place de la cornée transparente; dans l'état physiologique, cette dernière est le point le plus en saillie de la sphère oculaire; elle proémine comme un segment à rayon de courbure plus petit: eh bien! dans le strabisme mécanique, c'est ordinairement à la portion de la sclérotique qui a pris la place de la cornée que correspond la saillie du globe oculaire: nous parlons surtout des variétés produites par la rétraction fixe.

Le mécanisme de ces déformations est facile à comprendre, surtout si l'on se rappelle ce que nous avons dit des déformations passagères produites par la contraction physiologique. Le muscle raccourci, en maintenant l'œil dévié de son côté, exerce d'avant en arrière sur la ligne de son insertion oculaire une traction incessante, augmentée encore par les efforts de redressement souvent tentés par le muscle antagoniste. Cette traction retentit sur les parties de la sphère oculaire situées en avant de ces insertions; elle tend ainsi à effacer la courbe qu'elles présentent, et à lui substituer un aplatissement plus ou moins considérable. Mais comme, d'une part, la force de la traction diminue nécessairement à mesure qu'on s'éloigne de son point de départ; comme, d'autre part, les tractions du muscle antagoniste balancent jusqu'à un certain point celles du muscle rétracté; l'aplatissement se limite à une portion de la sphère oculaire. Cet aplatissement ne peut avoir lieu sans entraîner un déplacement proportionnel des humeurs de l'œil, sans les refouler en sens opposé; d'un autre côté, le muscle rétracté déprime les parties postéro-latérales de l'œil dans l'étendue correspondante à son enroulement; il tend à porter les humeurs dans une direction intermédiaire entre la direction transversale et la direction postéro-antérieure. Enfin, la résistance mécanique et les contractions physiologiques du muscle antagoniste constituent une dernière force qui agit en modifiant l'impulsion transversale ou latérale, et en augmentant par conséquent l'impulsion antéro-postérieure, soit à cause de son action isolée résultant de son enroulement, soit à cause de son action d'association avec la rétraction de son antagoniste. C'est donc de l'action complexe que nous venons d'indiquer que résulte le bombement de la portion du globe oculaire faisant suite à la portion déprimée, et occupant la portion qui occupe la place habituelle de la cornée.

Quand la rétraction occupe simultanément plusieurs muscles droits, les déformations précédentes ont un siége plus apparent, plus circonscrit, et existent à un degré plus considérable; elles ont en outre leur maximum d'intensité, suivant la résultante d'action des efforts et résistances musculaires. Cette étendue et ce degré de déformations sont des caractères qui peuvent, à défaut d'autres, accuser la rétraction simultanée de plusieurs muscles droits. C'est ce qui a souvent lieu, par exemple, dans le strabisme convergent par rétraction combinée des muscles droit interne, droit supérieur et droit inférieur, variété que les caractères tirés de la direction seule de l'œil ne suffisent pas seuls à différencier de celle qui est produite par la rétraction isolée du droit interne.

Indépendamment de ces déformations, la rétraction de plusieurs muscles droits suffit presque toujours pour amener un léger transport de l'œil en arrière et son enfoncement dans l'orbite, par suite de la dépression du coussinet vasculaire et graisseux sur lequel il repose. Alors l'œil est moins ouvert, la paupière ayant suivi le retrait du globe oculaire.

Enfin, quand la rétraction occupe la totalité des muscles droits, pour peu qu'elle soit considérable, l'enfoncement de l'œil est plus prononcé, sa partie antérieure est déprimée sur quatre côtés, en haut, en bas, en dedans, en dehors, dans le prolongement de la direction de chacun de ces muscles. En outre, la cornée est plus saillante, son rayon de courbure plus petit, et le sommet de cette saillie n'est plus situé dans une portion plus ou moins excentrique de la cornée, mais bien à son centre. Il résulte de ces deux dispositions que cette portion de l'œil représente très vaguement, il est vrai, un cône à quatre faces et à sommet arrondi. Ce caractère est très précieux, très significatif au point de vue du diagnostic. Ce que nous avons dit précédemment sur le mécanisme du transport de l'œil en arrière et sur ses déformations partielles nous dispense d'y revenir ici. Faisons remarquer seulement que cette nouvelle application de la théorie que nous avons donnée des déformations de l'œil est une preuve nouvelle de la justesse de cette théorie. Du reste, la saillie plus grande du centre de la cornée par la rétraction des quatre muscles droits n'est que l'expression exagérée du fait physiologique, par l'exagération des causes qui le produisent. Ce fait de la saillie plus grande de la cornée, coïncidant avec le retrait de l'œil, prouve la possibilité de la co-existence d'un raccourcissement total du globe oculaire avec la diminution du rayon de courbure de la cornée, ce que quelques critiques peu éclairés avaient regardé comme impossible et contradictoire.

Quant aux caractères relatifs aux mouvemens du globe oculaire, ils varient suivant que la rétraction occupe un ou plusieurs muscles.

Dans la rétraction isolée des différens muscles droits, ils peuvent se résumer, pour tous les modes de distribution simple, en un caractère commun qui est la possibilité constante d'un certain degré de redressement de la difformité. Nous avons donné précédemment la véritable signification de ce fait, et montré qu'on avait en tort de l'invoquer contre la doctrine de la rétraction musculaire appliquée à l'étiologie du strabisme. Il ne faut pas croire cependant que cette rétraction laisse aux mouvemens de l'œil toute leur liberté. Ainsi que nous le montrerons en parlant des caractères fournis par le *degré de la rétraction*, dès que le raccourcissement du muscle est assez considérable pour ne pouvoir être entièrement compensé par la dépression de l'œil dans les points correspondans à son enroulement, le mouvement est nécessairement réduit d'une quantité relative à la somme du raccourcissement. De plus, le mouvement qui s'exécute à la faveur de la dépression oculaire n'a ni la rapidité, ni la netteté du mouvement physiologique. Le mouvement de l'œil, dans le sens opposé au muscle rétracté, est d'abord assez facile et uniforme, mais plus lent qu'à l'état normal; puis, malgré l'effort continu de la volonté, il ne s'exécute plus qu'à l'aide de petits mouvemens saccadés attestant la résistance graduellement croissante opposée à l'action du muscle antagoniste.

On comprend que cette résistance et par conséquent la réduction du mouvement augmentent avec le nombre des muscles rétractés. Quand la rétraction porte simultanément sur le droit interne et sur le droit supérieur, le mouvement de redressement est très limité; de plus, l'œil ne

---

dans ses leçons qu'on puisse la considérer comme la base et le fond de son enseignement théorique et pratique? pas davantage. Voici la vérité. Les cours de M. d'Amador ont été souvent historiques. Il a exposé successivement, apprécié, comparé, jugé les principaux systèmes pathologiques qui se sont produits dans la science et qui en sont les plus hautes théories. L'homéopathie et Hannemann se sont présentés sur sa route, et il n'y avait aucune raison d'exclure cette doctrine contemporaine de ses analyses. Quant au rôle qu'elle y a joué et à l'importance relative qui lui a été donnée, la statistique suivante que je vous donne pour certaine vous en donnera une idée. Sur 73 leçons destinées à la discussion des principales doctrines médicales, il en a consacré 20 à Hippocrate, 15 à Galien, 2 à Paracelse, 2 à Van Helmont, 2 à Sydenham, 3 à Morgagni, 7 à Stahl, 8 à Boerrhaave, 1 à Haller, 4 à Bichat, 4 à Broussais, 2 à Brown, 2 à Rasori, et enfin à Hannemann *une!* C'est cette unique leçon qui a été transformée en un enseignement homéopathique en règle. Il serait bien inutile de nier qu'en parlant de cette doctrine, et en l'interprétant à sa manière, M. d'Amador n'a pas dissimulé qu'il en approuvait certains principes. Il a même essayé de faire voir et, selon moi, montré d'une façon au moins fort originale que la théorie générale d'Hannemann sur les propriétés des agens médicamenteux, sur leur mode d'action sur l'économie, était très conséquente avec la doctrine vitaliste de Montpellier. C'est à cela que s'est bornée toute sa prédication hannemannienne. Vous jugerez qu'on ne pouvait être plus modéré et plus innocent.

Vous comprendrez aussi que, dans cet état de choses, l'enquête, tout officieuse du reste, de l'autorité universitaire, a été bientôt terminée. Il n'y a pas eu même matière à discuter la question de droit, car il n'y avait pas de fait. Ces simples chiffres ont suffi pour dissiper tous les nuages qu'on avait essayé d'amonceler de loin entre ce membre de l'Université et ses chefs. Maintenant la paix est partout. Il ne reste plus que quelques préventions dans le public médical de Paris, dont la religion a été surprise, mais qui ne tardera pas à être désabusé, si vous voulez bien, Monsieur, dans votre impartialité bien connue, lui faire parvenir par la voie de votre estimable journal ces explications qui précèdent.

Agréez, etc.

B....., D. M. M.

— Traité des sections tendineuses et musculaires dans le strabisme, la myopie, la disposition à la fatigue des yeux, le bégaiement, les pieds-bots, les difformités du genou, les torticolis, les resserremens des mâchoires, les fractures, etc., etc.; suivi d'un mémoire sur la nevrotomie sous-cutanée, avec atlas; par M. Bonnet, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon. — 1 vol. in-8° de 664 p.

A Paris, chez J.-B. Baillière et Germer Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine.

A Lyon, chez Ch. Savy, quai des Célestins, 48.

se meut pas transversalement, mais se porte en haut de manière à simuler temporairement un strabisme directement en haut. Ce fait a beaucoup préoccupé certains chirurgiens qui, n'étant pas parvenus à s'en rendre compte, ont renoncé à opérer les malades sur lesquels ils l'avaient remarqué. Quand la rétraction occupe simultanément le droit interne ou l'externe et les deux droits supérieur et inférieur, la mobilité de l'œil est presque toujours anéantie. Les muscles droits devenus adducteurs ou abducteurs s'opposent directement au redressement de l'œil, ce mouvement devant avoir lieu presque directement en sens inverse de leur action. Enfin, quand la rétraction porte sur tous les muscles droits, la résistance s'exerçant à la fois dans toutes les directions, tous les mouvemens de l'œil sont plus ou moins bornés. C'est ce que nous avons appelé l'*ankylose de l'œil*.

Muscles obliques.—Il ne nous est pas encore arrivé, ainsi que nous l'avons dit, de constater directement, ni la rétraction d'un ou des muscles obliques, en l'absence de celle des muscles droits, ni celle de l'oblique supérieur et du droit interne, ni celle de l'oblique supérieur et du droit externe. Nous avons observé plusieurs fois, au contraire, la rétraction active simultanée de plusieurs muscles droits et de l'oblique inférieur, ou des deux obliques. L'association pathologique de ces muscles influe sur les caractères de la difformité, comme leur association physiologique influe sur les modes fonctionnels de l'œil. Ces caractères sont comme ceux qui traduisent la rétraction des muscles droits, relatifs à la direction, à la forme et aux mouvemens du globe oculaire.

Relativement aux changemens de direction, la position du globe oculaire varie suivant que la rétraction porte sur l'un ou sur l'autre oblique, ou sur les deux simultanément, et suivant le muscle ou les muscles droits associés à leur rétraction. Nous avons observé la déviation de l'œil en haut et en dedans dans des cas où l'opération et ses résultats immédiats nous ont permis de constater expérimentalement la rétraction de l'oblique inférieur et du droit interne ; la déviation en haut et en dehors dans la rétraction de l'oblique inférieur et du droit externe ; la déviation directe en dedans dans la rétraction des deux obliques jointe à celle du droit interne ; la déviation directe en dehors dans la rétraction des deux obliques et du droit externe ; une déviation très prononcée dans le même sens dans la rétraction des deux obliques des droits supérieur et inférieur et du droit externe ; enfin, une déviation en dehors et en haut dans quelques cas analogues aux deux précédens, mais où il y avait prédominance d'action du droit supérieur dans un cas, ou de l'oblique inférieur dans l'autre.

Nous avons pu nous assurer, disons-nous, par l'expérience thérapeutique, que ces différens caractères représentent bien réellement les différentes distributions de rétraction auxquelles nous les avons rapportés. En effet, nous avons rencontré 1° des strabismes en dedans et en haut, dans lesquels le redressement incomplet, après la section du droit interne seulement, s'est complété immédiatement par la section de l'oblique inférieur ; 2° des strabismes en haut et en dehors, où cette dernière section, après celle du droit externe, est devenue également indispensable ; 3° des strabismes convergens ou divergens, ces derniers plus fréquens que les premiers, dans lesquels la section du droit interne ou du droit externe a été insuffisante, et qui n'ont guéri que par la section des deux obliques ; 4° des strabismes divergens dans lesquels nous avons été obligés de diviser successivement, avant d'obtenir un redressement complet, le droit externe, les deux obliques et les deux droits supérieur et inférieur.

On remarquera que tous ces changemens de direction du globe oculaire produits par l'association de la rétraction des muscles obliques et de celle des muscles droits représentent parfaitement les différens mouvemens qui résultent de l'association de leur action physiologique. Nous ne reviendrons pas sur les conditions anatomiques et mécaniques de ces déplacemens du globe oculaire.

Ajoutons en dernier lieu que plusieurs des caractères que nous venons d'indiquer peuvent appartenir également à la rétraction simultanée de plusieurs muscles droits, sans intervention des obliques. Par exemple, nous avons observé le strabisme en dedans et en haut aussi bien dans la rétraction des droits interne et supérieur que dans celle du droit interne et de l'oblique inférieur ; le strabisme convergent, dans la rétraction du droit interne et des droits supérieur et inférieur, et dans celle du droit interne et des obliques. Mais, dans ces cas, la présence ou l'absence de certains caractères relatifs à la forme et aux mouvemens de l'œil, tels que nous les avons exposés pour les muscles droits, et tels que nous allons les faire connaître pour les obliques, suffiront le plus souvent pour dissiper toute obscurité.

Les *changemens de forme* du globe oculaire dans le strabisme par rétraction concomitante des muscles droits et obliques portent le cachet de leur double origine. D'une part, la partie antérieure du globe oculaire est plus ou moins aplatie au niveau du muscle ou des muscles droits rétractés du côté de la déviation. D'autre part, l'œil, au lieu d'être enfoncé dans l'orbite, comme dans les cas de rétraction de plusieurs muscles droits, est au contraire plus ou moins proéminent et volumineux. En outre, il offre en avant une saillie partielle, dont la disposition et quelquefois le degré inexplicables par la seule action des muscles droits rétractés, sont, au contraire, en rapport avec l'action connue des obliques. Règle générale, le point culminant de cette saillie tend à devenir plus antérieur. Ainsi, dans certains cas de strabisme en dedans et en haut qui n'ont pu être guéris par la section du droit interne et de l'oblique inférieur, nous avions observé, avant l'opération, un certain degré d'exophthalmos, un aplatissement de la partie antérieure et interne du globe de l'œil et, de plus, un bombement qui, au lieu d'occuper la partie externe directement à l'opposite de la dépression, était situé moins en arrière et en dehors, et en même temps un peu en haut. Dans d'autres cas de strabisme, en dehors et en haut, guéris par la section du droit externe et de l'oblique inférieur, l'œil était également porté en avant, et son bombement était situé un peu moins en arrière et en dedans, et un peu plus en haut que dans le strabisme convergent par rétraction isolée du droit interne. Enfin, dans des cas de strabisme convergent ou divergent, où l'expérience thérapeutique nous a permis de constater la rétraction simultanée des deux muscles obliques et d'un ou de plusieurs muscles droits, l'exophthalmos, mais surtout la saillie partielle de la partie antérieure de l'œil, existaient à un degré plus considérable que dans les cas précédens. C'est ce que nous avons surtout observé dans certains cas de strabisme divergent par rétraction des deux obliques et du droit externe.

Les caractères tirés de ces déformations, dans les cas de rétraction simultanée des muscles obliques et des muscles droits, sont généralement très significatifs ; mais nous appelons plus particulièrement l'attention sur l'exophthalmos, caractère précisément inverse de celui qui appartient à la rétraction des muscles droits et dont par conséquent la seule existence, à quelque degré que ce soit, suffit pour attester l'intervention des obliques.

Après ce que nous avons dit des fonctions des muscles obliques, il est inutile d'insister sur le mécanisme suivant lequel se produisent les déformations dont nous venons de parler. Il est tout simple que la rétraction de ces muscles, comme leur contraction physiologique, d'une part porte le globe oculaire en avant hors de l'orbite, et d'autre part repousse les humeurs de l'œil de dehors en dedans, mais surtout d'arrière en avant, et fasse saillir consécutivement la partie interne de la cornée transparente. Et comme la force en vertu de laquelle s'opèrent ces changemens se combine avec celle qu'exercent les muscles droits rétractés, le siége et le degré du bombement de l'œil varient avec la direction et le degré d'action de la résultante de ces deux forces. Voilà pourquoi ce bombement tend toujours à se concentrer plus en avant que dans le strabisme par rétraction exclusive des muscles droits ; pourquoi, quand la rétraction porte à la fois sur les deux obliques, cette rétraction ajoute sensiblement au degré du bombement oculaire.

Nous venons de dire que les caractères relatifs à la forme de l'œil dans le cas de rétraction composée des muscles obliques et des muscles droits ont une signification précise fort utile au diagnostic. Nous ne prétendons pas pour cela qu'ils soient tous et toujours assez prononcés pour lever à eux seuls toute incertitude. D'abord la rétraction des obliques peut être assez légère pour n'exercer sur la déformation de l'œil qu'une influence inappréciable. D'un autre côté, les caractères qui ont leurs contraires dans le strabisme par rétraction exclusive des muscles droits, et qui ne peuvent résulter que d'une prédominance d'action des obliques sur ces derniers ; ces caractères, disons-nous, doivent manquer et manquent en effet, toutes les fois que la rétraction se partage pour une somme égale entre les deux ordres de muscles, et surtout quand les droits l'emportent sur les obliques. C'est ce qu'on observe pour l'exophthalmos. Dans le premier cas, il est réduit à zéro ; dans le second, il est remplacé par un certain degré d'enfoncement de l'œil. Mais remarquons que, pour contrebalancer ainsi l'action des obliques, il faudrait une rétraction considérable de plusieurs ou de tous les muscles droits, que cette rétraction entraînerait nécessairement soit un strabisme considérable, soit l'ankylose de l'œil, et que la coexistence de ces deux caractères avec une absence complète ou un très faible degré d'exophthalmos suffirait le plus souvent pour faire soupçonner l'intervention des muscles obliques.

Les caractères relatifs aux *mouvemens* du globe oculaire peuvent être considérés sous le double point de vue de l'*exécution* et de la *spécificité* de ces mouvemens.

La limitation extrême du mouvement dans le sens du redressement est un caractère qui appartient à la rétraction des muscles obliques ; l'œil non seulement ne peut se porter en sens inverse de la déviation, comme dans le strabisme par rétraction exclusive des muscles droits, mais ne peut même arriver jusqu'à la rectitude. C'est ce que nous avons vu dans tous

les cas de strabisme soit divergent, soit en haut et en dedans, soit en baut et en dehors, dans lesquels les résultats de l'opération ont mis plus tard hors de doute l'intervention d'un ou deux muscles obliques. Dans ce dernier cas surtout, le mouvement était extrêmement borné.

Cette limitation du mouvement dans le cas de rétraction simultanée des muscles obliques et des muscles droits, et sa conservation plus ou moins complète dans le cas de rétraction exclusive de ces derniers, sont deux caractères différentiels aussi propres à traduire et à faire distinguer l'une de l'autre ces deux distributions de la rétraction, que faciles à expliquer par les dispositions différentes des deux ordres de muscles rétractés. Nous avons vu, en effet, comment la direction des muscles droits, presque parallèle à celle de l'axe antéro postérieur de l'œil, permet toujours un mouvement assez étendu de cet organe en sens inverse du muscle rétracté. Au contraire, la direction des deux obliques est, dans l'état de rectitude de l'œil, plus ou moins inclinée à celle des axes antéro-postérieurs. Les mêmes rapports existent dans le strabisme en partie produit par la rétraction des obliques, soit qu'il ait lieu dans le sens de l'action *propre* de ces muscles, comme dans le strabisme divergent, soit qu'il ait lieu dans le sens de leur action *auxiliaire*, comme dans le strabisme convergent. Il suit de là que, dans ces espèces de strabismes, les muscles obliques rétractés agissent toujours dans une direction plus ou moins perpendiculaire à l'axe antéro-postérieur de l'œil, et s'opposent ainsi plus directement que les muscles droits au déplacement de cet organe en sens contraire de leur action. Règle générale, l'antagonisme dont nous venons de parler augmente toujours en proportion de la déviation; aussi le degré de fixité du globe oculaire est-il généralement en rapport avec le degré du strabisme. Cependant, ce rapport n'est pas le même dans toutes les variétés. Quand toute la somme de déplacement de l'œil a pour effet direct d'agrandir l'angle de l'inclinaison des obliques comme, par exemple, dans le strabisme divergent, le mouvement peut être extrêmement borné, avec un degré médiocre de déviation. Quand, au contraire, une partie du déplacement ayant eu pour effet d'effacer l'angle de l'inclinaison normale, l'inclinaison substituée à celle ci dans un autre sens n'a pu être considérable, comme cela arrive dans le strabisme convergent, il faut un fort degré de déviation pour produire une fixité notable du globe oculaire. Aussi l'expérience apprend-elle que le degré de fixité est généralement plus en rapport avec le degré de la déviation, dans le strabisme divergent, que dans le strabisme convergent.

La fixité du globe oculaire par rétraction des muscles obliques diffère de la *fixité paralytique*, en ce que, dans le premier cas, le mouvement de redressement, tout limité qu'il est, a lieu encore dans une certaine étendue, tandis que, dans le second cas, il est, comme nous l'avons vu, complètement aboli. L'immobilité de l'œil diffère peu, dans le cas de strabisme convergent, de la fixité par rétraction des deux droits supérieur et inférieur. Mais ne perdons pas de vue que la fixité n'est qu'un caractère isolé, dont l'insuffisance est rachetée par l'évidence habituelle des autres caractères que nous avons signalés.

La *spécificité* du mouvement, dans le cas de rétraction simultanée des muscles droits et des muscles obliques, est plus caractéristique que le degré d'obstacle apporté à son exécution. Ce caractère spécifique consiste en ce que, quelle que soit la direction du strabisme que les obliques, isolément ou simultanément, concourent à produire, l'œil exécute, pendant les efforts de redressement et aux limites du déplacement de l'œil dans ce sens, des mouvemens de rotation autour de son axe antéro-postérieur, mouvemens dont le sens varie suivant que la rétraction occupe l'oblique inférieur seul et les deux obliques simultanément. Dans le premier cas, la rotation a lieu, à chaque effort de redressement, de baut en bas et de dehors en dedans; dans le second cas, elle a lieu alternativement de baut en bas, et de bas en baut.

Cette circonstance que les mouvemens de rotation s'exécutent *pendant les efforts de redressement* a une signification tout à fait précise, en ce qu'elle indique que les mouvemens ne sont pas l'effet d'une contraction physiologique des obliques. En effet, dans tous les strabismes convergens, divergens, ou intermédiaires, dans lesquels interviennent, comme agens de production et de fixité, les muscles obliques, les points d'insertion mobiles de ces muscles ne sont pas situés juste dans le même plan que le centre de mouvement du globe oculaire, mais bien en avant ou en arrière de ce plan; par conséquent, en vertu des principes de physiologie mécanique que nous avons posés plus haut (GAZ. MÉD. 1842, n° 7, p. 101), leur contraction physiologique tendrait à faire voyager l'œil dans le sens même de la déviation, et le déplacement de cet organe en sens opposé ne peut avoir d'autre effet que d'exercer sur les obliques raccourcis une traction mécanique. C'est donc cette traction, qui en retenant sur le globe oculaire au niveau de leur insertion fixe lui imprime les mouvemens de rotation dont nous avons parlé. Ajoutons que le sens même de ces mouvemens indique suffisamment qu'ils ne sont pas dus à l'action normale ou pathologique des muscles droits.

Tout ce que nous venons de dire relativement à l'intervention des muscles obliques dans le strabisme et aux caractères qui la révèlent, est le résumé fidèle de nos observations. Mais nous ne prétendons pas que ces observations comprennent tous les modes possibles ou déjà réalisés de cette intervention. Nous ne doutons pas, par exemple, qu'il ne puisse exister des strabismes par rétraction exclusive des obliques; et nous avons la conviction que, le cas échéant, les caractères de direction, de forme, de mouvemens, qui révèleraient extérieurement la rétraction de ces muscles ne fussent que la représentation permanente de ceux que nous avons vu révéler leur contraction physiologique. Ainsi, l'œil serait maintenu dévié : par la rétraction isolée de l'oblique supérieur, en dehors et en bas; par la rétraction isolée de l'oblique inférieur, en dehors et en haut; par la rétraction simultanée des deux obliques, directement en dehors; par la rétraction de l'oblique supérieur et du droit interne, en bas et en dedans; par la rétraction de l'oblique supérieur et du droit externe, en bas et en dehors; et enfin par la rétraction des deux obliques, des droits supérieur et inférieur et du droit interne, directement en dedans. Dans les cas où la rétraction des obliques serait considérable, et surtout si elle portait sur tous les deux à la fois, l'œil serait poussé en avant, et la cornée transparente acquerrait une saillie, une conicité anormale. Enfin, et ce serait là un caractère tout à fait spécifique propre à lever tous les doutes, les efforts de redressement amèneraient dans le globe oculaire un mouvement de rotation autour de son axe antéro-postérieur : ce mouvement aurait lieu de dehors en dedans et de bas en haut, si la rétraction portait sur le grand oblique; de haut en bas et de dehors en dedans, si elle portait sur le plus petit oblique; tantôt dans un sens et tantôt dans l'autre, si elle portait sur les deux obliques simultanément.

(*La suite à un prochain numéro.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS TRIMESTRIELS.

I. GUY'S HOSPITAL REPORTS.

Les numéros d'octobre 1841 et avril 1842 contiennent les mémoires suivans : 1° *Observations sur certaines maladies du premier âge, qui paraissent liées avec un défaut de développement des poumons*; par M. G. Barlow. 2° *Considérations médico-légales sur la certitude que donne un nouveau procédé pour reconnaître l'empoisonnement par l'arsenic*; par M. A. S. Taylor. 3° *Cas remarquable d'épanchement abdominal résultant d'une tumeur du mésentère*; par H. Hughes, avec des *observations sur le liquide épanché*; par M. Owen Rees. 4° *Sur l'aortite aiguë*; par M. N. Chevers. 5° *Cas d'affection maligne du poumon*; par M. Hughes. 6° *Tableau des cas qui ont nécessité de grandes opérations à l'hôpital de Guy, depuis le 1er octobre 1840*; par M. Bransby Cooper. 7° *Sur la structure des corpuscules sanguins*; par M. Owen Rees. 8° *Cas de fracture transversale de la rotule, réunie par un cal osseux, avec des réflexions sur la nature et le traitement de cette lésion*; par M. Wilkinson King. 9° *Cas de fistule intestino-vésicale*; par M. Hingeston. 10° *Sur la chorée*; par M. Babington. 11° *Cas propres à éclairer le diagnostic des maladies du rein*; par M. G. H. Barlow. 12° *Rapport médico-légal sur un cas d'infanticide, suivi de remarques sur les poumons du fœtus*; par M. Alfred S. Taylor. 13° *Considérations sur les tumeurs du bassin qui mettent obstacle à la parturition, avec observations*; par M. John Lever. (L'auteur comprend dans son cadre toutes les tumeurs qui peuvent empêcher ou retarder l'accouchement, soit qu'elles naissent du bassin, soit qu'elles se soient développées dans le vagin, la matrice, les ovaires, les trompes, la vessie, etc. Sur tous ces points, il n'apporte guère qu'un résumé des opinions des auteurs, et nous n'avons trouvé, dans son travail, aucun résultat qui méritât une mention particulière). 14° *Observations sur la dissolution de l'œsophage et sur la différence de propriétés des deux portions de l'estomac*; par M. Wilkinson King. 15° *Deux cas de plaie de tête, avec symptômes de compression, causés par un épanchement sanguin et la formation de pus, guéris par l'opération*; par M. Edward Cock. 16° *Observations sur les concrétions et les dépôts urinaires, avec un tableau des calculs que contient le musée de l'hôpital de Guy*; par Golding Bird. 17° *Sur le siége des tubercules pulmonaires, considéré dans ses rapports avec leur diagnostic*; par M. Marshall Hughes. 18° *Sur la conduite à tenir dans les cas de lésion de l'intestin contenu dans un sac herniaire*; par M. Aston Key,

19° *Cas d'iridérémie, ou d'absence de l'iris, avec quelques réflexions;* par M. J.-F. France. 20° *Observation de vésicule du fiel énormément distendue;* par M. G. Babington.

OBSERVATION SUR CERTAINES MALADIES DONT L'ORIGINE REMONTE A L'ENFANCE, APPUYÉE DE L'HISTOIRE DE QUELQUES CAS, DANS LES QUELS LES POUMONS NE SE DILATAIENT PAS SUFFISAMMENT; par le docteur BARLOW.

On cherche en général les causes des maladies même chroniques dans les circonstances qui ont précédé presque immédiatement l'invasion de la maladie, et pourtant il y a un grand nombre de cas dans lesquels la cause remonte à une époque fort éloignée; tels sont ceux dont parle ici le docteur Barlow, et dans lesquels la maladie était le résultat d'un développement insuffisant de certains organes, ce qui imprime à d'autres organes un surcroît d'activité, détermine en eux un excès de développement et amène à la fois des altérations organiques et des troubles graves, quelquefois funestes de la circulation.

Cette déviation des proportions normales s'observe surtout dans les poumons, le foie et les deux côtés du cœur, et on peut ordinairement en rapporter, soit le commencement, soit les premières manifestations à l'époque de l'enfance; alors qu'il s'opère dans les poumons et dans le foie un changement inverse au développement, les premiers paraissant s'accroître aux dépens des derniers. Quand les poumons et le cœur sont sains, que le passage de l'air n'offre aucun obstacle, que la capacité de la poitrine est assez ample, ce changement s'opère sans accident; mais si l'expansion des poumons est gênée par défaut de capacité de la poitrine, par le rétrécissement ou l'obstruction des principaux canaux aériens, par une affection des poumons ou une maladie du cœur qui trouble la circulation, il en résulte que le changement inverse qui devait s'opérer est empêché, et que le foie conserve une partie de sa prédominance, tandis que les poumons ne prennent pas celle à laquelle ils avaient droit. De là le développement du ventre, le rétrécissement de la poitrine, la respiration difficile et l'œdème des extrémités, ou l'embarras de la circulation qui amène, à une époque plus ou moins éloignée, des altérations du cœur et tous les accidens consécutifs.

L'auteur se borne à signaler dans ce mémoire l'effet du rétrécissement de la trachée ou des bronches supérieures sur le développement des poumons et sur toutes les fonctions qui sont sous la dépendance de ces organes. Trois cas très longuement détaillés sont rapportés à l'appui de ces observations.

DYSPNÉE QUI PREND DE L'INTENSITÉ VERS L'AGE DE ONZE ANS; PALPITATIONS, ASCITE ET ANASARQUE, SUSPENSION DU DÉVELOPPEMENT; GUERISON PARTIELLE; PLUSIEURS RECHUTES SUCCESSIVES; RETOUR GRAVE DES SYMPTÔMES A QUINZE ANS; AUCUN SIGNE DE PUBERTÉ; MORT A L'AGE DE SEIZE ANS; RÉTRÉCISSEMENT DE LA TRACHÉE; APLATISSEMENT DES BRONCHES; DISTENSION ET HYPERTROPHIE DU COTÉ DROIT DU COEUR.

OBS. I. — Miss L., âgée de 12 ans, a été bien portante dans son enfance. Elle est d'une taille moyenne pour son âge, avec les membres bien formés et droits, sans indices de rachitisme. La poitrine paraît petite, surtout comparée à l'abdomen. La région du cœur est molle et fait entendre un bruit de soufflet dur à chaque bruit. On sent distinctement le foie à un pouce au-dessous du bord des côtes, et le péritoine contient un épanchement considérable. La face est un peu livide; les jugulaires offrent un battement très fort; le pouls est petit et fréquent. L'urine foncée en couleur ne contient pas d'albumine. Au moyen de purgatifs mercuriels, de quelques sangsues sur la région précordiale, et des diurétiques dont l'effet fut très énergique, la malade reprit des forces, toute trace d'épanchement disparut. Cependant le premier choc du cœur était accompagné d'un bruit sourd, et le sommeil était impossible si la malade n'était fortement soulevée.

Pendant les trois années suivantes, les mêmes accidens se reproduisirent quelquefois et cédèrent chaque fois aux purgatifs et aux diurétiques. En 1840, la malade n'avait pas grandi; la longueur des extrémités était inférieure à celle du tronc, la dyspnée et l'orthopnée prirent plus de gravité qu'avant; la matité occupait une grande partie de la région du cœur; le double bruit de soufflet était plus fort; la résonnance de la poitrine était normale. Partout ailleurs que dans la région du cœur et la partie inférieure du côté droit, le bruit respiratoire s'entendait bien jusqu'à la troisième côte droite, mais non au-dessous. La face était livide, les jambes œdémateuses, l'abdomen distendu par de la sérosité, l'urine rare et colorée, la langue chargée à bords rouges et à papilles proéminentes.

En 1841, on pratique la ponction, qui la soulage pendant quelques jours; mais, au bout de quinze jours, la toux prit beaucoup d'intensité; la malade se plaignit de palpitations et de nausées, et vomit un fluide vert. Les jours suivans, les nausées persistent. la malade rejette tout ce qu'elle prend et succombe à la suite de violens paroxysmes de dyspnée.

AUTOPSIE. — Le foie remplit les régions lombaires droite et ombilicale. L'épiploon est épaissi, contracté et adhérent sur plusieurs points du foie et des parois abdominales. La surface du foie est très inégale. A l'intérieur, il offrait la dégénérescence la plus avancée, couleur de noix de galles, les deux reins à l'état normal. Le péricarde contient un peu de sérosité. L'oreillette et le ventricule droits sont distendus par une énorme quantité de sang. Le ventricule droit offre un volume beaucoup plus considérable que le gauche, et paraît former la pointe du cœur; avant qu'il fût ouvert, il était plus gros que le poing d'un homme fort. Le diamètre du ventricule droit, quand il ait été vidé, est bien d'un pouce et demi, ses parois sont légèrement hypertrophiées. Les cordons des piliers sont tellement denses que les mouvemens de la valvule tricuspide devaient être nécessairement incomplets, d'ailleurs sa largeur ne répond pas à celle de l'orifice auriculo-ventriculaire. L'oreillette et le ventricule gauche sont un peu dilatés avec légère hypertrophie. L'aorte est à l'état normal, mais d'un plus petit calibre qu'à l'ordinaire. Les deux poumons sont crépitans, pâles, exsangues en haut et au milieu; en bas, sur le point où les ventricules portaient, on reconnaît l'influence d'une forte compression; en arrière, congestion. La trachée est petite et offre un rétrécissement notable, un pouce et demi environ au-dessus de sa bifurcation; les deux bronches étaient comprimées et sont aplaties.

Avant d'exposer quelques-unes des réflexions que l'auteur présente à l'occasion de ce cas, nous allons analyser l'observation suivante, qui offre la même série de phénomènes morbides et la même altération.

DYSPNÉE QUI AUGMENTE BEAUCOUP A L'AGE DE 15 ANS; BRONCHITE; LIVIDITÉ; PALPITATIONS; REDOUBLEMENT DES ACCIDENS A L'AGE DE 18 ANS, ANASARQUE, ASCITE, AUCUN SIGNE DE PUBERTÉ; MORT; DIMENSIONS ÉNORMES DU COEUR; ÉTROITESSE DU LARYNX ET DE LA TRACHÉE.

OBS. II. — Benjamin D...., âgé de 18 ans, messager, a été souvent exposé au froid et à l'humidité. Né de parens sains, il avait été lui-même bien portant, à l'exception pourtant d'une notable brièveté dans la respiration, quand, il y a trois ans, cette dernière devint plus pénible, surtout par les temps brumeux et frais, ce qui l'obligea de quitter son état et de renoncer à tout effort violent. Traité d'abord à l'hôpital de Londres par des applications de sangsues et des ventouses, et par des vésicatoires appliqués sur la région du cœur, il n'en continua pas moins d'éprouver de la dyspnée, des palpitations et des syncopes. Son sommeil était fréquemment interrompu par des paroxysmes de palpitations. De violentes douleurs dans la région du cœur, qui duraient une ou deux minutes, le forçaient fréquemment de se mettre en double; ses jambes étaient marquées depuis longtemps de taches veineuses; et, depuis trois semaines surtout que les accidens sont aggravés, les pieds sont devenus œdémateux, le ventre s'est tendu, et on y trouve de la fluctuation. Le foie descend au-dessous de la région hypochondriaque. L'impulsion du cœur est vive, mais sans force, et bornée à la région précordiale. Un bruit qu'on perçoit, surtout en haut et à gauche, accompagne le premier ballonnement. La résonnance de la poitrine est normale : on y entend presque partout des râles humides. Il y a un peu de toux; l'urine est rare. Malgré l'emploi des purgatifs, on est obligé de pratiquer au scrotum des mouchetures qui n'amènent que peu de soulagement. La dyspnée augmente, le ventre se tuméfie de plus en plus, la face devient plus livide, les forces tombent entièrement, et le malade succombe le 15 février 1841.

AUTOPSIE. — Lividité sur toute la surface du corps, aucun signe de puberté, thorax petit et rond. Le milieu du sternum est proéminent. Le péricarde contient un peu de sérosité. Le cœur est aussi large que la forme d'un chapeau de grosseur ordinaire, la longueur est moindre; c'est presque exclusivement du côté droit du cœur qu'est cet énorme développement. L'oreillette droite fortement dilatée n'offre que peu d'hypertrophie; mais le ventricule du même côté est à la fois très dilaté et très hypertrophié. L'orifice de l'artère pulmonaire est très étroit, et au-dessous de la membrane interne de ce vaisseau on voit, dans toute son étendue et presque dans ses plus petites divisions, des plaques athéromateuses blanches et opaques, quelques-unes récentes et offrant une forte saillie. L'oreillette gauche est considérablement dilatée et épaissie; la valvule urétrale présente une masse de matière osseuse, en partie dénudée. Ces deux parties épaissies et serrées l'une contre l'autre, de manière à permettre à peine le passage du petit doigt. L'orifice de l'aorte est étroit, ainsi que cette artère elle-même qui offre de nombreuses plaques de matière athéromateuse. Les poumons contiennent peu d'air, présentent quelques plaques d'apoplexie pulmonaire récente. La bronche gauche est très aplatie, et ses divisions sont dilatées, épaissies et remplies de mercure. Le larynx est petit, la trachée étroite et *ressemble, pour le calibre, à celle d'un enfant de six ans*. Le péritoine contient beaucoup de sérosité. Le foie volumineux, de couleur foncée et dur, offre des plisssemens à sa surface, et dans son intérieur a l'aspect de la muscade. La rate, de volume médiocre, est ronde et ferme. L'estomac est un peu digéré; les testicules sont petits.

Il est facile, dit l'auteur, de s'expliquer, dans ces deux cas, la gravité des derniers symptômes par l'obstacle qu'éprouvait le retour du sang veineux, ainsi qu'il ressort de l'état de distension de l'oreillette droite et de la congestion veineuse générale qui avait produit la lividité, l'anasarque et l'ascite. Quant à cet obstacle lui-même, on le retrouve successivement dans l'état de la valvule tricuspide qui permettait la régurgitation du sang, puis dans la distension du ventricule gauche et en remontant plus haut, dans la petite capacité des artères pulmonaires, et enfin en s'élevant encore plus haut, nous trouvons comme cause antérieure, dans le premier cas, le petit calibre de la trachée et des bronches, la petite capacité de la poitrine, l'état charnu et resistant du poumon; et, dans le

second, le même ordre de choses pour le poumon et la poitrine, avec l'altération de l'artère pulmonaire et la dilatation des petites bronches. L'identité de la lésion dans les deux cas pour ce qui concerne le cœur droit suggère naturellement l'idée d'identité de cause; or, l'état de compression des poumons et l'étroitesse des artères pulmonaires sont les seules altérations auxquelles on puisse attribuer l'état du cœur droit. Quant à la diminution du calibre de l'artère pulmonaire, on ne peut l'attribuer qu'à une diminution de capacité pour le sang dans la partie à laquelle elle se distribue comme cela a lieu à la suite de l'application d'une ligature, dans le vaisseau spermatique et utérin, et dans d'autres circonstances qu'il est inutile de rappeler.

Maintenant le défaut de développement des poumons n'est pas non plus la cause primitive de la maladie, car nous avons encore l'étroitesse de la poitrine et le rétrécissement des poumons. Quant à la première de ces deux altérations, il est probable, d'après l'influence bien connue des organes mous sur les surfaces dures ou osseuses qui les entourent, que l'étroitesse des parois thoraciques est plutôt l'effet que la cause de la diminution du volume des poumons. Il ne reste donc plus d'autre altération qui puisse être regardée comme point de départ de toutes les autres que le peu de développement des poumons et le rétrécissement de la trachée; or c'est cette dernière qui seule peut être la cause; car on sait qu'un obstacle contraire au passage de l'air amène l'atrophie des poumons.

Nous regrettons de ne pouvoir suivre plus longtemps l'auteur dans les explications dont nous venons de donner quelques-uns des points les plus importans. Cette méthode dont on n'use pas assez souvent, mais dont on ne peut faire usage qu'avec de grandes précautions, peut rendre de grands services tant que les lois chimico-mécaniques dominent les faits dont on étudiera l'enchaînement. Mais elle cesse d'être applicable par l'intervention des phénomènes vitaux. Nous regrettons surtout de ne pouvoir suivre l'auteur dans l'exposé des moyens qu'il conseille pour arrêter le développement successif de ces lésions qui s'enchaînent ainsi mutuellement. Les cas de guérison qu'il rapporte donnent un exemple des nombreux moyens que l'homme de l'art peut mettre en usage dans des cas semblables, et qui ne se bornent pas, comme on le croit trop communément parmi nous, aux moyens purement hygiéniques. Ce sujet se rattache, comme on le voit, à l'entraînement.

RAPPORT MÉDICO-LÉGAL SUR LES FAITS RELATIFS A UNE ACCUSATION RÉCENTE D'EMPOISONNEMENT PAR ARSENIC; par A. TAYLOR.

L'histoire de cette accusation, qui a été abandonnée après l'enquête et qui n'a pas été portée aux assises, offre un exemple remarquable de l'impunité que peuvent quelquefois assurer au criminel les précautions dont il a soin de s'entourer au moment du crime, malgré la réunion des preuves les plus certaines. Quelques mots sur ce fait qui est rapporté avec beaucoup de détails et est l'objet d'une savante discussion en feront comprendre l'importance.

OBS. — Un homme, âgé de 28 ans, est atteint d'une diarrhée simple qui régnait à cette époque dans le voisinage. M. Breach est appelé une fois auprès de lui, et lui prescrit quelques prises d'une poudre absorbante. Au bout de deux jours on apprit qu'il était mort après avoir beaucoup vomi, mais sans qu'aucun médecin eût été appelé de nouveau, et le malade n'avait reçu de soins que de sa femme, avec laquelle il avait eu quelque temps auparavant de vifs démêlés à l'occasion d'un homme avec lequel elle paraissait avoir des rapports intimes depuis quelques semaines, et de ce même homme qui, arrivé auprès du malade, cinq heures avant sa mort, ne le quitta plus. En même temps on apprit que, trois jours avant cette mort, la femme avait envoyé acheter par le fils de sa sœur de l'arsenic pour tuer les rats, et que le malade lui-même quelque temps auparavant s'en était également procuré. Le tout formait environ 6 grammes; mais l'arsenic n'ayant pas été retrouvé, la femme assura qu'elle l'avait jeté dans le feu le jour même de la mort de son mari. L'ouverture ordonnée, on trouva des ulcérations dans l'estomac en contact avec une poudre blanche qui, traitée par les réactifs convenables, fut reconnue pour de l'arsenic, six onces d'un liquide jaunâtre, dans lequel aucun des réactifs et même l'appareil de Marsh ne purent signaler la moindre trace d'arsenic, et enfin une matière pâteuse semblable à du mucus, et dont certaines parties tombaient au fond du liquide, tandis que d'autres restaient à sa surface. Cette matière séchée et chauffée dans un tube de verre fournit une grande quantité d'arsenic. Il était donc évident que la mort avait été le résultat de l'administration de l'arsenic, et cependant la femme et son complice présumé furent relâchés parce que rien ne démontrait qu'ils eussent administré de leurs propres mains l'arsenic au malade, et que la mort n'était pas le résultat d'un accident ou même d'un suicide.

Dans ce cas, l'expertise médicale a démontré qu'il y avait eu empoisonnement; mais elle n'a pu suivre la main qui l'avait opéré; aussi malgré les charges morales qui accablaient les accusés ils furent rendus à la liberté par l'ordre du juge.

OBSERVATION D'UN ÉPANCHEMENT DE CHYLE DANS L'ABDOMEN PRODUIT PAR UNE TUMEUR MÉSENTÉRIQUE; par les docteur HUGUES et REES.

L'observation suivante, lors même qu'elle ne serait pas unique, comme l'auteur l'affirme, n'en serait pas moins remarquable. En voici les principaux détails.

OBS. — King, âgé de 20 ans, grand, bien fait, brun, se plaint, le 31 décembre 1840, de quelques troubles du côté de l'estomac. Il a perdu l'appétit, éprouve des acidités, des vomissemens, des flatulence et des éructations amères. La langue pâle et nette présente l'empreinte latérale des dents; le pouls est faible et compressible, la physionomie abattue; il ressent des palpitations et de l'excitation à la moindre cause physique ou morale. Le commencement de ces souffrances remonte à près d'une année. Travaillant au fil de fer, il avait jusqu'alors joui d'une bonne santé. On lui prescrit la magnésie et le vin d'opium dans une boisson amère, avec la rhubarbe. Au bout d'un mois, il allait plus mal, l'abdomen était très tendu, sans tumeur appréciable, sans vomissement, mais avec constipation, diminution des urines et fluctuation abdominale indistincte. Les jours suivans, son état s'aggrave beaucoup, il maigrit rapidement, sa face se tire et exprime la prostration; il se plaint d'une douleur dans l'hypochondre gauche; son ventre prend un développement considérable.

Le 13 février, il survient de l'œdème aux jambes, et on voit, à la surface du ventre, se développer de nombreuses veines supplémentaires. Le malade maigrit beaucoup et meurt le 17 février.

AUTOPSIE. — ORGANES THORACIQUES. Rien d'anormal. Pas la moindre trace de tissu adipeux. La cavité abdominale contient 7 ou 8 pintes d'un liquide un peu épais, laiteux, et qu'on ne peut mieux comparer qu'à une émulsion d'amandes. Le péritoine n'offre pas d'injection, mais bien sur toute son étendue des petites taches blanches, qu'il est facile d'enlever en frottant légèrement, et qui sont composées de filamens délicats et presque capillaires déposés par le fluide laiteux; quelques-unes cependant sont aussi adhérentes à la séreuse que si elles avaient été produites par elle. Elles sont transparentes, angulaires et plutôt longues que rondes; elles ressemblent plutôt à l'œuf du *pediculus capitis* qu'à aucune espèce de tubercule. On trouve au centre de l'abdomen, reposant sur l'épine, une tumeur arrondie, nodulée, du volume d'un pain, et formée de plusieurs glandes mésentériques agglomérées dont quelques-unes ont le volume d'une petite orange et sont remplies, à l'intérieur, d'une masse molle, rougeâtre et pultacée, et il en sort par une légère pression un fluide crémeux. D'autres de ces glandes offrent tous les caractères du cancer cérébriforme; plusieurs circonvolutions intestinales sont adhérentes à cette tumeur et offrent sur quelques points de leur intérieur des ulcérations de la muqueuse répondant à des points où sont de nombreuses et fortes adhérences et où l'on retrouve les caractères du squirrhe commençant. Le foie, la rate et les reins sont à l'état normal; le pancréas n'a pas été examiné. De nombreux vaisseaux lactés, gros, tortueux, variqueux et distendus par un fluide lactescent chez les uns, transparent dans les autres, se montrent sur tous les points du mésentère.

Six onces du fluide contenu dans l'abdomen, analysées par M. Rees, lui ont paru contenir une quantité considérable de chyle, sans qu'il ait été cependant possible de le déterminer exactement. Ce liquide, agité avec l'éther, se séparait en trois portions distinctes. La supérieure était une solution de matière graisseuse dans l'éther; l'inférieure un sérum clair, et la moyenne une masse flottante de matière chylcuse, analogue à un principe animal qu'on trouve en grande quantité dans la solution, et qui paraît jouer un rôle important dans le travail de la digestion.

Quelles qu'aient été l'origine et la rapidité du développement de cette tumeur, il n'en est pas moins certain que c'est à la pression qu'elle exerçait sur les branches qui forment la veine-porte et sur le canal thoracique, et à l'altération propre des glandes mésentériques, qu'on doit attribuer l'épanchement, l'état de plénitude et probablement l'exsudation ou même la rupture des canaux chylifères.

DE L'AORTITE AIGUE; fragment d'un essai présenté à la Société médicale de l'hôpital Guy, par le docteur NORMAN CHEVERS.

S'appuyant sur le résultat des expériences dans lesquelles, après avoir injecté dans les artères un liquide irritant, on voit l'inflammation des tuniques artérielles, partant du point sur lequel l'expérience a été faite, gagner en sens inverse du cours du sang les troncs artériels, et arriver jusqu'au cœur, et rapprochant de ce résultat certaines maladies dans les quelles le sang paraît avoir subi une altération manifeste, telles que le purpura, le scorbut, l'auteur fait entendre qu'on pourrait rattacher à une seule et unique cause l'altération du sang, les différentes maladies de l'aorte; mais cette hypothèse est plutôt énoncée que développée; aussi passons-nous immédiatement à la description de l'aortite aiguë, dont il distingue deux types. Le premier se lie à une inflammation adhésive très active, dans laquelle une couche de lymphe coagulée, étendue sur une surface plus ou moins grande de la membrane interne, indique combien cette membrane est disposée à verser sur sa surface de la lymphe plastique. Le second type offre une ressemblance très frappante avec l'érysi-

pèle de mauvaise nature, non seulement par la rapidité de ses progrès et la nature de ses produits, mais encore par la préférence presque exclusive des sujets les plus débilités, les plus cachectiques; ce dernier type est caractérisé anatomiquement par des plaques rouges sur la membrane interne de l'aorte, par la présence d'un très grand nombre des vaisseaux sanguins dans la membrane externe, et même par des ecchymoses dans cette tunique. Il est probable que cette seconde forme de l'aortite doit souvent être confondue avec certaines affections dans lesquelles le sang altéré dépose à la surface interne des artères une partie de sa matière colorante, et produit des taches d'un rouge vif, à la production desquelles la phlegmasie n'a pris aucune part. De là aussi le grand nombre de causes auxquelles l'auteur attribue l'aortite qu'on observe dans la plupart des maladies inflammatoires, si nous l'en croyons.

Les symptômes de la maladie sont encore plus obscurs que ses causes. Elle n'en a pas de pathognomonique, et le tableau que trace le docteur Chevers des symptômes qui, lorsqu'ils se trouvent réunis, peuvent faire reconnaître l'aortite, est loin d'être tout à fait satisfaisant. Les principaux de ces symptômes sont le développement chez un sujet cachectique ou disposé aux hémorragies et atteint actuellement d'une affection thoracique aiguë, avec prostration et petitesse du pouls, d'une douleur déchirante dans les régions précordiale et abdominale, le long de l'épine, avec tendance à la syncope, action tumultueuse du cœur, puis une prostration extrême et tous les phénomènes qui s'y rattachent.

L'auteur ayant établi que l'aortite est constamment accompagnée d'un état d'affaiblissement de l'activité nerveuse, et non d'une augmentation de l'action vasculaire condamne le traitement antiphlogistique exclusivement employé en France. On éviterait, selon lui, la fréquence de l'aortite chez les opérés dans les salles de chirurgie, si, avant de pratiquer les opérations nécessaires, on les soumettait à un régime fortifiant. Quant au traitement qu'il conseille, il doit avoir pour but d'augmenter les forces et de diminuer l'irritabilité. Le premier objet sera obtenu en donnant au malade quelqu'un des stimulans auxquels il a pu être habitué et à petites doses, l'ammoniaque ou d'autres préparations dans la même intention, tandis que, pour le second, on aura recours à la digitale, à l'acétate de plomb combinés avec les opiacés, et soutenu par l'emploi de quelques contre-irritans.

TABLEAU DES CAS QUI ONT NÉCESSITÉ DE GRANDES OPÉRATIONS A L'HÔPITAL DE GUY, DEPUIS LE 1er OCTOBRE 1840; par M. BRANSBY COOPER.

ANÉVRISME DE L'ARTÈRE POPLITÉE, DÉVELOPPÉ A LA SUITE D'UNE EXTENSION BRUSQUE DU MEMBRE.

Il n'est pas encore positivement établi dans la science si les mouvemens brusques d'une articulation, et spécialement ceux du genou, peuvent déterminer la formation d'un anévrisme dans l'artère contiguë, ou si, au contraire, il est nécessaire, pour qu'une rupture s'opère dans les parois du vaisseau, que celles-ci fussent préalablement altérées. L'opinion de M. Blandin, qui admet et la maladie préexistante comme cause réelle, et l'influence des efforts, à titre de cause occasionnelle, paraît avoir concilié toutes les opinions. Il resterait cependant à déterminer si une violente extension ne serait pas susceptible d'éraill r une tunique artérielle même saine; mais on comprend combien de circonstances s'opposent à ce que le fait soit démontré rigoureusement par une observation complète sur l'homme vivant. Sans réunir toutes les conditions propres à établir la possibilité d'une déchirure à la suite d'effort, le cas suivant présente cependant, sous ce rapport, assez d'intérêt pour que nous croyions devoir en rapporter, avec quelques détails, le commencement.

OBS. I. — William Bolton, âgé de 33 ans, célibataire, de constitution lourde et paresseuse, plombier de son métier, a toujours joui d'une bonne santé, et ne se rappelle pas avoir éprouvé de maladie du genou. Habituellement employé à soulever des fardeaux d'un poids considérable, il s'occupait, vers la fin du mois d'août, à enlever des pièces de plomb très pesantes sur le toit d'une maison, et il en avait déjà transporté trois ou quatre, lorsque, dans le moment où il en déposait une par terre, il sentit dans le jarret une douleur vive et subite, comme s'il avait été frappé dans cette partie avec un instrument piquant. Il put cependant descendre sans beaucoup de difficulté; mais, dès qu'il eut touché le sol, il s'aperçut qu'il ne marchait pas avec la facilité ordinaire, et qu'il était obligé de boiter pour éviter la sensation pénible qu'il éprouvait chaque fois que le talon portait. Le lendemain il souffrait encore beaucoup lorsqu'il voulait fléchir le genou, et ce fut en cherchant la cause de cette incommodité qu'il découvrit une petite tumeur au jarret. Il continua cependant ses occupations. La tumeur alla en augmentant, et, au bout de quatorze jours, il s'y manifesta des pulsations. Le malade entra alors à l'hôpital où M. B. Cooper reconnut tous les signes d'une tumeur anévrismale. Nous n'insisterons pas sur le diagnostic qui ne présenta aucune obscurité. L'artère fémorale fut liée à la partie moyenne de la cuisse, et le sujet guérit parfaitement en peu de temps.

ANÉVRISME DE LA CAROTIDE EXTERNE GUÉRI PAR LA LIGATURE DE LA CAROTIDE PRIMITIVE.

L'observation suivante offre un nouvel exemple d'anévrisme de la carotide guéri au moyen de la ligature.

OBS. II. — Un homme âgé de 34 ans, de bonne et robuste constitution, vint, le 30 juin, consulter M. B. Cooper, pour un anévrisme du côté droit de la face. Il avait porté longtemps cette tumeur sans s'en apercevoir, et ce fut un de ses amis qui la signala à son attention. Au moment où M. Cooper l'examina, elle avait le volume d'une petite noix, placée au milieu du tissu de la parotide, et située précisément au niveau du col du condyle de la mâchoire inférieure, et du point où la carotide externe se divise en temporale et maxillaire interne. Les pulsations étaient très perceptibles au toucher, ainsi que le sifflement particulier aux anévrismes. En comprimant la carotide primitive, on faisait cesser ces phénomènes, et la tumeur elle-même disparaissait complètement. Le malade d'ailleurs n'éprouvait aucune gêne, aucun dérangement de fonctions.

L'opération fut des plus simples : une incision de 2 pouces fut commencée au niveau de la partie moyenne du cartilage thyroïde et conduite le long du bord interne du sterno-mastoïdien; mais en la dirigeant cependant plus près de la ligne médiane qu'on ne le fait d'ordinaire (M. B. Cooper trouve à cette pratique l'avantage de s'écarter de la veine jugulaire, dont la présence gêne beaucoup l'opérateur lorsqu'il fait son incision sur le bord même du sterno-mastoïdien). Le muscle omo-hyoïdien fut tiré en bas et en dedans, et l'artère parut alors à découvert. On la lia, et le sac anévrismal devint immédiatement flasque, et cédant entièrement sous la pression. Les pulsations y avaient également cessé. La plaie fut réunie avec deux points de suture et des bandelettes agglutinatives.

Le malade avait supporté l'opération avec beaucoup de courage; il n'éprouva ensuite qu'une sensation particulière dans la tête, sensation qui n'avait ni les caractères d'une douleur, ni ceux de la céphalalgie, mais qu'il comparait plutôt à un sentiment de plénitude générale et nullement circonscrite à un seul point. Il avait, du reste, pendant l'opération, ressenti comme une espèce de resserrement au bas de la gorge, accompagné d'un bruit involontaire, comparable au cri de la chèvre; mais ces phénomènes, qui ne persistèrent pas, furent attribués à une compression momentanée exercée par les doigts ou par les instrumens sur le pneumo-gastrique. La cure ne fut traversée par aucun accident; la ligature tomba le trente-troisième jour. Lorsqu'on revit le malade à cette époque, la tumeur était presque effacée en totalité, et les artères faciale et temporale du côté affecté paraissaient être oblitérées.

Plusieurs circonstances rendent cette observation digne d'intérêt et nous forcent à revenir sur quelques-unes de ses particularités. Notons d'abord la marche très lente de la tumeur qui avait à peine augmenté de volume depuis un an que le malade s'en était aperçu pour la première fois. L'absence de tout symptôme fâcheux est également à remarquer; et ce fait, que M. B. Cooper reconnaît lui-même, donnera peut-être lieu à quelques doutes sur la nécessité, et partant sur l'opportunité de l'opération, toujours grave en elle-même, qu'il a cru devoir pratiquer pour une affection qui ne donnait lieu en ce moment à aucun accident.

Quant au mode de traitement lui-même, ce cas n'est pas le seul où une ligature de la carotide commune ait amené l'oblitération de tumeurs anévrismales siégeant sur ses branches. MM. Mott, Gaunit, Dupont, Walther, Scarpa, etc., ont rapporté des exemples de guérison obtenue par la ligature de ce tronc, dans des anévrismes de l'une des carotides externe ou interne (V. DICT. DE MÉD. EN 25 VOL., t. VI, p. 419); et, dans les cas de ce genre, on peut même dire, d'une manière générale, malgré les observations contraires mais trop peu détaillées de M. W. Power (GAZ. MÉD., 1840, p. 426), que le succès est la règle. On s'est demandé pourquoi une terminaison favorable avait lieu si souvent dans ces circonstances, tandis que les hémorragies ou la récidive du mal sont si fréquentes, au contraire, à la suite de la même ligature faite pour des tumeurs situées plus bas et développées sur le tronc même de la carotide commune. La réponse est facile, et c'est précisément de cette différence de situation des tumeurs que naît une différence dans le manuel opératoire, et conséquemment une différence dans les résultats. En effet, par cela seul que l'anévrisme remonte vers le sommet du cou, le chirurgien peut choisir le lieu le plus convenable pour sa ligature; et dès qu'il lui est permis de l'éloigner en même temps: 1° du cœur; 2° de l'anévrisme (point dans la proximité duquel le vaisseau est toujours altéré); 3° de la bifurcation de la carotide primitive, on comprend les chances de succès qu'il réunit en sa faveur, puisqu'il a évité ainsi les trois causes les plus actives d'hémorragie secondaire, et de retour des battemens dans la tumeur.

Chez le malade dont nous venons de rapporter l'histoire, M. Benj. Brodie consulté avait conseillé de lier la carotide externe de préférence à la carotide primitive. Cette conduite qu'on pourrait suivre dans le cas de plaie aurait été beaucoup moins justifiable ici où il était difficile de

déterminer à l'avance et d'une manière précise s'il restait entre l'origine de la carotide externe et l'ouverture du sac une portion assez étendue d'artère saine pour pouvoir y porter la ligature.

On remarquera encore que le malade de M. Br. Cooper n'a eu, après l'oblitération de la carotide, ni paralysie, ni coma, ni syncope, ni altération des sens, ni aucun des phénomènes, en un mot, qui s'observent assez souvent dans les circonstances semblables.

CAS DE FRACTURE TRANSVERSALE DE LA ROTULE RÉUNIE PAR UN CAL OSSEUX, AVEC DES RÉFLEXIONS SUR LA NATURE ET LE TRAITEMENT DE CETTE AFFECTION; par M. WILKINSON KING.

Ce n'est pas une observation complète que M. King publie; il ne donne que la description et le dessin d'une pièce trouvée dans la collection d'anatomie pathologique, donnée par un chirurgien à l'hôpital de Guy, pièce sur laquelle il n'existe aucuns renseignemens.

La fracture, dit M. King, paraît avoir été accompagnée de flexion considérable de l'os, de sorte qu'il s'est formé de nouvelles surfaces articulaires, et que les bords de la rotule ont acquis une plus grande dimension.

Une section verticale ayant été faite, il n'a guère été possible de douter qu'il eût existé une fracture réunie par substance osseuse. Du reste, voici l'état des parties.

Sur la surface antérieure, on remarque un sillon plutôt profond que large, qui se porte directement en travers; il est placé un peu plus près de l'extrémité supérieure de la rotule que de l'inférieure. Au fond de ce sillon, l'os, qui a partout ailleurs son aspect naturel, est poli, opaque et dense, et il présente deux petites fissures ovalaires dirigées verticalement qui semblent résulter d'un défaut d'ossification dans les points correspondans.

L'os paraît généralement développé, surtout dans le sens vertical. (Il n'y a aucune autre indication, dans le texte, sur cette circonstance qui serait cependant fort importante pour décider s'il s'agit réellement ici d'une fracture, et s'il y a eu une augmentation de longueur causée par l'écartement des fragmens.)

Vers le bord interne, il existe quelques vestiges d'une fracture verticale, qui descendrait de l'une des deux fissures ovalaires précitées.

La face postérieure de l'os est divisée, par quatre lignes transversales et superficielles, en cinq bandes dont la supérieure a une étendue assez considérable dans le sens vertical, tandis que les quatre autres ont à peu près la même hauteur. Si nous nous en rapportons à la figure donnée par l'auteur, il y aurait également sur cette face articulaire plusieurs traces de fractures verticales, marquées par trois ou quatre lignes peu apparentes qui existent surtout vers les bords, et unissent entre elles les lignes transversales.

Nous ne nous prononcerons pas sur la nature de l'altération qui a eu lieu dans ce cas. Chaque lecteur pourra juger si les caractères que nous venons de rapporter d'après le texte de l'auteur anglais appartiennent à une fracture plutôt qu'à toute autre altération de l'os. Ajoutons que, d'après sa conformation, cette rotule paraissait être celle d'un homme adulte, et avoir servi longtemps encore après sa consolidation.

Ce n'est pas là, du reste, le premier exemple de consolidation de la rotule qui ait été apporté en réponse au fameux défi lancé autrefois par Pibrac au sein de l'Académie de chirurgie. Mais, si celui ci laisse quelques doutes, il en est de beaucoup plus concluans. Nous nous bornerons à citer ici le cas communiqué en 1838 à l'Académie de médecine par M. Blandin (V. GAZ. MÉD., 1838, p. 701), et l'excellente description que M. Denouvilliers a donnée d'une pièce de ce genre dans le catalogue du musée Dupuytren. (Voy. t. I, p. 235.) Sur cette dernière, l'os n'avait, dans le sens vertical, qu'un centimètre de plus que celui du côté opposé.

M. King fait suivre son observation de quelques remarques générales sur les fractures de la rotule. Aux causes de non consolidation signalées avant lui pour expliquer le défaut de réunion de ces solutions de continuité, il ajoute les deux suivantes. D'abord, dit-il, les fragmens étant écartés ne peuvent pas exciter par leur contact et leur frottement mutuel l'irritation qui a pour effet la sécrétion de la matière du cal. En second lieu, les moyens ordinairement employés dans les fractures, tels que les applications froides et la compression permanente, doivent nécessairement agir dans un sens défavorable à la réunion, en diminuant l'activité de la circulation capillaire. Pour obvier à ce dernier inconvénient, il propose d'appliquer pour tout appareil une pièce de linge longue et étroite qui passerait au-dessus du fragment supérieur, puis viendrait former, en suivant une direction oblique, une sorte de tourniquet qu'on pourrait serrer sans exercer de compression autour du membre. Nous laissons au lecteur le soin de reconnaître ce qu'il y a à prendre dans ces idées, dont quelques-unes partent de principes évidemment exagérés.

(La fin au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 16 MAI.

CAUSES DES FIÈVRES INTERMITTENTES.

M. FOURCAULT lit un mémoire intitulé : DE L'INFLUENCE DU CLIMAT DE ROME SUR LE DÉVELOPPEMENT DES FIÈVRES INTERMITTENTES SIMPLES ET PERNICIEUSES. D'après l'auteur, on doit surtout attribuer ces fièvres aux vicissitudes atmosphériques qu'amènent les vents du sud, au travail excessif des habitans et à leurs mauvaises habitudes hygiéniques. On a dit que le voisinage du Tibre n'est pas étranger à leur production, à cause de la décomposition des matières organiques qu'il dépose sur ses bords; mais des personnes vivant loin de ce fleuve, au milieu de champs vastes et fertiles, n'en contractent pas moins la fièvre intermittente. Leur fréquence paraît donc être en raison directe de l'état hygrométrique de l'air, et de la température.

Pour prévenir le développement de la maladie, la première condition est d'abandonner les lieux bas et humides, surtout à l'époque de l'année où ils deviennent insalubres; il faut aussi porter des vêtemens chauds, et exciter par tous les moyens connus les fonctions de la peau.

(Commissaires : MM. Magendie, Serres et Double.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE EXTRAORDINAIRE DU 14 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. PAUL DUBOIS.

ANALYSE D'EAUX MINÉRALES.

M. HENRY, au nom de la commission des eaux minérales, lit un rapport sur le procédé de M. Dupasquier, de Lyon, pour l'analyse des eaux sulfureuses.

Les conclusions sont d'adresser à l'auteur une lettre de remercimens, et de porter son nom sur la liste des candidats au titre de membre correspondant de l'Académie.

M. MARTIN SOLON : J'appuie d'une manière toute spéciale ces conclusions. Le procédé de M. Dupasquier est d'une facilité admirable à employer. Il peut même réussir entre les mains de ceux qui ne sont pas chimistes; car il décèle la présence des sulfures aussi sûrement que l'instrument de M. Biot fait reconnaître l'existence du sucre dans l'urine des diabétiques.

Les conclusions sont adoptées.

M. HENRY lit un rapport sur une nouvelle source d'eau ferrugineuse iodurée, située à Graville, dans le voisinage du Hâvre. La présence de l'iode dans ces eaux a été constatée par la commission, et elle croit que ce métalloïde y existe à l'état d'hydriodate d'ammoniaque.

Les conclusions sont de répondre au ministre qu'il y a lieu d'accorder à l'inventeur l'autorisation d'exploiter cette source.

M. FONTAN : J'ai eu souvent occasion d'analyser des eaux iodurées ou brômurées : j'y ai toujours trouvé ces principes à l'état d'hydriodate ou d'hydrobromate. Il se dégage cependant de l'ammoniaque lorsqu'on chauffe ces eaux; mais peut-être est-il alors formé aux dépens des matières animales qui se décomposent par la chaleur. Je n'émets ici qu'un doute; mais il me paraît néanmoins probable que les choses se passent ainsi, et il serait sans doute utile de répéter les expériences. Le rapport aurait donc dû s'exprimer d'une manière moins absolue.

M. HENRY : Je crois, pour ma part, que l'ammoniaque peut fort bien exister dans les eaux minérales avant qu'on les ait chauffées; et dans l'explication que M. Fontan donne de sa formation, je ne sais si l'ammoniaque serait capable de décomposer l'iodure de potassium et l'iodure de calcium.

Les conclusions sont adoptées avec la correction indiquée par M. Fontan.

M. HENRY lit un rapport sur une source sulfureuse située à Convalet, dans le département du Jura; sa température est de 15° C., et quoique la quantité de principes sulfureux n'y soit pas très abondante, la commission pense que cette source pourra rendre d'utiles services.

M. FONTAN : Le rapport assimile les eaux de cette nouvelle source à celles d'Enghien. Or, les eaux d'Enghien ne sont que des eaux sulfureuses accidentelles, formées par la décomposition de principes organiques. Elles ont donc une infériorité marquée sur les eaux de Bagnères de Luchon, qui sont naturelles. Ces dernières contiennent, il est vrai, une moindre quantité de soufre; mais cela ne change rien à leurs propriétés médicales, et je pourrais prouver par des faits

qu'elles sont dix fois plus actives que celles d'Enghien, et que celles-ci, bien que plus sulfureuses, mériteraient de retomber dans l'oubli d'où l'on a eu tort de les tirer dans ces derniers temps.

M. Henry : M. Fontan prétend que la source d'Enghien n'est qu'une eau sulfureuse accidentelle ; mais, s'il en était ainsi, cette source n'aurait dû avoir qu'une durée limitée ; or, elle coule depuis près de 60 ans. De même, si son origine était telle qu'on veut le faire croire, elle devrait être sujette à des intermittences ; or, malgré ce qu'a avancé M. Fontan, je puis affirmer que l'eau d'Enghien est aussi sulfureuse en hiver que dans l'été.

M. Fontan : Ces intermittences dont parle M. le rapporteur s'observent dans quelques sources sulfureuses. Ainsi M. Dupasquier est convenu, avec une bonne foi dont on ne saurait trop le louer, que les eaux d'Allevard sont beaucoup moins sulfureuses pendant l'hiver.

M. Henry : M. Fontan tient à justifier sa division des eaux sulfureuses en naturelles ou accidentelles, ou mieux, comme il le dit lui-même, en primitives et secondaires. Cette distinction est fondée, et je crois même avoir été le premier à la proposer et à la démontrer par des faits. Mais il ne faut pas pour cela s'exagérer son importance sous le rapport pratique ; car, de ce qu'une eau sulfureuse est secondaire, par exemple, il ne s'en suit pas nécessairement qu'elle doive être bannie de la thérapeutique.

M. Fontan : Je ne demande point qu'on abandonne les eaux sulfureuses secondaires ; je veux seulement qu'on en fasse une classe à part. Et remarquez que la distinction entre ces deux espèces se trouve on ne peut plus tranchée dans la nature. Ainsi, en cherchant à déterminer les terrains où ces eaux prennent naissance, on arrive toujours à ce résultat, que les eaux primitives viennent des terrains primitifs, et les eaux secondaires des terrains secondaires ou tertiaires.

Quant au rapport de M. Henry, je me borne à demander qu'on y ajoute une note dans laquelle il sera consigné que l'eau de Conratet est une eau sulfureuse secondaire, et qui se forme par la décomposition du sulfate.

M. Martin-Solon : D'après ce que vient de nous dire M. Henry, cette proposition avait déjà été émise avant M. Fontan, et elle est généralement adoptée. Je ne vois donc pas qu'il soit nécessaire de faire une addition au rapport pour y insérer des idées qui ont cours dans la science.

Les conclusions du rapport, modifiées dans le sens des observations de M. Fontan, sont adoptées.

M. Henry lit un rapport sur deux sources, l'une sulfureuse, l'autre ferrugineuse, du département des Pyrénées-Orientales. La commission, après les avoir analysées, a trouvé que les principes minéralisateurs y sont en trop petite proportion pour qu'il soit très utile d'en recommander l'emploi.

M. Fontan : Il est fort possible que la composition de l'eau qu'on a envoyée à l'Académie ait changé durant le trajet. Je propose en conséquence de répondre seulement que la commission n'a pu se trouver dans les circonstances convenables pour juger de la quantité de principes médicamenteux que cette eau renferme.

Cette proposition n'est pas appuyée.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

M. Henry lit un rapport contenant l'analyse d'eaux qui proviennent des différentes sources de Bourbon-l'Archambault. Cette analyse avait été demandée par le médecin de l'établissement ; et la commission, après avoir analysé les échantillons qui lui avaient été envoyés, est d'avis que ces eaux renferment des principes très abondans, et qu'elles continuent par conséquent à mériter la réputation qui leur est depuis si longtemps acquise.

Ces conclusions sont adoptées.

M. Henry lit un rapport sur les eaux de Loeches. L'Académie a été consultée sur la question de savoir si la *poussée*, qu'on observe après l'usage de ces eaux, dépend des sels de strontiane qu'elles contiennent. Dans de nombreuses analyses, la commission a constaté des traces non équivoques de chlorure de strontium, de sulfate et de carbonate de strontiane. Elle ne pense pas néanmoins que la *poussée* soit due à la présence de ces sels, mais plutôt au séjour très prolongé que les malades font dans le bain.

Ces conclusions sont adoptées.

CAUSES DES HALLUCINATIONS.

M. Baillarger lit quelques extraits d'un mémoire ayant pour titre : DE L'INFLUENCE DU PASSAGE DE LA VEILLE AU SOMMEIL ET DU SOMMEIL A LA VEILLE SUR LA PRODUCTION ET LA MARCHE DES HALLUCINATIONS.

Ce travail est divisé en deux parties.

La première contient 30 observations divisées en quatre séries ; de ces observations, 19 lui sont propres, et 11 ont été empruntées par lui à différens auteurs.

Dans la seconde partie, M. Baillarger discute les observations, recherche les rapports généraux qu'elles offrent entre elles, et les conséquences qu'on peut en tirer pour l'étude et le traitement de la folie.

Cette seconde partie est résumée dans les conclusions suivantes :

1° Le passage de la veille au sommeil et du sommeil à la veille a une influence positive sur la production des hallucinations chez les sujets prédisposés à la folie, dans le prodrôme, au début et dans le cours de cette maladie.

2° Le simple abaissement des paupières suffit, chez quelques malades et pendant la veille, pour produire des hallucinations de la vue.

3° Les hallucinations survenant dans l'état intermédiaire à la veille et au sommeil, pour peu qu'elles persistent, deviennent le plus souvent continues et entraînent le délire.

4° La folie chez les sujets atteints déjà d'hallucinations au moment du sommeil est principalement, et dès le début, caractérisée par des hallucinations.

5° Les hallucinations qui ont lieu pendant la veille deviennent souvent plus fortes au moment du sommeil et du réveil.

6° Un accès de manie peut suivre immédiatement, et dès le premier jour, les hallucinations qui se produisent au moment du sommeil et du réveil.

7° Les hallucinations qui ont commencé dans l'état intermédiaire à la veille et au sommeil, peuvent, après être devenues continues et avant de se terminer complètement, revenir à leur point de départ.

8° Des hallucinations d'un sens ayant lieu la veille, des hallucinations d'un autre sens peuvent se produire au moment du sommeil.

9° Le passage de la veille au sommeil a beaucoup plus d'influence sur la production des hallucinations que le passage du sommeil à la veille.

10° C'est souvent après la suppression d'une hémorragie qui a déterminé des signes de congestion vers la tête que se produisent les hallucinations au moment du sommeil.

11° Les hallucinations ne doivent pas être comparées aux rêves en général, mais seulement aux rêves avec hallucinations.

12° L'influence du passage de la veille au sommeil sur la production des hallucinations prouve que, dans certains cas au moins, c'est un phénomène purement physique, et qui appelle surtout l'emploi des moyens physiques.

13° Les hallucinations survenant dans l'état intermédiaire à la veille et au sommeil, surtout chez les sujets prédisposés à la folie, ou qui ont déjà été aliénés, sont souvent l'indice d'un délire imminent.

14° Les hallucinations qui précèdent le sommeil, durant quelquefois, et dès le premier jour, pendant plusieurs heures, sont une cause de folie transitoire et pourraient excuser des actes commis pendant la nuit par un sujet qu'on trouverait le lendemain parfaitement sain d'esprit.

Ce mémoire, qui a été écouté avec intérêt, est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Castel, Ferrus et Pariset.

La séance est levée à 5 heures moins un quart.

SÉANCE DU 17 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. FOUQUIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

M. le secrétaire perpétuel donne lecture de l'ordonnance du roi qui approuve la nomination faite par l'Académie de M. J. Guérin, comme membre titulaire dans la section de pathologie médicale.

M. Villeneuve : J'avais annoncé dans la dernière séance que M. Labesque, médecin à Agen, avait pratiqué, dans le cours de sa carrière, plus de 46,000 vaccinations. Ce chiffre avait soulevé quelques doutes. J'apprends aujourd'hui qu'il résulte des documens émanés de la préfecture du département de Lot et Garonne que le nombre des vaccinations faites par cet honorable praticien est de 46,660.

SUR MAHOMET CONSIDÉRÉ COMME UN ALIÉNÉ.

M. Renauldin continue la lecture de son rapport sur le mémoire présenté sous ce titre par M. le docteur J.-J. Beau (v. Gaz. Méd., 1842, n° 19). Dans ce travail, l'auteur a rassemblé tous les traits de la vie de Mahomet, qui peuvent être regardés comme des signes d'aliénation mentale, et il conclut que ce réformateur était un véritable fou, étayant sa thèse sur un grand nombre de faits et sur la relation des visions du prophète. M. Renauldin ne partage pas cette manière de voir, et croit au contraire que tous les actes de Mahomet, et notamment que les préceptes contenus dans le Coran témoignent hautement de l'intégrité et de la puissance de ses facultés intellectuelles.

Les conclusions du rapport sont :

1° D'adresser une lettre de remercîmens à l'auteur ;

2° De déposer son travail aux archives ;

3° D'inscrire son nom sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

M. Bouley demande le renvoi du mémoire au comité de publication. (Exclamations.)

M. Castel : Je n'aurais pas demandé la parole en cette circonstance, si les conclusions eussent été différentes. Mais, outre qu'elles me paraissent beaucoup trop favorables, je trouve que ce rapport est une sorte d'empiétement sur les attributions de l'Académie des inscriptions et belles-lettres. C'est un hors-d'œuvre qui a servi, il est vrai, à nous distraire un instant de nos pénibles travaux. Mais je n'approuve pas la pensée qui a présidé à sa conception ; car il y a bien de la témérité à prétendre juger le jugement qu'ont porté les siècles. Triste destinée que celle des hommes de génie ! Persécutés durant leur vie, après leur mort on s'attache encore à dénaturer leurs actions et leurs doctrines ! C'est fort décourageant..... Les conclusions du rapport me paraissent évidemment trop flatteuses, car, d'un côté, l'opinion de M. Beau est insoutenable et absurde, et, de l'autre, son travail ne concerne pas l'Académie de médecine. Qu'on se borne donc à lui accuser réception de son mémoire, qu'on lui adresse même, j'y consens, des remercîmens, chose banale et sans conséquence, mais qu'on s'abstienne de tout encouragement direct.

M. Renauldin s'attache à prouver la compétence de l'Académie sur cette question. D'un autre côté, dit-il, l'auteur a avancé un paradoxe, cela est vrai, mais il l'a soutenu avec beaucoup d'esprit et de talent.

M. Rochoux : Le sujet qu'a traité M. Beau est véritablement médical. Maho-

met n'est pas le premier grand homme qu'on ait cherché à faire passer pour fou. D'autres écrivains avaient déjà dit la même chose de Socrate, tout comme on a prétendu que Napoléon et Jules César étaient épileptiques, sans qu'il y ait la moindre preuve à l'appui de ces assertions.

M. Castel : Daubenton avait coutume d'appeler libertinage d'esprit les excursions que l'on fait hors de la science que l'on a embrassée. C'est aussi un véritable libertinage d'esprit que ce travail de M. Beau, où l'on cherche à déprécier un homme comme Mahomet, qui a été comparé à Zoroastre et à Confucius. Nous ne pouvons donc accorder des encouragemens à l'auteur, et je renouvelle ma première proposition.

M. Gerdy : Un mémoire dont les conclusions sont fausses peut cependant porter la marque de qualités brillantes. Je ne vous en citerai qu'un exemple, celui du premier discours de J.-J. Rousseau, qui fut couronné, quoiqu'il ne fût que le développement d'un paradoxe. Si donc M. Renauldin, qui a lu ce travail avec soin, déclare qu'il renferme de bonnes choses, nous ne pouvons que souscrire au jugement du rapporteur et donner notre sanction à ces conclusions, qui ne sont pas, du reste, excessivement favorables.

Les deux premières conclusions sont mises aux voix et adoptées.

M. Beau étant résidant à Paris, sur la proposition de M. Double, et d'après les observations de M. Barthélemy, M. le rapporteur retire la troisième conclusion.

Taille et lithotritie.

M. le docteur Drouineau, de La Rochelle, lit le résumé d'un mémoire qui contient les observations détaillées de diverses opérations de la pierre pratiquées par lui.

Sur 17 calculeux, onze ont été opérés par la lithotripsie; sur ce nombre, 9 guérisons et 2 insuccès indépendans de l'opération. Chez huit de ces sujets, l'affection calculeuse était fort ancienne et s'accompagnait de désordres graves des voies urinaires.

Six malades, chez lesquels M. Drouineau a reconnu le broiement impossible, ont été taillés par diverses méthodes; 5 ont guéri, un seul est mort au dixième jour de l'opération, en voie de guérison, par suite d'un écart de régime.

(Commissaires : MM. Blandin, Jobert et Ségalas.)

Emphysème pulmonaire.

M. Piedagnel lit un mémoire intitulé : De l'emphysème pulmonaire considéré comme cause de mort. Cette lecture sera continuée à la prochaine séance.

Anus artificiel chez un enfant.

M. Amussat présente une pièce d'anatomie pathologique relative à un enfant du sexe masculin qui lui avait été adressé par MM. les docteurs Miquel et Devilliers et qui a succombé quatre jours après sa naissance. Cet enfant avait une imperforation de l'anus, et le rectum se terminait dans la vessie. En raison de cette dernière circonstance, une partie du méconium s'échappait avec l'urine, on avait pensé d'abord que l'enfant était bien conformé. Deux jours après la naissance, on s'aperçut que le ventre était volumineux, qu'il vomissait aussitôt après avoir tété et que son teint devenait livide; enfin, en l'examinant attentivement, on remarqua qu'il n'existait pas de traces de l'ouverture anale. L'opération a été pratiquée le 7 mai 1841, en présence de MM. L. Boyer, Filhos, Grabowski, Koutsoskis, Levaillant et Silvestre Duperron. Bien que M. Amussat ne perçût pas dans les régions périnéale et coccygienne une fluctuation indiquant que le rectum distendu se terminait près de la peau, il crut devoir inciser sur le raphé, afin d'aller à la recherche de l'intestin qui, d'après sa terminaison probable dans la vessie, semblait devoir se laisser assez facilement atteindre par la région coccygienne. L'incision étant faite dans ce point, M. Amussat chercha inutilement l'intestin, il lui fut impossible d'arriver jusqu'au cul-de-sac terminal, et cependant l'incision s'étendait à environ 5 ou 6 centimètres de hauteur. Un trois-quart, introduit profondément dans la direction du rectum, ne produisit aucun résultat; un moment on crut avoir atteint la fin de l'intestin, et en effet on sentit au fond de la plaie un organe conique qui paraissait être la fin du rectum; il fut incisé avec précaution, mais aucun liquide ne sortit. Enfin, fatigué d'avoir fait pendant longtemps des recherches inutiles, et voyant que l'enfant perdait du sang et s'affaiblissait, M. Amussat crut devoir par prudence arrêter là l'opération. Il plaça une mèche de linge enduite de cérat dans la plaie, et de temps en temps on examina si l'intestin ne viendrait pas de lui-même, étant poussé par les efforts de l'enfant, faire une saillie apparente au fond de la plaie. Dans ce cas, on aurait pu peut-être l'attirer jusqu'à la peau et l'ouvrir après l'avoir fixé par quelques points de suture entortillée. L'enfant a succombé deux jours après, sans qu'il ait été possible d'arriver à percevoir aucune sensation de la présence du rectum à la partie inférieure du bassin. Le méconium a continué à s'échapper par l'urètre, et il n'est point sorti d'urine par la plaie, ce qui prouve que la vessie n'avait point été ouverte.

Sur les pièces pathologiques que M. Amussat présente à l'Académie, on constate que le rectum est très dilaté et qu'il se termine à droite dans la vessie, entre les deux uretères par un pertuis fort étroit, difficile à découvrir et à travers lequel il ne pouvait s'écouler que la partie la plus liquide du méconium. Tout le gros intestin est très distendu, et on voit que le colon lombaire gauche est fixé à la paroi abdominale, et qu'il est dépourvu de péritoine en arrière dans le tiers au moins de son étendue. Il résulte de cette disposition, qui est constante à quelques exceptions près chez les enfans, aussi bien que sur les adultes, que les colons peuvent être facilement atteints dans la région lombaire sans intéresser le péritoine; et pour ne parler que des enfans nouveau-nés, M. Amussat affirme que, sur plus de vingt sujets de cette espèce qu'il a examinés avec attention, il n'a trouvé qu'une seule fois le colon fixé par un mésentère dont les deux lames étaient rapprochées l'une de l'autre; mais encore, dans ce cas exceptionnel, l'intestin était vide et contracté. Toujours aussi, chez les enfans, le rein est placé en dedans du colon lombaire gauche; par conséquent on a, dans la présence de cet organe, un guide certain pour arriver à la portion du colon dépourvue de péritoine. Chez les adultes, la position respective des deux organes, du rein et du colon n'étant pas toujours aussi constante, il en résulte que l'opération de l'anus artificiel dans la région lombaire est plus difficile à pratiquer que sur les enfans, où une sorte de boussole, le rein, ne permet presque aucun doute sur la position du colon.

M. Amussat conclut que, dans les cas d'imperforation de l'anus, on ne doit aller à la recherche de l'intestin par la région périnéale ou coccygienne, que lorsqu'on perçoit manifestement la fluctuation à travers la peau de ces régions. Ce signe manquant, on s'exposerait à faire des opérations inutiles, après lesquelles il ne serait plus possible de tenter avec des chances de succès d'établir un anus artificiel dans la région lombaire gauche; car les enfans, épuisés par la douleur et par la perte de sang, ne supporteraient pas tous impunément une nouvelle opération.

Le rectum se terminant dans la vessie, il faudrait, même dans ce cas particulier, recourir de suite à l'opération dans la région lombaire, après s'être assuré toutefois qu'il n'existe pas de fluctuation vers le plancher du bassin.

Après cette communication, M. Amussat donne quelques détails sur une opération qu'il a pratiquée sur un autre enfant nouveau-né, également du sexe masculin, qui lui a été présenté dimanche dernier, n'ayant point rendu de méconium depuis la veille, jour de sa naissance. M. le docteur Garnier, médecin à Charonne, examina cet enfant et le fit apporter chez M. Amussat.

Le raphé se prolongeait en arrière jusqu'au-dessus du coccyx et on voyait un tubercule ovoïde placé à peu près à l'endroit où l'anus aurait dû s'ouvrir. En palpant attentivement la région périnéale pendant les mouvemens de la respiration et lorsque l'enfant criait et s'agitait, M. Amussat perçut une fluctuation assez évidente. Alors, en présence de MM. L. Boyer, Filhos et Garnier, qui avaient éprouvé la même sensation, un bistouri fut plongé de bas en haut et d'arrière en avant, à plus de 3 centimètres de profondeur; il ne sortit rien; mais en agrandissant l'ouverture, surtout en avant, et en retirant l'instrument, une petite quantité de méconium noir, épais et gluant, s'en échappa, ayant à peu près le volume et la forme d'une sangsue. Enfin une sonde de femme ayant été introduite profondément, un bistouri boutonné guidé par cet instrument servit à agrandir l'ouverture en arrière, et alors le méconium sortit en grande quantité. L'enfant ayant été nettoyé, une mèche fut placée dans l'ouverture anale.

Depuis l'opération, M. Amussat a revu l'enfant plusieurs fois. Aujourd'hui, son état n'était pas très satisfaisant. Il était jaune et très faible. On a lieu de craindre que la résorption des matières dans le trajet artificiel ne produise le même résultat que celui qui a eu lieu presque constamment chez les enfans opérés dans la région coccygienne, surtout lorsque l'anus ne se terminait pas très près de la peau.

Enfin, M. Amussat profite de cette occasion pour dire que l'enfant sur lequel il a établi quelques jours après sa naissance un anus artificiel dans la région lombaire gauche, sans ouvrir le péritoine, et qu'il a présenté à l'Académie le 19 avril dernier (v. Gaz. Méd., 1842, p. 267), continue à jouir d'une bonne santé. Il a maintenant près de quatre mois.

La séance est levée à cinq heures et quart.

CONCOURS

OUVERT A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, POUR UNE CHAIRE DE CLINIQUE CHIRURGICALE.

(Suite et fin. — Voir les numéros 14, 15, 17, 18 et 20.)

Troisième épreuve. — Leçon clinique.

M. Vidal (de Cassis).

Le premier malade est un homme âgé de 43 ans, pâle, maigre et d'une constitution affaiblie. Une blennorrhagie qu'il a eue à 19 ans s'est répétée très souvent depuis lors, et a même été à plusieurs reprises accompagnée d'orchites symptomatiques. L'affection de l'urètre s'était-elle déclarée longtemps après le coït? On comprend que le malade a perdu le souvenir de cette circonstance. Il n'a jamais pris que du copahu et des préparations de fer, et n'a pas été soumis au traitement anti-vénérien complet et méthodique. Enfin, depuis trois ans seulement, il est débarrassé de sa blennorrhagie, mais au prix d'une maladie bien plus grave.

Après un engorgement ganglionnaire de la partie latérale du cou, disparu rapidement sous l'influence de l'emplâtre de vigo, il s'est manifesté un gonflement vers l'angle du côté gauche de la mâchoire inférieure; un abcès s'est formé, et l'on a extrait un fragment osseux de la grosseur du pouce. La nécrose a ensuite envahi le maxillaire supérieur, et, après la séparation d'un nouveau séquestre, il est resté une communication anormale entre la bouche et les fosses nasales. L'ouverture est ovalaire et son contour contient une portion osseuse en voie d'élimination. En portant un stylet dans les fosses nasales, on sent encore un os

dénudé, mais ayant la consistance normale. Les os du nez sont gonflés, mais la muqueuse qui les recouvre paraît intacte.

Les effets du virus ne s'arrêteront vraisemblablement pas là. Le malade a l'ouïe un peu dure. Il éprouve aussi vers la tempe gauche une douleur qui est plus forte pendant la nuit. Mais, du reste, on n'aperçoit en ce point aucune altération appréciable, non plus qu'à l'apophyse mastoïde.

Le virus qui est en circulation chez ce malade a aussi frappé la vue. La pupille est plus dilatée, plus paresseuse d'un côté que de l'autre; au reste, cet affaiblissement de la vue ne revient que par intervalles.

Un médecin, considérant ces divers symptômes comme nerveux, a administré des sels de morphine par la méthode endermique; mais, ainsi qu'il était facile de le prévoir, cette tentative n'a eu aucun succès. Un autre praticien lui a aussi fait suivre un traitement composé de pilules mercurielles et de tisane de bardane; mais le mal était trop avancé pour que ce traitement pût l'arrêter.

Déterminons maintenant, dit M. Vidal, le lien qui unit les premiers symptômes aux désordres actuels. Le malade a eu une blennhorragie prolongée, et c'est au moment où elle a cédé que les altérations osseuses ont apparu. Il est donc évident qu'il est en ce moment sous l'influence d'une vérole parfaitement constatée; personne ne pourrait le nier : et cependant le sujet n'a pas eu de chancre! Mais l'on pourrait m'objecter qu'il en existait peut-être un dans l'urètre. Cette objection n'est point nouvelle. Pour savoir à quoi m'en tenir sur sa valeur, j'ai cherché dans les auteurs les plus récens une bonne observation bien complète de chancre du canal, une observation bien authentique comme celles qu'il faut à la science, et je n'en ai pas trouvé, de sorte qu'à la rigueur je serais autorisé à nier les chancres du canal. Ici du moins il m'est impossible de lier le commencement de la maladie à sa suite par l'existence d'un chancre, et je ne trouve absolument rien pour l'expliquer qu'une blennhorragie; de manière que, si j'avais plus de facilité à me former des convictions et à apporter dans la science des idées qui ne doivent pas y demeurer longtemps, je serais en droit de dire qu'il existe des accidens tertiaires après une simple blennhorragie. (La réserve que M. Vidal a montrée ici ne peut que faire honneur à son jugement; mais peut-être eût-il dû, pour être juste, ne pas la borner aux conclusions. En effet, pour admettre, même sous forme dubitative, qu'une blennhorragie peut donner lieu à la syphilis, il fallait évidemment prouver qu'il s'agissait ici de véritables accidens syphilitiques, et d'autre part, qu'il n'y avait pas eu antérieurement chez son malade autre chose qu'une blennhorragie. Or, sur ces deux points, nous regrettons d'avoir à le dire, la démonstration n'a pas été faite, pas même commencée. L'affection était-elle ici de nature syphilitique? Rien ne l'annonce d'une manière assurée, puisqu'il n'y a eu dans ce cas ni accident secondaire pathognomonique de la vérole, syphilides, iritis, ni phénomènes tertiaires caractéristiques, tels que nodus, exostoses, alopécie, etc.; on ne trouve pour tout indice que des troubles vagues ou passagers de la vue ou de l'ouïe, sans lésion appréciable; la nécrose seule existe, mais, seule, elle est loin de fonder une preuve suffisante en faveur de la spécificité d'origine. La réalité du principe syphilitique reste donc nécessairement fort douteuse; elle le paraît même d'autant plus ici qu'un traitement mercuriel a déjà été dirigé contre cette cause sans aucun succès.

Quant aux antécédens, rien, il est vrai, ne prouve qu'il y ait eu chez le malade un chancre de l'urètre, mais rien non plus n'établit le contraire. M. Vidal semble disposé à nier cette espèce d'ulcérations. Ce n'est point ici le lieu de débattre cette question sur laquelle nous craignons que la majorité des praticiens éclairés ne partage pas son avis fondé sur un dépouillement incomplet des pièces de conviction qui auraient pu l'éclairer. Rappelons seulement que, outre l'inoculation, il est certains signes par lesquels on peut juger de l'existence d'un chancre dans le canal; tels sont la marche particulière qu'affecte alors la blennhorragie, la coloration de l'écoulement, sa durée et sa quantité bien différentes de celles d'une urétrite simple, la sensibilité de quelques points du canal, etc. Or si le témoignage le seul valable, celui de l'inoculation, ne pouvait être ici invoqué, M. Vidal aurait pu du moins avec quelque avantage, ce nous semble, pour le diagnostic, s'enquérir auprès du malade si ces particularités avaient été observées par lui. Enfin, même en admettant qu'un chancre dans le canal n'ait pas existé chez lui, il restait encore à se demander si un homme exposé aussi souvent et depuis aussi longtemps à contracter des maladies vénériennes n'aurait pas pu avoir à une époque plus ou moins éloignée un chancre du prépuce ou du gland, dont tout vestige aurait fort bien eu le temps de disparaître.

On le voit, pour que M. Vidal fût admis à donner ce fait à l'appui de la doctrine des accidens consécutifs survenant après une blennhorragie, il lui restait tout simplement à prouver la nature syphilitique de l'affection actuelle, et l'absence de tout chancre antérieurement existant. Nous n'hésiterons point à avouer que la preuve était assez difficile à fournir; mais elle n'en était pas pour cela moins rigoureusement exigible, et l'on a eu lieu de s'étonner que le candidat ait pu considérer comme probante une observation que la moindre des omissions précitées frappait irrévocablement de nullité).

La question, continue M. Vidal, demande donc à être éclairée par de nouvelles recherches, mais j'aurais de la répugnance à m'aider de l'inoculation pour la résoudre. J'ai vu, en effet, l'inoculation donner lieu à des symptômes primitifs sérieux; je l'ai vue produire des accidens consécutifs extrêmement graves. (M. Vidal sait fort bien que, dans le cas de ces accidens consécutifs, il existe toujours en même temps, chez le malade, des symptômes primitifs autres que la plaie d'inoculation; et s'il convient à sa doctrine d'attribuer toutes les suites fâcheuses à la seule inoculation, il voudra bien sans doute nous apprendre sur quelles expériences il se fonde pour décharger les chancres contractés par le coït de toute responsabilité dans l'évolution des accidens secondaires qui surviennent alors.) Enfin, la vérole qui se développe à la suite de l'inoculation semble plus grave que celle qui a été introduite par les voies naturelles; et notez bien, dit encore le candidat, que les médecins qui pratiquent l'inoculation dans les hôpitaux n'en font pas en ville! (Il nous répugne de relever des allégations que n'appuie pas même l'ombre d'un fait; et quant à la différence entre la pratique civile des inoculateurs et leur conduite à l'hôpital, nous dirons à M. Vidal que, toutes les fois qu'un diagnostic rigoureux est désiré par le malade ou commandé par l'intérêt de la société, comme dans les questions judiciaires, le médecin n'hésitera pas plus en ville que dans les hôpitaux à s'aider du seul moyen qui lui promette la certitude.)

D'un autre côté, dit en terminant M. Vidal, la pustule que produit l'inoculation a-t-elle des caractères spécifiques assez tranchés pour faire reconnaître, à ne pas s'y méprendre, la cause à laquelle elle est due? Non, car tous les jours nous voyons des ulcères vénériens très dissemblables, et par cela même très difficiles à diagnostiquer d'avec les ulcérations simples. (Cette dernière objection aurait en effet quelque valeur, s'il n'existait pas un moyen certain de diagnostic que le candidat eût pu mentionner, c'est la possibilité de reproduire à l'infini, en inoculant le pus de la pustule, des pustules en tout semblables à la première, propriété que ne possède pas le pus provenant d'ulcérations non vénériennes.)

Si j'étais assuré, continue M. Vidal, que le malade a réellement fait le traitement mercuriel qui lui a été prescrit, je ne renouvellerais pas l'administration du mercure, et je commencerais immédiatement par l'iodure de potassium. Mais ce médicament demande à être donné avec ménagement; et avant de le prescrire, il faut savoir s'il y a eu du mercure de pris, car c'est ce dernier moyen que je considère comme l'anti-syphilitique par excellence.

Lorsque les séquestres seront devenus vacillans, on devra favoriser leur chute par les procédés connus.

Le second sujet de cette leçon est un homme de 35 ans, fort et robuste. Il y a un an, étant exposé aux rayons du soleil, il sentit subitement comme un coup sur le derrière de la tête, et remarqua que sa vue avait diminué. Dans l'espace de trois jours, elle était, du moins à son rapport, presque complètement perdue. Il ne se rappelle pas avoir vu, à cette époque ni auparavant, des mouches ou des corps opaques voltiger devant ses yeux. C'est plutôt par la présence d'un voile noir couvrant tous les objets, qu'il exprime l'effet qu'a produit sur lui la cécité commençante. Aujourd'hui, il aperçoit les doigts et peut même les compter, surtout lorsqu'on les lui montre près d'une fenêtre; il dit cependant que la vue est plus distincte dans l'ombre. Les deux pupilles sont passablement mobiles, et les iris présentent à leur partie inférieure une petite tache rougeâtre.

Ce sont là des caractères qui semblent appartenir à une amaurose au début. Cependant la pupille est régulièrement dilatée et mobile; mais on sait que la contractilité de l'iris peut co-exister avec la goutte sereine, quoique ce soit une circonstance exceptionnelle. Il faut aussi dire qu'il y a un léger nuage dans le fond de l'œil. Peut-être a-t-on affaire ici à une cataracte, car si la distinction est des plus aisées entre ces deux maladies, quand elles sont complètes, ce diagnostic est au contraire fort épineux dans le principe; et j'ai vu, dit M. Vidal, un malade qui, ayant consulté les sommités de l'art pour une affection de cette espèce, avait un véritable *dossier* de consultations où l'existence de la cataracte et celle de l'amaurose étaient appuyées l'une et l'autre par des signatures également respectables. La distinction n'est cependant pas impossible à établir chez le malade qui fait le sujet de cette leçon. Ainsi la sensation d'un voile noir s'étendant devant les yeux appartient à l'amaurose. La cataracte ne donne pas lieu à une cécité aussi prompte, à moins qu'elle ne soit traumatique; et ce n'est pas ici le cas. Dans la cataracte, le malade voit mieux à un demi-jour; sur ce point, l'expérience directe semble donner un démenti aux assertions du malade sur la manière dont cette particularité de la vision a lieu chez lui. Peut-être, dit M. Vidal, aurais-je dû avoir recours au moyen imaginé par Sanson, et qui consiste à juger de la transparence des milieux de l'œil par la manière dont ils réfléchissent la flamme d'une bougie placée devant la cornée; j'avouerai cependant que cette expérience ne m'a jamais réussi, et que d'autres chirurgiens m'ont dit n'en avoir pas retiré plus d'avantages que moi. (Ce n'est pas là, nous aimons à le croire, le dernier mot de M. Vidal sur cet ingénieux moyen de diagnostic, qui d'ailleurs pouvait seul peut-être dans ce cas fixer l'esprit du chirurgien sur la nature de l'affection; et nous croyons être dans le vrai en regardant cette omission comme l'effet d'un oubli plutôt involontaire que calculé.)

L'amaurose qui existe chez ce malade est assez avancée; mais elle peut cependant encore guérir. Avant de détailler les préceptes thérapeutiques, il faut d'abord décider si la maladie est ici de nature sthénique ou asthénique. Or, les commémoratifs, la constitution du sujet et les signes actuels doivent la faire plutôt regarder comme sthénique. Une saignée cependant a déjà été pratiquée sans succès, mais ce n'est pas une raison pour porter à s'abstenir des antiphlogistiques, car les moyens les plus opportuns ne réussissent que lorsqu'on les emploie méthodiquement. Il faudrait donc faire une saignée du bras assez copieuse; puis, quelques jours plus tard, une seconde un peu moins abondante. Viendrait ensuite le tour des applications de sangsues répétées.....

Nos critiques sur la première partie de cette leçon seront justifiées, nous l'espérons, par l'importance du sujet, sur lequel il aurait été dangereux de laisser s'établir des doctrines erronées ou des hypothèses dépourvues de preuves. A part ces objections de détail, nous reconnaissons volontiers que la consultation de M. Vidal a été très remarquée et remarquable. Son talent de professeur s'y est développé sous un nouveau jour; et quoique notre jugement sur la première épreuve clinique de ce candidat ait été trouvé trop sévère par quelques personnes, nous ne pouvons, en conscience, nous croire obligé de le réviser, aujourd'hui que le succès de cette seconde leçon est venu montrer la convenance des corrections que nous lui avions conseillé d'apporter dans la forme de son enseignement. Quant aux idées, un peu surannées aujourd'hui, qu'il professe sur la syphilis, espérons que la position de M. Vidal à l'hôpital du Midi, en le rapprochant de la source des saines doctrines, le mettra à même de modifier ses opinions actuelles. Un aussi bon esprit ne saurait longtemps méconnaître la vérité.

M. PH. BOYER.

M. Boyer fait d'abord l'histoire d'un maçon, âgé de 28 ans, qui aidait, il y a dix jours, à soulever une pierre extrêmement pesante, lorsque cette masse, im-

prudemment abandonnée, lui retomba sur la partie supérieure de la jambe gauche. Le membre présente aujourd'hui les traces d'une contusion déjà ancienne, mais aucune déformation n'y est apparente. Le genou rst le siége d'un épanchement assez peu considérable. Si l'on cherche simultanement à porter en sens inverse l'extrémité supérieure de la jambe et sa partie moyenne, on reconnaît qu'il existe une mobilité anormale au-dessous des condyles du tibia, et qu'elle manifeste ses effets suivant la direction d'une ligne oblique de haut en bas et de dehors en dedans. M. Boyer regrette de n'avoir pu apprendre s'il y avait de la crépitation au moment de l'entrée du malade. Quant à présent, ce signe manque; et l'on ne saurait s'en étonner beaucoup, vu l'état ou se trouvent les extrémités osseuses à une période aussi avancée. Un autre moyen que le candidat juge excellent pour reconnaître les fractures douteuses consiste à exercer une pression directe sur la portion de l'os où l'on présume qu'elles siégent; dans ce cas de fracture, une douleur vive se déclare aussitôt. Il n'en a pas été ainsi dans la circonstance actuelle.

Il est évident qu'il existe une fracture des deux os, sans aucun déplacement. Une luxation ne pouvant survenir dans le genou qu'à la condition d'un grand délabrement des parties s'accompagnerait de phénomènes extérieurs qui leveraient tous les doutes. L'épanchement articulaire tient vraisemblablement à la cause qui a produit la fracture. Le malade n'a pas marché depuis l'accident; on ne peut donc savoir s'il aurait actuellement la force de se servir de son membre.

Cet individu a maintenant la jambe entourée d'une simple bande. M. Boyer aurait commencé le traitemrnt par l'application des émolliens; et, même à l'époque où l'on est arrivé, il conseillerait de mettre autour du membre quatre attelles en carton, fixées par une bande. On laisserait cet appareil quarante ou cinquante jours; et sans doute au bout de ce temps la consolidation serait complète.

Il a été question, en second lieu, d'un homme de 53 ans, berger de profession, n'ayant jamais eu de syphilis, et jouissant habituellement d'une bonne santé. Il s'aperçut, il y a huit mois, qu'un bouton se formait à la lèvre inférieure, près de la commissure gauche. Aujourd'hui, il existe dans ce point une petite ulcération, tantôt à nu, tantôt recouverte d'une croûte.

C'est évidemment là une tumeur cancéreuse. Mais on ne sent, dans l'épaisseur de la lèvre, aucun gonflement, aucune induration. Il n'y a pas non plus de ganglions engorgés sous la mâchoire.

On ne peut admettre qu'il s'agisse, dans ce cas, d'une affection syphilitique; car ce serait un accident primitif ou un accident consécutif: or, les chancres primitifs siégent indifféremment sur la lèvre supérieure et sur l'inférieure; ils ne se recouvrent pas aussi constamment d'une croûte à leur surface; enfin, quelque peu étendus qu'ils soient, ils s'accompagnent toujours d'un engorgement ganglionnaire. (Nous ne partageons pas, à beaucoup près, cette opinion si absolue de M. Boyer, sur laquelle il établit, comme on le sait, l'existence d'un signe particulier et pathognomonique de la vérole.) Si c'était, d'autre part, un accident consécutif, il y aurait eu des antécédens, et le malade nie avoir jamais eu ni chancre, ni blennorragie. Les ulcères consécutifs, d'ailleurs, sont assez rares aux lèvres. M. Boyer dit, en passant, que, dans le cas d'ulcération syphilitique consécutive, il n'y a jamais de ganglion engorgé (assertion sur laquelle nous sentons le besoin d'exprimer la même réserve qu'au sujet de la précédente). Enfin, continue le candidat, s'il restait le moindre doute sur la nature de l'affection, il y aurait, pour sortir d'incertitude, un moyen aussi simple que sûr. Ce serait de faire, pendant dix ou quinze jours, le pansement avec de l'onguent mercuriel. Ce mode de traitement guérirait une ulcération vénérienne, et ne ferait au contraire qu'aggraver la maladie, si elle était cancéreuse. (L'expérience a déjà montré bien souvent que la valeur de cette experience, proposée d'abord par Boyrr, a été exagérée, et que le pansement à l'onguent mercuriel ne mérite guère plus de confiance sous le rapport du pronostic, que comme moyen de traitement.)

Ce n'est pas là non plus un simple ulcère végétant; cet état ne s'observe que rarement sur les lèvres.

Faut-il opérer de suite ou attendre encore quelque temps? La maladie est tout à fait locale. Il n'y a donc pas de contr'indication; et, quoiqu'on ne puisse pas décider d'une manière positive s'il y aura ou s'il n'y aura pas de récidive, le meilleur parti serait de procéder immédiatement à l'ablation, car jamais malade ne se trouvera dans de meilleures conditions pour espérer une guérison durable et solide. On ne peut cependant la lui promettre avec certitude, car la proposition de Boyer, que tout cancer véritable repullule tôt ou tard, n'a été rien moins qu'infirmée par l'expérience. Mais, malgré cela, il faudrait encore faire l'extirpation, puisque c'est le seul moyen de prolonger les jours du malade.

On peut opérer, soit en emportant le mal d'un seul coup de ciseaux courbes, soit en le cernant par deux incisions en V que l'on réunirait ensuite. Le second procédé paraît préférable, et il le serait surtout chez un homme du monde. Dans tous les cas, il n'y aurait besoin d'aucun bandage après l'opération.

Notre analyse paraîtra bien courte, mais elle devait nécessairement l'être, car la forme un peu amplificative qui est propre aux leçons de M. Boyer ne comporte pas une reproduction détaillée. Nous avons déjà eu l'occasion de donner une idée de sa méthode d'enseignement. En répétant ici notre premier jugement, nous ne prétendons point faire de la critique. Si ses défauts, en effet, sont de ceux qui ne se corrigent guère, ses qualités non plus ne sont pas de celles qu'on se lasse d'apprécier.

M. THIERRY.

Un jeune homme de 18 ans, appartenant à une classe pauvre, ayant été mal nourri dans son enfance, porte, sur divers points, des cicatrices d'abcès scrofuleux. Il présente derrière l'oreille gauche un pertuis fistuleux, reste d'un drrnier dépôt de même nature qui s'est formé dans ce lieu. Rien n'indique qu'il y ait une altération de l'os sous-jacent. Il existe seulement au voisinage quelques ganglions engorgés.

Outre cette maladie qui est déjà presque terminée, ce sujet offre un érysipèle de la face développé depuis trois jours. Il a aussi éprouvé depuis lors de la fièvre, de la céphalalgie, de l'inappétence, etc. C'est là un accident qui peut devenir sérieux; et la gravité du pronostic tient ici en partie à la continuité qui existe entre le tissu cellulaire de la face et celui du crâne; d'où résulte le danger de la propagation de la phlegmasie au centre encéphalique.

Il y a ici deux indications: l'une concerne l'abcès scrofuleux qui réclame d'abord un traitement général spécifique, puis la compression et peut-être ultérieurement l'excision de ses bords.

Quant à l'érysipèle, il n'offre pas de suites funestes, en perspective, malgré l'état actuel de la température. Le traitement devrait consister en une saignée du bras, l'application de compresses imbibées d'eau végéto-minérale, et l'administration, le second jour, de 2 onces d'huile de ricin. Les vomitifs ont été préconisés par Desault; mais les efforts qu'ils déterminent augmentent souvent les accidens. L'érysipèle se terminera donc probablement par résolution; si cependant il devenait phlegmoneux, si surtout il s'étendait au cuir chevelu, des incisions larges et nombreuses ne devraient pas être épargnées. Dans le cas où il régnerait dans la même salle une sorte de constitution érysipélateuse, le parti le plus sûr à prendre serait de renvoyer le malade chez lui dès qu'il commencerait à entrer en convalescence.

Le second malade est un homme de 22 ans, qui a reçu, il y a déjà quelque temps, un coup de pistolet. Le coup fut tiré à huit pas de distance, et par une personne vraisemblablement plus petite que lui. Quoi qu'il en soit, voici l'état dans lequel il se présente aujourd'hui: il existe encore, un peu à gauche du sternum, au niveau du cartilage de la septième ou huitième côte, une plaie qui est, suivant lui, celle par où la balle a pénétré. Vers le niveau du bord antérieur de l'aisselle est une cicatrice, indice du lieu qu'occupait l'ouverture de sortie. La balle a été retrouvée dans sa poche lorsqu'on le déshabilla, et on dit qu'elle était entière. Le malade perdit connaissance sur le coup. Plus tard, il fut saigné six fois en trois jours; d'où l'on peut inférer qu'il eut à cette époque une inflammation vive des organes respiratoires. Pendant les dix premiers jours, des portions de vêtemens sont sorties par la plaie, à chaque pansement.

Guéri des accidens primitifs, cet homme avait recommencé à travailler lorsqu'il fut pris de suffocation, de battemens du cœur tumultueux et fréquens; il lui devint en même temps impossible de rester couché sur le côté sain. L'indication de ces symptômes suffit pour montrer avec quels ménagemens il a été nécessaire de procéder à son examen. Le stylet, introduit dans la plaie, est tombé presque immédiatement sur une portion nécrosée; et M. Thierry a cru devoir borner là son exploration, ne voulant pas, dans un simple but de curiosité, risquer d'aggraver l'état du blessé.

La plaie a probablement été pénétrante. Cependant il peut fort bien se faire aussi que la balle ait glissé à l'extérieur sans traverser la poitrine. Enfin, il est possible qu'une partie seulement du projectile soit demeurée dans le trajet de la plaie. Les organes internes ont peut-être subi quelque lésion par l'effet du contrecoup. Mais, dans l'état actuel, rien n'est plus difficile que de préciser exactement ce qui a eu lieu au moment de l'accident.

Le malade était déjà sujet, avant sa blessure, aux palpitations, à la dyspnée; mais la manière dont le décubitus a lieu chez lui présentement, la bouffissure de la face, l'ampliation du côté du thorax affecté, la tuméfaction qui existe au bas du sternum montrent assez qu'il s'opère un travail profond dans l'intérieur des parties.

Il n'y a rien à faire pour le moment; et tous les efforts du chirurgien doivent se borner à empêcher que la plaie extérieure se ferme. On remplira aisement cette indication par l'emploi de mèches, ou par l'introduction d'éponge préparée. Si la portion osseuse paraît dans quelque temps être mobile, on achèvera de l'enlever; mais si elle ne se détachait pas, il serait plus convenable de l'abandonner sans y toucher, à moins que des symptômes généraux plus significatifs et plus tranchés ne vinssent rendre la trépanation du sternum nécessaire. Il n'y a pas jusqu'ici d'épanchement dans la plèvre; si des signes positifs annonçaient qu'une collection de liquide s'est formée dans le péricarde, il pourrait y avoir opportunité de pratiquer la ponction, comme l'ont fait Ledran et Desault dans un cas semblable. Du rrste, pour prendre un parti à cet égard, il faudrait une exploration beaucoup plus prolongée.

Le mérite principal de M. Thierry est la fidélité des descriptions. Ses histoires cliniques sont en quelque sorte des portraits d'après nature. S'il est parfois fastidieux pour le public de voir ainsi *daguerréotyper* un malade dans ses moindres détails, on ne peut, d'un autre côté, nier les qualités solides que décèle cette manière, dont le plus grand désavantage, dans la circonstance présente, est de faire briller le praticien un peu aux dépens du professeur. La seconde partie de la leçon de M. Thierry a surtout paru favorable à l'exhibition de son talent d'observateur exact et consciencieux.

M. MALGAIGNE.

Le premier sujet que M. Malgaigne a eu à interroger est une femme âgée de 20 ans, de tempérament lymphatique. Elle raconte que, depuis cinq mois, elle a éprouvé des douleurs d'un caractère assez vague dans l'hypocondre droit, que, en même temps, ses règles revenaient tous les quinze jours. Un chirurgien qu'elle consulta alors la jugea affectée d'un ulcère de matrice. Elle a eu en outre, depuis deux mois, des symptômes de bronchite qui persistent encore aujourd'hui. Mais la maladie pour laquelle elle est entrée à l'hôpital est une tumeur qu'elle porte dans l'aîne droite, et dont elle explique le développement par un coup de pied qu'elle reçut dans cette partie, il y a environ un mois. Malgré la douleur qu'elle en ressentit sur le moment, elle put continuer ses occupations, et ce ne fut qu'au bout de quinze jours qu'il se déclara de la fièvre, des douleurs plus vives dans l'aîne, de l'inappétence et qu'elle fut forcée de garder le lit. La malade découvrit alors qu'il existait deux tumeurs; elle y appliqua sans succès dix sangsues. Un apothicaire consulté, ne doutant pas qu'il ne s'agît d'un bubon vénérien, ordonna

un emplâtre fondant et de la tisane de salsepareille. Mais le tout demeura inefficace, et les accidens persistèrent.

La tumeur de l'aîne a aujourd'hui 7 centimètres de diamètre environ dans tous les sens. Elle paraît bilobée, divisée en deux portions par un sillon qui n'est autre chose que la rainure inguinale. La peau est intacte sur la tumeur d'en haut, mais sur la portion inférieure elle offre une coloration d'un rose assez vif. Dans toute l'étendue de l'engorgement, la pression est douloureuse. Sa consistance molle annonce qu'il doit suppurer; mais la suppuration n'est que commençante et n'est pas encore bien développée. (Y a-t-il ou n'y a-t-il pas actuellement du pus? C'est là, il est vrai, un des points délicats du diagnostic; mais c'est aussi un de ceux sur lesquels on exige ordinairement, dans un concours, une réponse plus positive que ne l'a été celle de M. Malgaigne, parce que la précision dans les termes est ici le meilleur moyen de reconnaître l'habitude et le tact du candidat.) La tumeur est-elle superficielle ou profonde? cette question est une des plus importantes pour le pronostic; dans ce cas, l'engorgement, autant qu'on peut en juger, semble n'occuper que les glandes superficielles.

Le diagnostic n'est pas obscur; c'est une inflammation des ganglions de l'aîne. La cause n'est pas moins évidente; cependant il serait possible, que, outre la violence traumatique, il existât ou des chancres ou une blennhorragie. Mais le mari de cette femme est bien portant; elle-même ne tache pas son linge, n'a point de douleurs en urinant, n'a de flueurs blanches qu'avant et après ses règles. M. Malgaigne termine cependant en disant que, pour supplément de certitude, il aurait voulu examiner les parties génitales. (Le diagnostic de la cause n'étant fondé que sur les renseignemens fournis par la malade, et ces renseignemens eux-mêmes pouvant fort bien être controuvés, nous partageons tout à fait l'opinion du candidat sur l'importance et sur la nécessité d'une exploration directe; nous pensons même que seule elle pouvait le mettre sûrement à l'abri d'une méprise d'autant plus à craindre dans ce cas qu'il y avait bien dans cette circonstance d'une cause traumatique ne produisant son effet qu'au bout de quinze jours, de quoi faire suspecter la véracité du récit. Nous en sommes donc restés à nous demander pourquoi, dans son propre intérêt, M. Malgaigne n'a pas procédé à l'examen des parties suspectes.)

Quelle que soit d'ailleurs la cause de cet engorgement, continue M. Malgaigne, c'est toujours une affection très lente. Je regarde comme extrêmement probable qu'il y aura un abcès. Il n'est pas encore bien démontré que les bubons soient réellement dus à l'engorgement des ganglions lymphatiques, comme on l'admet généralement. On se fonde, en effet, pour soutenir cette opinion, sur ce que la coupe de ces tumeurs, lorsqu'on les met à découvert chez un malade, présente la structure des ganglions; mais la même apparence existe dans les tumeurs semblables qui se développent sur la ligne médiane; et certes il n'y a cependant pas de ganglions en ce lieu. L'opinion commune me paraît néanmoins la plus vraisemblable.

Il est aussi difficile de distinguer, d'après les seuls signes extérieurs, les abcès véritablement ganglionnaires de ceux qui se forment aux dépens du tissu cellulaire. Toutefois, chez cette malade, la circonscription assez bien limitée de la tumeur autorise à la rapporter à l'engorgement d'un ganglion.

La maladie sera longue et le traitement difficile à instituer. On a déjà vu que les sangsues n'avaient pas réussi. Cependant, en considération des symptômes généraux, et surtout pour faire cesser la toux, dont les secousses réveillent et exaspèrent la souffrance locale, il y aurait lieu à insister sur les antiphlogistiques. Mais, quant à dissiper la douleur et la tuméfaction de l'aine, c'est à peu près infructueusement qu'on a essayé le tartre stibié à haute dose, ou le calomel à l'intérieur, les vésicatoires sur la tumeur, simples ou pansés avec des solutions caustiques. Les meilleurs moyens, les seuls dont l'efficacité soit constante, sont le repos, le temps et la patience.

Une fois l'abcès développé, il ne faut pas attendre qu'il s'ouvre de lui-même. Mais doit-on percer ses parois avec la potasse caustique ou au moyen de l'instrument tranchant? On a attribué à la potasse la propriété d'activer la résolution des parties engorgées, en donnant, comme on le dit, un coup de fouet à leur vitalité languissante. Si ce résultat a été effectivement obtenu, il faut bien reconnaître qu'il est tout à fait exceptionnel. C'est donc avec le bistouri qu'il convient d'ouvrir ces abcès. Mais l'incision transversale qu'on pratique généralement n'a que des inconvéniens; car, comme les malades tiennent la cuisse fléchie pour éviter les douleurs, le pus est retenu derrière la lèvre inférieure. Il faut donc faire l'incision verticale. Grâce à la direction et à la rétractilité particulière des fibres de la peau (propriétés dont Dupuytre a si bien montré la différence dans les diverses régions du corps), on obtient ici immédiatement un grand écartement des bords de la plaie; le pus s'écoule librement au dehors, et il ne reste, après la guérison, qu'une cicatrice de très peu d'étendue.

L'abcès étant fermé, que conviendra-t-il de faire contre les ganglions indurés? On appliquera des emplâtres qu'on appelle fondans; mais, en général, ils ne fondent rien. Le traitement de ces engorgemens persistans est encore on ne peut plus imparfait, et ne mérite par conséquent pas de nous arrêter plus longtemps. (Cette conclusion a semblé assez insolite. Est-ce quand une maladie se montre tenace et rebelle qu'il faut s'abstenir de la traiter? Dans le nombre des moyens locaux et généraux préconisés contre ces indurations persistantes, n'y en avait-il pas quelques-uns à excepter de cette proscription universelle? et M. Malgaigne, inventeur d'une méthode particulière de traitement, n'aurait-il pas dû, tout au moins, donner connaissance des résultats qu'elle lui a procurés?)

La seconde malade est une femme âgée de 41 ans, de santé excellente et de bonne constitution. A la suite d'une ophthalmie déterminée par une contusion, elle eut autrefois une tumeur qui se développa au grand angle de l'œil, s'abcéda, puis se ferma et se rouvrit alternativement. Il y a six ans, M. J. Cloquet lui introduisit une canule dans le canal nasal, et après l'avoir gardée dans l'hôpital pendant trois semaines pour observer les suites de l'opération, il la laissa sortir. La réalité de la guérison fut donc bien constatée, et, chose rare, elle persista pendant cinq ans et demi. Encore la récidive qui survint à cette époque ne doit-elle pas être regardée comme tout à fait spontanée, puisqu'elle se manifesta à la suite d'une ophthalmie déterminée par un refroidissement.

Quoi qu'il en soit, la fistule s'est reproduite depuis quatre mois avec les mêmes symptômes que précédemment. Le larmoiement est peu abondant, la narine du côté correspondant est sèche; et quoiqu'on ne puisse guère donner de ce phénomène une explication satisfaisante puisque la muqueuse continue à sécréter une humeur lubrifiante, il n'en est pas moins réel dans ce cas, et se présente chez la plupart des malades affectés de fistule lacrymale. En pressant sur le sac lacrymal, on en fait sortir un liquide séro-purulent. On croyait autrefois que la quantité de ce liquide était toujours plus considérable au moment où les malades se réveillent le matin. M. Demours fit observer au contraire qu'en général le sac est vide le matin, et qu'il ne se remplit qu'après une ou deux heures d'exercice de la vue et de mouvement des paupières. Et il doit naturellement en être ainsi, car toutes les sécrétions sont suspendues durant le sommeil. Cependant, dit M. Malgaigne, cette malade m'a affirmé que, chez elle, c'est au moment même du réveil que le liquide sort en plus grande abondance.

On avait vraisemblablement placé chez elle une canule d'argent. Or, on sait qu'à la longue ces canules s'oxident, qu'il se forme un sulfure d'argent dont la présence a pour effet de diminuer leur perméabilité. Des canules construites en platine n'ont pas procuré une guérison plus durable. M. Malgaigne dit avoir eu occasion de voir des récidives de fistule lacrymale chez des malades où la canule retirée ne parut être remplie que d'un mucus assez peu épaissi; d'où il conclut que probablement dans ces cas la reproduction du mal doit être attribuée à la tuméfaction de la muqueuse au-dessus de la canule. Dans la circonstance présente, en effet, c'est une ophthalmie qui a paru donner lieu à la réapparition des symptômes.

Que faire dans un tel état de chose? En sondant la plaie avec un stylet, on a reconnu la présence de la canule, et il a même semblé que la cavité était oblitérée à quelques lignes de profondeur. Il faut donc la retirer; mais cette opération présente quelquefois des difficultés. On avait imaginé de creuser à l'intérieur de la canule quelques tours de vis, de manière que lorsqu'on voulait ensuite en faire l'extraction, il suffisait d'y engager une tige métallique terminée par une vis pleine, de même diamètre. Mais, tout simple que paraisse ce procédé, l'expérience n'en a pas confirmé les avantages, parce que le pas de vis de la canule subissait à la longue des dépressions et des changemens de forme. En général, il est assez facile de retirer la canule en en saisissant le bord avec des pinces à disséquer. (Si M. Malgaigne eût eu quelques minutes de plus, il n'aurait sans doute pas omis de mentionner l'instrument si ingénieux dont Dupuytren se servait pour l'extraction des canules oblitérées, et le simple crochet que nous avons vu substitué avec beaucoup d'avantages par M. Velpeau à tous les procédés décrits pour cette petite opération.)

Le lecteur n'aura pas attendu jusqu'à présent pour remarquer dans la leçon de M. Malgaigne des vues fort judicieuses sur le diagnostic et le traitement des bubons. Si la seconde partie de sa leçon a semblé avoir été accueillie avec un peu moins de faveur, la faute ne doit pas en être rapportée tout entière au candidat. L'auditoire s'est montré exigeant; mais peut-être avait-il le droit de l'être, d'après la réputation du professeur et le mérite de ses premières épreuves. Souvent il arrive qu'un athlète a à regretter d'avoir habitué le public à trop de hardiesse et à des effets hors de ligne; on ne lui tient plus ensuite aucun compte de qualités bien autrement estimables; la modération chez lui devient un sujet de critique, et on murmure de le trouver prudent alors qu'on s'attendait à le voir téméraire.

M. LAUGIER.

La première malade, âgée de 30 ans, brune, de constitution saine et robuste, a toujours été bien réglée, excepté depuis trois mois; mais cette irrégularité tient sans doute à des évacuations sanguines qu'elle a subies vers cette époque. Elle a, depuis 2 ans, beaucoup cousu et lu à la lumière artificielle, s'est fréquemment exposée à des refroidissemens des pieds, et a habité une chambre humide, ce qui lui a occasioné des douleurs rhumatismales, toutes circonstances fort importantes pour l'explication de sa maladie actuelle.

Il y a 8 mois et demi, sans autre cause appréciable, si ce n'est quelques maux de tête, elle perdit tout à coup la vue de l'œil droit. Aujourd'hui encore elle dit ne pas y voir de cet œil de manière à pouvoir se conduire. Cependant, la pupille de ce côté, au lieu d'être dilatée, est plus rétrécie que celle de l'œil gauche; et cette déformation est évidemment indépendante de toute inflammation ancienne de l'iris. D'autre part, l'étroitesse de la pupille n'est pas non plus portée assez loin, pour qu'on puisse attribuer la cécité à cette cause, car l'œil gauche, où la vue est aussi sensiblement diminuée, a une pupille plus large; et d'ailleurs, celle de l'œil droit, bien que la plus étroite des deux, conserve à peu près le diamètre d'une pupille normale. Il n'existe, du reste, ici ni opacité ni adhérences des milieux ou des membranes du globe oculaire. Toutefois l'ouverture pupillaire ne paraît pas parfaitement régulière dans son contour. On a dit que ce signe accompagne ordinairement l'amaurose, mais il est difficile de croire qu'il en soit toujours ainsi quand on voit, comme cela a lieu fréquemment, une irrégularité aussi prononcée que celle qui existe ici coexister avec une vue tout à fait normale.

Dans l'œil gauche, la pupille est plus large, sans offrir cependant une grande dilatation. La malade dit ne pas y voir non plus de ce côté, et effectivement elle s'est trompée plusieurs fois sur le nombre des doigts qu'on lui montrait. Elle a néanmoins deviné juste un certain nombre de fois, et comme d'ailleurs elle n'offre point la physionomie particulière aux amaurotiques, il serait possible qu'elle cherchât à exagérer son infirmité. Mais, dans tous les cas, ce ne pourrait être que sur le degré de la cécité que porterait la simulation, et non sur sa réalité, car il est certain que cette malade a les pupilles d'un diamètre inégal à droite et à gauche, et un semblable état ne se produit pas à volonté.

Pour compléter le diagnostic, il fallait faire l'expérience, indiquée par Sanson, de la réflexion d'une flamme de bougie dans l'œil. Après avoir exposé un peu

longuement la manière dont les phénomènes de réflexion s'opèrent dans ce cas, M. Laugier dit qu'ici l'expérience n'a fait que démontrer la transparence parfaite des humeurs. L'œil ne présente pas non plus la coloration particulière qui est propre au glaucome, ni l'apparence d'une hydrophthalmie. C'est donc à une amaurose que l'on a affaire; mais à quelle cause l'attribuer?

Le rhumatisme peut sans doute avoir agi pour produire l'amaurose; mais, en général, il n'exerce d'influence sur la vue qu'en donnant lieu à l'inflammation de l'iris. Les occupations prolongées à la lumière artificielle expliqueraient mieux l'affection; mais il resterait toujours à se demander comment cette cause a amené la cécité. Il n'est pas présumable qu'il existe ici une maladie organique du cerveau ou du nerf optique; et l'on a d'autant moins de motifs pour se préoccuper de cette éventualité que les conditions où la malade s'est trouvée placée pendant deux ans rendent suffisamment compte de l'affaiblissement de sa faculté visuelle.

Cette femme a perdu la vue tout à coup, dit-elle; une telle circonstance est en général regardée comme de bon augure. Mais l'on peut douter qu'elle existe réellement dans ce cas, et peut-être la vue aura-t-elle commencé à s'affaiblir sans que la malade l'ait remarqué. Notons en outre que, depuis huit mois et demi que la maladie a débuté, il n'y a eu aucun amendement.

L'amaurose est-elle sthénique ou asthénique? Si, d'un côté, l'étude des causes présumables de la maladie plaide pour la seconde hypothèse, de l'autre, l'état actuel de la constitution semble devoir empêcher de croire à une affection par débilitation. Ce genre de diagnostic est donc ici très difficile, et cependant lui seul peut fournir des données pour le traitement. La malade a déjà été saignée sans succès; et on conçoit qu'il en ait été ainsi, car pour remplir les véritables indications, il faudrait stimuler l'œil sans agir sur le reste de l'économie qui n'a en aucune manière partagé l'asthénie de l'organe de la vision. Si donc on voulait avoir recours aux émissions sanguines, il conviendrait de préférer les sangsues qui, placées en petit nombre à l'anus, à la vulve, auraient de plus l'avantage de concourir à rappeler le flux menstruel. Comme moyens excitans locaux, les cautérisations avec la pommade de Goudret, les vésicatoires volans appliqués autour de l'orbite, mais en plus grand nombre qu'on ne le fait ordinairement, le séton à la nuque, les bains de vapeur, en vue surtout de la cause rhumatismale, devraient être mis en usage. La malade dit qu'elle a eu, il y a six ans, une gale dont elle a été guérie en huit ou dix jours. Faut-il voir dans ce commémoratif l'indication d'un traitement antipsorique? Peut-être devrait-on essayer des agens de cet ordre, si l'affection cutanée s'était reproduite; mais la gale ni aucune de ses suites n'ayant reparu, il n'y a pas lieu de diriger contre elle une thérapeutique spéciale. En somme, le traitement est très difficile, et la guérison, du moins la guérison complète, semble peu probable.

Le second malade est un homme de 61 ans, cultivateur, de bonne constitution, qui se vante avec un certain amour-propre de n'avoir jamais eu ni syphilis, ni aucune autre maladie. Il y a six ans, un petit bouton commença à paraître à la partie droite du menton; l'écorchait souvent en se faisant la barbe, et aujourd'hui sa surface est ulcérée. Il porte aussi, à la grande commissure des paupières de l'œil droit, une ulcération de même aspect, dont les progrès ont amené un ectropion de la paupière inférieure, et par suite l'inflammation de la conjonctive qui est exposée à l'air: autour de cette solution de continuité existent des cicatrices rayonnées qui, au rapport du malade, résultent de la guérison d'une partie de l'ulcère. Enfin, entre l'angle de la mâchoire et l'oreille gauche, on voit une longue cicatrice ayant la même apparence, et qui, d'après son témoignage, a également succédé à une ulcération semblable aux précédentes.

Toutes ces altérations, quoiqu'étant de dates différentes, paraissent nées sous la même influence. L'ulcère du menton et celui des paupières n'ont ni les caractères des ulcérations vénériennes, ni l'aspect cancéreux; leurs bords sont au contraire renversés en dedans. Au menton, le fond de la plaie adhère à l'os; que cela résulte des progrès de l'affection des parties molles, ou qu'il y ait eu primitivement une nécrose circonscrite du maxillaire inférieur (ce que tendrait à faire supposer l'état des gencives qui sont recouvertes de tartre), la conséquence est la même pour le praticien, il existe une adhérence avec l'os.

Les caractères apparens, les commémoratifs, et l'ensemble de la constitution repoussent également l'idée d'un ulcère syphilitique ou d'une affection scrofuleuse. S'agirait-il d'un cancer? Les cicatrices qui se sont formées sur des ulcérations en tout semblables à celles dont il est question maintenant ne permettent pas d'admettre cette explication; car le tissu cancéreux ne se cicatrise pas. D'après ces signes négatifs, et en consultant d'ailleurs la physionomie et la marche de ces ulcères, on arrive à cette conséquence qu'ils sont produits par l'affection connue sous le nom de lupus.

On a déjà fait prendre à ce malade un traitement mercuriel, mais sans aucun résultat. Son affection serait-elle donc de nature syphilitique? Je ne décide point cette question, dit M. Laugier, car je n'ai guère pour l'éclairer que les réponses du malade. (Le candidat aurait, ce nous semble, pu tenir compte de l'absence de symptômes vénériens concomitans, et de la marche particulière du mal.) D'un autre côté, continue-t-il, l'insuccès du mercure contre une maladie ne prouve point qu'elle ne soit pas syphilitique; car souvent, dans les accidens déjà anciens, ce médicament échoue, et l'iodure de potassium réussit. Je commencerais donc ici par administrer l'iodure de potassium, sous forme de solution, à la dose de 75 centigr. par jour, et même davantage; puis je ferais des cautérisations sur la tumeur, non pas avec le nitrate d'argent, comme le malade en a déjà subi sans succès, mais avec le nitrate acide de mercure, et en ayant le soin de ne pas attaquer les tissus trop profondément; car il faut, dans ces cas, exciter plutôt que détruire. (Nous ne ferons point à M. Laugier un reproche d'avoir abrégé la nomenclature si étendue des médicamens préconisés contre le lupus; peut-être aurait-il dû cependant dire un mot de quelques moyens généraux, tels que les préparations arsénicales, qui, en désespoir de cause, rendent parfois d'utiles services.)

Quel que soit le traitement employé contre le lupus ce ne serait qu'après avoir cicatrisé toutes les ulcérations, et après avoir laissé écouler assez de temps pour être assuré d'une guérison solide qu'on devrait songer à traiter l'ectropion. On pourrait d'abord essayer de diminuer le renversement de la paupière, en cautérisant sa surface interne, ce qui aurait ici le double avantage d'agir contre l'ectropion et d'améliorer l'état de la conjonctive. Il conviendrait ensuite de tenter l'excision d'un lambeau de cette membrane. Si l'ectropion persistait, malgré ces premiers moyens, on inciserait les cicatrices, puis on relèverait la paupière après l'avoir disséquée; mais cette opération est souvent suivie de récidive. Enfin, dans le cas où le succès n'aurait pas été obtenu, l'excision des cicatrices et la blépharoplastie seraient pratiquées avec avantage; et l'on devrait alors donner la préférence au procédé d'Adams qui est le plus simple, et qui aurait en outre ici l'avantage de permettre l'excision d'une bonne partie des cicatrices.

Quant à la nécrose partielle du maxillaire inférieure, qu'elle soit primitive ou secondaire à l'ulcération des parties molles, l'indication la plus sûre qu'elle suggère, en l'état actuel, c'est l'expectation.

Nous ne voudrions à aucun prix paraître jeter une sorte de déconsidération sur les précédentes épreuves de M. Laugier; mais il nous faut pourtant dire, parce que tout le monde a fait la même remarque, que jamais ce candidat ne s'était distingué autant que dans cette leçon. Favorablement connu déjà, comme observateur consciencieux et expérimenté, il a su montrer combien l'instruction acquise au lit du malade l'emporte, même dans un concours, sur l'aride et verbeuse science de cabinet. Exclusivement clinicien pendant toute sa consultation, il n'a soulevé que des questions pratiques, et presque toujours il est parvenu à les résoudre heureusement, sans avoir besoin d'innover, et par le seul emploi des moyens de diagnostic connus. En somme, cette dernière épreuve a incontestablement placé M. Laugier au premier rang, et son succès augmentera encore lorsqu'il saura réunir à ces qualités de fond l'auxiliaire indispensable d'une méthode d'exposition plus serrée et plus précise.

VARIÉTÉS.

— Le copahu, administré sous forme de potion, et quelquefois en lavement, lorsque les voies digestives supérieures ne sont pas convenablement disposées pour tolérer son passage, bien qu'il constitue un des meilleurs anti-blennorragiques, comme nous le verrons plus tard, est loin de fournir, à l'hôpital, les avantages qu'il pourrait donner, et cela à cause de la difficulté que l'on éprouve pour le faire avaler aux malades, auxquels il cause souvent un dégoût insurmontable et des vomissements. Pour éviter ces inconvéniens, dans la pratique privée, M. Ricord emploie les capsules au baume de copahu préparées d'après le dernier perfectionnement de M. Mothes (1), et dans lesquelles le médicament se trouve pur et dans l'impossibilité d'occasionner du dégoût.

— HYDROTHÉRAPEUTIQUE, OU L'ART DE PRÉVENIR ET DE GUÉRIR LES MALADIES SANS LE SECOURS DES MÉDICAMENS, PAR L'EAU, LA SUEUR, LE BON AIR, L'EXERCICE, LE RÉGIME ET LE GENRE DE VIE; par CH. MUNDE. — 1 vol. in-18. Prix: 4 fr. 50 c.

Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie de médecine, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Londres, chez H. Baillière, 219, Regent-Street.

— DE L'OPHTHALMIE QUI RÈGNE DANS L'ARMÉE BELGE, et des moyens d'arrêter la propagation de cette maladie dans toute agglomération d'individus; par H.-P. GOUZÉE, docteur en médecine, médecin principal de l'armée, etc. — In-8°.

Bruxelles, Tircher, librairie médicale et scientifique.

Paris, J.-B. Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

— NOUVELLE DERMATOLOGIE, ou précis théorique et pratique sur les maladies de la peau, fondé sur une nouvelle classification médicale; suivi d'un exposé de principes généraux pouvant servir de guide dans le choix des eaux minérales naturelles applicables dans le traitement de ces maladies; avec un formulaire spécial et planches coloriées; par P. BAUMÈS, chirurgien en chef de l'hospice de l'Antiquaille de Lyon. — T. I, 1842.

Cet ouvrage formera deux volumes; le deuxième est sous-presse et paraîtra très incessamment.

A Paris, chez J.-B. Baillière et Germer Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine.

A Lyon, chez Savy, quai des Célestins, 48.

(1) Dépôt, rue Ste-Anne, 20.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 22. (TOME X. — 1842.) SAMEDI 28 MAI 1842.

Gazette Médicale
DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des Hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis ; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois ; pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE INTERNE.

NOTE SUR LA PHTHISIE DANS LE NORD DE L'AFRIQUE ; par M. Guyon, membre de la commission scientifique de l'Algérie.

« Phthysicus est ; quis hoc curat ? »
(Saint Augustin, Sermo lxxvii.)

La phthisie, en arabe *eddiboul*, était connue dans le nord de l'Afrique du temps de saint Augustin, et on l'y connaissait déjà sous le rapport de ses résultats, autant qu'on la connaît aujourd'hui chez nous, ainsi qu'en témoignent suffisamment les quelques paroles du saint évêque, que nous avons prises pour épigraphe. La phthisie, à cette époque, était-elle rare ou commune dans le nord de l'Afrique ? C'est ce que nous ne voyons nulle part.

De nos jours, la phthisie n'est pas très répandue dans le nord de l'Afrique ; on pourrait même dire qu'elle y est rare, et qu'elle y passe, en quelque sorte, inaperçue parmi les autres maladies du pays. D'où il serait permis de supposer que, sous l'influence d'une civilisation moins arriérée, avec une population moins malheureuse, le nord de l'Afrique serait peut-être encore plus favorisé sous ce rapport. Toujours est-il qu'au moment où nous écrivons, les familles phthisiques ne sont pas communes dans le pays, surtout dans la population maure, qui se compose des indigènes les plus aisés ; elles le sont davantage parmi les Israélites, mais non encore parmi les principaux de cette nation. Ainsi, par exemple, à Alger, on compte à peine sept ou huit familles connues, parmi les Israélites, qui soient atteintes de phthisie.

On peut donc dire que le climat du nord de l'Afrique n'est pas favorable au développement de la phthisie, et, par contre, qu'il pourrait être utile aux phthisiques qui y viendraient d'autres contrées ; il le leur serait du moins, à l'égal des climats aujourd'hui recherchés en Europe pour ces

Feuilleton.

Académie de médecine. — Proposition relative a la répression du charlatanisme.

La lecture d'un rapport de M. Emery sur quelques remèdes secrets a donné lieu, dans le sein de l'Académie, à une discussion à laquelle on était loin de s'attendre, sur les remèdes secrets d'abord, puis sur le charlatanisme en général, puis sur les moyens de répression à opposer à ces fléaux. Jamais l'Académie n'avait abordé tant de questions à la fois, et en aussi peu de temps. Des généralités on en est venu tout d'un coup à des propositions directes, parmi lesquelles il s'en est trouvé une des plus graves que l'Académie ait jamais été appelée à discuter, et qui néanmoins a été prise en considération *ex abrupto* et comme par acclamation ; c'est celle de M. Royer-Collard. Avant d'examiner le sens, la portée et les conséquences de cette proposition, il importe de dire comment elle a été amenée.

C'est à propos de l'abus que fait le charlatanisme du nom de l'Académie dans ses Annonces, que la discussion s'est engagée. On a remarqué avec douleur que, de quelque manière qu'on s'y prenne, les auteurs et vendeurs de remèdes trouvent toujours le moyen d'invoquer l'autorité de l'Académie en leur faveur. Il suffit que l'Académie se soit occupée d'une façon quelconque de leur invention pour que le nom de cette savante compagnie figure dans leurs annonces, et que leur remède soit présenté au public sous cet imposant patronage. Il a été reconnu que l'Académie ne pourrait se soustraire à cette exploitation qu'en renonçant absolument à tout examen des remèdes secrets ; mais on sait que cette unique ressource lui est interdite par l'esprit et la lettre de son institution, et par des prescriptions légales positives. C'est une des missions de l'Académie d'éclairer le gouvernement sur les objets qui intéressent la santé publique ; elle est par conséquent obligée de répondre à toutes les questions que l'autorité lui adresse ; elle ne peut, ni ne doit, sous aucun prétexte, refuser son concours toutes les fois qu'il est réclamé dans les limites de sa compétence scientifique. Quant aux remèdes secrets, indépendamment de ses obligations générales comme comité consultatif de l'état en matière médicale, elle est directement et spécialement chargée de leur examen par l'ordonnance du 20 décembre 1820.

On voit par là que la racine de l'abus en question est dans l'existence même des remèdes secrets. Le mal est en effet moins dans l'abus de la chose que dans la chose même ; c'est la chose qui est un abus, une monstruosité intrinsèque et radicale. Or cette monstruosité est malheureusement autorisée et consacrée par la loi. C'est cette loi qui, ayant, par une confusion funeste, assimilé l'invention d'un remède à celle de tout autre produit de l'art ou de l'industrie, a laissé le champ libre au charlatanisme, et lui a ouvert la porte de l'Académie par la filière

sortes de malades; nous voulons parler des climats de Nice, d'Hyères et de Montpellier. Mais, il en est du nord de l'Afrique comme de ces dernières contrées : ce n'est pas lorsque la maladie est plus ou moins près de son terme qu'il convient d'en aller chercher l'heureuse influence ; on a même cru remarquer que la marche du mal s'en trouvait alors précipitée. Toutefois, hâtons-nous de le dire, cette remarque n'a guère été faite que sur de jeunes militaires qui, à leur arrivée dans le pays, ont dû prendre leur part des dures fatigues, de toutes les misères inséparables de la guerre en Afrique.

Consultée, dans le temps, sur la question des avantages que pourrait avoir le climat d'Alger sur la marche de la phthisie, l'Académie de médecine crut devoir ajourner son jugement, faute des élémens qui lui paraissaient nécessaires pour résoudre la question. La solution, en effet, comme le faisait remarquer l'Académie, dans son rapport au ministre, devait être subordonnée à une *statistique bien faite*, qui aurait pour but d'établir *si la phthisie est rare ou commune à Alger, soit chez les habitans du pays, soit chez les Européens qui y sont établis depuis un laps de temps plus ou moins considérable; si cette maladie, une fois développée, marche plus ou moins lentement qu'en France vers son terme fatal* (1).

L'Académie exprimait en même temps le désir que, à raison de l'importance du sujet, l'autorité prît les les mesures nécessaires pour recueillir les élémens de cette statistique. Ceci se passait sur la fin de 1836, et nous avons le regret d'avoir à consigner ici qu'au moment où nous écrivons (avril 1842) aucune mesure n'a encore été prise pour obtenir le travail désiré par l'Académie (2).

Les habitans du nord de l'Afrique sont dans la pensée que l'usage de l'eau de citerne pourrait, à raison de sa basse température et d'autres circonstances qu'ils ne peuvent préciser, donner lieu à la phthisie, rendre poitrinaires, comme ils disent, *meradh beddéboul;* et de là l'usage exclusif qu'ils font, pour leur boisson, de l'eau de fontaine qui, pourtant, est toujours plus ou moins trouble pour peu qu'il pleuve, tandis que celle de citerne, au contraire, est toujours très limpide, qualité qui, non moins que sa fraîcheur, la fait si rechercher des Européens.

Plusieurs plantes passent, parmi les indigènes, pour être utiles dans le traitement de la phthisie; mais de toutes celles qui y sont employées, je n'en sache aucune qui jouisse réellement de quelque action appréciable. Dans le nombre des applications locales usitées dans la même maladie, je me borne à citer la cautérisation actuelle, ainsi que l'application d'une sorte d'emplâtre dans lequel entre, comme partie active, la poudre de cannelle.

Dans les contrées où croît le *pistacia atlantica*, celles du Sud, aux limites du Désert, on expose les malades à la chaleur produite par le feu fait avec les jeunes pousses de cet arbre, dont toutes les parties contiennent un principe aromatique très développé. Ailleurs, chez les Biskris, par exemple, on met les malades dans des trous pratiqués dans le sable, et qui ont été préalablement chauffés; on y laisse les malades plus ou moins de temps, de manière à les y faire suer abondamment, après quoi ils sont enveloppés de couvertures de laine, qui entretiennent, pendant quelque temps, la transpiration qui a été provoquée dans les trous.

Nous ne saurions nous dispenser ici de dire un mot de la croyance à la contagion de la phthisie, croyance qui était, comme on sait, celle de la Grèce antique, témoin le plaidoyer rapporté dans l'ÆGINÉTIQUE d'Isocrate, en faveur d'un individu héritier d'un phthysique, qu'il avait soigné dans sa maladie : « J'étais en si mauvais état, dit cet homme, que tous ceux de mes amis qui venaient me voir craignaient que je ne succombasse aussi, et me conseillaient de prendre garde à moi, disant que la plupart de ceux qui soignaient cette maladie (la phthisie), en deviennent victimes (1). » Cette croyance à la contagion nous la retrouvons chez plusieurs peuples modernes; elle existe aussi dans le nord de l'Afrique, où on a l'habitude de brûler, comme nous l'avons vu pratiquer en Espagne, les vêtemens et autres objets qui ont appartenu aux malades.

Je termine en donnant une statistique des phthisiques morts à Alger, dans la population civile, pendant les années 1838, 1839, 1840 et 1841, prévenant que les chiffres qui l'établissent doivent être au-dessous de la vérité, du moins pour la population indigène.

ANNÉE 1838.

Maures............	13
Juifs..................	7
Européens..........	23
Total......	43

La mortalité générale de la ville a été de 1,112 individus ; savoir :

Maures............	571
Juifs..................	137
Européens..........	404, dont 138 Français.

ANNÉE 1839.

Maures............	17
Juifs..................	1
Européens..........	35
Total......	53

La mortalité générale de la ville a été de 1,915 individus; savoir :

Maures............	818
Juifs..................	172
Européens..........	920, dont 580 Français.

ANNÉE 1840.

Maures............	14
Juifs..................	4
Européens..........	23
Total........	41

(1) Rapport au ministre des travaux publics, de l'agriculture et du commerce.

(2) Le rapport de l'Académie a été transmis à M. le ministre de la guerre par M. le ministre des travaux publics, de l'agriculture et du commerce, sous la date du 18 novembre 1836; il a été de nouveau transmis, par M. le ministre de la guerre, à l'intendance civile d'Alger, sous la date du 6 décembre, même année.

(1) Je cite ce précieux document d'après M. Littré, qui le rapporte dans sa traduction des ŒUVRES COMPLÈTES D'HIPPOCRATE.

du ministère. Les industriels connaissent parfaitement cette route et ne manquent jamais de la prendre. Ils savent que de toute nécessité le ministre renverra leur affaire à l'Académie, et que l'Académie répondra non moins nécessairement au ministre. La nature de la réponse leur importe peu. Il suffit, comme nous l'avons dit, qu'ils puissent faire savoir au public que leur remède a été discuté, expérimenté, ou même simplement présenté à l'Académie royale de médecine; et le tour est fait.

La discussion n'a, comme on le pense bien, apporté aucune lumière nouvelle à cet égard ; car tout a été dit depuis longtemps sur ce point. Mais il est arrivé que le débat, d'abord limité à un abus particulier des annonces, s'est porté sur les annonces médicales en général, et sur les manœuvres du charlatanisme sous toutes ses formes, sur la nécessité de protéger enfin la dignité de la profession par quelque institution protectrice. C'est du milieu de ces plaintes, de ces vœux généraux qu'est sortie à l'improviste la proposition de M. Royer-Collard.

Cette proposition, disons-le tout d'abord, nous paraît dépasser de beaucoup le champ de la question qui lui a donné naissance; elle n'a pas seulement pour but la répression de quelques abus spéciaux et déterminés, mais elle implique un plan général de police et de discipline de la profession. Elle a été faite, de l'aveu positif de son auteur, en vue des considérations générales de moralité, de dignité professionnelles qui, il y a quelques années, firent songer à l'institution des *chambres de discipline*. C'est cette institution même ou quelque chose de fort analogue qui nous est présenté sous une forme nouvelle, avec d'autres conditions et d'autres instrumens. Tel est du moins le sens que nous nous croyons autorisés à y attacher d'après l'ensemble de la discussion. Si ce n'est pas là sa véritable signification, dans la pensée de son auteur, c'est du moins celle qu'elle ne peut manquer de prendre lorsqu'on essaiera de la résoudre en des formules d'application positives et déterminées.

Nous ne croyons pas, à la vérité, que l'Académie l'ait entendue en ce sens ; et elle est en cela très excusable, car cette motion n'a été présentée qu'en termes vagues et généraux, susceptibles d'interprétations diverses. C'est moins un projet qu'une simple idée. Voici en quoi elle consiste.

Vous reconnaissez, a dit M. Royer-Collard, qu'il n'y a aucun moyen de prévenir les manœuvres du charlatanisme, l'abus qu'il fait de la publicité pour la vente des remèdes, que ses infractions journalières aux lois restent impunies, soit que l'autorité les ignore, soit qu'elle néglige, par une raison ou par une autre, de les poursuivre, et vous n'avez pu jusqu'ici que déplorer inutilement ce désordre. Il y a quelque chose de mieux à faire, c'est de le réprimer, sinon de le prévenir, et c'est à l'Académie elle-même que doit échoir cette belle tâche. Que l'Académie, forte de son origine, de l'esprit de sa constitution, du nombre de ses membres et de leur haute position scientifique et sociale, de l'indépendance et de l'autorité dont elle jouit comme société savante et conseillère de l'état, se constitue une fois pour toutes tutrice de l'honneur du corps médical, surveillante de l'exercice de l'art, et gardienne des lois relatives à la médecine. S'il y a des atteintes portées à la dignité et à la libéralité de la profession, qu'elle les flétrisse de sa censure; s'il y a des obscurités, des défauts, des abus dans la législation médicale, qu'elle les fasse connaître à l'autorité compétente et indique les moyens d'y remédier ; s'il y a enfin des infractions positives aux lois, qu'elle les défère à la justice et en réclame d'office la punition. Cette surveillance rigoureuse et active

La mortalité générale de la ville a été de 1,707 individus; savoir :

Maures..............	857
Juifs..............	172
Européens..............	678, dont 393 Français.

ANNÉE 1841.)

Maures..............	34
Juifs..............	7
Européens..............	56
Total..........	97

La mortalité générale de la ville a été de 1,944 individus; savoir :

Maures..............	931
Juifs..............	221
Européens..............	792, dont 402 Français.

PATHOLOGIE EXTERNE.

HISTOIRE DE LA TAILLE BILATÉRALE; par le docteur F. RIBES, médecin en chef de l'Hôtel royal des Invalides.

Dupuytren est le premier, à ma connaissance, qui a pratiqué l'opération de la taille bilatérale sur le vivant.

Pelletan, professeur de pathologie externe à la Faculté de médecine, et qui enseignait cette science avec l'éloquence la plus séduisante, succéda à Desault, à l'Hôtel-Dieu, mais sans le remplacer. Dupuytren, à peine sorti des bancs, obtint, après un concours brillant, l'emploi de chirurgien en second, et, quelques années après, celui de premier chirurgien de ce vaste hôpital. Par son grand talent, Dupuytren remplaça Desault; par sa facile élocution, son profond savoir et la sûreté de sa main, il surpassa Pelletan, et devint, dans la chirurgie civile, ce que le baron Larrey était dans la chirurgie militaire, une des plus grandes autorités chirurgicales de l'époque.

Quelques années avant l'arrivée de Dupuytren à la haute position où son mérite l'avait élevé, le professeur Chaussier et moi nous avions découvert une route plus directe et plus sûre que celle ordinairement suivie pour arriver dans la vessie et en retirer les calculs.

Par un oubli bien blâmable, nous avons laissé cette découverte enfouie dans les gros volumes in-4° des THÈSES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE, et peut-être y serait-elle encore longtemps restée, si Dupuytren ne l'en avait tirée et placée, après de nombreux succès, au rang des meilleures méthodes de tailler. Néanmoins, presqu'aucun changement important n'a été fait à cette méthode, et elle est demeurée à peu près ce qu'elle était à son origine, comme nous allons le voir.

D'abord, voici à quelle occasion nous fîmes cette découverte, et comment le hasard nous fit apercevoir la possibilité d'arriver dans la vessie par une route différente de celle qu'on avait suivie jusqu'alors.

Depuis le commencement de 1800, presque tous les jeunes chirurgiens des armées, qui la plupart n'étaient partis que comme sous-aides, étant promus aux grades d'aides-majors et même de chirurgiens de première classe, venaient à Paris pour s'exercer à la pratique des opérations. A cette époque, je me livrais à l'enseignement particulier; un très grand nombre de ces jeunes gens s'adressèrent à moi. J'étais prosecteur du professeur Chaussier. En cette qualité, j'avais tous les soirs à ma disposition son laboratoire, ainsi que tous les cadavres dont je pouvais avoir besoin, et c'était là que je faisais ordinairement exercer ces jeunes chirurgiens à la manœuvre des opérations.

On sait que la taille latérale ne peut se pratiquer que du côté gauche du périnée. Pour habituer ces chirurgiens à se servir du histouri également bien des deux mains, quand ils avaient fait l'opération du côté gauche avec la main droite, je les engageais à en faire autant du côté droit avec la main gauche. Cet exercice s'est longtemps continué sans que j'en aie tiré aucune conséquence. Mais un cadavre avait été laissé en travers sur une table, les fesses élevées sur un billot, les pieds pendans vers la terre, sans intention aucune; par hasard je jetai les yeux sur ce corps, et particulièrement sur la double incision, qui alors représentait une plaie demi-circulaire; je fus curieux de voir les parties qui avaient été divisées, je les disséquai avec soin, et sur-le-champ je reconnus le grand avantage qu'il y aurait à pénétrer dans la vessie par le canal de l'urètre, après une incision faite demi-circulairement au périnée, à un centimètre et demi de la partie antérieure de l'anus. Je fis part à M. Chaussier de mon projet d'opération de taille, en anticipant à la partie droite et gauche du périnée, et en incisant transversalement la portion membraneuse de l'urètre, la glande prostate et le col de la vessie. M. Chaussier approuva mon dessein. Il m'engagea plusieurs fois à répéter mes essais en sa présence, et à disséquer de nouveau toutes les parties divisées; il me demanda quelques détails écrits sur ce projet d'opération; je m'empressai de lui remettre la note suivante, et dès ce moment nous pûmes regarder cette découverte comme nous étant commune.

« Voici, lui disais-je, comment doit être pratiquée la méthode que je propose. Au lieu de placer le sujet, comme on le fait ordinairement, sur un plan horizontal ou obliquement incliné en devant, il faut que la tête soit plus basse que le bassin, afin que la région du périnée, de l'anus, se présente dans toute son étendue, et que le pubis se trouvent sur un plan à peu près horizontal. Après avoir placé le sujet dans cette situation, retiré, écarté et assujetti les cuisses, on introduit dans l'urètre le cathéter ordinaire, cannelé sur sa convexité; ou plutôt le cathéter devrait avoir deux cannelures, l'une à droite et l'autre à gauche, qui se rencontreraient au point de la plus grande courbure de l'instrument, correspondant ainsi à la base du bulbe et à la portion membraneuse de l'urètre. Il faudrait confier la manutention de cet instrument à un aide qui serait en même temps chargé de relever le scrotum et de tendre la peau du périnée. Alors, appuyant les trois grands doigts de la main gauche sur l'anus qu'il déprime du côté du coccyx, l'opérateur prend un fort scalpel à long manche et tranchant sur la convexité; il en porte la pointe sur le côté droit du périnée, environ à 2 centimètres de la ligne médiane, et conduisant l'instrument de droite à gauche, il coupe transversalement le périnée à un centimètre et demi au-dessus du bord de l'anus. Parvenu au côté gauche du raphé, on prolonge l'incision un peu obliquement en bas, du côté de l'ischium; reportant aussitôt la pointe de l'instrument à droite dans

est l'unique remède à opposer au débordement et aux excès du charlatanisme; et c'est à l'Académie seule qu'il appartient d'exercer convenablement, dignement et efficacement cette surveillance. Je propose donc à l'Académie de s'occuper immédiatement des voies et moyens d'arriver à ce résultat par tel mode d'organisation qu'elle jugera convenable.

Tel est, si nous ne nous trompons, dans sa signification la plus générale, la motion développée par M. Royer-Collard.

Cette proposition ne tend à rien moins, qu'on le sache ou qu'on l'ignore, qu'à placer l'Académie dans une position tout à fait nouvelle dans ses rapports avec la société, avec le corps médical, avec le gouvernement, et à l'investir d'attributions non inscrites dans son règlement organique. C'est là son caractère, sinon son but avoué, dans son ensemble, si on l'examine dans toute sa généralité, et dans chacune de ses parties, si l'on considère isolément et en détail les élémens divers dont elle se compose. Elle est donc extrêmement grave, car elle implique une sorte de révolution dans la constitution même de l'Académie.

Pour se faire une idée exacte de la portée et des conséquences de ce projet, il convient de faire remarquer qu'il est double et n'a ni la même gravité, ni le même intérêt, suivant la nature des attributions qu'il confère à l'Académie; et dès-lors il importe d'examiner séparément l'un et l'autre de ces points de vue. Nous commencerons par la proposition la plus explicitement formulée par M. Royer-Collard, la seule peut-être qui ait été bien clairement comprise, celle qui imposerait à l'Académie le soin de rechercher et constater les infractions aux lois et de les déférer à l'autorité.

Il est facile de voir d'abord, avant toute recherche sur la possibilité, la convenance, l'utilité de cette mesure, qu'elle est de sa nature tout à fait étrangère à l'esprit et à la lettre de l'institution de l'Académie. L'Académie est une société essentiellement et exclusivement scientifique. Tout ce qui est hors de la science et de l'art est hors de son domaine. Lui attribuer un droit d'enquête sur une certaine classe de délits, c'est l'investir d'une sorte de pouvoir judiciaire, c'est la transformer en une *chambre d'instruction*. Un tel rôle, quoi qu'on en puisse penser d'ailleurs, est certainement extra-scientifique; et, à ce titre seul, ne paraît guère convenir à une Académie. Il faudrait pour justifier une pareille anomalie des raisons extrêmement fortes. Ces raisons existent-elles? Nous ne le pensons pas. L'utilité de cette mesure comme moyen de répression nous paraît fort douteuse. Pour qu'elle eût toute l'efficacité désirable, il faudrait que l'Académie s'acquittât de cette tâche avec une exactitude, une persévérance, une inflexibilité surtout qu'il serait bien inutile d'attendre d'elle; car mille motifs, faciles à supposer, entraveraient sans cesse son action. Son impartialité serait avant peu mise à de telles épreuves, qu'elle y succomberait inévitablement; et dès lors que deviendrait son autorité? Et d'ailleurs, s'il est vrai, en principe, que tout citoyen a le droit et le devoir de dénoncer les faits contraires aux lois, il n'en est pas moins vrai qu'un sentiment involontaire de répugnance rend très pénibles l'exercice de ce droit et l'accomplissement de ce devoir à tout homme qui n'a pas reçu une mission spéciale du souverain, et dont la responsabilité n'est pas couverte par la sainteté de la loi au nom de laquelle il parle et agit. Vue de loin, une pareille tâche peut perdre un peu de son caractère répulsif, et ne se présenter que par son beau côté; mais il est à craindre ou plutôt à espérer qu'à l'œuvre une commission en sentirait durement le poids. C'est probablement dans cette pré-

l'endroit où l'on avait commencé l'incision, on la prolonge également de ce côté, en inclinant en bas vers l'ischium.

» Cette première incision qui a une forme demi-circulaire ou de croissant, dont la convexité est en avant et la concavité en arrière, comprend la peau, une partie du muscle sphincter cutané et du transverse du périnée. Portant aussitôt dans le milieu de cette plaie l'extrémité du doigt indicateur qui déprime toujours l'anus et écarte le rectum, l'opérateur se fraie, avec la pointe du scalpel, une route plus profonde et parvient bientôt au-dessous du bulbe et à la partie membraneuse de l'urètre qu'il distingue et reconnaît avec l'extrémité du doigt. Il ne reste plus alors qu'à inciser l'urètre, à prolonger l'incision à droite et à gauche dans l'épaisseur de la prostate, et cette partie de l'opération, qui est très importante, peut s'exécuter par des procédés différens.

» Si l'on emploie le cathéter ordinaire, on en fait incliner fortement le manche à droite, et l'on incise sur la cannelure. On peut aussitôt prolonger l'incision à gauche jusque dans l'épaisseur de la prostate ; puis on fait porter le manche du cathéter à gauche, et l'on fait une semblable incision à la portion droite de la prostate. Ces deux incisions latérales se feront plus facilement encore et seront plus entièrement latérales, si le cathéter est garni de deux cannelures, l'une à droite et l'autre à gauche. On pourrait aussi, pour remplir le même objet, après avoir fait une première incision latérale à la partie membraneuse de l'urètre, y introduire une sonde cannelée droite que l'on ferait parvenir dans la vessie, et après avoir retiré le cathéter, on ferait à l'aide de cette sonde droite une incision latérale à droite et à gauche, qui comprendrait la prostate dans son épaisseur et son étendue. On pourrait encore, à l'aide de divers instrumens composés, tels que le lithotome caché ou à double lame, comme celui de Fleurent, ou avec l'instrument que Louis avoit proposé pour la taille des femmes, on pourrait, dis-je, faire une double incision aux côtés de la prostate. Mais l'instrument le meilleur est l'intelligence dirigée par une connaissance exacte de la situation et de la nature des parties. Après cette double incision vraiment latérale de la prostate, l'opération se complète et se termine suivant les procédés généralement connus.

» Les avantages de cette nouvelle méthode sont : 1° d'ouvrir une route moins oblique, plus facile, plus droite, pour parvenir dans la vessie ; 2° de n'intéresser aucune branche ou aucun rameau d'artère qui puisse fournir une hémorragie un peu considérable ; 3° de présenter une issue plus commode, plus libre, plus large, pour l'introduction des instrumens et l'extraction de la pierre ; 4° d'éviter d'une manière plus sûre l'incision des canaux éjaculateurs, accident qui a souvent lieu avec les méthodes généralement employées, dans lesquelles l'incision est toujours oblique au lieu d'être vraiment latérale.

» Sans doute on trouvera dans cette description, ainsi que dans le manuel opératoire, quelques objets à réformer, à corriger, mais ce sont des premiers essais ; le temps et des recherches ultérieures les perfectionneront et pourront en faire une méthode qui méritera peut-être un jour d'être préférée aux autres, par la simplicité de l'exécution et la sécurité qu'elle semble promettre. »

Cette note fut communiquée par le professeur Chaussier à M. Morland, qui l'inséra dans sa Thèse, non pour faire connaître et proclamer les avantages de cette manière d'opérer, mais pour chercher à persuader qu'elle n'était que la méthode de Celse, et qu'il n'en parlait que pour prouver que les expressions de l'auteur latin n'avaient pas été bien entendues et que le mode opératoire avait été mal compris.

Voyons si les raisons de l'auteur de la thèse sont fondées, et si nous pourrons les réfuter.

« La lithotomie, dit M. Morland, est une des opérations dont on s'est le plus occupé, surtout dans ce dernier temps, soit pour l'invention d'une méthode, soit pour la forme et le perfectionnement des instrumens. L'histoire de l'art nous a conservé le nom de plusieurs anciens médecins qui ont pratiqué cette opération ; mais c'est dans les écrits de Celse qu'on en trouve la première description, et il nous paraît qu'on n'a pas toujours bien saisi le sens de l'auteur.

» Après avoir indiqué la situation qu'il faut donner au sujet que l'on doit opérer, la manière de chercher, d'amener et de fixer la pierre, Celse ajoute (liv. VII, 26) : *Cum jam eò venit, incidi... juxtà anum cutis, plagâ lunatâ, usque ad cervicem vesicæ debet cornibus ad coxas spectantibus paulum.*

» Ce passage, qui nous paraît extrêmement clair et qui peut-être présente un point de vue important, est devenu équivoque et absurde par le sens qu'on a attaché à quelques-unes des expressions. Nous en apercevrons bientôt la cause et l'origine.

» Paul d'Œgine, qui écrivait au moins quatre siècles après Celse, en décrivant (liv. VI, chap. 60) le traitement qu'il faut faire aux calculeux, recommande expressément de ne point faire l'incision au milieu, c'est-à-dire au raphé ou ligne médiane du périnée, mais à côté vers la fesse, de manière qu'elle soit oblique. Depuis ce temps, on a, dans la pratique de la lithotomie, fait toujours au périnée l'incision plus ou moins oblique et latérale, et dans la description de la méthode de Celse ou du petit appareil, on a toujours prescrit de faire l'incision obliquement latérale, comme on peut le voir non seulement indiqué, mais encore gravé dans la dissertation d'Heister sur la méthode du petit appareil.

» Daléchamps, très versé dans la connaissance des anciens, et qui, dans sa CHIRURGIE FRANÇAISE (p. 261), a traduit ce passage de Celse, dit expressément qu'il faut faire l'incision en forme de croissant, duquel les cornes soient tournées vers la cuisse ; c'est aussi le sens qu'a adopté le savant et célèbre Deschamps, dans son TRAITÉ DE LA TAILLE (t. II, p. 12). Ninnin, qui a donné une traduction des ouvrages de Celse, présente un sens un peu différent, et il dit qu'il faut faire l'incision en forme de croissant dont les pointes soient tournées vers les cuisses.

» Ces diverses interprétations ou traductions ne sont conformes ni au texte de l'auteur qui est très clair, très précis, ni à ses intentions et à l'objet essentiel qu'il se proposait. En se bornant strictement et littéralement aux expressions de l'auteur, il ne dit point de faire sur la partie latérale du périnée une incision en forme de croissant dont les pointes soient tournées vers les cuisses, mais il dit expressément : *ad coxas* ; et il ne faut pas par ce mot entendre, comme le fait Ninnin, que les pointes de l'incision doivent être dirigées vers les cuisses ; car, dans la situation que Celse recommande de donner au malade, ces pointes ou extrémités de l'incision seraient alors tournées en haut du côté du pubis. Pour terminer toute difficulté, observons que le mot *coxa* est souvent employé dans Celse et les anciens écrivains et même dans quelques modernes, comme Blancard, pour désigner le bassin, l'os coxal et spécialement l'ischium. Ainsi, suivant Celse, il faut faire au-dessus de l'anus une incision semi-lunaire ou en forme de croissant, qui coupe transversalement

---

vision et pour atténuer le côté choquant de la mesure, qu'on a proposé de borner le rôle de l'Académie à avertir officieusement le ministre, laissant à celui-ci le soin de déférer le délit à la justice. Sans doute, sous cette forme, l'intervention de l'Académie est jusqu'à un certain point admissible, et bien moins dure que si elle avait à adresser directement ses informations au procureur du roi sous la forme d'une plainte ou d'un réquisitoire. Mais en perdant leur caractère judiciaire précis et légal, ses démarches perdraient probablement toute leur efficacité, et resteraient sans résultats.

Nous n'entendons pas ici discuter à fond cette mesure, qui n'est encore qu'un projet de projet ; mais il peut être utile de faire connaître par avance quelques-unes des raisons qui nous la rendent suspecte. Nous en ajouterons une dernière.

Réduite à ce seul point, la proposition de M. Royer-Collard serait beaucoup trop restreinte dans ses effets. Elle n'atteindrait qu'une petite partie des abus, et son insuffisance contribuerait à faire ressortir les défauts essentiels de l'institution même. Pour atteindre le but qu'on se propose en ceci, à savoir, la poursuite active des délits médicaux, il suffit d'un simple bureau spécial de police, dont rien n'empêche de provoquer la création. Mais il faut que ce bureau soit placé, comme ceux du même genre, à la préfecture de police, et non à l'Académie. Le mettre dans l'Académie, ce serait confondre les juridictions, les positions, les hommes ; ce serait transporter l'Académie sur un terrain extra-scientifique et inconnu, sur lequel elle fera bien de ne pas s'engager.

Venons maintenant à l'autre partie de la proposition de M. Royer, à celle du moins que nous nous sommes cru fondés à lui attribuer. Celle-ci est sans contredit bien plus importante que la précédente, et dans son principe et dans ses conséquences. Il s'agirait, avons-nous dit, de donner à l'Académie, par des moyens encore à chercher et à trouver, une certaine juridiction morale et disciplinaire sur l'exercice de l'art. Ce projet, s'il existait véritablement, rencontrerait inévitablement toutes les difficultés et objections dont les chambres de discipline ont été l'objet chaque fois qu'il en a été question, et sous lesquelles elles paraissent avoir succombé. Mais il en rencontrerait encore de nouvelles et de plus fortes, en raison de la position particulière du corps auquel ce pouvoir serait confié. On conçoit en effet qu'une classe d'individus, composant le personnel d'une profession, institue dans son sein une autorité quelconque de police ou de discipline. Ce pouvoir, dans ce cas, est légitime, car il est consenti par tous, et n'est exercé que par délégation formelle et spéciale, au nom de la communauté. Pour que l'Académie de médecine pût légitimement prendre ce rôle, il faudrait ou qu'elle constituât elle-même le corps médical, ou qu'elle eût reçu de ce même corps une mission ou autorisation quelconque à cet égard ; or, elle n'est dans aucune de ces conditions. L'Académie de médecine n'est qu'une académie, comme la Faculté de médecine n'est qu'une faculté. Elle n'est ni le corps médical, ni même une partie du corps médical. Le corps médical ne se compose pas en effet des sociétés, des institutions, des écoles médicales, mais des *individus* appartenant légalement à la profession ; c'est à ce corps, constitué par l'universalité des individus, qu'appartient exclusivement le droit de statuer en matière de discipline intérieure. Aucune institution médicale, quelque élevée qu'elle soit, ne peut, à moins d'une délégation expresse, se donner pour représentante du corps médical, ni par conséquent agir en son nom et se servir de son autorité. Tout ce qu'elle pourrait statuer à ce titre serait essentiellement nul et n'obligerait personne. Ceci est telle-

le raphé ou ligne médiane du périnée, et dont les cornes ou extrémités soient un peu inclinées du côté des tubérosités de l'ischium : *Cornibus ad coxas spectantibus paulum.*

La discussion de ce passage de Celse détermina le professeur Chaussier à faire sur le cadavre des expériences propres à confirmer l'interprétation qu'il en donnait ; il vit qu'une incision, faite avec les précautions et suivant la direction indiquée par Celse, se trouvait à l'endroit le plus large du détroit périnéal, et qu'en la portant plus profondément, on pouvait facilement arriver à la prostate, l'inciser à droite et à gauche, et se frayer une voie plus directe pour parvenir à la vessie. Dès-lors il conçut le plan d'une nouvelle méthode pour extraire la pierre de la vessie, et plusieurs fois, dans son laboratoire d'anatomie, il l'a exécutée avec son savant et habile prosecteur M. Ribes, suivant le procédé que nous avons indiqué.

Depuis longtemps je savais que mon illustre maître le professeur Chaussier était dans l'usage d'ajouter quelques notes à toutes les thèses soutenues sous sa présidence ; cependant, revenu à Paris, après la campagne d'Austerlitz, je fus très étonné de trouver, dans la thèse de Morland, notre article sur la taille, suivi d'un commentaire qui tendait à prouver que notre méthode n'était autre chose que le petit appareil ou taille de Celse ; j'en témoignai mon mécontentement, et je fis connaître très respectueusement à M. Chaussier que je n'étais pas de l'avis de l'auteur de la thèse.

Mon illustre maître me répondit que l'article ajouté à la thèse de Morland n'était qu'une proposition qui devait encore être soumise à la discussion, qu'elle n'avait rien de rigoureux, qu'elle pouvait être admise ou rejetée après un examen approfondi. Il ajouta que, bien que cette méthode lui parût avoir réellement beaucoup d'analogie avec le petit appareil, il pouvait lui-même se tromper, qu'ainsi il m'engageait à revoir cet article et à prononcer pour ou contre en toute liberté.

Voyant le professeur Chaussier tenir à l'opinion de l'auteur de la thèse, je craignis de contrarier mon savant maître, et j'en restai là, lorsque, de retour à Paris après nos dernières campagnes, en 1814, je vis cette même question reparaître dans une autre thèse dédiée au professeur Chaussier, présidée par lui, et soutenue par Béclard, chef des travaux anatomiques : il n'y était nullement fait mention de Chaussier ni de moi. Je traçai alors cet écrit, que, par respect pour les idées de mon illustre maître, j'ai laissé parmi mes notes ; mais je pense qu'aujourd'hui, sans indiscrétion, et sans manquer à ce qui est dû à sa mémoire, je puis publier mon opinion touchant la taille bilatérale, sur laquelle, je l'avoue, j'avais fondé, dans ma jeunesse, quelque espérance d'avenir.

Ainsi, je ne pensais point comme le professeur Chaussier sur cette opération, et il me semblait facile de prouver qu'elle n'avait point de rapport avec la méthode de Celse, ni dans le fond, ni dans la forme.

En effet, Celse incisait le col de la vessie, pénétrait dans cet organe et faisait sortir la pierre par l'ouverture qu'il venait de pratiquer : on voit que, par cette manière d'opérer, les vésicules séminales et les canaux déférens devaient être fortement compromis.

Par notre opération, au contraire, nous incisons horizontalement dans leur milieu la portion membraneuse de l'urètre, la glande prostate et le col de la vessie. Il n'y a donc pas de parité entre les deux manières d'opérer.

Quant à la forme de l'incision externe, qui est la question en litige, elle est différente dans les deux méthodes. Dans la nôtre, le croissant de l'incision est de haut en bas, tandis que, dans la méthode de Celse, quoi qu'on en dise, le croissant de l'incision est de bas en haut.

L'auteur de la thèse pense que, sur ce point, on n'a pas bien entendu Celse, et qu'on l'a mal interprété. Il est vrai que quelques auteurs ont mal rendu les expressions de Celse, mais ils sont en petit nombre, et il nous sera facile de le prouver.

Voyons comment des hommes très versés dans la connaissance des langues anciennes ont expliqué ce passage de Celse. D'abord, voici le texte de l'auteur latin, d'après Valart : « *Quum jam eò venit, incidi super vesicæ cervicem juxtà anum cutis plagâ lunatâ usque ad cervicem vesicæ debet, cornibus ad coxas spectantibus paullum ; deinde eâ parte quâ resima plaga est, etiam num sub cute altera transversa plaga facienda est, quâ cervix aperiatur, donec urinæ iter pateat sic, at plaga paullo major quàm calculus sit.* »

Voici Daléchamps, qui est je crois le premier auteur qui a traduit ce passage de Celse, et que Morland cite à l'appui de son opinion :

« Quand la pierre est venue au col de la vessie, il faut inciser la peau sans toucher ledict col près du fondement, et faire l'incision en forme de croissant duquel les cornes soyent tournées *vers la cuisse* ; puis à l'endroict où l'extrémité basse de la playe est plus estroicte au-dessous de la peau coupée, il faut faire vne seconde incision traversière qui pénètre jusques dans le col, et si avant, que l'vrine ait chemin ouvert pour sortir, de manière que la playe soit vn peu plus grande que la pierre. »

D'après cette version, l'incision en forme de croissant aurait la convexité tournée vers la cuisse droite, et la concavité vers la gauche. Cette incision aurait une extrémité supérieure se portant vers les bourses, et une inférieure vers l'anus : l'une et l'autre de ces extrémités seraient un peu courbées vers la cuisse.

Dans cet état de l'incision, il est dit qu'à l'endroit où l'extrémité basse de la plaie est plus étroite au-dessous de la peau coupée, il faut faire une seconde incision traversière qui pénètre jusque dans le col.

Cela est un peu obscur. En effet, l'auteur veut-il dire qu'on fasse une incision transversale sous-cutanée, pour de là arriver au col de la vessie et l'ouvrir ? Mais alors, si la peau n'est pas incisée, il sera difficile de saisir la pierre et de la faire sortir ; si, au contraire, il veut qu'on fasse l'incision transversale à la peau, au niveau de l'extrémité inférieure de l'incision semi-lunaire, alors on le comprendra un peu mieux ; mais, dans ce cas, les deux tiers supérieurs de l'incision en forme de croissant sont inutiles et compliquant l'opération sans nécessité.

L'ouvrage de Daléchamps, publié à Paris en 1610, fourmille de fautes d'impression. Il y a un long errata, mais on y découvre encore un grand nombre de fautes qui n'ont pas été corrigées. Celle des cornes tournées *vers la cuisse* au lieu de tournées *vers les cuisses*, je la signale comme une des plus palpables. Daléchamps était assez savant en chirurgie pour que là il n'y ait pas erreur, et que cette erreur ne soit pas une faute d'impression ; d'ailleurs encore, il connaissait trop bien la valeur des mots pour s'être mépris, et il doit certainement avoir traduit *ad coxas* par les mots *vers les cuisses*, et non *vers la cuisse*. La faute est donc du fait de l'impression.

D'après ce qui vient d'être dit, l'incision en forme de croissant dont les cornes seraient tournées vers la cuisse, et l'incision transversale à l'endroit où l'extrémité basse de la plaie est plus étroite, sont également

---

ment évident que nous répugnons à croire que l'auteur de la proposition ait entendu positivement suggérer à l'Académie la pensée de cette usurpation. Nous croyons plutôt que frappé, d'une part, de l'énormité des abus qui affligent la science et la profession, et dont on venait de faire les plus vives peintures, et se voyant, d'autre part, en présence d'un corps illustre, dont l'influence et l'autorité sont solidement établies, il a été entraîné à confier à cette société la défense de la bonne cause, par tous les moyens à sa disposition, sans prétendre l'engager à sortir des limites de ses droits et de sa compétence. Mais, en y réfléchissant, il reconnaîtra sans doute que si l'Académie, entraînée à son tour par son éloquence et par la vue du danger public, tente sérieusement d'intervenir activement dans les questions de discipline, comme dans celles de la répression du charlatanisme, elle ne pourra le faire qu'à condition de sortir de ses attributions naturelles et légales, et de s'exposer par conséquent, et d'exposer avec elle la profession, à des dommages plus grands peut-être que ceux dont on cherche la réparation. C'est là aussi probablement la conclusion à laquelle sera conduite la commission chargée de l'examen de la proposition de M. Royer-Collard.

On voit que la proposition dont l'Académie vient d'être saisie, et qu'elle a accueillie avec une sorte d'empressement, grâce sans doute à sa généralité un peu vague, ne nous paraît pouvoir être mise à profit ni dans son ensemble, ni dans aucune de ses parties. C'est à regret que nous venons de combattre des idées nées de sentiments généreux que nous sommes fiers de partager, et présentées avec un talent que nous aimons et admirons, mais auxquelles la réflexion ôte une grande partie de leur charme, et dont la solidité apparente ne résiste pas à l'examen de la froide raison.

Nous terminerons ici ces premières remarques. Il se peut qu'on nous dise que nous avons raisonné sur de pures hypothèses, que nous n'avons combattu que des chimères, et que la proposition n'a aucune des significations que nous y avons attachées. Nous souhaitons sincèrement que cette démonstration nous soit donnée ; mais si, en effet, ces propositions n'ont pas et ne doivent pas acquérir ce sens et cette portée, nous demanderons à notre tour qu'on nous dise à quoi elles se réduisent, et quelles conséquences pratiques, utiles et efficaces, on pourra attendre de leur adoption.

— La Gazette Médicale a reçu la lettre qui lui a été adressée le 3 mai dernier en réponse à un article sur la médecine vétérinaire, inséré dans le numéro du 2 avril. Elle s'empressera de publier cette lettre lorsque l'auteur ou les auteurs auront bien voulu se faire connaître.

— Le conseil municipal de Toulouse vient de donner le nom de Delpech à une des rues de cette ville. C'est un hommage qu'elle rend à la mémoire du célèbre chirurgien qui naquit dans ses murs.

un contresens qui ne peut pas plus être du fait de Daléchamps que de Celse. Ainsi, il faut positivement dire : les cornes ou extrémités de l'incision tournées vers les cuisses, *ad coxas*, comme aussi il faut dire, la partie la plus basse et la plus étroite de l'incision, ou bien il faut rayer cet article de Daléchamps comme inadmissible.

Nous voyons Foubert donner une traduction de ce passage de Celse, à peu près semblable à la version de Daléchamps, et que Morland aurait pu citer en sa faveur. La voici :

« Lorsque la pierre est une fois descendue au col de la vessie, il faut faire à la peau, vers l'anus, une incision en forme de croissant, qui pénètre jusqu'au col de la vessie, et dont les extrémités regardent un peu *la cuisse;* ensuite il faut encore faire, dans la partie la plus étroite de cette première ouverture, et, sous la peau, une seconde incision transversale, qui ouvre le col de la vessie, *jusqu'à ce que le conduit de l'urine soit assez dilaté* pour que la grandeur de la plaie surpasse celle de la pierre. »

Ici, même faute que dans l'article précédent : *les extrémités regardent un peu la cuisse*, etc. (Voy. Planque, t. x, pag. 684.)

Morland dit que le savant et célèbre Deschamps, chirurgien en chef de l'hôpital de la Charité, a adopté, dans son Traité de la taille, l'opinion de Daléchamps; en effet, après avoir exposé tous les préliminaires de l'opération, Deschamps continue ainsi :

« Il faut faire à la peau, sur le col de la vessie, près l'anus, une incision en forme de croissant, qui pénètre jusqu'au col de la vessie, observant que les extrémités de la plaie soient tournées un peu *vers la cuisse*. Ensuite, dans la partie la plus basse et la plus étroite de cette incision, on fait, sous la peau, une seconde incision, mais transversale, qui ouvre l'orifice de la vessie, de manière que la route qui donne issue aux urines soit ouverte et que l'ouverture soit un plus grande que la pierre n'est grosse. (Tom. I, p. 12.)

» Avec un peu d'attention, dit M. Deschamps, on comprend ce que Celse entendait par cette incision transversale que l'on doit faire dans la partie la plus basse, la plus étroite de l'incision semi-lunaire; car, vu l'écartement des cuisses du malade, la partie moyenne de l'incision devait être large, la peau étant tendue, et par conséquent les deux extrémités du croissant devaient être les parties les plus étroites; l'extrémité inférieure du croissant regardant la cuisse, l'incision devait être presque transversale; il ne s'agissait donc plus que de donner à cette partie de l'incision une plus grande profondeur; *mais on ne voit pas*, ajoute M. Deschamps, *de quelle utilité était la partie supérieure de cette incision.* » (Tom. I, pag. 17-18.)

On voit que Foubert et Deschamps ont commis les mêmes erreurs que Daléchamps; de plus, ils ont ajouté des choses inutiles, que j'ai soulignées, et qui ne sont pas dans le texte. Mais cela suffit-il pour faire dire que Celse n'a pas encore été bien entendu et que sa méthode n'a pas été bien comprise? Il y a des traductions qui prouvent le contraire. Je donnerai seulement celles de Ninnin, de Lassus et de Goulin, qu'on pourra comparer avec le texte.

Voici Ninnin, qui a traduit tous les ouvrages de Celse :

« Lorsqu'on a amené la pierre dans le cou de la vessie, il faut faire à la peau, auprès de l'anus, une incision en forme de croissant, qui pénètre jusqu'au cou de la vessie, et dont les extrémités soient un peu tournées vers les cuisses. Dans la partie la plus basse et la plus étroite de cette incision, on en fait sous la peau une seconde, transversale, qui ouvre le cou de la vessie, de façon que l'ouverture soit un peu plus grande que la pierre n'est grosse. » (Voyez Ninnin, t. II, p. 340.)

Le professeur Lassus, membre et bibliothécaire de l'Institut, s'exprime ainsi :

« Après avoir conduit la pierre vers le col de la vessie, on fait ensuite à la peau, près de l'anus, une incision semi-lunaire jusqu'au col de la vessie; les extrémités de cette incision doivent être un peu tournées vers les cuisses. Dans la partie la plus basse et la plus étroite de cette incision, on en fait sous la peau une seconde, transversale, qui ouvre le col de la vessie, de façon que l'ouverture soit un peu plus grande que la pierre n'est grosse. » (Voyez Lassus, Opér., t. 1er, p. 306.)

Voici la manière du professeur Goulin, très versé dans l'histoire de la médecine et dans les langues anciennes :

« Lorsqu'on a amené la pierre dans le cou de la vessie, il faut faire à la peau, près de l'anus, une incision en forme de croissant, qui pénètre jusqu'au cou de la vessie, et dont les extrémités soient un peu tournées vers les cuisses. Dans la partie la plus basse et la plus étroite de cette incision, on en fait sous la peau une seconde, transversale, qui ouvre le cou de la vessie, de façon que l'ouverture soit un peu plus grande que la pierre n'est grosse. » (Voyez Bibliothèque de Planque, t. x, p. 655.)

A présent, voici ce que dit Morland :

« Il faut faire au-dessus de l'anus une incision semi-lunaire, en forme de croissant, qui coupe transversalement le raphé ou ligne médiane du périnée, et dont les cornes ou extrémités soient un peu inclinées du côté des tubérosités de l'ischium, *cornibus ad coxas spectantibus paulùm.* » (Voyez t. XVI, in-4°, Thèse n° 503, p. 25, année 1805.)

Il n'est question nulle part dans Celse des tubérosités de l'ischium relativement à la taille. D'après ces quelques mots, *cornibus ad coxas spectantibus paulùm*, une grande partie de la difficulté est levée; il ne s'agit plus que de savoir si les mots *ad coxas* signifient réellement *vers les tubérosités de l'ischium*, ou s'ils veulent simplement dire *vers les cuisses*.

Voici ce qu'on trouve sur la signification du mot *coxa* dans les dictionnaires les plus estimés, car nulle part dans Celse je n'ai vu que ce mot fût rigoureusement synonyme d'ischium.

Dictionnaire étymologique de la langue latine, par Court de Gebelin, t. VI, in-4°, p. 458 :

Coxa, æ, } cuisse, haut de la cuisse, hanche.
Coxendix, cis, }
Coxo, nis, boiteux.
In coxo-are, s'appuyer sur les cuisses.
Coxim (adv.), *i. e.* } Novitius.
In coxas, sur les cuisses. }

Novitius, Dictionnaire à l'usage du dauphin.
Coxa, la hanche, le haut de la cuisse, la cuisse même. (Celse).
Boudot, *Coxa*, cuisse, haut de la cuisse, hanche. (Celse.)
Noel, *Coxa*, cuisse, haut de la cuisse, hanche. (Celse.)

Actuellement voyons ce que signifie le mot *ischium.*

On trouve dans le Dictionnaire étymologique de Morin :

Ischium, mot grec, qui désigne un des os du bassin, dans lequel s'emboîte la tête du fémur; il est dérivé d'*ischis*, rein.

Dans le Dictionnaire grec-français de Planche, ouvrage très recommandable, on lit encore que *ischium* est un terme d'anatomie qui désigne celui des os du bassin dans lequel s'emboîte la tête du fémur, le haut de la hanche, la hanche, le cuisse. Ainsi, le mot *ischium* désigne l'os entier, et non les seules tubérosités.

Mais s'il reste encore de l'incertitude dans l'esprit de quelques personnes sur la vraie signification des termes, voyons si nous pourrions découvrir la pensée de Celse sur cette opération, en mettant en rapport la disposition qu'il donnait à l'incision avec la forme du col de la vessie sur lequel il devait opérer. Celse connaissait, sans doute, le col de la vessie; il l'avait vu chez l'homme et sur les animaux; il savait qu'il est convexe, arrondi, un peu ovalaire, de devant en arrière. Selon cette disposition du col de la vessie, il est naturel de penser que, pour être facilement mis à découvert, il faut que l'incision en forme de croissant présente sa concavité en haut : après cette incision faite à la peau, on en fera, dit-il, une seconde transversale, plus profondément et à la partie la plus basse et la plus étroite de la première.

Celle-ci ayant le croissant en haut, on voit combien elle devait donner de facilité pour faire la seconde, car l'aide qui soutenait les bourses pouvait, s'il en était besoin, soulever le bord supérieur de la plaie; le col de la vessie, poussé en avant par la présence de la pierre, était mis en évidence, et en quelque sorte sous les yeux de l'opérateur, qui, par l'incision transversale, ouvrait le col de la vessie et pouvait facilement tirer le calcul au-dehors.

On voit au contraire que, si l'incision semi-lunaire avait la concavité dirigée en bas, la convexité du col répondrait à la convexité de l'incision et en quelque sorte par un seul point; alors la partie la plus étroite de l'incision serait ici la plus élevée au lieu d'être la plus basse; et il y aurait impossibilité de comprendre en même temps dans une incision transversale la partie la plus basse et la plus étroite de la première incision.

Il me semble vrai que Celse a voulu dire positivement que l'incision en forme de croissant devait avoir les cornes ou extrémités un peu dirigées vers les cuisses.

A présent voyons pourquoi les auteurs qui sont venus plus tard, et que le docteur Morland, dans sa thèse, cite à l'appui de son opinion, se sont éloignés de la méthode de Celse.

Paul d'Œgine, qui écrivait quelques siècles après Celse, et qui alors ne pouvait guère se tromper sur la valeur des termes, adopta sa méthode, mais il ne suivit pas le même procédé; ce n'était pas parce qu'il n'avait pas entendu les expressions de Celse, mais bien parce qu'il avait, sans doute, reconnu les inconvéniens de cette manière d'opérer. Il a cherché à les éviter en suivant une route un peu différente. Celse pénétrait dans la vessie par une incision faite sur la ligne médiane du périnée, et il s'exposait à couper les vésicules séminales et les canaux déférens, et même le rectum, tandis qu'en faisant une incision oblique sur la partie gauche

du périnée, Paul d'Œgine pénétrait dans la vessie par cette partie du col de cet organe, qui se trouve placée entre les attaches inférieures du muscle releveur de l'anus, qui est en dehors, et la vésicule séminale gauche, qui est en dedans.

M. le docteur Dezeimeris, dans son DICTIONNAIRE HISTORIQUE DE LA MÉDECINE, dit :

« Paul d'Œgine a mis à profit Hippocrate, Celse, Galien, Arétée, mais en écrivain judicieux qui fait toujours un bon choix, parce qu'il a toujours sa propre expérience pour guide; quelquefois même il s'écarte de ses modèles, et substitue à leur doctrine les résultats de ses propres travaux; partout il discute, choisit, rédige une méthode. »

Ainsi Paul d'Œgine, s'étant aperçu des inconvéniens du procédé de Celse, dit expressément que : « Les doigts introduits dans l'anus chercheront le lieu qu'occupe la pierre et la conduiront au col de la vessie. Alors on incisera entre l'anus et les testicules, non pas dans le milieu, mais de côté vers la fesse gauche, de manière que l'incision soit oblique; on coupe sur la pierre de façon que la plaie soit grande extérieurement, et qu'intérieurement son étendue soit suffisante pour donner issue à la pierre. »

Le procédé de Paul d'Œgine diffère donc beaucoup de celui de Celse et semble avoir été l'origine de toutes les améliorations qu'a obtenues par la suite l'opération de la taille périnéale.

L'appareil de Celse parait être resté stationnaire pendant plusieurs siècles ; mais Paul d'Œgine changea le lieu où l'on faisait l'opération, et la direction qu'on donnait à l'incision. Albucasis, venu après, répéta ce qu'avait dit Paul d'Œgine, et comme lui dirigea l'incision vers la fesse gauche. Après eux on vit venir Brunus, Lanfranc, Rolandus, Théodorix, Avicenne, Guillaume de Salicet, Guy de Chauliac, etc. Ces auteurs firent, comme Albucasis, l'incision oblique à gauche du périnée; ainsi l'incision semi-lunaire du petit appareil a fini à Paul d'Œgine, et le petit appareil a eu Heister à peu près pour dernier apologiste.

Voici, du reste, comment Heister entendait la méthode de Celse corrigée par Paul d'Œgine :

« Après avoir placé et assujetti le malade, il faut procéder à l'opération de cette manière :

» L'opérateur, ayant avant toutes choses coupé et rogné ses ongles, introduit, selon le précepte de Celse, deux doigts de la main gauche, savoir : l'index et le médius, bien frottés d'huile, dans l'anus du malade, et les enfonce doucement aussi avant qu'il peut, les dirigeant en haut; il appuie en même temps la main droite sur le bas-ventre, et pressant doucement la région du pubis, il cherche la pierre; l'ayant trouvée, il l'amène adroitement, avec les doigts qui sont dans l'anus, au côté gauche du périnée, auprès du fondement, et l'y retient avec ses doigts, de façon qu'elle ne puisse s'échapper et qu'elle fasse une saillie au périnée; alors il prend un bistouri avec la main droite; il fait sur cette éminence, qui est à gauche du périnée, une incision assez longue et un peu oblique, en entamant d'abord la peau et la graisse, en continuant ensuite l'incision dans la partie inférieure du corps de la vessie et dans le col jusqu'à la pierre que l'on met à découvert de manière à pouvoir en faire l'extraction. » (T. III, p. 553, in-8°.)

Dans la pl. 29 de l'ouvrage de Heister, on distingue la fig. 5 représentant la manière dont l'opération de la taille, suivant la méthode de Celse, modifiée par Paul d'Œgine, doit être faite. « J'ai trouvé, dit Heister, l'esquisse de cette figure dans le TRAITÉ DE LA LITHOTOMIE de Tolet, et j'y ai ajouté le lieu et la figure de l'incision. » Cette gravure de Heister loin d'être contre nous est en notre faveur.

D'après ce qui a été dit dans le cours de cette histoire, on voit que les interprétations données par Daléchamps, Foubert, Deschamps et par Morland lui-même, ne sont pas conformes au texte de l'auteur latin, comme le prouvent les traductions faites par Ninnin, Lassus et Goulin. Les trois premiers ont traduit *ad coxas, vers la cuisse*, et Morland dit les extrémités de l'incision inclinées *vers les tubérosités de l'ischium*, ce qui n'est pas plus exact, ainsi que nous l'avons démontré par des autorités irrécusables et les plus compétentes. Il faut donc dire, d'après ces autorités, que les extrémités de l'incision en forme de croissant doivent être dirigées un peu *vers les cuisses*.

Quant à Paul d'Œgine, il avait probablement des raisons très fortes pour rejeter l'incision en forme de croissant sur la ligne médiane du périnée et lui préférer l'incision oblique à la partie gauche de cette région. Quoi qu'il en soit, la méthode de Celse, modifiée par Paul d'Œgine, a été suivie par tous les praticiens qui ont continué d'employer le petit appareil et particulièrement par Heister dont nous avons décrit le procédé.

Ainsi on voit que la taille bilatérale est une méthode particulière qui diffère essentiellement de toutes les méthodes, et de tous les procédés employés pour l'opération de la pierre.

Actuellement, je puis dire que Dupuytren, lorsqu'il lut son mémoire à l'Académie, indiqua les sources où il avait puisé cette méthode, et nomma les auteurs de cette invention, en ajoutant quelques expressions bienveillantes qui nous firent éprouver pour lui les sentimens de la plus vive reconnaissance.

DERMATOLOGIE.

NOTE SUR QUELQUES REMÈDES NOUVELLEMENT EMPLOYÉS DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES DE LA PEAU (extrait des leçons de M. GIBERT, médecin de l'hôpital St-Louis.)

M. Gibert a ouvert son cours de 1842, en présence d'un nombreux auditoire qui se pressait sous les tilleuls de l'hôpital St-Louis. Les deux premières leçons ont été consacrées à des considérations historiques, pathologiques et thérapeutiques générales, et à l'exposé de la classification qui, aujourd'hui, a remplacé dans cet hôpital, l'*arbre des dermatoses*.

Nous nous contenterons d'extraire de la première leçon les indications relatives à quelques remèdes nouveaux employés dans le traitement des maladies de la peau.

Parmi les médicamens administrés le plus récemment et avec le plus de succès par M. Gibert, nous citerons le *chlorure de soude*, le *sirop de deuto-iodure-ioduré*, le *fuligokali* et le cérat *calaminaire*.

On sait que l'*anthrakokali*, vanté comme un nouveau spécifique des dartres par un médecin étranger, n'a pas eu entre les mains de M. Gibert les succès que disait en avoir obtenus le docteur Polya.

L'*anthrakokali*, quoi qu'en ait dit l'inventeur, n'est pas, à proprement parler, une combinaison de charbon et de potasse, et par conséquent n'est pas non plus réellement soluble dans l'eau ; la solution est alcaline, la plus grande partie du charbon se dépose, et si la liqueur reste légèrement colorée après la filtration, c'est plutôt à un reste de charbon tenu en suspension qu'à une véritable dissolution de ce principe qu'il faut l'attribuer: ainsi donc, cette prétendue combinaison, dans laquelle, d'après l'inventeur, une portion du charbon combiné avec la potasse acquérait de la solubilité, n'existe pas. Il n'en est pas de même du *fuligokali*. Tel est le nom qu'a donné M. Deschamps, pharmacien d'Avallon, à un remède qui est une sorte d'imitation de l'anthrakokali, mais qui paraît de beaucoup préférable à ce dernier. M. Deschamps ayant adressé à M. Gibert des échantillons de ce remède, avec la formule de ses préparations, celui-ci en a reconnu les bons effets et l'a adopté. M. Gibert a fait préparer le fuligokali par la pharmacie centrale pour les malades de l'hôpital, et par un pharmacien de Paris, M. Boutigny, pour les malades de la ville. Ce dernier a bien voulu, à la demande de M. Gibert, faire quelques recherches chimiques sur cette préparation.

Le *fuligokali* est une combinaison de suie et de potasse que l'on obtient ainsi qu'il suit :

Prenez : Potasse caustique......... 20,00 gr.
Suie brillante pulvér......... 100,00
Eau distillée............... q. s.

Faites bouillir pendant une heure, laissez refroidir, étendez d'eau pour que la filtration se fasse mieux, filtrez, évaporez, desséchez pour obtenir le fuligokali en écailles ou en poudre, et renfermez dans des flacons secs et chauds.

Pour le F. K. sulfuré, on prend fuligo..........	60,00 grammes.
— — potasse caust......	14,00	—
— — soufre..............	4,00	—

Chauffez le soufre et la potasse avec un peu d'eau ; après la dissolution du soufre, ajoutez le fuligo ; évaporez, desséchez et renfermez dans des flacons secs et chauds.

La suie est une substance composée, variable, dont l'activité varie nécessairement aussi suivant le lieu où elle a été recueillie, et qui déjà employée en pommade et en lotions a montré quelques bons effets dans le traitement des affections cutanées chroniques.

Les principaux élémens qui entrent dans la composition de la suie sont : l'acétate, le sulfate et le carbonate de chaux ; le chlorhydrate d'ammoniaque, le chlorure de sodium ; une matière extracto-gommeuse, brune, amère ; une sorte de goudron empyreumatique ; huile pyrogénée, amère, volatile, exhalant l'odeur spéciale de suie ; un corps gras renfermant de l'acide oléique et stéarique ; enfin du charbon.

L'eau alcaline dissout l'extrait éthéré de suie; elle dissout aussi l'extrait aqueux; par conséquent elle épuise la suie et recèle ses principes actifs.

Or, c'est en sommettant la suie à l'action de l'eau bouillante alcalisée par la potasse, en évaporant l'eau et en desséchant le résidu qu'on obtient le fuligokali; celui-ci contient donc les élémens de la suie unis à la potasse. Mais dans la préparation proposée par M. Deschamps, la proportion de potasse est trop forte et prime de beaucoup la suie. Or, la suie est composée de matériaux trop sapides pour ne pas jouir elle-même de propriétés actives qui lui avaient fait donner place autrefois dans la matière médicale.

Quoi qu'il en soit, M. Gibert a employé le fuligokali à l'intérieur et à l'extérieur. Il a reconnu des propriétés résolutives, détersives et légèrement stimulantes à la pommade composée avec 30 grammes d'axonge et 1 à 2 grammes de fuligokali. A une dose plus élevée, cette pommade devient très irritante.

Un autre topique moins stimulant et plus dessiccatif a donné à M. Gibert d'excellens résultats dans la dartre squammeuse humide (*eczema chronique*); c'est un cérat calaminaire imité du cérat de Turner. La *calamine* est, comme on sait, un oxide de zinc natif, mélangé d'argile et de matières terreuses, d'où le nom de *pierre calaminaire* qu'on lui donnait autrefois.

On comprend généralement sous le nom de *calamine* ou pierre calaminaire deux variétés, ou plutôt deux espèces de minerai renfermant du zinc.

La première est presque exclusivement formée de carbonate de zinc; cependant elle renferme quelquefois aussi du cadmium; car c'est en analysant cette espèce qu'on vend dans beaucoup de pharmacies d'Allemagne sous le nom d'oxide de zinc, que M. Stromeyer a découvert le cadmium, en 1817. Elle est assez rare.

La deuxième espèce, celle à laquelle appartient véritablement le nom de pierre calaminaire, est très commune. C'est elle que la médecine emploie et que l'industrie exploite. Elle est sous forme de masses irrégulières, pesantes, grisâtres, jaunâtres ou rougeâtres. Cette dernière couleur est de beaucoup la plus commune; elle est due à la présence de l'oxide de fer. La composition intime du minerai paraît être une combinaison de zinc avec la silice seule ou avec l'alumine seule, ou le plus souvent avec la silice et l'alumine ensemble.

Voici quelques analyses de la pierre calaminaire:

VAUQUELIN.

Oxide de zinc	0,28
Alumine	0,42
Silice	0,04
Oxide de fer	0,05
Carbonate de chaux	0,09
Eau	0,12

PELLETIER.

Oxide de zinc	0,36
Silice, alumine	0,50
Oxide de fer	0,02
Eau	0,12

SMITHSON.

Oxide de zinc	0,65
Silice	0,25
Oxide de fer	0,03
Eau	0,04

Le cérat de pierre calaminaire de Turner était composé comme il suit:

« Prenez du beurre frais du mois de mai et du cérat citrin, de chacun 3 livres et demie; de la bonne huile d'olives, 4 livres; de la pierre calaminaire réduite en poudre très fine, et passée par le tamis, 2 livres et 10 onces. Faites fondre à un feu doux la cire et le beurre, mêlez-les avec l'huile, et, après avoir passé la liqueur, jetez-y peu à peu la poudre, en remuant le mélange jusqu'à ce qu'il commence à se refroidir, et que la poudre, bien incorporée, ne puisse plus tomber au fond. »

A cette préparation composée, M. Gibert a substitué le cérat calaminaire pur et simple; c'est-à-dire l'incorporation directe de la calamine en poudre au cérat ordinaire dans la proportion d'un trentième à un quinzième.

M. Gibert pense que c'est à tort que la chimie moderne a généralement remplacé dans nos pharmacies les produits minéraux naturels par les substances métalliques purifiées, et notamment les oxides de zinc natifs connus sous les noms de *tuthie* et de *calamine*, par l'oxide de zinc proprement dit. Ces combinaisons naturelles semblent propres à modifier l'action trop directement stimulante du remède.

A plus forte raison M. Gibert est-il disposé à adopter les idées du docteur Retz, qui blâme l'emploi des sucs d'herbes purifiés dans le traitement des maladies de la peau, et qui croit qu'il y a un grand avantage à administrer au malade les végétaux eux-mêmes, tels qu'ils nous sont fournis par la nature. Voici comment l'auteur que nous venons de citer s'exprime à ce sujet, dans son petit TRAITÉ DES MALADIES DE LA PEAU ET DE CELLES DE L'ESPRIT, publié à la fin du siècle dernier:

«.... La forme sous laquelle on prend les jus d'herbes s'oppose aussi au succès de ce remède, en ce qu'il est très relâchant et propre à peser sur l'estomac.... Les jus d'herbes ne sont-ils pas dans le règne végétal lui-même? Ils y sont sans doute sous la forme la plus convenable, puisque les parties solides des végétaux font aliment, en même temps que leurs sucs agissent dans le sang comme médicament. »

On a certainement de nos jours poussé trop loin le désir de simplifier et de purifier. La nature nous donne un grand exemple dans les eaux thermales naturelles comparées aux artificielles, de la différence énorme qu'il y a sous le rapport thérapeutique entre les produits de l'art et les produits naturels. Aussi, ces derniers nous paraissent-ils dans beaucoup de cas préférables. Assurément, c'est bien à tort que quelques chimistes, croyant connaître et pouvoir imiter parfaitement les eaux minérales naturelles, ont prétendu leur substituer les eaux factices; ces dernières ne pourront jamais être considérées, suivant l'expression d'un spirituel écrivain, que comme des *nymphes bâtardes*.

Quant au *sirop de deuto-iodure-ioduré* sur lequel M. Gibert a appelé naguère l'attention de l'Académie royale de médecine, et qui contient, comme on sait, sur 25 grammes, 1 gramme de deuto-iodure de mercure et 50 centigrammes d'iodure de potassium, ce médicament continue de justifier les éloges que M. Gibert avait cru devoir lui donner. Les *iodures* sont, sans contredit, une conquête importante de la thérapeutique moderne; mais la plus grande prudence et la méthode la plus rigoureuse doivent présider à l'administration de ces préparations dont quelques-unes sont véritablement dangereuses. Il paraît certain, par exemple, que chez plusieurs sujets, l'iode administré sous la forme de *liqueur iodurée* a manifesté des effets irritans, et même jusqu'à un certain point *toxiques* plutôt que des effets réellement thérapeutiques.

Le *sirop de deuto-iodure-ioduré*, au contraire, a été bien supporté par tous les sujets, hommes, femmes, enfans, adultes, individus âgés ou cachectiques, et dans certains cas de syphilis et de scrofule, on l'a vu réussir là où tous les autres remèdes avaient échoué. C'est donc un remède précieux et définitivement acquis à la thérapeutique moderne.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS TRIMESTRIELS.

I. GUY'S HOSPITAL REPORTS.

(SUITE ET FIN. — Voir le numéro précédent.)

OBSERVATIONS DE MALADIES CANCÉREUSES (MALIGNANT DISEASE) DU POUMON; par le docteur MARSHALL HUGHES.

Cette communication ne comprend que des cas d'affections cancéreuses ou encéphaloïdes du poumon dont chacun offre certainement quelque intérêt, mais qui, ne fournissant aucune donnée générale ni aucune application pratique, ne peuvent être rapportés ici. Comme ces maladies sont assez rares, même dans les hôpitaux, pour qu'il soit impossible aux praticiens d'en avoir observé un grand nombre, nous allons seulement indiquer ici le titre de ces observations, afin de guider ceux qui pourraient désirer de faire des recherches sur ce sujet.

1° CANCER MÉDULLAIRE DE LA PARTIE SUPÉRIEURE DU POUMON DROIT. L'aplatissement de la région sous-claviculaire, son immobilité avec matité et absence de bruits respiratoires, avaient fait arriver, par voie d'exclusion, à diagnostiquer une affection cancéreuse du sommet du poumon qui, dans cette transformation, avait éprouvé une diminution de volume.

2° CANCER MÉDULLAIRE OU FONGUEUX DE LA BASE DU POUMON DROIT. Ce cas fut pris pour un cas d'empyème dont il offrait en effet tous les phénomènes. Deux circonstances seulement firent accueillir ce diagnostic avec doute, c'est l'œdème du côté du thorax malade et du bras, et l'expectoration d'un liquide visqueux, d'un rouge tout à fait spécial, que

l'auteur dit n'avoir encore observé que dans les cas d'affection cancéreuse du poumon et qu'il est porté à regarder comme un signe d'une grande valeur.

4° Maladie fongueuse de la cuisse et du poumon. Ce cas n'est remarquable que par la coïncidence de la même altération dans les deux organes indiqués.

De la structure des globules du sang ; par le docteur R. Owen Rees et Samuel Lane.

Au milieu des nombreux travaux publiés depuis quelques années sur les globules du sang, il nous serait difficile de déterminer la place que doit occuper cette communication ; cependant, comme les résultats rapportés par M. Rees diffèrent un peu de tous ceux obtenus jusqu'à lui, nous allons les faire connaître en peu de mots sans reproduire les détails dont ils sont accompagnés.

Le globule du sang doit être considéré comme un kyste aplati, adhérent par son centre ou par son axe à un noyau, qui, lui-même, est entouré d'un fluide sur tous les points, à l'exception de ceux sur lesquels il est adhérent à l'enveloppe. Lorsqu'il est distendu ce kyste peut être comparé à un grain de collier avec une large perforation centrale formée par un corps aplati introduit dans l'intérieur, maintenu à angle droit avec l'axe du cylindre et placé exactement au milieu. L'action de l'endosmose rend parfaitement compte de sa destruction par l'eau ; ce qui n'avait encore pu être expliqué d'une manière satisfaisante ; car, aussitôt que de l'eau est ajoutée au sang, l'endosmose s'établit avec rapidité et le globule dilaté outre mesure ne tarde pas à se déchirer.

Cas de fistule intestino-vésicale ; par M. Hingeston.

Obs. — Le sujet de cette observation est un homme d'un âge avancé, d'habitudes sédentaires qui, bien portant jusque-là, eut, au mois de mai 1835, une luxation de l'épaule. Bien que la réduction en eût été faite de suite et sans le moindre accident, c'est à dater de ce moment que sa santé commença à s'altérer. Il éprouva successivement une pleurésie aiguë, puis une hémoptysie ; l'année suivante, il fut atteint de bronchite, et, quatre mois après, d'une hernie inguinale. En janvier 1837, il n'échappa point à l'influence épidémique qui sévit alors à Londres, et sa constitution acheva de s'épuiser par la ténacité de cette affection.

Ce fut dans cet état que les premiers symptômes de sa maladie se déclarèrent, mais on les méconnut d'abord, et on les traita de simple strangurie. Quelques mois après cependant, les fèces passant à travers l'urètre, mêlées avec l'urine et accompagnées de gaz stercoraux, cet ensemble de phénomènes fixa l'attention, et un médecin appelé auprès du patient reconnut la nature de l'altération qu'il présentait. Les envies d'uriner étaient incessantes, les fonctions du rectum tantôt suspendues, tantôt irrégulières ; les forces physiques et morales très abattues. (Traitement : opiacés, repos, régime sévère, lavemens, température chaude.) L'emploi de ces moyens amena un peu de soulagement, et les excrétions alvines se rétablirent pendant que la fistule semblait diminuer de diamètre.

Tout paraissait donc annoncer la guérison, lorsqu'en juin 1839 il se fit tout à coup une irruption de matières stercorales, solides, liquides et gazeuses, qui sortirent en grande quantité à travers l'urètre. Quoique la violence de cette espèce d'accès eût affaibli considérablement le malade, son régime habituel le ramena peu à peu à l'état assez satisfaisant où il se trouvait auparavant. Mais, à ce moment même, l'hémoptysie reparut, et l'auscultation fit reconnaître une excavation tuberculeuse dans le sommet du poumon gauche. Le traitement antiphlogistique que nécessita cette complication causa une débilitation profonde, et l'écoulement des matières fécales par l'urètre se reproduisit de nouveau. Une tympanite et une péritonite aiguë vinrent encore aggraver son état ; et quoiqu'enfin (en août 1840) la fistule parût s'être encore une fois fermée, une ascite, une diarrhée séreuse continuelle, l'anasarque, le plongèrent dans le dernier degré d'émaciation. Ce fut en vain qu'on pratiqua la paracenthèse de l'abdomen, il mourut le 15 avril, âgé de 65 ans.

Autopsie. — Plusieurs petites cavernes dans les deux poumons. Adhérences nombreuses des plèvres.

Le péritoine est partout opaque et injecté ; sa cavité contient une lymphe butyreuse qui unit les circonvolutions intestinales.

L'arc du colon, la portion lombaire gauche de cet intestin, l'iléon et le cœcum, avec son appendice, sont confondus et adhèrent en masse au fond de la vessie. En les détachant les uns des autres, on voit que le colon remarquablement hypertrophié a presque le volume du bras d'un homme. La cavité de l'intestin est interceptée par un rétrécissement qui commence dans le rectum au niveau des vésicules séminales et se prolonge en haut dans l'étendue de près de 2 pouces, assez serré pour n'admettre que le petit doigt. Une section faite dans ce point sur les parois de l'intestin montre qu'elles sont squirrheuses.

Immédiatement au-dessus de cette stricture, on trouve la paroi du colon criblée d'ulcérations et d'ouvertures qui conduisent dans un canal intermédiaire entre la vessie et l'intestin. Ce canal n'est en réalité autre chose qu'un abcès stercoral situé sous la portion du péritoine qui se réfléchit de la vessie sur le rectum, et dans lequel s'ouvrent : en haut, le colon, en bas, le rectum, et en arrière, le colon et l'iléon. Une même ouverture conduit de là dans la vessie ; mais cet orifice vésical est recouvert par une excroissance fongueuse qui s'abaisse sur lui à la manière d'une valvule.

La vessie présente à sa surface interne une vascularité très marquée, et sa tunique musculaire est considérablement hypertrophiée.

L'état dont M. Hingeston a donné la description est assurément une maladie assez rare. Bien que le cancer puisse ouvrir des communications anormales entre toutes les cavités dont il a envahi les parois, il n'est pas fréquent néanmoins d'observer des effets semblables à celui-ci, où la fistule n'a point semblé coïncider avec le dernier degré de la dégénérescence locale, mais s'établir au contraire de prime-abord, et avant qu'aucun signe positif indiquât l'affection carcinomateuse. Nous rapprocherons, sous ce rapport, le fait de M. Hingeston, d'une observation intéressante publiée par M. Léon Husson, (V. Bullet. de la soc. anat., 1836), où une ouverture entre la vessie et la fin de l'iléon avait été déterminée par un cancer du corps de l'utérus ; la fistule était, dans ce cas, utéro-vésico-intestinale.

Le cancer n'est pas la seule cause de ces perforations. M. George Glen a rapporté dans The London medical Gazette l'histoire d'une femme de 27 ans qui, à la suite d'un accouchement, vit sa santé s'altérer peu à peu, et mourut au bout de deux ans, après avoir senti, dans les dernières années de sa vie, des vents passer par l'urètre. (V. Gaz. Méd., 1837, p. 40.) On trouva, à l'autopsie, une communication entre la vessie, le rectum et le vagin, sans que rien pût autoriser à regarder cet état comme résultant d'une maladie cancéreuse.

Recherches cliniques sur le diagnostic des maladies des reins ; par le docteur G. Barlow.

Les faits consignés dans ce travail ont pour but de démontrer deux points dont la connaissance ne doit pas être sans importance pour le diagnostic des maladies des reins. Le premier, c'est qu'il y a un certain symptôme qui se lie ordinairement à la maladie des reins, et qui, bien qu'on l'observe également dans d'autres affections, se rencontre pourtant rarement dans celles des organes dont les maladies peuvent être confondues avec celle des reins ; en sorte que quand ce symptôme n'existe pas dans une affection à laquelle on pourrait croire que les reins ne seraient pas étrangers, on devra les écarter du nombre des organes sur lesquels on peut fixer le siége de la maladie, et quand, au contraire, il existera on aura un motif de placer le siége de la maladie dans le rein, de préférence aux autres organes voisins. Ce symptôme c'est l'irritabilité de l'estomac, la présence de nausées, d'envies de vomir.

Le second point signalé par M. Barlow, c'est un certain symptôme ou plutôt une série de symptômes dépendant de la non dépuration du sang par le rein, soit que cette non dépuration dépende d'un obstacle mécanique à l'écoulement de l'urine, ou d'une diminution de sa quantité, ou d'une altération de cette sécrétion qui serait privée de ses élémens les plus importans ; ce symptôme, c'est un trouble cérébral d'une nature particulière.

Le premier de ces symptômes a été signalé depuis longtemps dans l'inflammation et les autres maladies du rein ; mais aucun auteur ne semble encore lui avoir assigné sa véritable valeur. Énumérons les faits que rapporte ici le docteur Barlow.

1° *Hématurie d'origine douteuse, fournie par une tumeur fongueuse de la vessie.* Le sujet de cette observation avait reçu, quinze ans avant de tomber malade, de violentes contusions dans la région des reins, et rapportait à cette région les douleurs violentes qu'il éprouvait par paroxysme pendant sa maladie. Ces circonstances et d'autres encore rendaient fort difficile la détermination du point de départ de l'hématurie qu'on semblait disposé à attribuer aux reins ; « mais, dit M. Barlow, l'absence de nausées suffisait seule pour balancer dans mon esprit l'influence de tous les autres symptômes, et le résultat fut conforme à mon opinion. »

2° *Douleur dans la région des reins, d'une nature douteuse ; nausées ; tubercules du rein.*

3° *Douleur dans les reins, avec exacerbation revenant par paroxysmes ; nausées ; calculs dans le rein droit et dans son bassinet.*

4° *Douleur obscure dans la région des reins, avec nausées, disparaissant après le passage d'un calcul chez une jeune fille.*

5° *Grande irritabilité de l'estomac ; mort au bout d'un an d'une maladie du cœur ; petit calcul dans le rein gauche.*

6° *Hématurie ; nausées opiniâtres ; les deux reins sont convertis en fongus hématode.*

7° *Tumeur dans l'hypocondre droit ; irritation temporaire de l'estomac ; pas d'altération appréciable de l'urine ; dégénérescence cérébriforme du rein.*

8° *Tumeurs scrofuleuses dans le péritoine déterminant dans les*

régions iliaque et hypocondriaque une saillie qu'on attribuait à une lesion du rein droit. Dans ce cas M. Barlow ne pensait pas que le rein fût le siége de la tumeur, s'appuyant particulièrement sur ce que, pendant la durée de la maladie qui avait été très longue, il n'y avait eu aucun phénomène d'irritation gastrique.

Les deux cas suivans sont des exemples de ces affections comateuses, signalées par les médecins anglais depuis quelques années, et qui se lient à une suppression ou à une diminution considérable de la sécrétion urinaire.

9° *Douleurs lancinantes dans la région des reins, avec vomissemens et par accès; urine rare et troublée par du pus et des phosphates; prostration, stupeur, coma, mort. L'un des reins est presque rempli par un énorme calcul, et l'autre à peu près détruit par une vaste suppuration.*

10° *Vive irritabilité de l'estomac qui ne peut rien supporter; urine rare et albumineuse; apathie de plus en plus prononcée jusqu'à la mort; altération notable des deux reins; l'urètre droit désorganisé, et bien que plus gros que le pouce d'un homme, pouvait à peine laisser passer l'urine.*

RAPPORT MÉDICO-LÉGAL SUR UN CAS D'INFANTICIDE; SUIVI DE QUELQUES REMARQUES SUR LES RENSEIGNEMENS QUE L'ON PEUT TIRER DE L'ÉTAT DES POUMONS CHEZ LE FŒTUS POUR LES QUESTIONS RELATIVES A L'INFANTICIDE.

Le fait le plus évident qui ressort de la longue et savante discussion établie par M. Taylor sur le cas dont il est principalement question et sur plusieurs autres qu'il rapporte à la même occasion, c'est que, en Angleterre, la législation est plus sévère pour le crime d'infanticide que l'opinion publique. La loi y punit de mort la femme coupable d'infanticide; mais, pour éviter l'application de la loi, les jurés ne reconnaissent jamais l'infanticide; et comme la loi anglaise n'admet pas de circonstances atténuantes, ils sont obligés de déclarer la femme seulement coupable d'avoir caché la mort d'un enfant, ce qui n'entraîne pour elle que deux années d'emprisonnement.

OBSERVATIONS SUR LA SOLUTION DIGESTIVE DE L'ŒSOPHAGE ET SUR LES PROPRIÉTÉS DISTINCTES DES DEUX EXTRÉMITÉS DE L'ESTOMAC; par M. WILKINSON KING.

Nous ne savons pas si les écrivains qui, parmi nous, se sont occupés, il y a une quinzaine d'années, du ramollissement de l'estomac, et en ont fait une maladie complète avec ses causes, ses symptômes et même ses moyens de traitement, ont renoncé à cette création qu'ils avaient faite de toutes pièces, ou modifié leurs opinions sur ce point; mais, en attendant, voilà encore un médecin anglais qui, marchant sur les traces de J. Hunter et de MM. Philip et Carswell, vient porter le dernier coup à cette autre découverte des modernes. Nous regrettons pourtant que ses idées soient exposées dans cette communication d'une manière confuse, et qui se prête peu à l'analyse.

Suivant l'auteur, on trouve à Londres les effets de la digestion sur l'estomac dans un cas sur deux, et ils sont si tranchés qu'il ne conçoit pas qu'on ne les ait pas plus généralement appréciés. On trouve fréquemment l'épithélium de l'œsophage ramolli en pulpe, ou détaché par portions de différentes grandeurs. Or, bien qu'on observe ces altérations dans toute l'étendue du conduit, cependant c'est plus souvent dans sa moitié inférieure où elles sont aussi plus marquées, ce qui dépend de la régurgitation du fluide gastrique dans les derniers instans de la vie. On trouve une preuve de la nature de cette altération dans de longues bandelettes d'épithélium, qui restent seules intactes et qui occupaient le fond des plis que présente l'organe, lesquels ont dû les mettre à l'abri de l'action du dissolvant. Dans quelques cas, où l'œsophage est très altéré, l'estomac l'est moins, et *vice versâ*. La cause, c'est que quand, par la contraction de l'estomac ou de l'abdomen, le fluide gastrique est porté hors de l'estomac, il en reste nécessairement moins pour agir sur ce dernier, qui, se trouvant lui-même diminué d'étendue et plus épais, résiste davantage à l'action dissolvante. L'auteur rapporte ici trois cas fort remarquables de ramollissement de l'œsophage, mais qu'il ne donne pas comme des exemples de ce que l'on observe le plus fréquemment, ce sont des cas de fièvre intestinale, d'encéphalite et de hernie étranglée; dans le premier cas, l'œsophage était détruit à deux points différens de sa hauteur, mais très près de l'estomac, et dans toute sa circonférence, et le ramollissement avait envahi une grande partie du tissu cellulaire du médiastin, les nerfs voisins, qui cependant avaient plus résisté que les autres tissus, et avait même détruit une partie de la plèvre, qui recouvrait en arrière le poumon droit. Dans les deux autres cas, le ramollissement avait non seulement envahi toute l'épaisseur de l'œsophage, mais encore une partie du tissu cellulaire du médiastin, qui était charbonné; et dans le troisième, deux onces environ de liquide gastrique s'étaient fait route jusque dans la plèvre.

Passant ensuite à la seconde partie de son travail, M. King énonce que c'est la partie gauche de l'estomac, qui seule prend part à la production du fluide dissolvant. Le docteur Wilson Philip a déjà démontré que chez les lapins l'action dissolvante s'opère seulement du côté gauche de l'estomac, et le docteur Elliotson a avancé la même chose de l'estomac de l'homme. A ces faits, dont nous ne reproduisons pas les preuves, M. King en ajoute un autre, auquel il attache une grande importance, c'est la présence d'une ligne très distincte, qui divise la muqueuse de l'estomac, presque perpendiculairement, un peu à droite de l'ouverture œsophagienne; cette ligne se voit assez souvent, est quelquefois très distincte, mais offre des variétés pour son étendue et son siége. Cette ligne, quand elle est appréciable, dépend évidemment de la même cause, et est en proportion du ramollissement qu'elle sépare de la portion de la muqueuse non ramollie; il ne pense pas pourtant que cette ligne sépare exactement la partie de l'estomac qui sécrète le liquide dissolvant du reste, car elle est trop irrégulière dans son siége, mais il est probable que ce liquide n'est jamais produit au-delà d'elle, et que, quand on trouve la muqueuse ramollie à droite de cette ligne, c'est que le liquide dissolvant aura passé dans la portion droite. Cette portion, qui est garnie de nombreux follicules, et couverte d'un mucus épais, n'est jamais ramollie seule, elle ne l'est jamais que partiellement, et toujours en même temps et à un moindre degré que l'extrémité gauche. Bien plus même, en examinant avec soin l'estomac, on reconnaît que tous les points, soit de la partie droite de cet organe, soit de l'œsophage, qui sont ramollis, se trouvent toujours dans une position telle, soit par les plis de la muqueuse, soit par la position de l'organe, qu'ils ont dû nécessairement être exposés à la sécrétion fournie par l'extrémité gauche du ventricule. Ainsi, quand l'organe est contracté, on trouve quelquefois le ramollissement soit sur des points, soit sur des bandelettes longitudinales, et toujours alors ces parties se trouvaient en contact avec le fluide sécrété par l'estomac.

Bien que cette ligne n'offre rien de régulier, ni pour son étendue, ni pour son siége, M. King affirme pourtant que c'est seulement dans le grand cul-de-sac que s'opère la sécrétion du dissolvant. Cette ligne se reconnaît elle-même du côté gauche au ramollissement digestif, et à droite à l'absence de cette altération, et quelquefois à la présence d'une couche de mucosités. Elle varie suivant le niveau du liquide qui tient le dissolvant en dissolution au moment de la mort, suivant la quantité de gaz contenu dans l'estomac et suivant la position du corps après la mort. Il ne pense pas que le mucus prenne aucune part à la solution de la muqueuse, et le regarde plutôt comme un moyen de protection contre le liquide dissolvant, car on ne le trouve pas sur les parties ramollies, tandis qu'il est ordinairement très abondant sur celles qui ne le sont pas.

L'examen seul des deux moitiés de l'estomac à l'état nu suffit pour faire reconnaître des différences matérielles de structure, et l'étude microscopique de l'estomac simple des mammifères paraît avoir prouvé réellement ces différences. La pathologie pourrait aussi fournir sur ce point d'utiles renseignemens; mais si les altérations de l'extrémité droite ont été l'objet de recherches suivies, il n'en est pas de même de celles de l'extrémité gauche.

Nous arrivons à une série d'expériences propres à l'auteur, auxquelles il attache avec raison de l'importance, et auxquelles nous sommes bien étonnés qu'on n'eût pas songé avant lui. Ces expériences consistent tout simplement à appliquer à la surface de la muqueuse gastrique, après l'avoir lavée avec soin, le papier tournesol. Sur neuf cas où cette expérience a été pratiquée, sept fois le papier tournesol devint rouge au bout d'un temps plus ou moins long, et deux fois seulement il ne fournit aucun signe de réaction acide; mais dans tous les cas où la réaction acide se manifesta, ce fut constamment dans le grand cul-de-sac et jamais dans l'extrémité droite, au moins quand on avait lavé avec soin tout l'estomac, afin que l'acide déjà sécrété fût entièrement enlevé.

Tous ces faits sont très importans. Nous regrettons que la longueur de cette revue ne nous permette pas de signaler quelques-uns des points de vue sous lesquels ils offrent le plus d'intérêt.

OBSERVATIONS SUR LES CONCRÉTIONS ET LES DÉPÔTS URINAIRES, AVEC UNE DESCRIPTION DES CALCULS DU MUSÉE DE L'HÔPITAL GUY; par le docteur GOLDING BIRD.

L'auteur de cette importante communication a recommencé le travail qu'avait fait il y a un quart de siècle le docteur Marcet, avec ces différences pourtant que le nombre des calculs de la collection de l'hôpital Guy,

qui, en 1817, lorsque Marcet publia son essai, n'était que de 228, est arrivé à celui de 363, et que depuis Marcet, qui le premier, on peut dire, se livra à cette étude, elle a été éclairée par les recherches de Wollaston, de Prout, de Yellowly, et de bien d'autres. La plupart de ces calculs déposés depuis Marcet au musée on été analysés, non seulement par leur surface externe, mais de manière à connaître les élémens dont se compose chaque couche; tous, à l'exception de 21, ayant été divisés de manière à mettre à découvert leur structure interne. On a surtout fait une attention particulière à la composition des noyaux; car on sait avec quelle facilité, quand une fois il existe dans la vessie quelques particules solides réunies, elles s'entourent de cristaux d'oxalate de chaux, d'acide urique, etc., et que si le médecin peut espérer d'arriver à prévenir la formation des calculs urinaires, ce sera surtout en dirigeant le traitement suivant la tendance qu'auront les urines à déposer certains élémens qui pourraient servir de noyau. Aussi, c'est aor la nature et la composition des noyaux que l'auteur a fondé la classification des calculs du musée de l'hôpital Guy. Voici les principaux chiffres de cette classification, dont nous sommes obligés de négliger les espèces et les variétés.

1er genre :	noyau d'acide urique..................	245 calculs.
2e genre :	noyau d'urates d'ammoniaque ou de traces.	17
3e genre :	noyau d'oxide urique..................	0
4e genre :	noyau d'oxalate de chaux..............	45
5e genre :	noyau d'oxide cystique................	11
6e genre :	noyau de phosphate terreux............	21
7e genre :	calculs qui n'offrent aucune disposition régulière à l'intérieur..................	3

M. Bird décrit ensuite, avec tout le soin nécessaire, d'abord les caractères de la substance qui donne le nom à chacun des genres, puis ceux de l'urine qui contient cette substance, et présente à la fin quelques considérations sur les rapports qu'ont entre eux les élémens des dépôts calculeux. Il soulève à cette occasion quelques questions d'une haute importance pratique, rappelant que tout ce que nous savons sur ce sujet est dû aux travaux du docteur Prout, et aux recherches de MM. Robert, Willis et Bayer, et prouve, par des formules que nous ne pouvons reproduire, combien il serait facile, par un très léger changement dans l'arrangement des atômes, d'obtenir dans l'urine, à l'état normal, la formation des élémens organiques des dépôts calculeux, sans cependant affirmer qu'il en est ainsi dans la nature. Il arrive ainsi à proposer la division de ces dépôts en deux classes. La première comprendrait les dépôts organiques, qui sont produits sous l'influence de l'action vitale, qui ne viennent pas du dehors, et qui ne doivent leur formation qu'à des troubles fonctionnels. La seconde renfermerait ceux qui sont entièrement ou en partie tirés du dehors, et le résultat de la fatigue des organes sains plutôt que le produit d'une maladie réelle. A la première de ces classes appartiendraient l'acide urique et les urates qui s'éloignent le moins de la sécrétion normale. Il suffit qu'une moindre quantité d'oxigène soit éliminée pour que ces substances, soient remplacées par l'oxide urique, et si la faculté qu'a le rein de produire des oxides est augmentée, il se développe de l'acide oxalique sous la forme d'oxalate de chaux; tandis qu'une élimination plus considérable de soufre fera remplacer l'acide urique ou l'urée par la cystine. A la même catégorie, on devrait aussi rapporter le carbonate de chaux, qui n'est qu'un produit secondaire, effet d'une telle énervation que le lien d'affinité qui, dans l'état normal du système nerveux, maintient unis les élémens de l'urée, se relâchant, un nouvel arrangement des atômes s'opère, l'urée se change en carbonate d'ammoniaque, et du carbonate de chaux est produit aux dépens des sels calcaires de l'urine. A la seconde classe appartiendraient les phosphates simples et mélangés dont l'acide peut être produit dans le rein par l'oxidation du phosphore que contiennent la matière grasse et l'albumine du sang, et alors les bases seules viendraient du dehors.

Si ces vues sont exactes, ce que l'auteur se propose de démontrer prochainement, elles simplifieront beaucoup la doctrine généralement reçue.

DU SIÉGE DE LA PHTHISIE PULMONAIRE ET DE SON INFLUENCE SUR LE DIAGNOSTIC; par le docteur HUGHES.

Ce travail peut et doit avoir de l'intérêt pour les lecteurs d'Angleterre, parce qu'on avait singulièrement exagéré, dans ce pays, l'utilité du stéthoscope et des stéthoscopistes; mais, pour les lecteurs français, il en aurait beaucoup moins; car l'auteur se borne à faire ressortir à l'aide, il est vrai, d'une masse imposante de faits bien observés, des propositions qui sont triviales parmi nous, tant sur l'insuffisance, dans un grand nombre de cas, des signes stéthoscopiques, que sur la fréquence et la quantité relative des tubercules dans les différentes parties des poumons.

SUR LA CONDUITE A TENIR DANS LES CAS DE LÉSION DE L'INTESTIN CONTENU DANS UN SAC HERNIAIRE; par M. ASTON KEY.

La lésion de l'intestin contenu dans un sac herniaire est toujours un accident de la plus haute gravité; mais il présente cependant, suivant les circonstances, des différences que l'on peut évaluer d'une manière assez exacte, en classant sous trois chefs distincts les effets plus ou moins fâcheux qui en résultent. Ainsi lorsqu'un coup est porté sur le pli de l'aine, il agit avec d'autant plus d'avantage pour blesser l'intestin que celui-ci est presque toujours en même temps porté à la rencontre de l'instrument vulnérant par un effort du malade. Or l'intestin qui a subi le choc peut être simplement contus, et par suite enflammé; la contusion peut avoir été portée au point d'amener consécutivement la mortification de ses parois; enfin, immédiatement et par le fait même de la violence reçue, il peut s'être formé une perforation plus ou moins étendue. L'auteur expose les principes qui doivent régler la pratique dans ces trois circonstances.

Le premier cas, celui d'une contusion modérée, ne s'accompagne d'aucun symptôme alarmant; un peu de douleur, une constipation passagère en sont les seules conséquences. Il y a cependant deux indications que le chirurgien ne doit jamais perdre de vue. La première est de réduire les viscères; car il est évident qu'en laissant l'intestin dans le sac, pendant qu'il va devenir le siége d'une inflammation parfois assez prolongée, on s'exposerait à voir des adhérences s'établir entre la face externe du premier et l'interne du dernier. Le second précepte n'est pas moins important, et il ne faut pas se laisser détourner d'y avoir égard par la constipation qui a lieu ordinairement dans ces cas; il consiste à laisser le malade pendant quelque temps après l'accident sans lui administrer des purgatifs. Agir différemment ce serait pour ainsi dire aller contre les vues de la nature qui impose elle-même à l'intestin blessé une inaction salutaire; et les purgatifs qui irritent le tube digestif soit par leur action stimulante propre, soit par les mouvemens qu'ils déterminent dans ses parois musculaires, n'auraient ici que des inconvéniens. M. Aston Key se demande, à cette occasion, s'il n'y aurait pas avantage à suivre la même ligne de conduite après l'opération de la hernie étranglée, et à accorder un peu de repos à l'intestin qui a été engorgé par la suspension de sa circulation et malaxé par les essais de taxis, avant de chercher à obtenir des selles. Nous partageons, pour notre compte, cette opinion qui, dans de certaines limites, n'a rien que de rationnel; mais il importe de ne pas oublier que la temporisation doit avoir un terme, et, à moins que l'opération n'eût fait reconnaître une altération profonde de l'intestin, il y aurait sans contredit plus de danger à attendre le retour spontané des selles qu'à les solliciter, même un peu prématurément, par de légers laxatifs. Les réflexions de M. Aston Key n'en demeurent pas pour cela moins dignes de toute l'attention des chirurgiens, car elles s'adressent à une pratique vicieuse qui conserve encore beaucoup de crédit chez quelques-uns d'entre eux, et méritait par conséquent d'être signalée avec blâme.

Dans le second cas, lorsque la violence a été portée au point d'amener la gangrène, mais sans avoir causé immédiatement de solution de continuité, les symptômes ressemblent assez à ceux de l'étranglement : cependant l'absence de distension du sac et les traces de contusion que présentent les tégumens suffiront pour établir le diagnostic. Le blessé a eu des syncopes et un abattement extrême au moment de l'accident, mais une réaction franche ne tarde pas à s'établir; ce qui distingue ce cas de celui où la rupture a eu lieu de prime abord. Le chirurgien doit alors opérer la réduction des viscères, de manière à les placer à l'orifice du sac. Cette pratique, si on l'exécute avec la douceur et les ménagemens convenables, ne peut donner lieu à aucune objection. En effet, elle n'augmente nullement le danger de l'épanchement des matières dans l'abdomen; car, si une escarre se forme, l'intestin, immobile dans le lieu qu'il occupe, se couvrira sûrement d'adhérences préservatrices tout autour de la perforation; et dans le cas même où il n'en serait pas ainsi, dans le cas où les matières pourraient s'épancher hors de l'intestin, elles tomberaient de préférence dans le sac, et y signalant leur présence par des signes positifs, conduiraient le chirurgien à leur donner issue par une incision.

Enfin, dans la dernière hypothèse, lorsqu'une violence extérieure a rompu l'intestin, il ne reste qu'à ouvrir le plus promptement possible une voie pour l'évacuation des matières épanchées dans le sac. Assurément il faut toujours éviter de mettre sans nécessité le péritoine à découvert; mais il y aurait bien plus de danger encore à ne pas faire l'incision du sac et à donner aux matières stercorales le temps de se répandre dans la cavité péritonéale. Le chirurgien interrogera donc avec soin toutes les circonstances qui peuvent lui apprendre si l'intestin a été ouvert, ou s'il ne s'agit que d'une simple contusion sans solution de continuité. Le dia-

gnostic entre ces deux états est quelquefois très difficile; et ce qui le rend encore plus incertain, et ajoute aux perplexités du praticien, c'est que les symptômes caractéristiques de la rupture de l'intestin semblent n'apparaître qu'au moment où les gaz ou les liquides stercoraux se mettent en contact avec le péritoine; ce qui l'empêche souvent de reconnaître la gravité de l'altération avant l'époque où il n'est presque plus possible d'y porter remède.

Parmi les observations que l'auteur a rassemblées à l'appui de ses conseils, nous ne citerons que la suivante; elle est bien de nature à montrer avec quelle réserve on doit admettre le témoignage des malades, lorsqu'ils nient l'existence d'une hernie, ou qu'ils veulent la faire regarder comme de récente formation.

Obs. — Michael Hayes reçut un coup de pied au scrotum; il se fit transporter à l'hôpital cinq heures après l'accident. A ce moment, il y avait encore prostration des forces, abattement, sueur froide, pouls dépressible. On s'aperçut qu'il existait une hernie intestinale, que l'on réduisit sans difficulté. Le malade, ayant été interrogé à l'effet de savoir s'il portait la hernie depuis longtemps avant l'accident, répondit qu'il n'en avait pas, et que jamais il n'avait remarqué la moindre tumeur dans l'aîne : son frère confirma la vérité de ses réponses. La réaction eut lieu, mais la douleur continua; il s'y joignit de la fièvre et des vomissemens, et il succomba environ 36 heures après son entrée.

Autopsie. Le scrotum présentait les traces de la contusion reçue. On trouva aussi un sac herniaire de dimension considérable, existant évidemment depuis longtemps, et renfermant une anse intestinale. Le péritoine était très enflammé, et une ouverture de l'intestin grêle avait laissé passer les matières fécales dans sa cavité. A quelques pouces de distance au-dessus et au-dessous de cette ouverture, l'intestin était congestionné; et la coloration rouge de sa surface externe se terminait brusquement en haut et en bas par une ligne bien tranchée, de manière qu'il fut constant que c'était bien là la portion que le sac contenait au moment de l'accident.

Cas d'iridérémie ou d'absence de l'iris avec quelques réflexions; par M. J.-F. France.

Obs. — Mary Hampton, âgée de 23 ans, vint à la consultation ophthalmologique de l'hôpital de Guy, pour une conjonctivite assez légère. La conformation de ses yeux ayant attiré l'attention de l'auteur, il l'interrogea avec soin et apprit que le vice de conformation de l'iris est congénital, et qu'elle a seulement eu dans sa jeunesse quelques ophthalmies catharrales. Elle s'emploie chez elle aux soins du ménage, mais n'a jamais pu apprendre à lire ni à écrire. Elle n'éprouve aucune douleur dans les yeux, excepté lorsqu'elle est exposée aux rayons du soleil. Aussi recherche-t-elle de préférence un demi-jour qui lui permet de mieux distinguer les objets; du reste elle ne voit qu'à la distance de 1 ou 2 pieds.

Les paupières sont habituellement fermées plus d'à moitié; et cet état qui simule un léger degré d'entropion, joint au peu de développement des cils, lui donne l'aspect d'une personne qui aurait perdu les cils par une maladie.

Le globe de l'œil des deux côtés est affecté d'un mouvement oscillatoire continuel dans la direction horizontale; et cette mobilité, s'accompagnant d'une contraction spasmodique du muscle orbiculaire qui se manifeste dès qu'on expose les yeux à la lumière, rend très difficile une exploration exacte de ces organes. La faculté de diriger l'œil vers un objet, et surtout en haut et en bas, est très diminuée.

Les deux cornées sont le siége d'une opacité qui résulte des inflammations que la malade a éprouvées. Cette opacité n'occupe cependant pas tout le champ de la cornée, et elle a, sur chaque œil, une étendue, une situation, et une profondeur différentes.

La sclérotique a une coloration bleuâtre plus prononcée que dans l'état naturel. L'œil droit présente sur la capsule postérieure du cristallin une opacité centrale qui n'a pas plus d'étendue qu'une grosse tête d'épingle; le reste du cristallin est parfaitement transparent. Du côté gauche l'opacité occupe un espace plus considérable.

A part les points que nous venons d'indiquer, toute la partie du globe oculaire que l'on peut apercevoir à travers la cornée est d'une coloration brun-noirâtre uniforme. *L'examen le plus attentif ne peut y découvrir le moindre vestige d'iris.*

On pourrait, dit l'auteur, objecter que les obstacles qui rendaient l'examen de l'œil difficile m'ont fait prendre pour une absence de l'iris ce qui ne serait qu'une coloration très foncée de cette membrane, accompagnée de mydriase. Mais l'existence de la cataracte lève ces doutes; car si on regarde obliquement dans le fond de l'œil, on aperçoit le point blanc qui existe sur la capsule, et on continue de le voir distinctement jusqu'à ce qu'on se soit placé tellement de côté que la sclérotique vienne s'interposer entre l'œil de l'observateur et le bord de la cornée de la malade. Cette expérience prouve clairement qu'il n'existe aucun corps, aucune membrane, entre la cornée et la capsule cristalline.

M. France termine sa communication par ces deux questions : Y a-t-il lieu d'opérer les cataractes? Peut-on apporter quelque remède à l'absence de l'iris?

Quant à la première, la vue étant actuellement suffisante pour les besoins de la malade, et l'opacité très peu prononcée, il ne pense pas que l'opération soit indiquée pour le moment.

Relativement aux moyens de suppléer à l'iris, l'auteur fait observer que cette membrane a, dans l'acte de la vision, trois offices distincts. D'abord elle prévient l'entrée d'une trop grande quantité de lumière dans l'œil; cette fonction, que le clignement continuel des paupières remplit ici d'une manière incomplète, pourrait certainement être rendue plus parfaite par quelques moyens appropriés. En second lieu, l'iris sert à favoriser la vue à diverses distances, et aucun moyen artificiel ne peut le suppléer sous ce rapport. Enfin, il empêche la confusion de la vue qui résulterait de l'introduction des rayons obliques; or, deux tubes, noircis à l'intérieur (semblables aux lunettes de spectacle), rendraient à peu près le même service. Seulement, il est évident que, n'étant pas placés dans l'intérieur de l'œil, comme l'iris, ils ne pourraient pas remplir exactement le rôle de cette membrane.

L'auteur rappelle encore que M. d'Ammon, qui a observé plusieurs cas de ce genre, a aussi noté la coloration bleuâtre de la sclérotique, le défaut de développement des cils et la formation plus ou moins prompte de cataractes.

Nos propres observations et l'examen des faits de ce genre que rapportent les auteurs montrent que les phénomènes existans dans le cas de M. France accompagnent très fréquemment l'absence d'iris. Nous avons vu, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, conjointement avec M. Pétrequin, un homme âgé de plus de 30 ans qui présentait, outre le défaut complet d'iris, une opacité prononcée du cristallin, et le spasme des paupières, ainsi que le tremblotement du globe oculaire. M. A. Focachon cite ce cas dans sa thèse inaugurale (V. Thèses de Strasbourg, 1840, n. 63). Parmi les exemples de la même disposition qu'on trouve rassemblés dans cette intéressante monographie, il en est encore quatre où le manque d'iris a coïncidé avec la cataracte; ce sont les faits de MM. A. Roux, de Madrid (V. Thèses de Paris, 1826), Luzardi (Mémoire sur la cataracte, p. 25), qui en cite deux, et Barata. Cette coïncidence singulière est précieuse pour le diagnostic; car, ainsi que le fait remarquer M. France, et que M. Focachon l'avait dit du reste avant lui, si l'on aperçoit distinctement dans l'œil un fond blanchâtre aussi large que la cornée, il devient évident que l'absence de l'iris est bien réelle, et n'est simulée ni par une rétraction des fibres de cette membrane, ni par sa coloration anormale en noir, comme l'avaient prétendu quelques auteurs. Sous ce rapport donc, la confusion n'est pas possible. Mais il est une question intéressante, indécise encore parmi les pathologistes, et dont cette fréquence de la cataracte dans le cas d'iridérémie nous paraît très propre à éclairer la solution. Nous voulons parler de la cause première de la cataracte, c'est-à-dire du changement qui s'opère dans la vitalité du cristallin, et d'où résulte le défaut de transparence. Deux opinions se partagent aujourd'hui les esprits à cet égard : les uns (Sanson) paraissent croire que la cataracte dépend d'une irritation prolongée du cristallin ou de sa capsule; d'autres (Delpech) en font au contraire une mortification du cristallin. Sans admettre complètement les idées du professeur de Montpellier, on ne peut du moins nier que de fortes raisons ne militent en faveur de la manière de voir à peu près analogue de M. A. Petit, qui regardait la cataracte, non comme une maladie, mais comme une altération naturelle aux vieillards, et due aux progrès de l'âge. En effet, on sait que la lentille devient en général d'un jaune ambré chez les personnes avancées en âge, et que ce changement de teinte commence toujours par le centre, c'est-à-dire par le point que traversent le plus de rayons lumineux. Une autre considération vient encore corroborer celle-ci : c'est que les sujets chez lesquels le cristallin devient le plus fréquemment opaque (verriers, forgerons, cultivateurs, etc.) sont ceux qui ont été par leur profession exposés à un excès d'exercice de la vue, et par conséquent à une véritable vieillesse anticipée de son organe. Enfin, les observations que nous avons réunies achèvent, ce nous semble, de confirmer ces présomptions, en montrant une opacité, et le plus souvent une opacité centrale du cristallin, liée à cette conformation anormale de l'œil où nul obstacle ne vient diminuer le nombre des rayons lumineux qui traversent la lentille, où par conséquent celle-ci a nécessairement beaucoup plus à *travailler*, comme on pourrait le dire suivant une expression vulgaire mois bien propre à peindre notre idée.

Parmi les circonstances intéressantes que contient l'observation de M. France, et qui se retrouvent dans d'autres cas du même genre, nous signalerons encore la difficulté de regarder les objets situés en haut, phénomène que Gutbbier (Voy. Dissertation sur l'iridérémie, 1833) attribue à ce que la paupière supérieure, habituellement contractée, a perdu la faculté de s'élever assez pour découvrir entièrement le globe oculaire.

Chez les personnes atteintes de ce vice de conformation, la vision est ordinairement plus distincte dans un demi-jour. Il est même des sujets

(et M. Focachon en cite trois exemples, loc. cit.) qui jouissent de la faculté de voir les objets dans l'obscurité.

Si la plupart de ceux auxquels l'iris manque complètement peuvent, quoique myopes, y voir assez bien pour les besoins usuels de la vie, si quelques-uns même, ainsi que l'a observé une fois M. Pétrequin, parviennent à lire et à écrire, il ressort évidemment de là que l'iris n'a d'autres fonctions que de favoriser la vue à diverses distances, et de mettre obstacle à un abord trop considérable de rayons lumineux dans l'œil, mais qu'il n'est point un des organes essentiels de la vision. Le moyen que M. France propose pour remédier à cette infirmité, à l'aide de verres dont le centre seul est laissé transparent, est aussi simple qu'ingénieux. Mais il est juste de dire que M. Luzardi l'avait déjà publié et appliqué, avant lui avec un plein succès sur une jeune fille de 16 ans, qu'il avait opérée de la cataracte, et chez laquelle il remédia de cette manière à une absence congénitale de l'iris.

II. THE MEDICO-CHIRURGICAL REVIEW.

SUR LE TRAITEMENT DE LA PIERRE DANS LA VESSIE ; par R. WILLIS.

Après avoir passé en revue les divers moyens pharmaceutiques et mécaniques en usage contre les calculs vésicaux, M. Willis propose l'opération suivante, qu'il nomme *lithectasie*, et qui unirait, d'après lui, au mérite d'être parfaitement innocente dans ses suites, l'avantage de convenir dans une foule de cas. Elle consiste à inciser les parois de l'urètre derrière le bulbe, dans l'étendue de quelques lignes, comme on le fait pour l'opération de la boutonnière. On introduirait ensuite dans le col de la vessie un corps dilatant, soit végétal, soit mécanique, comme, par exemple, une poche de baudruche qu'on distendrait, après l'avoir mise en place, par l'injection d'un liquide. Par ce moyen, dit l'auteur, on peut amener l'orifice vésical à un degré d'ouverture tel qu'il permet ensuite la sortie d'un calcul du volume d'une noix.

L'appréciation de ce procédé sera bien simple : ou vous vous bornerez à dilater le col de la vessie, et alors il ne sera applicable qu'à des calculs d'un très petit volume, et reconnus tels avant l'opération (ce qui, comme on sait, est fort difficile à déterminer d'une manière précise, et restreindrait par conséquent à un bien petit nombre de cas l'indication de ce mode de lithotomie) ; ou bien, la dilatation étant faite dans le but de permettre l'extraction de calculs volumineux, elle sera exagérée et s'accompagnera souvent de déchirures, de contusions, et alors mieux vaudrait l'incision du col vésical, simple ou multiple, faite avec la netteté et la précision qu'on lui donne dans l'exécution de la cystotomie.

CAS D'EMPOISONNEMENT PAR L'HYDROGÈNE ARSÉNIQUÉ ; par le docteur O'REILLY.

Bien que cette observation soit très incomplète et que le récit en soit très obscur, on connaît encore si peu de cas d'empoisonnement par l'inspiration de l'hydrogène arséniqué que nous croyons devoir reproduire celui-ci tel qu'il est rapporté. Deux cas semblables ont déjà, on le sait, été observés dans les personnes du chimiste allemand Gehlen et du jeune professeur de chimie en Angleterre, Beard.

OBS. — Le 23 octobre 1841, M. Brittain, âgé de 31 ans, chimiste, inspira à deux époques différentes environ 150 pouces cubes de gaz hydrogène impur, pensant que s'il avait été pur il ne lui aurait fait aucun mal ; mais aussitôt après la seconde inspiration, il fut pris d'étourdissemens avec syncope, puis des tournoiemens de tête, et aussitôt il eut une selle involontaire, et rendit sans douleur 2 onces de sang par l'urètre. A ces accidens succédèrent de la douleur dans les extrémités inférieures et un engourdissement accompagné de battemens dans les extrémités supérieures. Ces symptômes persistèrent pendant deux heures, après lesquelles M. Brittain fut pris de douleurs dans les reins et de vomissement qui continua pendant deux heures. Lorsque le docteur Oreilly arriva auprès de lui, il ne trouva rien de remarquable dans son expression. Le malade se plaignait d'une grande faiblesse, d'un goût amer dans la bouche. Son pouls était à 90, sa peau froide ; la voix très basse ; l'épigastre était le siége d'une douleur sourde. On lui prescrit une prise d'ammoniaque et de laudanum toutes les trois heures, avec un pédiluve et des injections émollientes. A dix heures du soir, huit sangsues sont appliquées sur l'épigastre, quatre gouttes de black-drops et trois grains de pilule bleue sont administrés de deux en deux heures.

Le 24, le vomissement a continué pendant toute la nuit ; les lavemens ont opéré leur effet ; il n'y a pas eu d'émission d'urine. La face est de couleur cuivrée, le corps verdâtre ; le pouls donne 80 et est fort ; il y a encore de la sensibilité à l'épigastre ; hoquet fatigant. Aux moyens précédens on joint les boissons délayantes.

Le 26, la couleur ictérique disparaît ; il y a eu de nombreuses évacuations intestinales, mêlées de bile, et quelques vomissemens, mais pas d'urine. (Boisson saline avec acide carbonique, bouillon de poulet, eau vineuse.)

Le 27, l'ictère a tout à fait disparu ; le malade n'a pas encore rendu d'urine ; il n'y a ni fièvre, ni douleur ; le ventre est libre, la face œdémateuse, odeur ammoniacale de la respiration, somnolence. (Bains de siége, délayans, nitre et éther nitreux, etc.)

Le 28, ictère profond et irrégulier sur la langue, respiration ammoniacale, pas d'urine dans la vessie. A la suite de l'introduction de cathéter, tous les symptômes augmentent, et le malade meurt dans la soirée du 29.

AUTOPSIE 36 heures après la mort.

ANASARQUE GÉNÉRALE. La peau de l'abdomen est d'une couleur verdâtre. L'abdomen est distendu par du gaz. Les poumons sont affaissés, sans lésion appréciable, et contiennent peu d'air ; les plèvres renferment environ deux pintes d'un fluide d'un brun rougeâtre, sans odeur. Le cœur pâle et flasque et vide de sang, n'offre aucune altération.

ABDOMEN. Le foie est d'un bleu indigo foncé, sans augmentation de volume ; la vésicule distendue par de la bile ; les reins dans toute leur étendue, d'une couleur indigo foncée, ressemblent beaucoup par leur texture à celle de la rate. Le droit est plus gros et moins ferme que le gauche. L'estomac est vide et présente, dans sa grande courbure, deux taches inflammatoires distinctes. La muqueuse se détache facilement ; la vessie est vide.

TÊTE. La dure-mère est à l'état normal ; au-dessous de l'arachnoïde injectée sont quelques bulles d'air ; la substance cérébrale est exsangue, et les ventricules ne contiennent pas de liquide.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 23 MAI.

CONTAGION DU CANCER.

M. TANCHOU lit un mémoire sur la contagion du cancer. Cette question a été depuis longtemps résolue par la négative, et si quelques médecins continuent encore à parler du virus cancéreux, c'est moins pour expliquer des effets de contagion que dans le but de se rendre compte de la reproduction de la maladie, et de sa dissémination dans toute l'économie. M. Tanchou a entrepris des expériences pour arriver à une solution définitive du problème. Ayant pris du pus de cancers ulcérés que portaient des femmes incurables de la Salpêtrière, il l'a inoculé à la lancette sur diverses parties du corps des mêmes sujets, à la poitrine, au bras, à la cuisse, et toujours le résultat a été négatif. Des chiens inoculés de la même manière avec le pus d'un cancer de la mamelle dont la marche était très aiguë ont paru momentanément très malades, ont été sur le point d'étouffer, mais la plaie d'inoculation a néanmoins suivi toutes les phases d'une solution de continuité simple.

Commissaires : MM. Serres, Double et Breschet.

RÉTRÉCISSEMENS DE L'URÈTRE.

M. CIVIALE adresse de nouvelles recherches relatives aux rétrécissemens urétraux, fondées principalement sur des ouvertures de cadavres.

Le premier point sur lequel il appelle l'attention des praticiens se rattache aux difficultés que présente le cathétérisme, et aux désordres qu'il entraîne, surtout lorsque les coarctations urétrales sont compliquées de lésions de la prostate et du col vésical, par suite desquelles la partie profonde de l'urètre se trouve déviée, déformée. L'examen d'un grand nombre de pièces pathologiques lui a démontré que, par le procédé et par l'emploi de la sonde généralement en usage, il est presque toujours impossible d'arriver dans la vessie sans s'écarter de la voie naturelle. A l'aide de sa méthode, l'auteur atteint plus sûrement ce but.

Le second point est relatif aux désordres qu'entraînent les coarctations urétrales derrière la partie où elles ont leur siége. La connaissance de ces désordres, dit M. Civiale, aura une grande portée dans le diagnostic des rétrécissemens urétraux ; elle mettra le praticien à même de les prévenir, en attaquant la maladie à son début. Ces altérations qui siégent derrière le rétrécissement, et que l'auteur passe successivement en revue, sont : 1° la phlegmasie de la membrane muqueuse ; 2° des abcès dans les parois de l'urètre ; 3° la formation de cellules ou de poches urétrales ; 4° les ruptures et déchirures de l'urètre ; 5° les lésions de la prostate ; 6° des lésions variées des organes génitaux, de la vessie, des uretères et des reins. On comprend du reste, et c'est une des particularités sur lesquelles M. Civiale appelle spécialement l'attention, que les altérations de l'urètre ont une intensité bien différente, suivant que la vessie est hypertrophiée ou atrophiée ; car, dans le premier cas, l'impulsion de l'urine se faisant avec plus de force, doit nécessairement aggraver l'état morbide.

ANALYSE DES EAUX MINÉRALES SULFUREUSES.

M. DUMAS présente, de la part de M. V. Gerdy, un mémoire sur un procédé propre à apprécier exactement les mono-sulfures, poly-sulfures, hypo-sulfites et l'acide sulfhydrique qui peuvent se trouver isolés ou réunis dans les eaux minérales.

Commissaires : MM. Thénard, Dumas et Pelouze.

MOUVEMENS DU CERVEAU.

M. Flourens : Je lis dans le programme d'un prix mis au concours par l'Académie de Bruxelles, que le rapport des mouvemens du cerveau avec la circulation et la respiration n'est pas encore bien connu. Je crois devoir rappeler à cette occasion que le problème dont il s'agit a été traité par moi dans la deuxième édition de mes Recherches expérimentales sur les propriétés et les fonctions du système nerveux dans les animaux vertébrés ; et je crois en avoir donné une solution satisfaisante. Le mouvement du cerveau avait été attribué, soit à la dilatation des artères qui sont à sa base, soit à l'inspiration et à l'expiration. J'ai montré que, de ces deux explications, la première est erronée, la seconde incomplète. L'élévation, ou mieux, le gonflement du cerveau, est en rapport avec les mouvemens respiratoires, et loin de tenir seulement au reflux du sang des veines jugulaires et vertébrales, comme on le croyait depuis Haller et Lamure, ce gonflement dépend surtout du sang qui vient des sinus vertébraux.

M. Roux : Je n'ai pas encore pu lire la seconde édition de l'ouvrage de M. Flourens; mais il me semblait que tous les physiologistes étaient d'accord pour distinguer dans le cerveau deux sortes de mouvement, l'un coïncidant avec la diastole artérielle, l'autre avec l'expiration. Il me paraît du moins difficile d'élever des doutes sur la réalité du premier de ces mouvemens. Quant au second, bien qu'il soit plus difficile à constater, il devient cependant très perceptible dans quelques circonstances, et je l'ai vu de la manière la plus évidente chez un enfant nouveau-né.

M. Flourens : Ma manière de voir étant basée sur des expériences qui me sont propres, j'attendrai, pour engager la discussion avec M. Roux sur ce point, qu'il ait pris connaissance des élémens nouveaux que j'ai apportés dans la question. Jusque-là, elle serait sans intérêt et sans aucun résultat possible.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 24 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. FOUQUIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

ÉLECTIONS DE L'ACADÉMIE.

M. le Président annonce qu'une place est vacante au sein de l'Académie, dans la section d'anatomie pathologique.

M. Bousquet : Lorsqu'une société, lorsqu'une Académie s'est acquis une juste renommée, il est naturel que l'honneur de lui appartenir devienne l'objet de beaucoup d'ambitions. Ces ambitions se manifestent de plusieurs manières : une des plus convenables, à mon gré, est d'en suivre assidûment les séances et de lui communiquer des travaux de choix et composés pour elle. Ce n'est pas une obligation de réglement, c'est mieux que cela, c'est une attention, c'est un devoir de bienséance.

Qu'un particulier affecte une grande simplicité; qu'il soit bon, modeste, facile; qu'il écarte de sa personne tout ce qui sent la recherche ou la prétention, il le doit et je l'en loue. Les Académies ne sont pas tenues à tant de modestie. Les moins célèbres parlent librement de leur célébrité, et non seulement ce langage ne choque personne, mais il excite au dehors parmi les prétendans une émulation louable et toujours utile aux progrès de la science.

L'usage des lectures académiques n'est pas nouveau; presque de tout temps on en a senti la convenance, et elles sont passées dans les habitudes, et pour ainsi dire dans les mœurs des Académies.

A l'Institut, les réputations les mieux établies ne font point difficulté de donner cette marque de déférence. S'y refuser serait de mauvais goût. De l'Académie des sciences le même usage semblait être passé à l'Académie royale de médecine. Jusqu'à l'avant-dernière élection qui nous a donné M. Royer-Collard, tous les candidats étaient montés à cette tribune, et tous s'y sont fait honneur, mais ces souvenirs sont trop récens et trop vifs pour qu'il soit nécessaire de vous les rappeler.

A l'époque dont je parle, l'Académie goûtait si bien ces lectures que, par un juste retour de politesse, elle avait décidé qu'il serait accordé un tour de faveur à tous les candidats qui lui demanderaient la parole.

Pourquoi donc avez-vous dérogé à vos usages dans la dernière élection? Les candidats étaient tout prêts à y entrer. Déjà M. Prus avait été appelé par M. le président; M. Mélier s'était fait inscrire, et je crois savoir que les autres compétiteurs se disposaient à suivre leur exemple.

Tout marchait donc selon la règle, lorsque, avec une précipitation à laquelle nous n'étions pas accoutumés, M. le rapporteur de la section de pathologie médicale vous a annoncé que son rapport était prêt, et a demandé que ceux de MM. les candidats qui avaient préparé des lectures voulussent bien déposer leur manuscrit sur le bureau.

J'ai eu, pour ma part, trop de plaisir à entendre le rapport de M. F. Dubois pour avoir le courage de me plaindre de l'empressement qu'il a mis à nous le communiquer ; mais j'avoue que je ne comprends ni l'avantage de cet empressement, ni l'utilité du dépôt qu'il a proposé.

On trouve que les élections sont trop lentes ; cela se peut ; mais, à mon avis, c'est un faible inconvénient. Après tout, l'honneur de s'asseoir auprès de vous vaut bien qu'il se fasse un peu désirer. Il y a bien plus d'inconvéniens à tout précipiter.

Un de ces inconvéniens, le seul dont je veuille parler en ce moment, est de changer vos usages, de vous priver du plaisir d'entendre des hommes distingués et de leur ôter une occasion solennelle de faire briller leur talent. Sans doute ce n'est pas sur une simple lecture que vous faites vos choix; à vos yeux l'épreuve de toute une vie, vaut mieux que l'épreuve d'un seul jour. Il est pourtant tel candidat que je pourrais citer qui doit en grande partie à cette tribune l'honneur d'avoir balancé vos suffrages.

A cette remarque, permettez-moi d'en ajouter une autre. Quoique les titres scientifiques soient les premiers de tous pour entrer dans une société savante, il est des considérations d'un autre genre et qui ne sont pas à dédaigner. Sans doute un livre bien pensé, bien écrit, décèle un esprit droit et cultivé. C'est assez pour un auteur. Est-ce assez pour un académicien? On voudrait trouver en lui cette urbanité, cette politesse de langage et de manières, ce tact, ce sentiment des convenances dont l'ensemble constitue ce qu'on appelle les *bienséances académiques*. Or ces qualités aimables, vous ne pouvez les apprécier qu'en admettant les candidats à prendre la parole devant vous.

En engageant l'Académie à maintenir un usage qui me paraît utile à sa considération, qu'elle ne croie pas que j'entende en faire une obligation, une règle rigoureuse. Telle n'est pas ma pensée. Quelque flatteur que soit un hommage, il perd la plus grande partie de son prix s'il n'est libre, spontané. Il faut donc que les candidats conservent toute leur liberté. L'Académie recevra leurs communications avec intérêt; mais elle ne les exige pas. Chacun prendra conseil de sa position, de ses vœux, de ses espérances. S'il croit utile à sa candidature de demander la parole, il l'obtiendra; s'il le croit inutile, il gardera le silence. L'essentiel est que l'Académie le laisse libre et lui donne le temps d'user de sa liberté.

Ce qui fait que les élections se prolongent plus qu'il ne convient, c'est, d'une part, la lenteur des candidats à se faire inscrire, et, de l'autre, la lenteur des commissaires à faire leur rapport. Les commissaires savent qu'un rapport sur un ouvrage qui vous est connu ne peut exciter qu'un médiocre intérêt, et ils ne se pressent pas de le faire; ils s'en dispenseraient volontiers si ce n'était le désir de vous obéir et d'obéir au réglement. Il me semble, Messieurs, qu'il est un moyen facile de tout concilier, l'impatience des candidats et celle de l'Académie. Ce moyen, c'est de renvoyer le mémoire lu à la section où la place est vacante, avec prière de le comprendre dans le rapport général qu'elle prépare sur les titres des candidats. C'est ma première proposition.

Je propose, en second lieu, que lorsque M. le président annoncera qu'il y a lieu à élection, il annonce en même temps que la vacance restera ouverte pendant trois mois à dater du jour où vous arrêterez le nombre des candidats qui vous seront présentés.

Pendant ces trois mois, les candidats qui auront des lectures à faire passeront avant les savans inscrits à l'ordre du jour.

Ce terme expiré, la vacance sera close, et nul ne sera admis à la tribune qu'à son tour d'inscription.

M. Mérat : Nous avons encore cinq nominations à faire. Si la mesure que propose M. Bousquet était adoptée, chaque candidat venant faire une lecture, plus d'une année s'écoulerait ainsi sans que nous pussions reprendre nos travaux.

M. Adelon s'étonne qu'on vienne ainsi jeter, sans s'astreindre aux formalités usitées en pareil cas, une proposition qui contient une modification fondamentale à faire subir au réglement. Il demande l'ordre du jour. (Appuyé. D'autres voix : Le renvoi au conseil d'administration.)

M. Double : Je déclare que, pour ma part, je ne partage pas l'opinion de M. Bousquet; mais on ne peut, ce me semble, lui faire un crime d'être venu nous apporter le tribut de ses réflexions sur un sujet important, sur un sujet qui a déjà plus d'une fois préoccupé l'Académie.

REMÈDES SECRETS.

L'ordre du jour est la lecture d'un rapport de M. Emery demandé par le ministre sur un travail de M. Ingerch. L'auteur pense avoir découvert deux moyens souverainement efficaces contre les anévrismes et le cancer. Le premier est l'eau froide en applications extérieures; le second est la feuille de sauge.

M. le rapporteur propose de répondre au ministre que l'auteur s'est complètement abusé s'il a cru guérir par ces moyens des cancers ou des anévrismes, et qu'ils sont tout à fait impuissans contre ces maladies. (Adopté.)

M. Laennec : Je vois avec peine que l'Académie se trouve souvent dans la nécessité de faire ou d'entendre des rapports sur des médicamens sans aucune valeur, parce que ces rapports lui ont été demandés par l'autorité. Que résulte-t-il delà? Les inventeurs qui ont ainsi forcé la main de l'Académie trouvent encore moyen de se prévaloir de son nom, et, sans reproduire les conclusions qui sont défavorables, ils se contentent d'annoncer que leur remède a été l'objet d'un rapport devant l'Académie. Dans des cas semblables, je voudrais que l'Académie se refusât à faire un rapport, et se contentât d'exposer au ministre lui-même les motifs qui l'en empêchent.

M. Richard : Il suffirait alors de dire tout simplement au ministre qu'il n'y a pas lieu à faire de rapport.

M. Adelon : L'Académie est instituée pour répondre à toutes les questions que l'autorité lui soumet; car elle seule est compétente pour juger si les médicamens qui lui sont adressés constituent des inventions utiles ou ne sont qu'un objet de spéculation. Elle ne peut donc refuser de se prononcer sur leur valeur. Quant à l'emploi qu'on fait de son nom, s'il y a des abus, c'est au procureur du roi à les poursuivre.

M. Royer-Collard : Je voulais dire à peu près la même chose que M. Adelon. J'ajouterai qu'on devrait chercher par tous les moyens possibles à découra-

ger les gens qui sollicitent ainsi des rapports pour de prétendus remèdes infaillibles. Au lieu de faire de chacun d'eux le sujet d'un rapport, il faudrait attendre qu'il y en eût un certain nombre, afin de les réunir dans une même réponse, et dire, d'une manière collective, au ministre, qu'il n'y a pas lieu à faire de rapport.

M. Husson : Même avec ces sages précautions, vous ne pourrez empêcher de pareilles manœuvres. Le charlatan ainsi repoussé trouvera encore son avantage à dire que son médicament a été renvoyé par le ministre à l'Académie de médecine, et cette annonce lui suffira pour exploiter la crédulité publique. C'est là un mal inhérent à la presse.

M. Adelon : Ces abus sont réels, mais je crois qu'ils peuvent fort bien être réprimés, même avec le seul secours de la législation actuelle. En 1839, sur ma demande, M. le préfet de police avait pris le parti d'envoyer au conseil de salubrité toutes les affiches concernant la vente de médicamens. Dans l'espace de huit mois, nous obtînmes ainsi trente-deux condamnations. Pour mettre un terme à ces menées du charlatanisme, il suffirait donc de l'activité de l'autorité judiciaire.

M. Royer-Collard : Dans toutes les commissions dont j'ai fait partie depuis plusieurs années, pour l'élaboration d'un projet de loi sur l'exercice de la médecine, on est tombé d'accord que la meilleure manière de faire cesser le fléau du charlatanisme, serait de créer un conseil institué spécialement pour signaler à l'autorité les délits commis en cette matière. Ce conseil n'existant pas en l'état actuel, il me paraît que ce serait à l'Académie de médecine d'en tenir lieu et de prendre l'initiative des poursuites, lorsqu'elle serait avertie d'infractions semblables. Ce serait là le seul moyen de concilier les intérêts du corps médical avec la réputation de ses membres; car autant la délation paraît odieuse lorsqu'elle est exercée par un seul homme, autant elle devient honorable quand c'est une société savante, comme l'Académie, qui se charge de la faire.

Cette proposition de M. Royer-Collard est renvoyée par l'Académie au conseil d'administration.

M. Villeneuve : Je profiterai de l'occasion pour engager mes collègues à refuser leur adhésion aux certificats qu'on leur présente en faveur de remèdes secrets. Dernièrement, il m'est arrivé de voir une de ces compositions suspectes, dont l'efficacité était attestée par le nom de trois honorables académiciens dont on avait sans doute surpris la signature.

M. Villeneuve fait un rapport sur plusieurs remèdes secrets.

Les conclusions défavorables sont adoptées.

RAPPROCHEMENT DES MACHOIRES, TRAITÉ PAR LA TÉNOTOMIE ET LA SECTION D'ADHÉRENCES.

M. Bouvier fait, en son nom et celui de M. Poirson, un rapport sur plusieurs observations de chirurgie envoyées à l'Académie par M. Dieulafoy. Quatre de ces observations sont relatives à des tumeurs cancéreuses de la face. La quatrième est un fait d'anévrisme de la poplitée, guéri par la ligature de la fémorale. La dernière observation est celle d'un homme qui se présenta à l'hôpital pour être traité d'un rapprochement des mâchoires, causé par la cicatrisation d'ulcérations de la bouche. Le muscle masséter étant rétracté, le chirurgien commença par en pratiquer la section. Elle produisit un certain degré d'écartement des mâchoires. Mais la division des brides intérieures et de quelques fibres du ptérygoïdien interne fut nécessaire pour compléter la guérison. M. Dieulafoy dit qu'elle a été définitive.

Conclusions. Adresser à l'auteur une lettre de remercîmens, en l'engageant à continuer de faire part à l'académie des faits intéressans de sa pratique; déposer honorablement son travail aux archives; inscrire son nom sur la liste des candidats au titre de membre correspondant. (Adopté.)

DE L'EMPHYSÈME PULMONAIRE.

M. Prus achève la lecture, commencée dans la dernière séance, de son mémoire intitulé : De l'emphysème pulmonaire, considéré comme cause de mort. Malgré les travaux de Laennec, MM. Piedagnel, Magendie, Störckes, Ollivier (d'Angers) et Louis, dit l'auteur, il reste encore bien des points à éclaircir dans l'histoire de l'emphysème pulmonaire. Ainsi, quelle est la nature de la maladie à laquelle on doit donner ce nom? Consiste-elle dans la dilatation ou la rupture des vésicules pulmonaires? L'asthme et l'emphysème sont-ils deux affections distinctes? L'emphysème est-il susceptible de guérison? Peut-il déterminer des affections du cœur ou aggraver les symptômes d'autres lésions concomitantes? Je me bornerai dans ce travail à examiner si l'emphysème pulmonaire peut amener la mort.

Laënnec et M. Louis regardent le pronostic de l'emphysème comme peu grave, mais d'autres auteurs ne partagent point cette opinion. C'est donc aux faits à prononcer; et la question est de la plus haute gravité. Elle aurait surtout d'importantes applications en médecine légale, car, dans l'état actuel, on ne sait pas encore si l'on devrait attribuer à l'emphysème la mort d'un individu sur le cadavre duquel il n'existerait pas de signes d'une autre maladie.

M. Prus regarde l'emphysème comme dû à une infiltration d'air dans le tissu cellulaire inter-vésiculaire, inter-lobulaire et sous-pleural. La régularité des poches où l'on trouve l'air contenu ne doit pas empêcher d'admettre cette explication, car ce n'est point une raison suffisante pour faire croire que ces poches soient toujours constituées par les vésicules elles-mêmes à l'état de distension, comme le pensent quelques médecins.

L'auteur a réuni 10 observations où l'emphysème a été suivi de mort. Dans plusieurs de ces cas, le rapport des symptômes avec les lésions cadavériques a pu être constaté de la manière la plus évidente. Tous, du reste, sont relatifs à des vieillards de 56 à 69 ans, âge où sont réunies les conditions prédisposantes les plus actives de cette maladie.

On pourrait faire à cette doctrine trois objections principales :

1° Est-il bien certain que l'état asphyxique auquel ont succombé les malades n'était pas dû à la présence de l'écume bronchique?

M. Prus répond que, dans aucune de ses observations, on n'a trouvé d'écume bronchique dans les voies aériennes.

2° La maladie n'aurait-elle pas été tout simplement un anévrisme passif du ventricule droit, lésion dont les symptômes peuvent si aisément simuler ceux de l'emphysème?

Mais, répond l'auteur, on n'a pu que dans un seul cas constater sur le cadavre une dilatation des cavités du cœur.

3° Enfin, l'emphysème pulmonaire, qui est un effet ordinaire du mode de respirer des agonisans, peut hâter la mort, mais il ne la détermine pas seul.

Cette objection n'est pas plus fondée que les précédentes, car, d'une part, dans une des observations de M. Prus, la mort a eu lieu d'une manière subite; puis, chez tous les sujets, il existait des déformations de la cage osseuse thoracique, déformations qui ne peuvent être l'effet que d'une maladie ayant duré très longtemps.

Si la pneumonie devient si souvent mortelle chez les vieillards, c'est qu'il existait chez eux un emphysème qui avait rendu une grande partie des poumons plus ou moins impropre à la respiration, et l'inflammation venant à rendre imperméable le reste du parenchyme pulmonaire, l'asphyxie survient promptement.

Jetant ensuite un coup-d'œil sur l'historique de l'emphysème pulmonaire, M. Prus déclare que, si le nom est nouveau, la maladie avait déjà été décrite autrefois, et qu'il en a trouvé des observations très concluantes dans Morgagni, Ruysch, Van-Swieten, Littre, etc.

L'auteur termine par les conclusions suivantes :

C'est avec raison que M. Louis a dit que l'emphysème pulmonaire, une fois établi, persiste pendant un très long espace de temps.

Le même auteur a encore été tout à fait dans le vrai lorsqu'il a avancé que l'étendue de l'emphysème est en raison directe de sa durée.

L'emphysème pulmonaire peut déterminer une mort subite ou presque subite.

Quand on trouve des individus morts et ne portant pas d'autre trace de lésion que les signes anatomiques de l'emphysème pulmonaire, il faut examiner l'état du sang. S'il est noirâtre et visqueux, il y a lieu de soupçonner que la mort a été due à l'asphyxie causée par l'emphysème.

Commissaires : MM. Husson, Bouillaud, Adelon et Bouley.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

TABLEAUX ÉLÉMENTAIRES D'ANATOMIE HUMAINE (OSTÉOLOGIE ET MYOLOGIE); par J.-C. Werner, peintre du Muséum d'histoire naturelle. — Paris, 1842, chez Hocquart et compagnie, éditeurs, rue de la Harpe, n. 64.

Nous avons sous les yeux les deux premiers tableaux, contenant l'ostéologie et la myologie, et nous commencerons volontiers cette courte notice par une réflexion qui viendra, sans doute, en même temps à l'esprit de tous nos lecteurs, c'est qu'aucune publication ne pouvait trouver dans les goûts et les besoins de l'époque actuelle des garanties de succès plus assurées que celle-ci. L'étude de l'anatomie nécessite si impérieusement la présence continuelle de l'objet qu'elle considère, qu'à défaut de la réalité, de tout temps du moins, on a cherché à en avoir la représentation. Mais, par leur prix, par leur volume, par leur format lui-même, les grands ouvrages d'anatomie iconographique restent au-dessus des véritables besoins du praticien; car, pour le dire en un mot, ils remplissent trop bien le but pour le remplir *à chaque instant et à l'égard de tous*, conditions cependant sans lesquelles l'utilité des planches devient extrêmement restreinte.

A une époque où le goût du *pittoresque* et du *bon marché* sont si prononcés, l'anatomie ne pouvait manquer d'avoir son atlas populaire. Félicitons les praticiens et félicitons aussi la science de ce qu'une entreprise si susceptible d'influer sur l'état des connaissances médicales ait été conçue et exécutée par un artiste aussi habile que consciencieux. Rassembler en six planches, de format très commode, tous les objets de l'anatomie humaine, de manière à ce que l'étudiant, le médecin éloigné des grandes villes, l'homme séparé déjà par de longues années du temps de ses études, puissent d'un coup-d'œil, les uns apprendre, les autres revoir les détails dont ils ont besoin, tel a été le but de M. Werner, et, à en juger par

la manière dont son œuvre est commencée, nous pouvons affirmer sans hésitation qu'il l'a parfaitement atteint. Aussi nette que vigoureusement tracée, chaque gravure offre en outre le mérite d'une attitude, d'une disposition des parties représentées, assez heureusement choisie pour permettre d'en embrasser un grand nombre sans aucune confusion. Avec de pareilles planches, nous l'avons dit, il est également facile de se souvenir et d'apprendre, et elles pourront servir de complément et de guide pour la lecture de tous les traités d'anatomie.

Quelques mots d'explication justifieront cette appréciation qui pourrait, au premier coup d'œil, sembler empreinte d'exagération Prenons pour exemple la première planche qui contient l'ostéologie. M. Werner ne s'est pas tenu à une simple reproduction de tous les os du squelette. Non content de présenter sous diverses faces l'ensemble des parties du système osseux, il a eu soin d'isoler les pièces les plus importantes et de consacrer des figures spéciales à celles dont la complexité, le petit volume, les rapports difficiles à saisir, etc., exigeaient une mention spéciale. Ainsi on trouve dans le même tableau une série de crânes des diverses races humaines, des coupes osseuses destinées à montrer les phases de l'évolution dentaire, les pièces (figurées avec un grossissement double) qui composent l'oreille interne et moyenne, les bassins, mis en rapport, de l'homme et de la femme, les articulations les plus importantes (celles de la main, du pied, celle de l'atlas avec l'axis). Des préparations particulières représentent aussi la structure intérieure des os, les lois principales de l'ostéogénie et les divers temps de l'ossification; enfin le volume du squelette aux différens âges de la vie intra et extra-utérine. Des indications d'ostéographie et de syndesmologie, courtes mais concises, et empruntées aux meilleurs auteurs, Lauth, MM. Serres, Rousseau, etc., complètent ce tableau, sans préjudice des dénominations de chaque os et de chaque éminence ou cavité de sa surface, qui sont placées en regard de toutes les figures et rappellent à l'esprit le nom aussi vite que l'objet.

On peut juger par ce seul exemple de la manière dont M. Werner a compris sa tâche, et l'on saura, nous l'espérons, distinguer une œuvre conçue avec autant d'intelligence de ces ébauches informes dont les cabinets de quelques praticiens sont encore tapissés aujourd'hui. Le succès populaire qui attend cette œuvre attestera que l'esprit public est devenu de nos jours plus difficile à satisfaire et ne se contente plus d'à peu près, même en fait d'ouvrages tout à fait élémentaires.

Les tableaux de syndesmologie, d'angéiologie, de splanchnologie et de névrologie sont sous presse et paraîtront prochainement. Ce nous sera une occasion favorable de revenir sur cette publication, et nous la saisirons avec empressement pour examiner comment M. Werner aura su continuer à vaincre les difficultés de son sujet.

VARIÉTÉS.

— Les sujets de thèses ont été distribués, le 23 mai, aux concurrens, pour la chaire de clinique chirurgicale, dans l'ordre suivant :

M. Chrestien : De la percussion et de l'auscultation dans les maladies chirurgicales.

M. Laugier : Des varices et de leur traitement.

M. Huguier : Diagnostic différentiel des maladies du coude.

M. Chassaignac : Des lésions traumatiques du crâne et des parties qu'il contient.

M. Robert : Des anévrismes de la région sus-claviculaire.

M. Thierry : Quels sont les cas où la lithotomie doit être préférée à la lithotritie, et réciproquement.

M. Malgaigne : Des irrigations dans le traitement des maladies chirurgicales.

M. Vidal (de Cassis) : Du cancer du rectum et des opérations qu'il peut réclamer.

M. Ph. Boyer : Des pansemens des plaies.

M. Bérard : Diagnostic différentiel des tumeurs du sein.

Cinq exemplaires au moins de chaque thèse devront être remis à la Faculté, le 7 juin, à 4 heures. Dans la séance de ce jour, on tirera au sort le nom du candidat qui devra être argumenté le premier. La première argumentation aura lieu le vendredi 10 juin.

— Un concours sera ouvert à la préfecture de Strasbourg, le mercredi 15 juin prochain, pour la place de médecin cantonal à Marmoutier.

Les candidats pourront s'inscrire, soit à la préfecture, soit chez M. Stoeber, secrétaire du conseil de salubrité du département, rue de l'Homme-de-Pierre, 6.

— On mande de Munich, 27 avril, que, d'après une décision ministérielle du 15 avril, les traitemens homéopathiques sont défendus, non seulement dans les maisons des condamnés aux travaux forcés, mais aussi dans les institutions publiques pour les malades et les pauvres, jusqu'à ce qu'on ait rassemblé de nouveau des renseignemens satisfaisans sur ces moyens de guérison.

— Les Anglais ont accueilli avec plus de faveur que nous une idée qui, née en France, est allée germer et grandir en Angleterre. On sait qu'il y a cinq ou six ans l'établissement de la Société sanitaire succomba sous les coups de la désapprobation et du ridicule. Il n'en a pas été de même en Angleterre, où, depuis deux ans, s'est formée une société d'assurances contre les chances de maladie, société qui a trouvé dès le principe un grand nombre de souscripteurs, et qui devient de plus en plus florissante. Moyennant une prime annuelle de 12 f. 50 c., le souscripteur malade reçoit les soins d'un ou plusieurs médecins, selon les cas, reçoit gratuitement tous les médicamens nécessaires, et même, dans le cas d'isolement, est pourvu d'une garde-malade, ainsi que de tous les ustensiles convenables.

La société est, dit-on, en bénéfice, bien qu'elle remplisse ses engagemens avec la plus grande exactitude.

— M. O. Henry, membre de l'Académie de médecine, ex-sous-chef de la pharmacie centrale, et M. Buignet, bachelier-ès-sciences, ont été nommés agrégés près l'Ecole de pharmacie de Paris.

— M. Devallon, pharmacien, a été nommé professeur-adjoint de pharmacie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon.

— M. Alp. Devergie, qui a succédé il y deux ans à M. Biett, à l'hôpital Saint-Louis, a commencé vendredi dernier un cours pratique des maladies de la peau. Dans cette première leçon qui a eu pour sujet l'organisation de la peau dans ses rapports avec les affections dartreuses, M. Devergie s'est attaché à démontrer quels progrès que l'anatomie a faits dans ces derniers temps par suite des recherches microscopiques des anatomistes allemands et de celles de MM. Breschet et Roussel de Vauzème était encore loin de rendre compte des variétés de forme que présentent ces affections eu égard à leur siége. Il croit qu'il reste encore beaucoup à faire pour l'anatomie de la peau, et que c'est surtout dans la peau malade que les micrographes pourront puiser d'utiles renseignemens pour la structure de la peau normale.

Développant ensuite les diverses classifications qui ont été proposées par les dermatologes français, allemands et anglais, il a adopté celle de Willen, dont il a toutefois augmenté les classes, afin d'y comprendre toutes les affections cutanées, qui ne sauraient être rangées dans les divisions de l'auteur anglais.

Nous félicitons M. Devergie d'avoir ouvert aux élèves cette nouvelle source d'instruction, puisqu'il est placé à la tête d'un des plus beaux services de l'hôpital Saint-Louis. L'esprit positif et obervateur de ce médecin, ainsi que la loyauté de son caractère, imprimeront, nous n'en doutons pas, à cet enseignement, un cachet neuf; et nous avons lieu d'espérer qu'il introduira dans la thérapeutique des maladies de la peau des doctrines consciencieuses et éclairées, surtout à l'égard de ces nombreuses formules de pommades et onguens préconisés tour à tour pour combattre ces affections, et dont l'efficacité a besoin d'être soumise au contrôle d'une expérience à l'abri de toute prévention.

— Une saison aux eaux minérales d'Enghien ; considérations hygiéniques et médicales sur cet établissement ; par M. J.-H. Reveillé-Parise, membre de l'Académie royale de médecine, etc. — Un vol. de 264 pages in-12, avec 5 planches lithogr.

Paris 1842, chez Germer Baillière et chez Dentu, libraire au Palais-Royal.

Nous rendrons prochainement compte de ce charmant petit ouvrage. Disons, en attendant, qu'il ne le cède en rien à ses aînés, pour le talent distingué, l'esprit fin et la science de bon aloi, que l'auteur sait si bien allier dans toutes ses productions. Ce livre est une bonne fortune pour l'établissement d'Enghien et ses nombreux visiteurs.

— Des parasites cutanés de l'homme, théorie rationnelle de la cause et du traitement des maladies de la peau ; par J. Héreau. — Brochure grand in-8°. Prix : 1 fr.

Paris, chez Béchet et Labé, libraires de la Faculté de médecine, place de l'Ecole-de-Médecine.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 23. (TOME X. — 1842.) SAMEDI 4 JUIN 1842.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (*Gazette de santé* et *Clinique des Hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

ANATOMIE.

RECHERCHES SUR LA STRUCTURE DE LA TUNIQUE MUSCULEUSE DE L'ESTOMAC; par M. NOEL GUÉNEAU DE MUSSY, D. M.

De nombreux travaux ont été entrepris sur la structure de la tunique musculeuse de l'estomac; il y a force choses à ajouter aux descriptions qu'en ont données Fallope, Willis, Helvétius, Galeati, Bertin et Haller. Aussi les considérations que je viens présenter ici, ont moins pour objet la disposition même des fibres de cette membrane, que le rapport et la connexion des différens plans charnus constitués par ces fibres.

Mes dissections ont été faites sur des estomacs dans lesquels des rétrécissemens du pylore avaient déterminé une hypertrophie considérable de la tunique musculeuse. Il est facile alors après avoir préalablement insufflé le viscère d'en étudier la texture, qui dans l'état ordinaire ne se révèle que d'une manière incomplète aux recherches les plus minutieuses.

Haller et tous les anatomistes modernes admettent dans l'estomac trois plans de fibres: le premier, superficiel ou longitudinal; le deuxième, circulaire; un troisième, composé de fibres à anses ou paraboliques. Mon intention est de montrer qu'il existe réellement quatre couches de fibres, si on veut déterminer le nombre de ces couches par leur direction et leur origine; que deux de ces couches sont superficielles, et les deux autres profondes.

Après avoir étudié ces fibres dans toute la continuité du viscère, pour me conformer à l'usage adopté, je les considérerai ensuite isolément dans la partie située à droite de l'œsophage, que je désignerai sous les noms de portion droite ou pylorique, et dans la portion gauche ou cardiaque qui comprend le reste de l'organe. Nous verrons que la limite déjà établie entre ces deux régions, par les caractères différens de la membrane muqueuse, se montre encore d'une manière non moins tranchée quand on examine la tunique musculeuse.

Les deux couches superficielles que nous avons indiquées plus haut constituent, par leur réunion, le premier plan des auteurs, ou plutôt ils n'en ont décrit qu'une partie.

A. La première ou œsophagienne (premier plan des auteurs) est la continuation des fibres longitudinales de l'œsophage qui s'épanouissent en rayonnant sur la portion gauche de l'estomac; au niveau de la grosse tubérosité et sur le bord gauche du viscère, elles forment une couche très mince et meurent à peu de distance de son extrémité; 2° sur les deux faces de cette portion cardiaque elles sont plus nombreuses, plus serrées, perpendiculaires à l'axe de l'estomac; dans le voisinage de la grande courbure elles s'enfoncent sous les plans sous-jacens dont elles croisent la direction; 3° enfin, le long de la petite courbure les fibres qui naissent de l'œsophage, rapprochées en forme de ruban, forment ce que l'on désigne vulgairement sous le nom de *cravate de Suisse.*

B. La seconde couche superficielle, que nous appellerons *pylorique*, passée sous silence par les anatomistes modernes, est destinée à la por-

Feuilleton.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — DÉVELOPPEMENT DE LA PROPOSITION RELATIVE A LA RÉPRESSION DU CHARLATANISME.

Dans la dernière séance de l'Académie, M. Royer-Collord a développé, dans un discours écrit (1), la proposition qu'il avait faite verbalement dans la séance précédente, et sur laquelle nous avons déjà émis quelques reflexions. Nous avons lieu de croire que nos remarques n'ont pas été sans influence sur l'esprit de notre honorable confrère. Bon nombre de passages de son discours paraissent directement inspirés par les objections et difficultés que nous avons soulevées; objections et difficultés qui ne pouvaient manquer d'ailleurs de se présenter à lui, dès l'instant où, sortant des généralités, il aborderait la question sous le point de vue de l'application et de la pratique. Nous rendons justice à la beauté des sentimens, à l'élévation des idées et à l'éclat du talent qui ont valu et mérité à l'auteur de ce discours les sympathies et l'admiration de ses collègues et du public; mais nous sommes forcés de dire que ces explications, loin de justifier la proposition, l'ont rendue plus attaquable, en la rendant plus claire et plus explicite, et qu'elles suscitent des objections nouvelles, tout en laissant subsister les anciennes. La question étant extrêmement grave, on nous permettra d'ajouter quelques autres observations à ce que avons dit précédemment, en prenant pour base l'opinion écrite de M. Royer-Collard.

Nous laisserons de côté les généralités, sur lesquelles tout le monde est d'accord précisément parce que ce sont des généralités qui n'expriment, à ce titre, que des regrets, des vœux, des espérances, mais non des résolutions et des actes. Il n'y a ici qu'une question: l'Académie royale de médecine doit-elle ou peut-elle coopérer directement et par des mesures spéciales à la répression des abus existans dans l'exercice de l'art, dans la publicité et autres, tels qu'ils sont reconnus et spécifiés dans la proposition de M. Royer-Collard? Pour résoudre cette question, il n'y a évidemment qu'une voie à prendre; c'est de mettre en regard, d'une part, la constitution de l'Academie, la nature de ses attributions et fonctions légales, et d'autre part l'ordre de faits avec lesquels on veut la mettre en rapport, et voir si et jusqu'à quel point son intervention dans cet ordre de faits serait de sa compétence. Mais comme il se pourrait, vu la multiplicité et la diversité de ces faits, que l'intervention de l'Académie, inadmissible dans certains cas, fût admissible dans certains autres, il convient d'examiner et de résoudre séparément chaque cas en particulier. Telle est à peu près la marche qu'a suivie M. Royer-Collard.

(1) Nous donnons ce discours tout entier au compte-rendu de la séance.

tion droite de l'estomac; ses fibres sont la continuation des fibres longitudinales du duodenum: de l'anneau pylorique qu'elles entourent elles se portent parallèlement au grand axe de l'estomac sur les deux faces de ce viscère, et sont par conséquent perpendiculaires aux fibres œsophagiennes; elles se terminent en s'entredigitant avec les fibres à anses paraboliques que nous décrirons bientôt; 2° le long de la grande courbure elles forment une bandelette analogue à celle de la petite courbure, mais beaucoup moins épaisse.

Les deux couches profondes sont :

C. Les fibres à anses ou paraboliques, qui sont bornées à la portion gauche du viscère, et paraissent la continuation des fibres circulaires de l'œsophage; à cheval sur le bord gauche de l'estomac les supérieures se portent obliquement en haut et a droite pour embrasser l'orifice œsophagien; 2° les moyennes, enveloppant la grosse tubérosité, se dirigent horizontalement de gauche à droite; 3° les inférieures, un peu obliques de haut en bas, entourent le fond du grand cul-de-sac, en formant autour de lui, non plus seulement des anses comme les précédentes, mais des anneaux dont le diamètre va progressivement en diminuant jusqu'à son sommet, disposition qui n'a pas été décrite.

D. A la quatrième couche appartiennent les fibres circulaires, continuation des fibres circulaires du duodenum; elles entourent l'estomac dans toute la région que j'ai appelée pylorique, et qui s'étend du pylore au cardia : elles forment une couche de plus en plus épaisse, à mesure qu'on s'approche du premier de ces orifices. A son niveau, elles constituent un véritable sphincter, qui semble quelquefois résulter du plissement, de l'adossement des deux tuniques internes, et de la condensation des fibres circulaires; tandis que les fibres longitudinales, par une disposition analogue à celle que l'on observe dans le cœcum, restent étrangère à la formation de ce repli, mais le brident, le maintiennent et le revêtent extérieurement. Haller a remarqué qu'il ne fallait pas prendre toujours à la lettre la dénomination de fibres circulaires; mais que beaucoup d'entre elles, au lieu de former des anneaux complets, entourent le viscère creux à la manière d'une ceinture dont les deux bouts se croiseraient sans se réunir, et vont se cacher sous les fibres voisines.

Nous noterons encore que les fibres circulaires que nous venons de décrire sont à peu près perpendiculaires aux fibres à anses. Ainsi la disposition que nous avions indiquée dans les deux ordres des fibres superficielles, se retrouve encore dans le rapport des deux couches profondes. En résumé, dans la portion gauche ou cardiaque de l'estomac, les fibres superficielles sont perpendiculaires au grand axe de ce viscère, les profondes lui sont parallèles; une disposition précisément inverse s'observe dans la portion droite ou pylorique. On pourrait, d'après ces remarques, considérer l'estomac comme constitué par deux portions d'intestin dilatées en cône, qui se réuniraient sous un angle presque droit; et, dès-lors, la disposition de ses fibres ne différerait pas de celle qui existe dans les autres parties du tube digestif. Les profondes circulaires, seraient représentées dans la portion cardiaque par les fibres paraboliques (avec cette circonstance que les moyennes, au lieu d'anneaux continus, forment de simples anses), dans la portion droite par les fibres circulaires proprement dites.

Les superficielles ou longitudinales seraient à gauche des œsophagiennes, à droite, les pyloriques. La petite courbure devrait l'épaisseur plus grande de sa bandelette longitudinale à la réunion des fibres latérales de l'œsophage et des fibres pyloriques supérieures qui, suivant une marche parallèle, se superposeraient les unes aux autres.

Quelle que soit la valeur qu'on attribue à cette hypothèse, si la description que j'ai donnée est exacte, on doit regarder l'œsophage et le pylore comme deux centres d'irradiation et d'origine pour les fibres qui revêtent les deux portions de l'estomac, ce qui justifie la distinction que j'ai établie entre elles, et les noms que je leur ai donnés.

Dans toute la continuité du tube digestif, on observe deux ordres de fibres : les unes, longitudinales et superficielles; les autres, circulaires et profondes. Quand on voit une disposition aussi générale, il est permis, je crois, de lui chercher un but, un motif, si je puis m'exprimer ainsi. Je sais avec quelle réserve on doit se livrer à ce genre de recherches, où on est trop souvent exposé à substituer les vains produits de l'imagination aux intentions réelles de la nature. Cependant, cette manière de procéder dirige même à leur insu les physiologistes qui se sont le plus élevés contre les causes finales. Après avoir déterminé la disposition générale d'un organe, on s'efforce d'en connaître les fonctions; il semble naturel aussi de chercher dans les détails de la structure organique les conditions élémentaires du jeu des organes. Pour sortir de cette digression, je répète qu'un fait aussi général, que celui que j'ai indiqué plus haut, appelle la réflexion, et j'en propose l'explication suivante. Dans tous les viscères creux à parois membraneuses, on distingue deux ordres de mouvemens ou de contractions : 1° contraction suivant l'axe, 2° contraction suivant le diamètre. A ces deux genres de contractions correspondent deux genres de fibres : 1° fibres longitudinales, 2° fibres circulaires. Ces mouvemens peuvent être successifs et simultanés. Leur simultanéité est nécessaire à la progression des matières que le tube digestif renferme; il faut qu'en même temps que les deux extrémités d'une anse intestinale se rapprochent, la contraction circulaire tende à en effacer le calibre pour chasser les matières dans l'anse située au-dessous. Supposez un moment que les fibres circulaires soient excentriques aux fibres longitudinales, la pression qu'elles exerceraient sur ces dernières, en se contractant, les paralyserait en quelque sorte et gênerait leur action. Dans la disposition que nous observons cet inconvénient n'a pas lieu.

Indiquons maintenant brièvement le rôle que doivent jouer les différens ordres de fibres de l'estomac dans les mouvemens de ce viscère : 1° quand les œsophagiennes se contractent, le fond du grand cul-de-sac est rapproché du cardia; et en même temps la bandelette de la petite courbure diminue la distance qui sépare les deux orifices, disposition qui doit singulièrement favoriser le vomissement, car je crois qu'il est impossible de réduire l'estomac dans cet acte morbide à un rôle purement passif; 2° les fibres pyloriques longitudinales concourent avec la bandelette de la petite courbure à opérer le raccourcissement du viscère; 3° quant à la contraction dans le sens du diamètre, elle est due aux fibres circulaires; 4° les fibres à anse, agissant dans le même sens, tendent à effacer la cavité du grand cul de sac et à faire passer les substances alimentaires dans la portion pylorique, en même temps que les fibres supérieures, embrassant l'orifice cardiaque, concourent avec les fibres inférieures de l'œsophage à fermer cet orifice, et à prévenir le reflux des matières dans le conduit œsophagien.

Quant à la compétence de l'Académie dans les questions qui touchent à l'honneur et à la dignité de la profession considérée en général, nous n'avons rien à objecter, si l'on entend par là une simple compétence toute morale, qui ne se traduit au dehors que par de bonnes maximes qu'il est toujours utile de répéter, et par de bons exemples qu'il est toujours utile de donner. Nous reconnaissons toute l'influence de l'autorité morale que peut acquérir un corps nombreux composé d'hommes éminens par leur science, leur caractère et leur position sociale, et des bons effets que cette autorité peut avoir sur les mœurs de la profession. Sans doute, entendue en ce sens, la compétence académique ne saurait être contestée; elle appartient non seulement à l'Académie, mais encore à toutes les institutions médicales, et à tout membre de la profession. Tous les individus, toutes les fractions du corps médical sont moralement solidaires sous ce point de vue. Ils ont tous au même titre soit individuellement, soit collectivement, le droit et le devoir de faire honorer en eux la profession par leurs paroles et par leurs actes. Mais tout ceci se réduit en définitive à l'obligation de prêcher une bonne morale et de la confirmer par de bonnes œuvres. L'Académie a ce droit de prédication et d'exemple, comme chacun de nous; seulement elle peut l'exercer avec plus de fruit que les individus dans l'intérêt des principes et de la chose commune.

Mais si on prétend donner à cette compétence une action positive, matérielle et directe, la question change de face, et nous sommes conduits à une conclusion tout opposée. Or, c'est là précisément ce que demande M. Royer-Collard. Il veut que cette intervention morale de l'Académie devienne une intervention matérielle, et qu'au lieu d'attaquer et de flétrir le charlatanisme en général, elle dénonce et punisse personnellement les charlatans. Il ne nous semble pas qu'il ait, sous le point de vue général, abordé d'assez près les objections que soulève ce projet et dont quelques-unes ont pu lui parvenir par la GAZETTE MÉDICALE. L'Académie, avons nous dit, est un corps essentiellement et exclusivement scientifique. Elle ne peut, sans sortir de ses légitimes limites, sans outrepasser son mandat, sans fausser son institution, sans compromettre son autorité, se donner des attributions étrangères à la science. Or, sans parler des difficultés d'application, qu'y a-t-il de plus étranger à la science que cette juridiction judiciaire qui est impliquée dans presque toutes les parties de la mission nouvelle dont on l'investit? Pour sauver cette anomalie, on nous dit que la science ne va pas sans l'art, que si le dernier est pratiqué abusivement, immoralement la première ne peut qu'en souffrir, et qu'en conséquence veiller sur l'exercice de l'art c'est agir dans l'intérêt de la science. On ajoute en outre qu'il y a à l'Académie une section d'hygiène, médecine légale et *police médicale*, à laquelle les attributions dont il s'agit appartiendraient naturellement, et en quelque sorte de droit. Nous ne discuterons pas la première partie de ce raisonnement qui ne repose que sur une subtilité. La seconde serait plus solide si l'on pouvait prouver que cette police médicale, indiquée dans l'ordonnance royale du 18 octobre 1829, comme une des attributions d'une section de l'Académie, a quelque rapport avec cette autre police médicale dont il s'agit maintenant. Mais c'est ce qui n'a pas été fait. En l'absence de tout commentaire légal sur le sens de cette dénomination, nous sommes fondés à l'interpréter d'après l'esprit et la lettre de la constitution organique de l'Académie qui a fixé et défini ses attributions générales dans l'article 2 ainsi conçu : *L'Académie est spécialement instituée pour répondre aux demandes du gouvernement sur tout ce qui intéresse la santé*

CLINIQUE DES HOPITAUX.

RÉSUMÉ STATISTIQUE DE LA CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HÔTEL-DIEU (SERVICE DE M. LE PROFESSEUR ROUX) PENDANT L'ANNÉE 1841; par MM. MAUNOURY et THORE, internes des hôpitaux et membres de la Société anatomique.

Depuis un certain nombre d'années, l'introduction des procédés statistiques dans la médecine est venue substituer le chiffre exact à l'appréciation vague des faits, et remplacer par des résultats précis des notions souvent incertaines et confuses. La méthode numérique généralement acceptée et employée, dans des limites d'ailleurs variables, a imprimé à la plupart des travaux contemporains un caractère de rigoureuse exactitude qui est un besoin de notre époque, où la *tendance à la preuve*, comme on l'a fort bien dit, se fait jour à tous les instans. Sans partager les préventions hostiles de quelques-uns, nous ne croyons cependant pas que la statistique puisse s'appliquer à tous les faits, donner le dernier mot de tous les problèmes obscurs de la science et réduire la médecine à une série de lois invariables. Nous l'employons comme un moyen d'appréciation nette et rapide et avec la pensée d'arriver avec plus de certitude à la connaissance du vrai. Aussi, dans ce travail, nous ne l'avons appelée à notre aide que lorsqu'elle nous a paru applicable à un grand nombre d'observations analogues et présentant assez d'affinités pour être réunies en faisceaux et comparées entre elles.

Jusqu'à présent la statistique n'est guère sortie des limites de la médecine et n'a fait que de courtes excursions dans le domaine de la pathologie externe; quelques essais en ce genre ont dû prouver que son utilité pouvait être tout aussi grande dans cette autre branche de l'art de guérir. Pourquoi ce retard? Est-ce parce que les faits chirurgicaux sont plus rares, moins semblables à eux-mêmes, se répètent moins souvent sous les yeux de l'observateur? Cependant nous prouverons que les plus importantes questions sont tout aussi susceptibles d'être éclairées ou résolues par la méthode des nombres, et qu'on peut sans grande peine et en peu de temps recueillir une collection suffisante d'observations. Serait-ce parce que les grands noms, les grandes écoles se sont plus longtemps conservés, qu'on s'est habitué à jurer sur la parole des maîtres, et qu'il n'est point venu à l'idée de contrôler leur pratique et leurs leçons avec une précision sceptique, quelquefois, il est vrai, plus fâcheuse qu'une confiance aveugle? Serait-ce enfin parce que la chirurgie a toujours été devancée par la médecine et qu'elle lui emprunte ses méthodes d'exposition, ses moyens d'observation, comme ses théories et ses systèmes?

Quoi qu'il en soit, c'est pour obéir à la tendance que nous avons signalée, c'est pour suivre une voie qu'un habile chirurgien parcourt en ce moment avec nous que nous avons commencé ce mémoire. Placés pendant deux ans dans le service de chirurgie, le plus important de Paris, nous avons, après une première année, conçu le projet de faire le résumé des principales observations que nous avions recueillies; mais des lacunes trop nombreuses, des omissions trop fréquentes, diminuant la valeur de ce travail, nous l'avons recommencé, pour l'an 1841, sur de nouvelles bases, en nous réservant le droit d'utiliser nos anciens matériaux. Toutes les affections un peu intéressantes ont été décrites avec le plus grand soin; tous les malades ont été examinés et leur diagnostic noté avec une scrupuleuse exactitude.

A l'exception d'un certain nombre d'individus qui n'avaient que des affections si légères qu'ils ont dû être renvoyés immédiatement, presque tous ont présenté quelques particularités curieuses à noter. Cependant pour ne point trop étendre ce travail, nous avons dû le limiter aux grandes questions chirurgicales, aux opérations insolites, à celles que M. Roux a instituées, ou qu'il s'est en quelque sorte appropriées par la persévérance et l'habileté avec lesquelles il les pratique, qui donnent à son service un intérêt tout particulier et attirent auprès de lui un si grand nombre de malades.

Mais avant d'entrer en matière, quelques mots sur le mouvement du service de clinique pendant l'année 1841, sur les opérations faites et sur la mortalité considérée d'une manière générale. Quoique le nombre des lits ait été successivement diminué depuis plusieurs années et que le service d'une clinique chirurgicale, qui devrait autant que possible réunir toutes les conditions favorables à l'instruction des élèves, ait suivi les vicissitudes et les changemens continuels et maladroits qu'on fait subir à l'hôpital le plus important de Paris, il renferme encore aujourd'hui 90 lits, dont 78 destinés aux hommes et 12 aux femmes.

Il est entré dans le premier semestre :

	666 hommes et	67 femmes
et dans le deuxième semestre :		
	637 —	71 —
Totaux......	1303	138
Total général..	1441	

Voici le tableau des opérations pratiquées dans cette même année.

AMPUTATIONS

dans la continuité.		dans la contiguïté.	
Cuisse..................	8	des deux dernières phalanges	
Jambe..................	5	— du pouce.......	1
Sus-malléolaire.........	1	— de l'index.......	2
Avant-bras.............	2	— du médius.......	1
Premier métacarpien....	1	— du petit doigt....	1
Métacarpiens...........	3	du petit doigt en totalité.....	1
Deuxième phalange......	1		
Résections du coude.....	3	Extraction de sequestres......	2
— d'une côte......	1	Trépan......................	2

TUBE DIGESTIF.

Cancer de la lèvre inf....	3	Extirpat. des ganglions maxillaires.....................	1
Epulis..................	1	Hernie crurale..............	6
Cancer de la joue........	1	— inguinale......	3
Section du génio-glosse pour le bégaiement.....	1	Fissure à l'anus............	18
Cancer de la langue......	2	Fissure.....................	1
— du voile du palais.	1	Fistule recto-vaginale.......	1
Staphyloraphie..........	3	Suture de l'anus............	1
Rescision des amygdales.	4	Imperforation de l'anus, opération de Littre............	1
Kyste osseux du maxillaire supérieur..............	1	Périnéoraphie..............	2
		Anus contre nature à l'ombilic.	1

---

publique, et principalement sur les épidémies, les maladies particulières à certains pays, les épizooties, les différens cas de médecine légale, la propagation de la vaccine, l'examen des remèdes nouveaux et des remèdes secrets, les eaux minérales, etc... Il n'y a rien là qui ait la moindre relation à la police médicale entendue au sens de la proposition. Les ordonnances postérieures n'ajoutent rien à cette définition des fonctions académiques. Quant aux précédens, nous croyons que la pratique constante de la section d'hygiène est d'accord avec notre interprétation, et que pour cette section, comme pour nous, les objets de police médicale dont elle est appelée à s'occuper ne sont, sous un autre nom, que ceux qui appartiennent à l'hygiène publique, en tant qu'ils sont susceptibles d'être soumis à des réglemens de police; et remarquons bien que, dans ce cas même, la section, et par elle l'Académie, ne peut donner sur ces objets qu'une décision scientifique et que l'autorité ne lui en demande pas d'autre lorsqu'elle la consulte. Nous pouvons donc répéter de nouveau que les attributions de police médicale conférées par le projet à l'Académie sont tout-à-fait étrangères à son institution et à tous ses précédens.

M. Royer-Collard a allégué l'exemple de l'*association médicale de prévoyance*, qui a, dit-il, déclaré vouloir prendre en main la défense et la surveillance de l'honneur du corps, et a fait des actes d'autorité disciplinaire très bons à imiter. Nous discuterons volontiers la valeur de cet exemple; car nous avons nous-mêmes il n'y a pas longtemps émis sur la mission de l'association de prévoyance une opinion qui, mal comprise, pourrait paraître contradictoire à celle que nous soutenons aujourd'hui à l'égard de l'Académie de médecine. Nos confrères de la GAZETTE DES HÔPITAUX, avec lesquels nous sommes heureux d'être parfaitement d'accord sur la question académique, semblent croire que notre manière de voir actuelle, qu'ils approuvent, serait assez différente de celle que nous avons manifestée à l'occasion de l'*association médicale*, et qu'ils n'approuvaient point. Nous espérons les convaincre de la parfaite cohérence de notre opinion dans les deux cas, et leur faire voir que celle contre laquelle ils ont protesté n'est nullement contraire à celle pour laquelle ils combattent avec nous. Peu de mots suffiront pour cela. Nous n'avons pas prétendu faire de l'*association médicale* une *chambre de discipline* pour le corps médical, ni voulu étendre son autorité sur d'autres que sur ses propres membres; nous l'avons louée seulement d'avoir fait usage dans son intérieur des armes disciplinaires que ses réglemens lui mettent entre les mains. Nous avons ajouté que cette société, composée de plus de 600 membres, pouvait indirectement influer sur la moralité et la dignité professionnelles, en maintenant fortement dans son propre sein la mise en pratique des nobles principes qui doivent guider le médecin dans l'exercice de son art. Nous avons expliqué la possibilité et la probabilité de cette influence en faisant remarquer que, par des agrégations successives, cette société *particulière* tendait de jour en jour à devenir une société pour ainsi dire *générale*, et à former le corps médical tout entier; que dès-lors les lois disciplinaires établies primitivement dans son sein, et qui ne sont encore que des lois *privées*, obligatoires seulement pour un certain nombre, deviendraient des lois *publiques* obligatoires pour tous ou presque tous. La société, à toutes les phases de son développement, n'agirait ainsi jamais que sur elle-même, ce qui est parfaitement dans le droit de toute association particulière, et cette action serait toujours légitime, parce qu'elle ne s'exercerait que sur des sujets volontaires,

ORGANES GÉNITO-URINAIRES.

Phimosis	2	Hydrocèle	13
Imperforation du prépuce	1	Varicocèle	5
Cancer du prépuce	1	Taille	4
Amputation de la verge	1	Lithotritie	2
— du testicule	3	Amputation du sein	6

OEIL ET SES DÉPENDANCES.

Tumeur enkystée des paupières	2	Cataracte	41
Fistule lacrymale	6	Pupille artificielle	1
Strabisme	8	Amputation partielle de l'œil	2

FOSSES NASALES.

Polypes muqueux	2	Polypes fibreux	1

PEAU.

Excision de trajets fistuleux dans l'aisselle	1	Tumeur fongueuse sanguine de la jambe	1
— au cou	1		

Une opinion assez généralement reçue, c'est qu'à l'Hôtel-Dieu la mortalité est plus considérable que dans les autres hôpitaux, et que les opérations ont plus souvent de funestes résultats. Nous ne pouvons examiner jusqu'à quel point cette opinion est fondée, ni décider surtout si elle l'est autant aujourd'hui qu'il y a quinze ou vingt ans. Les faits comparatifs nous manquent et nous nous bornerons à exposer la mortalité de cette année.

Sur 1303 hommes admis, 80 sont morts.
Sur 138 femmes admises, 11 sont mortes.

Le rapport a été, comme on voit, des décès aux admissions :

Pour les hommes, comme 1 est à 16,3
Pour les femmes, comme 1 est à 12,5

Il ne faut point conclure que le sexe féminin soit une condition qui favorise la mortalité dans les affections chirurgicales. Cette différence pour les deux sexes s'explique assez naturellement : elle tient à ce que les lits destinés aux femmes étant peu nombreux, on a admis de préférence les cas graves, et que le nombre des opérations a été relativement plus grand.

Il ne s'éloigne pas beaucoup de la moyenne obtenue dans les services de chirurgie de l'Hôtel-Dieu réunis, depuis l'année 1830.

En 1830.	1 sur 9 4/10
En 1831.	manque.
En 1832.	1 sur 12
En 1833.	1 sur 18 4/10
En 1834.	1 sur 12 7/10
En 1835.	1 sur 17 8/10
En 1836.	1 sur 16 2/10
En 1837.	1 sur 12 9/10

(M. Boinet, Gaz. Méd., 1838, p. 539.)

Quoi qu'il en soit, la proportion obtenue nous paraît satisfaisante ; elle le paraîtra à tous ceux qui auront jeté un coup-d'œil sur le tableau des opérations si multipliés et si graves qui ont été faites dans le courant de l'année, sur celui que nous offriront plus tard des maladies qui ont été traitées dans le même espace de temps. Si même nous avions suivi les procédés usités pour établir la proportion des décès, qui consistent à ajouter au chiffre des admissions celui des malades restans au 1er janvier qui ont donné plusieurs morts, on obtiendrait encore un résultat plus favorable. Nous devons dire qu'il serait peut-être juste de ne point tenir compte du nombre assez grand d'individus admis, renvoyés presque aussitôt, et qui n'ont fait que passer dans nos salles. Par contre, il faut aussi faire remarquer que nous faisons compter parmi les morts des malades qui ont succombé presque immédiatement après leur arrivée, dans l'intervalle d'une visite à l'autre, et auxquels il n'a point été possible de donner le moindre secours. Ainsi, une petite fille qui avait un calcul vésical, et qui était parvenue au dernier degré de marasme, est morte quelques heures après son admission. Il en a été de même pour une hernie étranglée. Enfin, 6 autres individus, apportés à l'Hôtel-Dieu à la suite d'une chute d'un lieu élevé, avaient eu des fractures multiples, ou des fractures de la base du crâne, et ont expiré quelques instans ou quelques heures après leur entrée, sans que la chirurgie ait pu intervenir. Ces 8 faits ne devraient point compter dans le chiffre de la mortalité ; nous les laissons cependant, tout en insistant sur ce point, pour établir une balance et une bien large compensation.

Les décès doivent se ranger en deux catégories :

1° Individus qui ont subi une opération.

2° Individus dont l'affection ne réclamait point une opération chirurgicale, ou qui étaient dans des conditions fâcheuses pour y être soumis.

PREMIÈRE CATÉGORIE.

Amputation de cuisse	4	Amputation de jambe	3
— des deux cuisses	1	— du bras	1
Continuité d'un métacarpien	2	Cancer de la langue	1
— d'un métatarsien	1	Hernie étranglée	5
— du sein	3	Anus contre nature	1
— du testicule	1	Imperforation du rectum, méthode de Littre	1
Résection du coude	1	Taille	3
Trépan	2	Lithotritie	1
Cancer de la face	1	Varices	2
		Total général	34

Nous nous contentons d'indiquer d'une manière générale les causes de mort; nous reviendrons avec détail sur ce sujet, à propos de chacune des opérations en particulier.

Dans la seconde catégorie sont rangées les affections arrivées à un état tellement grave qu'il n'y avait plus à employer qu'un traitement palliatif ou même qu'à attendre la mort sans pouvoir employer le moindre moyen : brûlures très étendues et très profondes, hernie étranglée, cancer du rectum placé trop haut, cancer de l'utérus, caries très avancées, fractures de la base du crâne, multiples, etc. Des maladies qui, malgré le traitement mis en usage, n'en ont pas moins eu une fâcheuse issue ; résorption purulente à la suite d'abcès, d'érysipèle phlegmoneux; infil-

dans des limites et des formes consenties. Voilà tout ce que nous avons pensé et dit du rôle probable de l'association des médecins de Paris dans un avenir plus ou moins éloigné. Il est possible que nous nous trompions beaucoup sur ses destinées futures, mais il ne s'agit pas de cela ici. Il nous suffira de dire que nous n'avons pas entendu *investir une fraction minime de notre corporation d'un droit de censure*. Nous avons seulement souhaité que cette fraction, non pas de la corporation, car la corporation ne saurait être divisée, mais de membres de la profession, se grossît assez pour *constituer*, et non pas seulement *représenter* le corps médical (car nulle représentation ne peut exister que par délégation); et, qu'ainsi constitué, ce même corps participât alors au bénéfice des réglemens institués d'abord pour une société particulière. Voilà pour le principe.

Maintenant nous ajoutons, pour compléter notre réponse à la Gazette des hôpitaux et pour répondre à M. Royer lui-même, que l'association des médecins de Paris ne saurait être, sous aucune espèce de rapport, assimilée à l'Académie, et qu'on ne peut, en aucune manière, mesurer les droits et les devoirs de l'une de ces sociétés sur les droits et les devoirs de l'autre. L'association médicale est une société privée, librement formée par la réunion spontanée de médecins isolés, ouverte à tous sans exception, n'ayant d'autres attributions que celles qu'elle s'est volontairement données, et qu'elle peut agrandir, ou restreindre, modifier, comme il lui plaît, à ses risques et périls, qui n'a avec le public médical et non médical d'autres rapports que ceux qu'elle a établis elle même, et avec l'autorité que des relations fortuites, arbitraires et non obligatoires. L'Académie, au contraire, est une compagnie instituée par l'état, organisée par l'état, qui lui a donné sa constitution, délimité ses attributions, réglé la forme et la matière de ses délibérations, fixé son mode de recrutement, déterminé ses rapports avec les autorités, et, par tous ces motifs, elle n'a d'autres pouvoirs que ceux qui sont inscrits dans ses réglemens constitutifs, d'autres droits que ceux dont l'exercice lui est dévolu par la volonté du souverain, et d'initiative que sur des matières, dans des formes, et pour des circonstances prévues et définies. Il résulte de ces différences fondamentales dans le but, la nature, l'origine de ces deux institutions, que ce qui serait permis, convenable, légitime, enfin admissible à un titre quelconque, dans l'une, pourrait très bien ne l'être pas dans l'autre, que celle-ci pourrait souffrir de ce qui serait utile à celle-là, et réciproquement, et qu'enfin les conséquences des mêmes déterminations pourraient être tout à fait opposées chez l'une et chez l'autre, parce que n'ayant ni les mêmes droits, ni les mêmes devoirs, elles n'ont pas non plus même responsabilité.

Ainsi donc, quoi qu'ait pu faire l'association médicale pour la répression du charlatanisme et en matière disciplinaire, son exemple n'est d'aucune valeur auprès de l'Académie qui n'a et ne peut avoir d'autre règle de conduite que sa constitution. Et ce n'est pas résoudre la difficulté que de dire avec M. Royer-Collard que l'Académie, en se chargeant des nouvelles affaires qu'il lui met sur les bras, n'agira pas comme l'Académie, mais comme tout individu, tout médecin pourrait le faire parlant au nom de la justice, de la loi, de la moralité, et dans l'intérêt commun. Ces distinctions métaphysiques ne servent de rien dans la réalité. En fait, l'Académie ne peut parler et agir que comme Académie; et si elle ne peut agir et parler qu'en son propre nom, elle ne peut certainement, sans sortir de la limite de ses fonctions légales, ni dire, ni faire ce qu'on lui propose.

tration urinense, fractures compliquées; complications de maladies chirurgicales par des affections internes, phthisie pulmonaire, méningite, hémorragie cérébrale, fièvre typhoïde, etc.

Coxalgie	3	Paralysie de la vessie	3
Tumeur blanche du genou, phthisie	1	Lithotritie, hémorragie cérébrale	1
Carie des vertèbres et du sacr.	1	Calcul vésical	1
Nécrose du tibia, scorbut, hémorragie	1	Plaie du cou	1
Fractures multiples, chute d'un lieu élevé	4	— pénétrantes de l'abdomen.	2
Fractures de la base du crâne.	4	— de tête, infection purulente	4
— du maxillaire par une arme à feu	1	— fièvre typhoïde	1
— des vertèbres	2	Abcès gangréneux à la cuisse	1
— du sternum et du bassin..	1	Phlegmon de la jambe et du bras	1
— col du fémur	2	Erysipèle phlegmoneux et résorption purulente	7
— tibia	1	Gangrène sénile	1
Parotides	1	Brûlures	3
Hernie étranglée	1	Pneumonie	1
Cancer du rectum	1	Méningite	1
— de l'utérus	1	Délire nerveux	1
Infiltration urineuse	2		56

L'influence de la température et des saisons est moins évidente dans les salles de chirurgie que dans celles qui sont destinées au traitement des affections internes. Une foule de circonstances viennent la contrebalancer; ainsi le nombre plus ou moins grand des opérations pratiquées à une certaine époque de l'année, l'apparition d'épidémies d'érysipèles, de fièvre purulente, et le hasard qui amène souvent coup sur coup des cas extrêmement graves, etc. Cependant on voit que le chiffre de la mortalité, assez en rapport d'ailleurs avec celui des admissions, a été plus élevé dans le trimestre d'hiver; qu'il a été égal pour ceux de l'automne et du printemps, et que le trimestre d'été compte le plus petit nombre de décès.

Un fait qui nous paraît hors de doute c'est que le froid exerce une influence très fâcheuse sur le résultat des opérations; il a été assez intense dans les deux premiers mois de l'année 1841; aussi la mortalité a été pour les mois de janvier et de février réunis, de 27, environ le tiers du nombre total de décès. Presque tous les opérés ont succombé aux accidens de la résorption purulente, même ceux qui avaient subi une amputation peu importante, d'un métacarpien, par exemple, ou qui avaient été admis pour des abcès qu'on avait nécessairement dû inciser.

Les érysipèles qui viennent souvent compliquer les suites d'une opération ont été assez rares cette année; ce qui explique pourquoi la mortalité a été moins grande dans l'été que dans les autres saisons.

HIVER.

Janvier.	Admissions	140.	Décès	15
Février.	—	111.	—	12
Mars.	—	108.	—	4
				31

PRINTEMPS.

Avril.	Admissions	111.	Décès	5
Mai.	—	125.	—	9
Juin.	—	138.	—	7
				21

ÉTÉ.

Juillet.	Admissions	139.	Décès	7
Août.	—	111.	—	7
Septembre.	—	88.	—	4
				18

AUTOMNE.

Octobre.	Admissions	134.	Décès	10
Novembre.	—	110.	—	6
Décembre.	—	126.	—	5
				21

La mise en œuvre des nombreux matériaux nous aurait entraînés dans un travail qui aurait excédé les limites qui nous sont fixées; nous avons dû choisir les sujets les plus intéressans, les maladies qu'on observe le plus fréquemment dans notre service, et les opérations qui s'y pratiquent d'une manière particulière et presque exclusive.

1° Pour les maladies du système osseux: après avoir étudié avec détails les fractures, nous avons fait le résumé des amputations et des résections pratiquées pendant les années 1840 et 1841.

2° Dans les maladies du tube digestif, nous avons choisi la glossotomie dans le bégaiement, le cancer de la langue, la staphyloraphie, les hernies, les fistules à l'anus, la suture du périnée et du rectum.

3° Les calculs vésicaux et les opérations qu'ils réclament, taille et lithotritie; les maladies du testicule et de la mamelle sont les seuls points de la pathologie des organes génito-urinaires que nous nous proposons de traiter.

4° Nous terminerons par un résumé très détaillé de 41 opérations de cataracte.

§ I. — MALADIES DU SYSTÈME OSSEUX.

FRACTURES. — AMPUTATIONS. — RÉSECTIONS.

De même que dans les salles de médecine, le nombre des affections de l'appareil respiratoire domine toujours, de même, dans une clinique chirurgicale, le tiers des individus est atteint de maladies du système osseux. Nous ne parlons pas seulement des solutions de continuité et de contiguïté, mais aussi des altérations du tissu osseux lui-même, de la membrane médullaire et des articulations.

Les grands chirurgiens de toutes les époques, Hippocrate, Ambroise Paré, J.-L. Petit, Pott, Dupuytren, Astley Cooper, ont tenu à honneur de composer des ouvrages spéciaux sur cette partie importante de la chirurgie; chacun a imprimé dans ses travaux le cachet de son génie particulier. Dans la collection hippocratique, le livre DES FRACTURES ET DES LUXATIONS est attribué par tous les commentateurs à Hippocrate lui

---

De tout ce qui précède, il est permis de conclure que l'honorable auteur de la proposition n'a pas réussi à la justifier du reproche général que nous lui avons fait de conférer à l'Académie des attributions étrangères à son institution, et une juridiction incompatible avec sa mission scientifique. Quant à l'usurpation du pouvoir disciplinaire, le projet y glisse si légèrement qu'on ne sait trop s'il l'adopte ou la rejette. Cependant, comme on admet des délits simplement moraux dans le Code pénal de l'Académie, la logique exigerait qu'on établît un tribunal purement moral aussi pour les juger et appliquer la peine. Quoi qu'il en soit, cette partie de la proposition est restée tout à fait dans le vague de l'abstraction et des généralités, et on peut dès-lors la considérer provisoirement comme non avenue.

Venons maintenant au détail des abus et méfaits médicaux pour la répression desquels l'Académie devrait, suivant le projet, intervenir par des mesures actives. Ces cas, en l'a vu, se réduisent à des contraventions ou délits plus ou moins définis par les lois et passibles d'une peine. L'Académie se chargerait de rechercher ces infractions, de les constater et de les déférer à qui de droit. Nous avons dit déjà combien une telle tâche, de quelque beau nom qu'on la décore, serait dure et pénible. Nous doutons qu'une commission pût résister une année aux dégoûts de toute sorte et à la responsabilité d'une pareille besogne. Pour bien comprendre l'énormité matérielle et morale de ce travail ingrat et son impossibilité, indiquons sommairement les principaux cas à poursuivre.

1° L'énonciation mensongère de l'approbation de l'Académie, dans des affiches, annonces et étiquettes de remèdes.

2° Toute annonce ou vente de remède non autorisé par l'Académie.

3° Toutes les contraventions spécifiées ou à spécifier commises, en matière médicale, par la voie des affiches, des journaux, bref par la publicité sous toutes ses formes;

4° Les crimes résultant d'une application coupable des principes de l'art; exemples: les avortemens provoqués par des médecins, des sages-femmes; cas fréquent à ce qu'on assure;

5° L'exercice illégal de la médecine par des individus sans titre;

6° La vente des remèdes par des individus autres que les pharmaciens légalement établis et autorisés;

7° Les délits purement moraux dont les médecins se peuvent rendre coupables, et qui, échappant aux prévisions de la loi pénale, violent les lois de l'honneur médical; exemples: les consultations de somnambules signées par des médecins, etc.

Il y en a d'autres encore, mais contentons-nous de ceux-là. La dernière catégorie de délits n'a été citée probablement que pour faire nombre; on a de fait renoncé à les poursuivre, à les punir; car le seul tribunal qui pourrait en connaître serait un pouvoir disciplinaire dont le projet ne dit rien. Sous ce rapport la nouvelle rédaction est préférable à la première; car de toutes les mesures qui y sont proposées celle-ci était la plus impraticable.

Les délits énumérés sous les numéros 2, 3, 5 et 6, sont tellement nombreux et se produisent sous tant de formes différentes, que leur recherche offrirait des difficultés d'exécution, une perte de temps, et une consommation d'écritures telles que la commission la plus nombreuse, la plus zélée, la plus dévouée ne saurait y suffire. Comment n'a-t-on pas réfléchi que parmi ces sortes de délits, il en est

même, tant il semble dicté par l'expérience, l'observation et le jugement.

Les conditions de la guérison des fractures étant 1° une position bien déterminée, 2° le repos absolu du membre malade, il ne s'agit que de remplir ces deux indications; celle des luxations est le rétablissement des surfaces articulaires dans leurs rapports naturels, au moyen de puissances mécaniques plus ou moins actives.

Ces maladies, composant, dans le principe, à elles seules presque tout le domaine de la chirurgie, il en est résulté cette idée vulgaire et accréditée jusqu'à nos jours qu'elle n'était simplement qu'un art manuel, un métier. Non, ce ne sont pas des mécaniciens, mais bien des physiologistes habiles qui ont dévoilé les procédés secrets et admirables de la nature dans la formation du cal, et sa marche lente et sûre dans la consolidation de ce cal. Non, ce ne sont pas des mécaniciens, mais bien des anatomistes consommés qui ont indiqué les déviations exactes des surfaces articulaires et le moyen le plus naturel de les remettre à la place qu'elles avaient abandonnée momentanément. Ce sont des pathologistes comme J. Hunter et Brodie, et non des mécaniciens, qui ont étudié avec soin toutes les altérations organiques des os, depuis la simple altération du périoste jusqu'aux dégénérations profondes de toute la trame aréolaire du diploé et de la membrane médullaire, et qui ont remédié dans beaucoup de cas à ces altérations si graves.

Souvent dans ces cas la thérapeutique est impuissante, souvent le chirurgien est réduit à retrancher du corps un membre tout entier pour une altération qui n'a son siége que dans un point très limité, mais qui exerce sur toute l'économie une influence délétère; il faut donc en venir à l'amputation du membre.

Prenant pour exemple une carie de l'extrémité inférieure de l'humérus droit, à cause d'une simple altération du pédoncule, pour nous servir de la classification de Galien, on se voit donc réduit à enlever et la moitié de ce pédoncule et le manche (avant-bras), et ce qui est le plus fâcheux, l'instrument (la main), un des organes les plus précieux de l'homme; c'est dans cette circonstance qu'il en coûte de faire de la chirurgie privative.

Pour le membre inférieur, son rôle est moins pénible, car le pied chez l'homme est considéré comme base de sustentation et ses mouvemens sont très bornés; la perte d'un membre inférieur est donc moins préjudiciable au malade.

La science ne s'arrête pas là : elle devait accomplir un grand progrès en créant les résections, elle l'a accompli : la résection est moins brillante dans l'exécution que l'amputation, mais elle est admirable dans ses résultats.

Par l'exactitude des connaissances anatomiques, par la précision du diagnostic, limiter le siége du mal, quelle que soit sa profondeur, avoir la hardiesse d'aller à sa source et de ne retrancher que la partie malade, c'était certainement une des plus belles conquêtes de la chirurgie moderne, et ce qui étonne le plus maintenant, c'est l'indifférence d'un grand nombre de chirurgiens à la pratiquer.

Nous montrerons plus loin, dans une analyse de plusieurs faits, les résultats obtenus par M. Roux, qui a eu surtout la gloire de la préconiser et de la faire adopter en France.

DES FRACTURES.

121 cas de fractures ont été observés dans le service de M. Roux pendant l'année 1841; c'est après avoir bien constaté le siége de la fracture que nous le notions sur nos cahiers d'observations.

Les personnes qui veulent faire des statistiques sur les fractures et qui viennent compulser les registres des hôpitaux sont très souvent induites en erreur; que d'entorses, que de simples contusions sont désignées comme fractures! En voulant collationner nos observations avec les registres des entrées, nous avons compris toutes leurs inexactitudes, bien pardonnables, d'ailleurs, car, dans les premiers jours, le gonflement est si considérable qu'il est impossible de reconnaître l'état des os; il faut donc sur ce point chirurgical ne s'en rapporter qu'à ses propres observations.

TABLEAU INDIQUANT LE NOMBRE DES INDIVIDUS ENTRÉS AVEC DES FRACTURES AUX DIFFÉRENS MOIS DE L'ANNÉE.

Janvier.	Février.	Mars.	Avril.	Mai.	Juin.
14	8	11	7	13	8
Juillet.	**Août.**	**Septembre.**	**Octobre.**	**Novembre.**	**Décembre.**
9	7	9	13	4	6

109 individus.

Depuis le 1er janvier jusqu'au 31 décembre il est donc entré à la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu 109 individus atteints de fracture; nous exceptons les fractures des os des mains et des pieds, fractures ordinairement multiples, compliquées de plaies contuses plus ou moins considérables.

D'après ce tableau, on ne peut pas conclure à une plus grande fréquence des fractures pendant l'hiver que pendant l'été. En 1840, le nombre n'est pas plus augmenté en hiver qu'en été; ce serait donc à tort qu'on aurait avancé le contraire.

Des 109 individus, 8 avaient des fractures multiples :

Ainsi, 5	avaient chacun	2	fractures....	10
2	—	3	—	6
1	—	4	—	4
				20

Sept de ces malheureux étaient tombés de lieux élevés; un seul eut la cuisse et la jambe droites cassées par la suite d'un éboulement de pierres sur son membre. On peut avancer que la gravité des fractures n'est pas en raison de la multiplicité de ces fractures, et toute chose étant égale d'ailleurs, deux fractures simples simultanées n'offrent pas plus de danger qu'une fracture unique. M. Roux a souvent vérifié ce fait dans sa longue pratique.

En comparant, suivant leur fréquence, les fractures des membres supérieurs et des membres inférieurs, des os du tronc et de la tête, nous trouvons sur 121 :

---

un grand nombre qui ne peuvent être constatés que par une enquête, par une audition de témoins, par des interrogatoires, par des démarches, en un mot, dont la seule énonciation montre l'impossibilité matérielle et qui choquent toutes les convenances? Comment n'a-t-on pas vu que ce cabinet d'*instruction criminelle* devrait être ouvert aux délations de toute espèce, vraies ou calomnieuses? et comment a-t-on pu penser qu'une académie dût s'engager dans un pareil bourbier et s'en tirer honorablement?

L'article des *crimes* dépasse toute prévision. Quoi! on voudrait que l'Académie, transformée en parquet, instruisît les affaires d'assassinat, requît elle-même la gendarmerie pour aller saisir, asseoir sur la sellette de la cour d'assises, et de là envoyer au bagne ou à l'échafaud le coupable! Laissons ce redoutable exercice de la justice humaine aux hommes que la loi a chargés de ce ministère. Eux seuls, protégés par la solennité de leur mandat, par le caractère sacré imprimé sur eux par la loi, peuvent accomplir, sans crainte, sans faiblesse, sans remords, ce terrible devoir. S'il existe dans l'exercice de la médecine de tels forfaits, et parmi nos confrères de tels coupables, ce qu'à Dieu ne plaise, souhaitons de ne jamais les connaître, plutôt que de nous donner l'horrible mission de les rechercher; et laissons cette effrayante responsabilité de l'honneur et de la vie des hommes à ceux à qui la toute-puissance et la majesté de la loi donnent la force de la porter.

Dans cette liste de délits nous n'en voyons qu'un dont l'Académie puisse s'occuper avec quelque convenance; c'est le premier. L'Académie a incontestablement le droit de déférer à la justice les calomnies dont elle est elle-même l'objet. C'est, comme l'a dit très bien M. Chervin, un cas de légitime défense. Si un faussaire a l'impudence de s'autoriser de son nom pour recommander sa drogue au public, rien n'empêche qu'on réprime ce scandale. L'Académie doit à sa propre dignité de ne pas laisser impunément circuler, sous le sceau de son approbation, de prétendus remèdes, dont elle a le plus souvent constaté et même signalé au ministre l'inefficacité ou le danger. C'est là une affronterie du charlatanisme véritablement insupportable, et qu'elle fera bien de réprimer si elle le peut. En ceci, son rôle est tout à fait naturel, de plus très facile et n'a aucune sorte d'inconvénient. Seulement il est à croire qu'elle aura moins de besogne qu'on ne paraît l'imaginer, si comme c'est malheureusement nécessaire, on ne dénonce que les allégations littéralement et matériellement fausses. Il en est peu de ce genre. Parmi les annonces si nombreuses où figure l'Académie, il en est très peu qui énoncent formellement son approbation ou son autorisation. Les industriels sont trop avisés pour mentir si directement. Ils se contentent de dire que l'Académie a fait un rapport, qu'elle a délibéré sur le remède, qu'elle l'a expérimenté, qu'elle en a écrit au ministre. Or, toutes ces allégations sont vraies et exactes, quoique l'intention de tromper soit évidente. Comment dès-lors les punir?

On voit que, dans cette longue liste de délits médicaux signalés à l'inquisition académique, il n'en est qu'un dont l'Académie puisse, sans péril pour sa dignité, sans blesser des sentimens respectables, sans dommage pour sa considération, sans sortir de l'ordre normal de sa constitution, s'attribuer la connaissance et la poursuite. Et encore, le bien qu'on peut espérer de cette mesure est si problématique et si minime, qu'il ne vaut peut-être pas toute la peine qu'on se donnera pour l'obtenir.

Membres supérieurs....	36
Membres inférieurs.....	54
Tête (crâne, face)......	12
Tronc (côtes, vertèbres, sternum)...........	19
	121

Le nombre des fractures des membres inférieurs l'emporte donc sur celui des membres supérieurs.

Si l'on compare les fractures du côté droit et celles du côté gauche du corps (il est bien entendu que nous passons sous silence la fracture des os placés sur la ligne médiane, crâne, os du nez, partie moyenne de la mâchoire inférieure, sternum, vertèbres; ces fractures sont au nombre de 18), on trouve :

Côté droit..........	39
Côté gauche.........	64
	103

Dans notre résumé, les deux tiers des fractures sont du côté gauche; nous avons trouvé le contraire dans une statistique de 1816; dans le mémoire de Dupuytren, les fractures du péroné du côté droit existent dans les 7/10 des cas, tandis que celles du côté gauche n'existent que dans les 2/10.

Mais il s'agit de savoir si c'est aux dépens des membres supérieurs ou des membres inférieurs que cette différence a lieu.

MEMBRES SUPÉRIEURS COMPARÉS ENTRE EUX.

Nous ne plaçons pas les fractures des côtes, qui sont au nombre de 12, ni la fracture du condyle gauche de la mâchoire inférieure; elles ont ordinairement lieu par des chocs directs.

Membre supérieur droit..........................	16
Membre supérieur gauche........................	20

MEMBRES INFÉRIEURS COMPARÉS ENTRE EUX.

Membre inférieur droit..........................	19
Membre inférieur gauche........................	35
	90

Du côté gauche, le nombre des fractures, soit au membre supérieur, soit au membre inférieur, l'emporte sur le côté droit; mais, pour le membre inférieur, la différence est peu sensible; encore cette différence tient aux fractures de la clavicule, qui sont au nombre de sept et toutes du côté gauche.

Si nous comparons maintenant notre résumé statistique avec un autre beaucoup plus considérable, fait dans les hôpitaux de Pensylvanie (États-Unis), à différentes époques, il y a une concordance presque complète sur la prédominance des fractures dans telle ou telle région; nous allons les mettre en regard.

1er TABLEAU. Hôpitaux de la Pensylvanie.		2e TABLEAU des fractures traitées à l'hôpital de Pensylvanie, de 1830 jusqu'en 1835, par M. Norris. (Gaz. Méd., 17 juill. 1841.)		Hôtel-Dieu de Paris, 1841.	
Jambe..............	569	....	293	....	38
Bras et avant-bras....	408	....	250	....	25
Cuisse..............	287	....	118	....	13
Clavicule...........	148	....	84	Côtes........	12
Côtes..............	110	.... }	46	Crâne........	8
Crâne..............	74	.... }		Clavicule.....	7
Mâchoire..........	47	Mâchoire infér.	19	....	3
Rotule.............	27	....	16	....	2
		Omoplate......	10	....	1

Il nous reste maintenant à les examiner en détail, suivant leur région, ou l'os fracturé.

FRACTURES DU CRANE.

Tous les sujets ont succombé aux suites de leurs fractures.

6 sont morts le même jour, peu de temps après leur entrée à l'hôpital.

C'est à la suite de chute d'un lieu élevé, des troisième ou quatrième étages, que ces accidens sont arrivés.

Sur deux, on a pratiqué le trépan, un le jour même de son entrée; il est mort 12 heures après; le second, 2 jours après son entrée; il est mort 8 heures après l'opération.

Nous allons relater les points principaux de ces deux observations.

FRACTURE DU CRANE, ENFONCEMENT DE LA PARTIE POSTÉRIEURE DU PARIÉTAL DROIT; LES SIX PREMIERS JOURS AUCUN ACCIDENT; IL CONTINUAIT A SE PROMENER ET A MANGER COMME A L'ORDINAIRE; LE SEPTIÈME JOUR SYMPTÔMES DE COMPRESSION; ENTRÉE A L'HÔPITAL; TRÉPANATION; MORT.

OBS. — Violas, âgé de 17 ans, de constitution robuste, travaillait au fond d'un puits des carrières de Chaumont; une pierre, de la grosseur d'une noix, anguleuse, lui tomba sur la tête, de la hauteur de 10 mètres; il en résulta une plaie contuse des parties molles, au niveau du bord postérieur du pariétal droit; il s'écoula beaucoup de sang; mais, immédiatement après la chute, le malade dit n'avoir éprouvé aucune commotion.

Pendant six jours, il allait se faire penser tous les matins à St-Louis; il se promenait toute la journée, mangeait comme à l'ordinaire; l'usage de tous ses membres était aussi parfait qu'avant l'accident; la plaie de la tête était seulement un peu douloureuse.

Le septième jour, courbature, vomissemens, perte d'appétit, fièvre.

Entre à l'Hôtel-Dieu le huitième jour; abolition presque complète du mouvement et du sentiment des membres du côté gauche; paralysie des muscles de la face de ce même côté.

Il comprend les questions qu'on lui adresse; il y répond facilement; mais il tombe de temps en temps dans un coma peu profond; il y avait évidemment des signes de compression, suivant la théorie de J.-L. Petit. En effet, par un examen plus attentif, on voit le pariétal droit à nu, une félure assez considérable, avec enfoncement d'une esquille. On trépane, et la rondelle osseuse étant enlevée, on relève le fragment; la dure-mère est déchirée dans un point; on incise cette membrane; il s'écoule un peu de sang; la substance cérébrale dans ce point est ramollie, désorganisée; elle présente l'aspect d'une bouillie jaune sale.

Pas d'amélioration après l'opération; il meurt 12 heures après.

Par l'autopsie, on constate la félure du pariétal droit, que nous apercevions à

Le sort de cette proposition ne nous semble pas douteux. L'Académie ne saurait y donner aucune suite. Nous regrettons que l'excellent esprit de son auteur se soit laissé entraîner en cette occasion par des sentimens partagés par toute l'Académie et par nous, mais qui ne peuvent être satisfaits par les moyens qu'il indique. Vivement préoccupé de l'importance du but à atteindre, et de l'urgence des circonstances, et, s'il faut le dire, trop encouragé par l'assentiment de l'Académie, qui semblait approuver ses idées en applaudissant à ses impressions et à son talent, il n'a pas suffisamment mesuré l'étendue des difficultés à surmonter. Nous croyons que le conseil d'administration les appréciera et donnera à l'Académie un avis, moins généreux, mais plus utile.

— Instruite de la perte que la Société médicale de Hambourg a faite de sa bibliothèque dans le funeste incendie de cette ville, l'Académie royale de médecine de Paris a fait à cette Société par l'entremise de la Légation des villes Anséatiques, hommage d'un exemplaire de ses mémoires, et d'un exemplaire de ses bulletins.

Puisse cet exemple être imité par toutes les sociétés savantes de l'Europe, et par les écrivains qui ont publié des traités médicaux!

L'hôtel de la Légation est rue Trudon, 6.

— MINISTÈRE DE LA GUERRE. — CONCOURS POUR L'ADMISSION AUX EMPLOIS DE CHIRURGIEN-ÉLÈVE EN 1842. — Un concours sera ouvert le 2 août prochain pour l'admission de chirurgiens-élèves, dans les hôpitaux militaires d'instruction de Metz, Strasbourg et Lille, et à l'hôpital de perfectionnement de Paris.

Ses examens auront lieu à Paris, Metz, Nancy, Strasboug, Besançon, Lyon, Marseille, Toulouse, Bordeaux, Rennes, Lille, Bastia, Bayonne et Perpignan.

Chaque candidat devra se faire inscrire à l'intendance militaire de celle de ces villes où il désirera concourir. Il sera donné, dans les bureaux de l'intendance militaire, communication des conditions d'admission au concours, dont le programme a été inséré au journal militaire.

Les chirurgiens-élèves de première division des hôpitaux militaires d'instruction reçoivent une indemnité annuelle de 400 fr.; cette indemnité est fixée à 600 pour les chirurgiens-élèves de l'hôpital militaire de perfectionnement.

— DU BONHEUR EN CHIRURGIE, recueil de faits cliniques; par M. MOULINIÉ, ex-chirurgien en chef de l'hôpital de Bordeaux, professeur de clinique chirurgicale. — 1 vol. in-8° de 130 pages. Prix : 3 fr. 50 c.

Paris, chez Germer Baillière, libraire, rue de l'École-de-Médecine, 17.

l'extérieur pendant la vie, au dessous de l'arachnoïde; pas d'épanchement de sang, ni de sérosité, ni de pus.

Le cerveau est très injecté à sa surface, mais sa substance est d'une consistance normale; pas de piqueté dans son intérieur, qui est coupé par tranches très fines; au niveau de la fracture, il est déchiré, éraillé, grisâtre; il se détache en petits grumeaux; sa désorganisation a deux centimètres à peu près dans tous ses diamètres; autour de cette éraillure, la substance cérébrale est couleur lie de vin dans l'étendue d'un centimètre; autour de l'auréole rougeâtre, la substance cérébrale a sa blancheur et sa consistance naturelles.

Si la théorie de J.-L. Petit sur la marche et la combinaison des symptômes cérébraux à la suite des plaies ou des fractures du crâne est ingénieuse, elle est fausse dans bien des cas, et met souvent le chirurgien en défaut. Maintenant, il est vrai, on est moins prévenu en sa faveur, et le trépan, si fréquent au 18e siècle, est relégué dans la catégorie des opérations excessivement rares; on ne trouve plus l'indication de l'appliquer, et, après son application, qui est toujours difficile, le chirurgien est presque toujours forcé d'avouer qu'elle a été complètement inutile.

Dans notre observation, il n'y a pas eu commotion; il est vrai une plaie avec hémorragie avait eu lieu après l'accident; mais les jours suivans, malgré l'enfoncement d'une esquille, malgré leur travail de désorganisation de la pulpe cérébrale aucun phénomène, aucun symptôme, ne trahissait ce travail morbide.

Le septième jour, il survient des prodrômes d'inflammation du cerveau; aux vomissemens et à la fièvre, il succède une paralysie du mouvement et du sentiment du côté opposé, signes de compression, et cependant ce ramollissement de la substance cérébrale, ce cercle rougeâtre qui l'entoure, est bien inflammatoire.

Ce fait nous en rappelle un autre, rapporté par M. Marjolin, dans son cours à la Faculté: Un élève en pharmacie s'était tiré un coup de pistolet dans la bouche; il y avait déchirure de la joue, mais pas de symptôme du côté du cerveau. Le seizième jour il allait très bien; il demandait sa sortie de l'hôpital, lorsque le dix-huitième il survint des symptômes cérébraux très intenses et la mort. A l'autopsie, on trouva la bourre et la balle dans le cerveau; chose remarquable, elles n'avaient déterminé aucun accident pendant quinze jours.

Du reste des cas semblables sont assez nombreux dans la science.

Le second cas de trépan a offert des particularités remarquables, soit pour les symptômes, soit pendant l'opération. Il vient encore à l'encontre de la théorie de J.-L. Petit.

CHUTE SUR LA TÊTE D'UN DEUXIÈME ÉTAGE; FRACTURE DU TEMPORAL, DU PARIÉTAL GAUCHE ET DE LA BASE DU CRANE; LÉGER ENFONCEMENT D'UN FRAGMENT DU PARIÉTAL; CONTRACTURE DE TOUS LES MEMBRES IMMÉDIATEMENT APRÈS LA CHUTE; DEUX JOURS APRÈS, PARALYSIE, SURTOUT DU CÔTÉ DROIT; TRÉPANATION; MORT.

Obs. — Un homme, très vigoureux, tomba d'un deuxième étage sur la tête, perdit immédiatement connaissance, et fut apporté à l'Hôtel-Dieu.

Pas de plaie sur le corps, plaie contuse légère à la région pariéto-temporale gauche, hémorragie peu abondante par l'oreille du même côté.

Quant aux symptômes, contracture très intense des membres supérieurs, avec sensibilité émoussée; les membres inférieurs sont aussi contracturés, mais sensibles. Tous les muscles du côté droit de la face sont contractés; *il y a paralysie du mouvement et du sentiment du côté gauche de la face*. La langue est bien droite. L'œil droit est convergent en dedans; l'œil gauche mobile.

La connaissance n'existe plus; il semble ne pas voir, ni entendre.

La respiration est difficile et légèrement stertoreuse; râle muqueux dans les deux côtés de la poitrine; un peu d'écume à la bouche. Le pouls est développé; la peau chaude. (Saignée de 4 palettes, sinapismes aux pieds.)

Le lendemain, même état. (Deux saignées, une le matin et une le soir; émétique en lavage.)

Le 17, les phénomènes changent en augmentant d'intensité. A la contracture des membres a succédé du côté droit un collapsus avec perte de la sensibilité; la contracture du côté gauche n'existe plus; la respiration est plus stertoreuse, le pouls petit, affaissement considérable, écume à la bouche.

En agrandissant la plaie du cuir chevelu, on constate deux fêlures du pariétal gauche et du temporal au niveau de leur réunion; ce ne sont pas les sutures, comme on pourrait le penser; l'une est antéro-postérieure, l'autre est verticale et perpendiculaire à la première; elles circonscrivent une pièce osseuse qui est légèrement enfoncée.

Dans l'idée que le cerveau est comprimé par cet enfoncement du fragment ou par un épanchement de sang, M. Maisonneuve, chargé du service, se résout à appliquer une couronne de trépan; la couronne enlevée, en ne put, au moyen de l'élévatoire, soulever le fragment enfoncé; application d'une seconde couronne; alors replacement du fragment. Il y a sous le crâne quelques caillots; la dure-mère incisée, il ne sort pas de sang. Une troisième couronne est appliquée au-dessus et en arrière de l'oreille. Aussitôt la rondelle osseuse détachée, il sort un flot de sang veineux assez considérable, dû à la lésion du sinus latéral. Après 30 ou 40 secondes, l'hémorragie disparaît; le sang s'écoulait par jet isochrône au mouvement expiratoire; rien de remarquable, par suite de cette circonstance, ne s'est passé ni dans la respiration ni dans la circulation; le sinus il est vrai n'avait été que rasé par la couronne du trépan, et le sang peuvait s'écouler facilement dans la veine jugulaire.

Mort 8 heures après l'opération, sans phénomène remarquable.

Autopsie. — On constate à l'autopsie les fêlures du pariétal et du temporal gauche, fracture de la base du crâne, le rocher gauche est séparé en deux, ainsi que le corps du sphénoïde et la grande aile du côté droit.

Des trois trous faits par le trépan, le troisième portait sur le sinus latéral; il n'y avait qu'une petite échancrure à sa partie supérieure; aussi n'est-il pas étonnant si l'hémorragie s'est arrêtée peu de temps après; ce sinus latéral était d'une capacité double de celui du côté opposé et recevait la plus grande partie du sang du cerveau.

La veine jugulaire interne était remplie par un caillot fibrineux très considérable.

Dans les fosses moyennes de la base du crâne, surtout à droite, il existait beaucoup de caillots de sang noirâtre; le nerf facial du côté gauche était déchiré; la 5e paire du même côté passait au-dessus de la fracture du rocher et était comprimée par ses caillots de sang qui remplissaient le sinus caverneux; *ce qui explique la paralysie du mouvement et du sentiment du côté gauche de la face.*

Le nerf moteur oculaire commun du côté droit passait au-dessus de la fracture de la lame carrée du sphénoïde; est-ce à cette circonstance qu'est due la convergence de l'œil droit?

La surface de l'hémisphère droit du cerveau est recouverte par des caillots de sang; du côté gauche, il existait aussi du sang coagulé, mais en moindre quantité.

La substance cérébrale était éraillée au niveau de l'enfoncement du fragment; légèrement ramollie; pas d'inflammation ni d'épanchement dans l'intérieur des ventricules, ni dans le cervelet. Il n'y avait pas d'épanchement au niveau de la protubérance annulaire.

Les organes de l'abdomen et de la poitrine ne sont pas déchirés.

Ici, d'après la théorie de J.-L. Petit, nous ne savions à quelle lésion rapporter cette contracture instantanée des membres; en effet, ce n'est pas un symptôme de commotion, de compression du cerveau; ce serait bien un symptôme de contusion, mais elle n'arrive qu'au cinquième ou sixième jour; elle eût été précédée d'hémiplégie, tandis que c'est le contraire; à la contracture a succédé la résolution des membres.

M. Sanson n'a vu que deux fois, dans des cas d'épanchement considérable du sang à la surface du cerveau, l'hémiplégie succéder à des mouvemens épileptiformes; c'était le commencement du troisième jour après l'accident, tandis qu'ici la contracture était survenue immédiatement après la chute.

On a dit que dans l'hémorragie cérébrale ventriculaire, la contracture précédait la paralysie; il n'y avait pas d'épanchement de sang dans les ventricules.

Quelle est la cause de cette contracture, il nous est impossible de l'expliquer; nous constatons seulement le fait de cette contracture presque générale précédant tous les autres symptômes; nous disons presque générale, car le côté gauche de la face était paralysé du mouvement et du sentiment; par l'autopsie nous en avons compris la raison; le nerf facial était déchiré, et le trijumeau gauche était comprimé par le sang qui remplissait le sinus caverneux.

Ce fait prouve encore que la lésion du plus grand sinus de la tête n'est pas infailliblement mortelle; le malade n'a pas semblé éprouver la moindre perturbation dans son état; la circulation et la respiration ont conservé leur rhythme, il est vrai; il est sorti peu de sang, et ce n'est pas sur un agonisant qu'on peut tirer une conclusion positive.

FRACTURES DE LA COLONNE VERTÉBRALE ET DU STERNUM.

Nous avons réuni à dessein les fractures de ces deux tiges verticales du tronc, bien qu'il n'y eût aucune analogie entre elles; mais c'est à cause de la simultanéité de leur lésion à la suite de chutes sur la région dorsale ou cervicale. Favorisés par un de ces hasards singuliers qui se rencontrent quelquefois dans les cliniques chirurgicales, nous avons observé 3 cas de fracture du sternum; ces 3 cas étaient identiques, c'est-à-dire, il y avait séparation complète de la première sternèbre d'avec la seconde; celle-ci était remontée au-devant de la première et la refoulait en arrière, de sorte qu'il existait une saillie assez considérable en avant. Ce déplacement ne déterminait aucun accident du côté des organes de la respiration et de la circulation.

Ces trois fractures, uniques dans la science, si on en excepte l'observation rapportée par David, auraient eu lieu par contre-coup, il n'y avait aucune contusion en avant de la poitrine. Chaussier en a consigné une seconde survenue à la suite d'efforts considérables dans un accouchement.

Un de ces malheureux, peintre de son état, badigeonnait les murs d'une église; il est tombé de 25 pieds de hauteur, le corps en supination et en travers, sur un banc; il y eut, dans ce choc, fracture de la quatrième vertèbre dorsale, paralysie complète du sentiment et du mouvement, puis une telle distension aux deux extrémités du sternum, que la première pièce s'est détachée complètement de la seconde; cette dernière

fut refoulée en avant par les côtes, qui subirent aussi un mouvement de propulsion, et attirée en haut par la contraction du grand pectoral.

Ce malheureux avait conservé l'intégrité parfaite de son intelligence; il succomba quarante jours après son accident, aux suites d'une suppuration abondante qui provenait d'une escarre au sacrum. Bien qu'il y eût une juxta-position assez complète des deux fragmens, il ne s'était opéré aucun travail de consolidation; en avant et en arrière, des ligamens fibreux les retenaient l'un à l'autre.

Dans cette observation, il y a eu certainement rupture du sternum par contre-coup, au moment du choc qui avait déterminé la fracture de la quatrième vertèbre dorsale.

Un second individu, tombé d'un cinquième étage, fut apporté mort à l'Hôtel-Dieu; il y avait séparation de la première pièce du sternum d'avec la seconde; celle-ci était remontée en devant de la première, comme dans le cas précédent; outre cette lésion, il y avait diastasis complet des articulations du bassin, ecchymoses considérables dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, fracture de la septième vertèbre cervicale, luxation en arrière du poignet droit avec fracture du grand os du carpe.

D'après l'écartement considérable des os du bassin, sans contusion des extrémités inférieures, on devait penser que cet homme était tombé sur les fesses, puis sur la région supérieure du dos, car il y avait fracture des deux lames de la septième vertèbre cervicale; comment expliquer ici la fracture du sternum, si ce n'est par le contre coup et par sa distension trop considérable; il n'y avait pas de contusion à la paroi antérieure de la poitrine; la première sternèbre refoulée en arrière comprimait légèrement les organes qui remplissent le médiastin antérieur, qui n'est rempli dans ce point, chez l'adulte, que par du tissu cellulo-adipeux, débris du thymus.

Nous rapporterons plus bas le troisième fait; on verra qu'il rentre encore dans la catégorie des fractures du sternum par contre coup; par son siége et sa direction, la fracture est entièrement semblable aux deux premières.

Si nous cherchons des faits identiques dans la science, nous n'en trouvons pas, et pourtant ces trois observations présentées coup sur coup, la première le 25 juillet, la seconde le 28 août, la troisième le 10 octobre, nous avertissent de la possibilité non équivoque des fractures du sternum par cause indirecte; le hasard n'a jamais été capricieux à ce point.

Au mois de janvier 1842, nous en avons observé un nouveau cas très remarquable à l'hôpital Cochin; nous donnons ici le résumé de cette observation.

Obs. — Un carrier dans la vigueur de l'âge, d'une constitution athlétique, en descendant au moyen d'une échelle verticale au fond d'une carrière est tombé sur un échafaudage de la hauteur de 12 à 15 mètres; les pieds ont supporté tout le choc; puis dans une deuxième impulsion, il y eut renversement en arrière sur le dos et la tête.

Le résultat de cette chute en deux temps fut : 1° un broiement des deux calcanéums; 2° fracture de la colonne vertébrale; 3° fracture du côté gauche du crâne avec enfoncement du pariétal; 4° enfin, fracture oblique de la troisième pièce du sternum, sans lésion de la peau; d'après le mode de la chute, cette fracture avait eu lieu par contre-coup, à la suite de la fracture de la colonne vertébrale. La disposition des deux fragmens était telle, que le fragment inférieur taillé en biseau aux dépens de la face postérieure était appuyé sur le biseau du fragment supérieur; il était impossible de sentir la crépitation; une douleur fixe dans ce point la révéle, et si on ne peut affirmer positivement son existence, on la soupçonne, non sans raison.

Deux jours après son entrée à l'hôpital, ce malade succomba aux suites de l'inflammation cérébrale.

L'autopsie vint confirmer le diagnostic de la fracture par cause indirecte du sternum; il y avait en même temps fracture du corps des première et deuxième vertèbres dorsales et de l'apophyse épineuse de la septième cervicale.

Des quatre individus atteints de fracture de la colonne vertébrale, trois sont morts; ils succombèrent, l'un quarante jours; le second cinq jours; le troisième quatre jours après leur accident.

Le quatrième est encore à l'hôpital; il est tombé d'un troisième étage sur les fesses et s'est fracturé la cinquième vertèbre lombaire; immédiatement après la chute, perte de connaissance pendant cinq heures, paralysie subite du mouvement et du sentiment des membres inférieurs; à cette insensibilité complète des membres inférieurs, il succéda dix jours après des douleurs très vives aux pieds, s'irradiant jusqu'à la face interne des cuisses; le malade éprouvait la sensation d'un fer brûlant, on ne pouvait le calmer que par une application d'eau glacée.

Depuis trois mois et demi, il n'a pas eu d'érections; les urines s'écoulent par regorgement, et les selles ne sont provoquées que par l'eau de Sedlitz.

Du reste, sa santé s'améliore; excepté à la région postérieure de la cuisse, la sensibilité est revenue dans les membres; son état actuel fait espérer que la motilité reviendra dans les muscles.

C'est après avoir rapporté l'observation de fracture de la cinquième vertèbre cervicale que nous pourrons comparer la valeur et la gravité des symptômes suivant la région lésée.

CHUTE DE QUATRE MÈTRES DE HAUTEUR SUR LA PARTIE SUPÉRIEURE DU DOS ET SUR LA RÉGION CERVICALE; PARAPLÉGIE DU SENTIMENT ET DU MOUVEMENT DES MEMBRES SUPÉRIEURS ET INFÉRIEURS; ÉRECTIONS TRÈS FRÉQUENTES; FRACTURE DES LAMES DE LA SEPTIÈME VERTÈBRE CERVICALE; SÉPARATION DE LA PREMIÈRE PIÈCE DU STERNUM D'AVEC LA SECONDE.

Obs. — Bressant, journalier, 48 ans, a été apporté à l'Hôtel-Dieu le 25 juillet 1841, immédiatement après une chute sur le dos de 4 mètres de hauteur, commotion subite, mais il reprit bientôt connaissance.

A son entrée, décubitus dorsal, paraplégie du sentiment et du mouvement; peau insensible jusqu'à la base du thorax en suivant une ligne correspondante à la voûte du diaphragme; muscles de l'avant-bras paralysés; parois thoraciques immobiles; la respiration est diaphragmatique; les muscles de l'abdomen sont repoussés à chaque inspiration; murmure respiratoire normal; pouls tranquille; paralysie de la vessie; érections permanentes; le malade n'en a pas la conscience.

Contusion à la partie postérieure du cou; on ne constate pas de tumeur. (Saignée de 4 palettes.)

27. Même état, impossibilité d'uriner, pas de selles, douleur à la région cervicale, pouls lent. (12 ventouses scarifiées à la région cervicale.)

29. Douleurs très pénibles dans les deux mains; la respiration devient accélérée; 37 par minute; les bronches s'engouent, râle muqueux, pouls à 70.

30. Etat plus grave, affaissement; la paralysie progresse du côté des membres supérieurs; ils deviennent immobiles.

Selles liquides involontaires; les érections, qui avaient continué jusqu'à ce jour, sont moins prononcées et plus rares; respiration toujours diaphragmatique; abdomen soulevé par des secousses comme convulsives.

L'agonie commence brusquement; elle est pénible; mort à midi.

Autopsie. — On trouve une infiltration gélatiniforme sous-arachnoïde; cerveau piqueté d'un rouge noir; légère infiltration sanguine sous l'arachnoïde cérébelleuse.

Fracture de la cinquième vertèbre cervicale au niveau des lames; on enlève l'apophyse épineuse avec facilité.

Au-dessous de la fracture, qui a eu lieu sans enfoncement bien prononcé, il existe une petite quantité de sang noir entre l'os et la dure-mère; la moelle est intacte dans toute son étendue. Fracture du sternum ou séparation de la première pièce avec la seconde; la seconde, portée en avant et en haut, fait saillie au-devant de la première.

La science possède, sur les fractures de la colonne vertébrale, des matériaux très nombreux, très précis et très détaillés; aussi avons-nous rapporté brièvement ces deux observations, non comme des faits rares, mais comme un tableau complet de symptomatologie; en effet, la nature et le siége de la lésion étant donnés, on pouvait déterminer *à posteriori* les effets de cette lésion.

Dans la fracture de la cinquième vertèbre, paralysie de tous les organes qui reçoivent leur stimulus nerveux des plexus sacrés; les organes génito-urinaires, la fin du tube digestif et les membres inférieurs étaient seuls paralysés; par conséquent, la vie n'est pas en danger, ses trois grands organes moteurs sont intacts.

Il n'en est pas ainsi dans la fracture de la cinquième vertèbre cervicale: épanchement de sang au-dehors de la dure mère, compression de la moelle au niveau de la fracture; dès-lors, la portion de la moelle inférieure à la solution de continuité n'a plus d'action; paralysie des muscles du bas ventre, muscles expirateurs qui dépendent des nerfs thoraciques inférieurs et des nerfs lombaires; paralysie des muscles inspirateurs de la poitrine qui sont sous la domination des nerfs cervicaux inférieurs et des nerfs thoraciques; immobilité des côtes.

Le cerveau, les organes des sens, le cœur, les poumons, conservaient leur vie intacte; le nerf pneumo-gastrique, le plus essentiel, puisqu'il détermine les mouvemens des organes respiratoires eux mêmes; le nerf accessoire de Willis, le nerf diaphragmatique, possèdent toute leur liberté d'action; mais, comme nous l'avons vu, la respiration a perdu une de ses puissances motrices; le diaphragme peut encore soutenir pendant quelque temps cette fonction, mais il est bientôt impuissant; aussi pouvions-nous suivre d'heure en heure le passage graduel de la vie à la mort, d'après la rapidité des mouvemens de ce muscle; le premier jour, respiration lente et régulière; le deuxième jour, respiration accélérée; le troisième jour, respiration convulsive et la mort.

Le chirurgien est impuissant dans ces cas, il ne peut qu'être spectateur d'une agonie plus ou moins pénible.

Un des phénomènes singuliers de cette observation, phénomène noté par plusieurs auteurs, c'est le priapisme permanent jusqu'au dernier jour; dans les lésions de la moelle, à son extrémité inférieure, il y a au contraire flaccidité complète de la verge; et lorsque la sensibilité et la contractilité reviennent dans les membres inférieurs; c'est ordinairement les organes génitaux qui reprennent les derniers leurs fonctions; nous en

avons un exemple dans notre première observation ; il est vrai, il existe une légère infiltration sanguine sous l'arachnoïde cérébelleuse ; pour certains auteurs c'est une explication suffisante du priapisme.

Ces deux faits nous ont offert dans la sensibilité une lésion bien remarquable dix jours après la fracture de la cinquième vertèbre lombaire ; la sensation d'un corps brûlant a succédé à l'insensibilité complète des pieds.

Trois jours après la fracture de la cinquième vertèbre cervicale, les mains devinrent le siége de douleurs excessivement vives sans modification dans la motilité ; ces sensations accusées par les malades sont-elles le résultat de l'irritation ? ou bien existe-t-il une analogie entre ces douleurs et celles qui précèdent les gangrènes spontanées ?

Chez Bressart, il n'y avait que la fracture d'une lame de vertèbre, épanchemens de sang entre la dure-mère et l'os, intégrité de la moelle. Dans ces cas, si on pouvait pressentir le peu d'étendue de la lésion, que n'aurait-on le courage d'aller à la recherche de la fracture, de détacher la lame osseuse qui comprime la moelle, et qui est la cause infaillible d'une mort rapide ; il a fallu certainement plus de hardiesse pour appliquer plusieurs couronnes de trépan sur le crâne, pour faire la ligature des artères iliaques primitives et de l'aorte abdominale, pour enlever la matrice en totalité. Ces cas d'ablation d'une lame de vertèbre se pient, il est vrai, toujours douleux ; on ne s'avancerait qu'avec un vague pressentiment du siége de la lésion ; c'est ce qui arrêtera toujours la témérité du chirurgien.

Enfin, c'est encore à la suite d'une chute sur la région cervicale, que le sternum a été fracturé au même endroit que les deux précédens ; ici le déplacement était moins prononcé.

(La suite à un prochain numéro.)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

CAS EXTRAORDINAIRE DE CATALEPSIE, AVEC TRANSPORT DES SENS, OBSERVÉ A CAEN ; communiqué par le docteur DUVARD.

OBS. — Mlle Mélanie est née de parens qui ont toujours joui d'une bonne santé ; cependant une de ses sœurs aînées a succombé à la phthisie pulmonaire et une de ses jeunes sœurs est malade depuis longtemps.

Mlle Mélanie est elle-même fortement constituée et s'est toujours bien portée jusqu'à l'âge de 21 ans. Vers cette époque, elle fut atteinte d'une toux sèche avec douleurs dans la poitrine et céphalalgie ; toutefois ce ne fut que six mois plus tard qu'elle se trouva obligée de garder le lit. Elle eut dans le mois de janvier 1841 une pleurésie du côté droit qui la retint au lit pendant trois semaines, au bout desquelles elle se releva imparfaitement guérie. Depuis lors, elle a toujours continué de souffrir surtout dans le côté droit de la poitrine, et il y a eu d'abord diminution, puis suppression du flux menstruel.

Dans le mois de juillet 1841, je fus appelé pour la première fois à donner des soins à cette malade, qui alors offrait tous les signes d'un épanchement pleurétique (gêne de la respiration, toux sèche et fréquente, développement anormal du côté droit de la poitrine, son mat et absence de bruit respiratoire à la base de la poitrine, ægophonie). Cependant la malade avait beaucoup d'embonpoint ; son visage était frais comme dans l'état de santé et elle n'avait aucun mouvement fébrile.

Quelques applications de sangsues au haut des cuisses, et de vésicatoires sur le côté malade, produisirent un soulagement notable. Dès lors la malade, qui n'était pas retenue au lit, refusa de se soumettre à aucun traitement ; mais quelques semaines plus tard elle éprouva des crachemens de sang qui nécessitèrent deux saignées du bras. Bientôt après, les douleurs de la poitrine, de la tête et de l'estomac, devinrent de nouveau très intenses, et alors la famille de la malade fit appeler en consultation M. le docteur Vastel qui reconnut comme moi tous les signes d'un épanchement pleurétique. Un large séton fut appliqué à la base de la poitrine. La malade, qui déjà avait refusé plusieurs fois de se soumettre à cette opération, n'y consentit qu'avec beaucoup de difficulté, et elle en éprouva une forte irritation nerveuse qui augmenta les jours suivans ; ce que j'attribuai à ce que la plaie avait déterminé une vive inflammation des tissus environnans et ne suppurait point.

Six jours après l'application du séton, la malade qui, depuis quinze jours, n'avait eu aucune évacuation alvine, fut en quelque sorte forcée de prendre un lavement émollient, ce qu'elle avait toujours refusé de faire, malgré les instances de toutes les personnes qui l'entouraient. Quelques heures plus tard, Melle Mélanie, qui n'avait jamais eu d'attaque d'hystérie, en éprouva une d'une violence extrême qui dura plusieurs heures. Le jour suivant, elle prit trois gouttes d'huile de *croton tiglium* qui déterminèrent des évacuations abondantes, et le surlendemain elle se trouva soulagée et demanda à manger ; ce qu'elle n'avait pas fait depuis plusieurs jours. Quelques heures après l'ingestion des alimens, l'hystérie reparut avec une nouvelle violence ; et les jours suivans la malade en éprouva chaque jour deux ou trois accès, qui durèrent deux ou trois heures chacun ; les accès revenaient toujours après l'ingestion des alimens que la malade se faisait donner, malgré toutes les représentations qu'on lui faisait à ce sujet, et qu'elle mangeait avec avidité.

Le séton qui ne suppurait point et qui causait de vives douleurs fut supprimé huit jours après son application, sans que cette suppression eût aucun effet sur les accès d'hystérie, qui en général étaient plus ou moins longs et violens, suivant que la malade prenait plus ou moins d'alimens. Ces accès débutaient toujours de la même manière : la malade, après s'être plainte pendant quelque temps, plus qu'elle ne le faisait d'habitude, de douleurs de poitrine et de pesanteurs à l'estomac, poussait tout à coup quelques cris et se renversait le corps en arrière, comme dans l'opisthotonos, de manière à former un arc de cercle dont les extrémités formées par le sommet de la tête et la plante des pieds touchaient seules le lit. Elle restait pendant quelques minutes dans cette position qu'on ne pouvait lui faire quitter, malgré les plus grands efforts. Puis, si on ne la retenait, elle se jetait hors du lit et se roulait sur le parquet en poussant des cris et en se frappant la tête, la poitrine et l'estomac avec les poings, ou bien en se cognant la tête contre le parquet ou contre les meubles. Quelquefois elle se traînait sur les genoux et sur les coudes autour de la chambre avec une extrême rapidité jusqu'à ce que ses forces fussent complètement épuisées. Alors elle redevenait calme pendant quelques instans ; puis elle recommençait ses cris violens et ses mouvemens désordonnés, surtout quand elle entendait un bruit étranger, comme le son d'une porte fermée violemment, le bruit du tambour, les aboiemens d'un chien, etc. Souvent quand dans ses momens de calme les personnes qui l'entouraient chantaient des cantiques qu'elle savait par cœur, elle joignait sa voix aux leurs, sans paraître avoir la conscience de ce qu'elle faisait, et elle chantait alors avec plus de goût que dans ses momens lucides. Après avoir ainsi chanté, quelquefois pendant plusieurs heures, elle s'endormait, et quand elle se réveillait elle ne se rappelait pas ce qui lui était arrivé, et elle jouissait alors de toutes ses facultés.

Six jours après le début de l'hystérie, la malade fut tout à coup frappée de mutisme, et pendant les trois jours suivans elle ne put articuler une seule parole et fut obligée, dans ses momens lucides, d'écrire ce qu'elle désirait dire aux personnes qui avaient soin d'elle. Elle recouvra la parole le quatrième jour, à la fin d'un violent accès d'hystérie ; puis, comme après avoir prononcé quelques mots elle vit la surprise peinte sur tous les visages, elle éprouva un nouvel accès d'hystérie qui dura trois heures, et à la suite duquel elle tomba en catalepsie pour la première fois, le 30 août 1841.

A dater de cette époque, Mlle Mélanie eut chaque jour plusieurs attaques de catalepsie qui alternaient avec des accès d'hystérie, et qui duraient environ une demi-heure chacun. Dans ces accès de catalepsie, il y avait, chez la malade, insensibilité complète de toutes les parties du corps ; les membres prenaient facilement et gardaient les positions qu'on leur donnait, quelque fatigantes que fussent ces positions ; les mouvemens respiratoires étaient imperceptibles ; le pouls était à peine sensible à l'artère radiale, et le cœur, dont les contractions étaient très faibles, donnait de 60 à 70 pulsations par minute. Au bout de quelques jours, les accès de catalepsie devinrent plus longs et durèrent plusieurs heures chacun ; mais non sans interruption, car chaque fois que la malade toussait, ce qui avait souvent lieu toutes les dix ou douze minutes, elle exécutait quelques mouvemens : quelquefois elle se tournait dans son lit d'un côté sur l'autre, ou bien elle se mettait sur son séant ; d'autres fois fois elle sautait hors du lit, montait sur un des bouts, sans ouvrir les yeux, et se tenait en équilibre sur une jambe ou sur les deux ; ou bien elle traversait la chambre et allait monter sur quelque meuble où elle prenait ordinairement une attitude fatigante et cependant toujours gracieuse ; sa physionomie avait alors, comme presque toujours pendant l'état cataleptique, un air de douceur et de satisfaction. Elle gardait les attitudes qu'elle prenait ainsi jusqu'à ce qu'elle éprouvât un nouvel accès de toux, ou bien jusqu'à ce qu'on l'eût replacée dans son lit. Bien qu'en changeant ainsi de position elle eût toujours les yeux fermés, elle franchissait souvent des obstacles qu'elle n'eût même pas essayé de franchir dans son état naturel, et jamais elle ne se blessait, bien qu'elle n'atteignît pas toujours le but qu'elle s'était proposé. Un jour, elle quitta son lit pendant un accès de toux, et, se précipitant vers une fenêtre, elle l'ouvrit avant qu'on eût pu l'en empêcher ; mais, au moment qu'elle se disposait à sauter par cette fenêtre, qui était située au deuxième étage, la toux cessa, et la malade retomba immobile dans l'état cataleptique, avec un pied posé hors de la fenêtre et l'autre sur le parquet. Elle resta dans cette position jusqu'à ce qu'on l'eût prise pour la reporter dans son lit.

On pouvait prévoir la fin de chaque accès de catalepsie par le retour des mouvemens respiratoires, qui devenaient graduellement plus marqués qu'au moment où la malade ouvrait les yeux et recouvrait l'intelligence.

On pouvait également prédire le retour des accès d'hystérie en observant le visage de la malade ; car le menton et la lèvre inférieure étaient agités de mouvemens convulsifs pendant quelques secondes, ou même une minute avant le commencement de chaque accès.

Lorsque les accès d'hystérie ou de catalepsie cessaient, et que la malade ne passait pas d'un de ces états dans l'autre, elle recouvrait toutes ses facultés et ne se plaignait que de fatigue et de ses douleurs habituelles. Quelquefois, en sentant ses douleurs, elle regrettait de n'être plus dans l'état cataleptique, pendant lequel elle ne souffrait point ; d'autres fois elle se plaignait de ce qu'elle passait son temps à dormir au lieu de travailler. Souvent, quand l'état cataleptique cessait pendant la nuit, elle se levait et travaillait pendant plusieurs heures à quelqu'ouvrage de tapisserie ou de broderie. Alors, quand les personnes qui étaient auprès d'elles s'endormaient, et qu'elle pouvait s'emparer des clefs, elle parcourait la maison pour chercher des alimens, qu'elle avalait avec avidité, bien qu'elle sût que cela rendrait ses attaques plus longues et plus violentes.

Pendant huit jours, les attaques ordinaires d'hystérie cessèrent presque complètement, et furent remplacées par des accès d'anhélation qui duraient environ une demi-heure chaque fois, et qui me parurent être produits par les contractions spasmodiques du diaphragme. Pendant ces accès, la malade respirait de 80 à 100 ou même 110 fois par minute, ce qui la fatiguait beaucoup plus que les au-

tres mouvemens convulsifs; le pouls donnait alors presque toujours de 60 à 70 pulsations par minute.

Cinq semaines après le début de la catalepsie, Mlle Mélanie eut plusieurs attaques de somnambulisme naturel. Elle se levait sans ouvrir les yeux, se promenait dans sa chambre, rangeait les meubles, les ouvrait pour chercher les clefs des portes, qu'elle s'efforçait d'ouvrir, entrait en conversation avec les personnes présentes et répondait aux questions qu'on lui adressait, souvent avec plus de vérité qu'elle ne l'eût fait dans l'état de veille; car, quand on lui rappelait plus tard ce qu'elle avait dit, elle se plaignait de ce qu'on avait surpris ses secrets. Un soir, elle se leva pendant un de ces accès, parcourut la chambre pendant quelque temps, puis se coucha sur le parquet. Quand on l'eut replacée dans son lit, elle s'écria : « Oh! la belle promenade! quelle belle campagne! Comme j'étais bien couchée sur l'herbe! que c'était doux! etc. » Après être restée pendant plusieurs heures dans l'état de somnambulisme, elle retombait dans l'état cataleptique, qui se distinguait de l'autre état par l'absence apparente de la respiration et le silence de la malade.

Le 12 octobre, quelques jours après les premiers accès de somnambulisme, je trouvai, à ma visite du matin, Mlle Mélanie dans l'état cataleptique, et ayant alors porté la main à la région épigastrique, j'observai que son visage prenait une expression de douleur. J'appuyai alors la bouche sur le creux de l'estomac, et j'adressai à la malade plusieurs questions auxquelles elle répondit juste, à ma grande surprise; car, bien que j'eusse lu la plupart des faits de ce genre consignés dans les annales de la science, je n'y avais pas ajouté foi, et j'avais supposé que les auteurs qui les avaient raconté s'étaient laissé tromper ou avaient voulu en imposer à leurs lecteurs. Dans cette première séance, je fis, pendant une heure et demie, de nombreuses expériences, desquelles je crus pouvoir conclure qu'il y avait transport des cinq sens à l'épigastre. Toutes les expériences que je fis dans cette première séance et dans les trois suivantes, afin de m'assurer si la paume des mains et la plante des pieds ne jouissaient point de la même sensibilité que le creux de l'estomac, ne produisirent aucun résultat, et cependant, deux jours plus tard, ces régions devinrent également sensitives. Dans la soirée du même jour, je fis, pendant trois heures, de nouvelles expériences, auxquelles assistèrent plusieurs personnes qui ne furent pas moins surprises que moi des résultats obtenus. Enfin, pendant deux mois, j'ai renouvelé tous les jours, et souvent plusieurs fois par jour, ces expériences, dont j'ai varié la forme autant que j'ai pu; je les ai faites en présence de nombreux témoins, et en m'entourant de toutes les précautions que j'ai pu croire nécessaires pour empêcher que la malade ne me trompât, bien que je considérasse la plupart de ces précautions comme inutiles, puisque je ne pouvais soupçonner que Mlle Mélanie eût l'intention de m'en imposer. C'était une jeune personne très pieuse, qui avant sa maladie n'avait jamais entendu parler de catalepsie ni de magnétisme animal, et qui, quand on lui a parlé de ce dernier agent comme d'un moyen propre à la guérir, en lui expliquant ce que c'était, a toujours dit que c'était de la *bêtise*. Ce sont les résultats de ces expériences que je vais exposer par ordre.

Chez cette cataleptique, les muscles du tronc et des membres ont présenté trois états différens pendant les accès; tantôt il y avait résolution complète de toutes les parties du corps, qui prenaient facilement les positions qu'on leur donnait, et les gardaient, quelque bizarres et fatigantes que fussent ces positions. C'est ce qui arrivait le plus fréquemment, et c'est le seul état qu'on ait observé pendant le premier mois de la maladie. La malade étant alors couchée sur le dos, on pouvait lever ses jambes de manière à ce qu'elles fussent à quelque distance du lit, et elles restaient dans cette position sans être appuyées sur rien; on pouvait en faire autant pour les bras et la tête. Si l'on enlevait la malade hors de son lit, et qu'on la plaçât debout sur le parquet, elle restait dans la position qu'on lui donnait, soit sur les deux jambes ou sur une seule, avec les bras levés en l'air ou tendus horizontalement. Quand la malade était dans cet état, ses yeux étaient toujours fermés, mais il était facile de les ouvrir.

D'autres fois, tous les muscles étaient contractés de telle sorte que toutes les parties du corps avaient une raideur tétanique qu'on ne pouvait vaincre malgré les plus grands efforts. Les yeux étaient alors ouverts et fixes, mais on pouvait facilement les fermer; la langue était sortie de la bouche et serrée entre les dents; on ne pouvait la faire rentrer qu'en pressant le nez pendant quelque temps, afin d'obliger la malade à respirer par la bouche.

Enfin, dans quelques circonstances, il y avait résolution complète de tous les muscles, et l'on pouvait, comme dans le premier cas, donner à toutes les parties du corps telle position qu'on voulait; mais aussitôt qu'on les abandonnait, elles obéissaient aux lois de la pesanteur.

La sensibilité était nulle dans les tégumens et les parties sous-jacentes, pour toutes les parties du corps, excepté le creux de l'estomac, la paume des mains et la plante des pieds. Ainsi, on pouvait pincer la peau, y enfoncer des épingles, arracher des cheveux, presser la racine des ongles, titiller les ailes du nez, les lèvres et les oreilles, etc., sans que la malade indiquât par aucun signe qu'elle sentait ce qu'on faisait. Si, au contraire, on touchait, même avec les barbes d'une plume, le creux de l'estomac, la paume des mains ou la plante des pieds, la malade retirait aussitôt la partie touchée, et son visage indiquait que cela lui déplaisait. Toutefois, il n'en était pas ainsi quand il y avait raideur des diverses parties du corps, car alors elle ne pouvait exécuter aucun mouvement. Si l'on plaçait le bouton d'une bouteille de Leyde chargée sur les parties sensitives, la malade faisait un violent saut, et quelquefois elle se réveillait momentanément; mais elle restait immobile quand on déchargeait la bouteille sur toute autre partie du corps.

Le sens de l'ouïe paraissait nul quand on cherchait à exciter l'oreille; ainsi, quelque bruit qu'on fît près de la malade, et même contre ses oreilles, rien n'indiquait qu'elle entendît; tandis que si l'on agitait une sonnette sur une des régions sensitives, son visage faisait voir qu'elle entendait ce bruit. Si on lui parlait en posant les lèvres sur une de ces parties, elle entendait tout ce qu'on lui disait, même quand on parlait assez bas pour que les paroles ne pussent arriver jusqu'à ses oreilles. Elle répondait alors à toutes les questions qu'on lui adressait, et sa voix était toujours tellement basse, que souvent la personne qui lui parlait ne pouvait saisir ses paroles; il fallait qu'une autre personne mît l'oreille contre ses lèvres pour pouvoir l'entendre. Dans la plupart des cas, la personne chargée de recueillir les réponses de la malade les répétait à haute voix sans savoir les questions demandées. Il n'était pas nécessaire, pour que la malade entendît ce qu'on lui disait, qu'il y eût contact immédiat entre les lèvres de la personne qui lui parlait et la région sensitive à laquelle cette personne s'adressait : souvent j'ai fait usage d'un long bâton, d'une verge de fer, placés comme conducteur du son entre ma bouche et le pied de la malade, qui m'entendait très bien, quoique je parlasse souvent tellement bas que les personnes situées entre la tête de la malade et moi ne pouvaient entendre ce que je disais. De même si, tenant une de ses mains dans une des miennes, de manière à ce que la paume d'une main fût en contact avec celle de l'autre, je lui parlais en appuyant la bouche sur mon bras, elle entendait ce que je disais; mais elle ne m'entendait pas quand je répétais l'expérience en appuyant les lèvres sur le bras du côté opposé de mon corps. La même chose avait lieu quand c'était une autre personne qui lui parlait en posant les lèvres alternativement sur chacun de mes bras.

Les réponses que faisait Mlle Mélanie aux questions qui lui étaient adressées pendant qu'elle était dans l'état cataleptique étaient pour le moins aussi justes que celles qu'elle aurait pu faire si elle eût été éveillée, souvent même elles l'étaient davantage; car il semblait qu'alors sa mémoire fût meilleure; mais jamais aucune de ces réponses n'a indiqué que la malade eût cette clairvoyance que quelques magnétiseurs attribuent à leurs compères somnambules. Si l'on chantait en approchant les lèvres d'une des parties sensitives, ou qu'on jouât d'un instrument tel que le flageolet, dont on pouvait appuyer l'extrémité dans le creux de la main, son visage rayonnait de joie, et elle disait que cela lui faisait beaucoup de plaisir.

Ce n'était que quand il y avait résolution des membres que la malade parlait ainsi pendant ses accès; car, quand il y avait raideur tétanique, la langue et les autres organes qui servent à la parole ne pouvaient exécuter aucun mouvement. La malade disait à la fin de ses accès qu'elle avait entendu ce qu'on lui disait, bien qu'elle ne se rappelât pas ce que c'était; mais qu'elle n'avait pu répondre.

Le goût et l'odorat étaient nuls quand on cherchait à stimuler les organes au moyen desquels ces deux sens s'exercent habituellement; mais ils étaient très développés dans les régions sensitives. Ainsi on pouvait mettre sur la langue des objets sapides d'un goût agréable ou désagréable sans que rien indiquât que la malade les goûtait; et l'on pouvait remplir les narines de tabac, d'assa fœtida, ou placer sous le nez un flacon d'éther, de vinaigre radical, d'ammoniaque concentrée, sans qu'elle fît aucun mouvement. Si, au contraire, on plaçait sur une des régions sensitives une petite quantité d'un corps sapide, la malade en percevait la saveur presque immédiatement, et son visage indiquait si c'était de son goût ou non.

Lorsqu'on la questionnait sur la nature du corps ainsi soumis à son examen, elle le nommait si elle le connaissait, et disait que c'était bon ou mauvais; si elle ne le connaissait pas elle indiquait l'effet produit sur les organes du goût. Ainsi lui ayant mis plusieurs fois dans la main des pastilles de gingembre qu'elle ne connaissait point, elle me dit toujours que c'était mauvais, que cela lui brûlait la langue et la gorge, ce qui la faisait tousser. Dans la même séance, elle a reconnu successivement et nommé des sirops diacodes, de vinaigre, de gomme et de capillaire, du vin, de l'eau, de l'eau sucrée, de l'eau de fleurs d'oranger, de l'eau de Sedlitz, une potion éthérée, de la gelée de groseille, etc., bien que pour chaque expérience je ne misse qu'une ou deux gouttes de chaque liquide dans le creux de sa main. Elle reconnaissait de même au goût les corps solides surtout quand ils étaient légèrement mouillés et elle semblait les savourer avec plaisir quand ils étaient de son goût, tandis qu'elle faisait la grimace lorsqu'il en était autrement.

Si l'on plaçait quelques grains de tabac sur la plante du pied ou dans la main, elle éternuait presque aussitôt; elle distinguait fort bien de cette manière le tabac de la régie du tabac anglais, bien qu'elle eût rarement senti l'un ou l'autre. Lorsqu'on plaçait contre la plante du pied le goulot d'un flacon d'ammoniaque, elle se plaignait de la mauvaise odeur qui, presque aussitôt, la faisait tousser, tandis qu'elle restait immobile si l'on versait quelques gouttes du liquide sur la jambe, même quand on l'y laissait assez longtemps pour produire la vésication de la peau.

Bien que les résultats de mes premières expériences m'eussent porté à croire qu'il y avait chez Mlle Mélanie transport de la vision aussi bien que des autres sens, je me suis ensuite convaincu qu'il n'en était pas ainsi, et que ce que j'avais d'abord considéré comme l'effet de la vision n'était que le résultat d'une sensibilité tactile excessivement développée.

Lorsqu'on écartait les paupières et qu'on touchait le globe oculaire, les paupières cherchaient à se rapprocher, et si, pendant qu'elles étaient écartées, on approchait une lumière de l'œil, l'iris se contractait légèrement. Cependant rien n'indiquait que la malade vît ce qui l'entourait, et l'on pouvait menacer de frapper l'œil avec un instrument quelconque sans déterminer aucun mouvement. Dans les accès avec raideur tétanique, les paupières et l'iris restaient immobiles, même quand on approchait de l'œil une vive lumière.

Si l'on plaçait un objet quelconque sur une des régions sensitives et qu'on demandât à la malade si elle voyait cet objet, elle répondait que oui, et presque toujours elle nommait cet objet quand elle le connaissait, ou bien elle le décrivait assez exactement quand c'était un objet inconnu pour elle. Ainsi, elle reconnaissait toujours une montre placée au creux de l'estomac ou dans la main; elle disait, sans jamais se tromper, si cette montre était d'or ou d'argent, si elle marchait ou si elle était arrêtée. Quand on lui demandait quelle heure il était à cette montre, elle répondait assez juste quant à l'heure de la journée qu'elle savait toujours, même quand elle était dans l'état cataleptique depuis plusieurs heures; mais elle se trompait toujours quand on dérangeait les aiguilles de la montre, de manière à ce qu'elles ne marquassent pas l'heure de la journée. Elle reconnaissait et nommait toutes les pièces de monnaie qu'on plaçait dans sa

main; mais elle ne pouvait dire au règne de quel souverain appartenaient ces pièces. Elle distinguait un morceau de soie d'un morceau de drap, mais elle ne pouvait indiquer la couleur de ces tissus. Dans la seconde séance de mes expériences, elle réussit, après s'être longtemps plainte que cela la fatiguait de lire, à épeler le mot *commerce*, écrit en gros caractères et placé au creux de l'estomac; mais dans les expérience suivantes elle ne put jamais distinguer les lettres de l'alphabet écrites séparément et placées successivement sur une des régions sensitives.

Si on lui demandait combien de personnes il y avait dans sa chambre, elle répondait juste, et nommait ces personnes si elle les connaissait, même lorsque plusieurs d'elles étaient arrivées depuis le début de l'accès; mais elle se trompait souvent quand on lui disait d'indiquer la position et l'occupation de chacune de ces personnes. Toutes les fois que je lui ai demandé si elle voyait le siége de son mal, si elle pouvait le décrire et indiquer ce qu'il fallait faire pour la guérir, elle m'a répondu que non et que c'était mon affaire et non la sienne, que je devais mieux connaître qu'elle la nature de sa maladie, etc.

Effets du traitement. — Les saignées par la lancette, les sangsues et les ventouses scarifiées ont souvent soulage la malade, en calmant la toux et les douleurs de poitrine, de tête, etc.; mais les accidens nerveux ont toujours plutôt augmenté que diminué après les pertes de sang.

Les vésicatoires volans ont toujours calmé la toux et les douleurs de poitrine, à tel point que probablement la malade se serait rétablie si elle avait voulu continuer d'en faire usage.

Les purgatifs et l'émétique ont calmé les douleurs de l'estomac, toutes les fois que la malade a consenti à en faire usage. A la suite des évacuations alvines et des vomissemens, les accés d'hystérie et de catalepsie ont toujours été moins fréquens et moins longs pendant quelques jours. Jamais la malade n'a voulu faire usage de lavemens; il a toujours suffi de lui dire qu'il était nécessaire de le faire pour déterminer un accès d'hystérie.

Les anti-spasmodiques et les narcotiques n'ont jamais produit aucun soulagement, même momentané. Ces derniers ont été administrés par la bouche et par la méthode endermique.

J'ai cherché à magnetiser la malade, et dans les trois premières séances j'ai cru que j'avais reussi par ce moyen à arrêter les accès d'hystérie. Elle s'est endormie, et a resté dans cet état pendant plusieurs heures chaque fois; mais dans les séances suivantes tous mes efforts ont été inutiles, et je n'ai pu obtenir aucun effet.

L'électricité a paru donner des résultats plus avantageux, quant à l'affection nerveuse, que tous les autres moyens employés. Je me suis surtout servi pour développer cet agent de la machine électro-magnétique de Clarck. Quand la malade, plongée dans l'état cataleptique, tenait les deux pôles dans ses mains, elle éprouvait des secousses bien moins fortes que celles qu'elle eût éprouvées dans l'état de santé. Cependant ces secousses suffisaient toujours pour la réveiller momentanément au bout de quelques minutes; elle rejetait alors les pôles et retombait dans l'état cataleptique, ce qui permettait de recommencer l'expérience, et après s'être reveillée ainsi plusieurs fois, elle finissait par recouvrer toutes ses facultés au bout d'une demi-heure environ. A dater du premier jour où la malade fut ainsi soumise au traitement par l'électricité, ses accès d'hystérie et de catalepsie, les derniers surtout, devinrent moins fréquens et moins longs, et trois semaines plus tard, elle fut quelquefois 24 heures sans éprouver aucun accès. Dans le mois de décembre, elle se trouva assez bien pour retourner chez ses parens, qui demeurent à douze lieues de Caen. Toutefois, quant à la toux et aux douleurs de poitrine, elle était alors à peu près dans le même état que six mois auparavant.

Etat actuel. Mlle Melanie qui, depuis trois mois qu'elle est de retour dans sa famille, a refusé de se soumettre à aucun traitement, est, m'a-t-on dit, à peu près dans le même état que quand elle a quitté Caen. Elle est toujours tourmentée par la même toux sèche et fréquente, par des douleurs dans le côté droit de la poitrine et par des maux de tête. Son estomac digère mieux les alimens, ce qui tient sans doute à ce qu'elle fait de l'exercice à cheval et en voiture. Elle conserve son embonpoint et son visage frais. Les attaques d'hystérie et de catalepsie sont beaucoup moins fréquentes; toutefois il suffit que la malade éprouve quelque contrariété ou quelque autre émotion un peu vive pour que ces attaques reparaissent. Elle y est surtout sujette aux époques du flux menstruel, qui, après avoir été supprimé pendant plusieurs mois, a reparu, bien qu'en petite quantité.

Cette observation, curieuse en ce qu'elle offre un exemple bien constaté de catalepsie, avec transport des sens, est encore intéressante sous d'autres points de vue :

1° La malade, bien qu'atteinte depuis quinze mois d'une pleurésie chronique avec dysménorrhée, et même aménorrhée, n'a point perdu ses couleurs, n'a pas maigri et est sans fièvre.

2° Il y a toujours eu un rapport constant entre l'état du tube digestif et les symptômes nerveux. Ceux-ci ont eu d'autant plus d'intensité que la constipation s'est prolongée pendant un plus long espace de temps, et ils ont au contraire diminué toutes les fois que la malade a consenti à faire usage de purgatifs. C'était surtout quand l'estomac était plein que les accès d'hystérie étaient plus violens. Il parait que la digestion stomacale était très lente, car plusieurs fois la malade a vomi des alimens ingérés depuis quarante-huit heures, et qui n'avaient presque pas subi d'altération.

3° L'état cataleptique cessait momentanément toutes les fois que la toux réveillait la douleur du côté droit de la poitrine, ce qui montre que les organes internes n'étaient pas, comme les organes externes, privés de la sensibilité.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 30 MAI.

CONTAGION DU CANCER.

M. Manec, chirurgien de la Salpétrière, écrit à l'Académie pour lever un doute qui a pu rester dans quelques esprits relativement au travail de M. Tanchou sur la contagion du cancer, lu dans la dernière séance (v. Gaz. Méd., n. 22, p. 349). Les expériences d'inoculation que rapporte ce médecin ayant été faites à la Salpétrière, M. Manec craindrait qu'on ne pensât qu'il les a autorisées, et il croit devoir déclarer positivement qu'il ne s'est prêté à aucun essai de ce genre dans son service.

STRUCTURE ET FONCTIONS DE LA RÉTINE.

On sait qu'Euler attribuait la diversité des couleurs des corps à la diversité des vibrations que ces corps étaient supposés imprimer à la lumière, à peu près comme cette différence entraînait celle des sons. M. Melloni, reprenant cette théorie, et remarquant que le rayon jaune est toujours la couleur la plus visible, a été amené à conclure que la rétine doit être colorée en jaune. En effet, outre la tache de Sœmering qui présente manifestement cette coloration, il dit avoir constaté que le reste de la membrane a aussi une teinte jaune. Il est vrai que cette coloration diminue avec les progrès de l'âge; mais il est remarquable qu'au fur et à mesure de cette dégradation de teinte le cristallin devient d'un jaune ambré, de sorte que les conditions de la réfraction des rayons à travers les milieux de l'œil, demeurent toujours à peu près les mêmes.

M. Roux rappelle que M. Melloni explique la couleur jaune de la tache de Sœmering, en disant qu'elle résulte d'une plicature plusieurs fois répétée de la rétine, dont la coloration propre deviendrait ainsi plus prononcée dans ce point.

FONCTIONS DU CRISTALLIN DANS LA VISION.

M. Adda commence par établir que la cornée ne change point de courbure pour la vue à diverses distances. Il annonce ensuite avoir reconnu que le cristallin conserve le même foyer, soit que les rayons lumineux lui arrivent parallèles, soit qu'ils tombent sur lui divergens ou convergens. Pour constater ce fait, il a placé dans un tube noirci un cristallin de bœuf, de manière à le faire devenir l'objectif d'une lunette, et il a trouvé que le foyer restait le même lorsqu'on regardait des objets éloignés ou rapprochés. On savait bien, dit à ce sujet M. Arago, que le cristallin n'a pas la même densité dans toute son étendue, et l'on pensait que cette disposition avait pour but de corriger l'aberration de sphéricité résultant de la réfraction trop considérable des rayons qui le traversent dans le voisinage de sa circonférence. Les expériences de M. Adda ne permettraient plus de conserver cette explication.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 31 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. FOUQUIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

ÉLECTIONS DE L'ACADÉMIE.

MM. Poiseuille, Malgaigne et Bayle écrivent pour se porter candidats à la place vacante dans la section d'anatomie et de physiologie. (C'est par erreur que notre dernier numéro annonçait cette vacance dans la section d'anatomie pathologique.)

M. Nacquart : Je crois qu'il serait convenable d'ouvrir le plus tôt possible la tribune à ceux de MM. les candidats qui voudraient lire des mémoires; et cela dans leur intérêt comme dans celui de l'Académie. La proposition faite dans la dernière séance par M. Bousquet au sujet de l'ordre à introduire dans ces lectures méritait toute notre attention; et il serait fâcheux qu'elle eût été rejetée à tout jamais par un ordre du jour brusque et non motivé. Je pense que l'Académie pourrait revenir sur la décision qu'elle a cru devoir prendre à cet égard; car, comme l'a bien exprimé M. Double, l'accueil qu'on a fait à cette proposition a été justifié plutôt par sa forme, peut-être un peu extra-réglementaire, que par la nature même des mesures qu'elle conseillait.

RÉPRESSION DU CHARLATANISME.

M. Royer-Collard : J'ai eu l'honneur de soumettre à l'Académie, dans sa séance de mardi dernier, une proposition tendant à établir, dans le sein de cette compagnie, une commission spécialement chargée de veiller à exécution des lois relatives à la médecine et à la pharmacie, de rechercher les cas dans lesquels ces lois peuvent être enfreintes, et de déférer au besoin les délits de ce genre à l'autorité compétente, dans le but d'en obtenir la répression.

Cette proposition me semble digne, au plus haut degré, de l'attention de l'Académie. Improvisée, en quelque sorte, dans le courant d'une discussion rapide,

j'ai dû la reprendre dans le silence, l'examiner de nouveau, et la mûrir par la réflexion, afin de lui donner tous les développemens qu'elle comporte, et de la rédiger en termes nets et précis.

Tel est l'objet de la note dont je viens vous donner lecture. Le charlatanisme, vous le savez, est la plaie honteuse de notre profession. Jamais, peut-être, il ne s'est produit avec plus d'impudence, et d'une manière plus dangereuse, qu'à l'époque actuelle, au milieu de cet esprit général de spéculation, qui s'est répandu de toutes parts dans la société et jusque dans les professions les plus libérales. De là, cette indignation unanime des hommes honnêtes, ces réclamations incessantes adressées au pouvoir, cette ardeur à implorer des lois nouvelles, protectrices de la santé publique et de la dignité médicale.

Nous vivons, en effet, dans un pays et dans un temps où la lâcheté des mœurs et la paresse des esprits ont créé la funeste habitude de remédier toujours à tout par des lois. On se décharge ainsi sur le gouvernement de la responsabilité qu'on ne veut pas prendre dans ses propres affaires; on s'abandonne soi-même; on abdique ses droits en renonçant à ses devoirs; et l'on énerve la puissance légale, en la réduisant à n'être plus qu'un instrument temporaire de défense, inventé par le caprice, si ce n'est par la tyrannie des opinions.

En 1826, un projet de loi fut présenté à la chambre des pairs, dont les art. 9 et 10, inscrits sous le titre II, instituaient *des chambres de discipline, composées de docteurs en médecine et de pharmaciens de première classe, et ayant pour fonction de surveiller l'exercice des diverses professions médicales, de réprimander et censurer quiconque aurait commis des fautes tendant à priver sa profession de l'estime publique, de dénoncer enfin aux tribunaux les faits qui seraient de nature à donner lieu à des poursuites judiciaires, conformément aux lois existantes.* Le même projet de loi, considérant que la discipline de corps, souvent trop sévère, parfois même injuste et vexatoire, pouvait entraîner des abus graves, surtout dans de petites localités, réservait aux individus censurés la faculté d'appeler aux cours royales des décisions des chambres de discipline.

Un cri général s'éleva contre ce projet. On ne voulut pas, et avec raison, confier à des médecins, quels qu'ils fussent, le pouvoir de frapper ainsi d'autres médecins d'une manière si sensible dans l'exercice de leur profession. Le projet de loi ne fut point présenté à la chambre des députés.

Depuis lors, plusieurs commissions, instituées près des divers ministères, ont été chargées d'élaborer et de préparer d'autres projets de même nature. J'ai été appelé trois fois, depuis 1834, à faire partie de semblables commissions, et trois fois, en qualité de chef de la division des sciences et des lettres au ministère de l'instruction publique, j'ai rédigé, non seulement les articles de ces projets de loi, mais l'exposé des motifs qui devaient fournir matière à la discussion des chambres. A peine ce travail était-il terminé qu'un nouveau ministre venait remplacer celui qui avait fait une étude approfondie de la question; plusieurs n'étaient pas d'avis d'une nouvelle loi; il fallait donc ajourner toute espérance, et ainsi d'ajournemens en ajournemens nous sommes restés jusqu'à ce jour sous l'empire de la législation, déjà ancienne, qui a réglé, à diverses époques, l'exercice de la médecine et de la pharmacie.

Le dernier de ces projets de loi, rédigé en 1837, s'occupait particulièrement des moyens de réprimer les désordres causés par le charlatanisme. On avait renoncé à l'institution des chambres de discipline; mais les art. 42, 43, 44, 45 et 46 disposaient :

1° *Qu'il serait créé dans chaque chef-lieu de département, ou dans toute autre ville désignée par l'administration, un comité consultatif, composé de docteurs et de pharmaciens, sous le nom de collège de médecine;*

2° Que ce comité *serait chargé*, entre autres fonctions, *de rechercher les infractions aux lois concernant la médecine et la pharmacie, et de les déférer au ministère public.*

Je n'entreprendrai pas, Messieurs, d'examiner quelle peut être la valeur de ces diverses propositions; je vous épargne aussi ces lamentations, tant de fois reproduites, sur l'abandon où nous sommes laissés, sur les retards apportés à l'établissement d'une constitution meilleure. J'en éprouve d'ailleurs, je l'avoue, un médiocre chagrin, convaincu, comme je le suis, qu'il y a plus à perdre qu'à gagner dans cette perpétuelle fabrication de lois nouvelles.

Où a-t-on vu qu'une loi, en réprimant des abus, ait jamais corrigé les mœurs? Ce sont les mœurs, au contraire, qui font les lois, ou plutôt qui en dispensent; vous aurez toujours assez de lois, si vous avez assez de courage et de véritable probité. Cependant, où en sommes nous, Messieurs, à cet égard? Nous déclamons avec plus ou moins d'éloquence contre les envahissemens du charlatanisme; nous accusons l'inertie du gouvernement qui les tolère, le silence des Codes qui garantit leur impunité; mais nous-mêmes que faisons-nous? Aide-toi, dit-on, le ciel t'aidera! Eh bien! en quoi nous aidons-nous, dans ce naufrage qui engloutit, avec les intérêts de la société, l'honneur de notre profession? J'irai plus loin : sommes-nous tous et toujours parfaitement irréprochables? Parcourez ces ignobles colonnes qui terminent nos journaux quotidiens, ces lettres, ces prospectus, distribués par milliers d'un bout à l'autre de la France; n'y voyez-vous pas à chaque instant des certificats laudatifs délivrés et signés, il faut le dire, par les médecins les plus recommandables? Comment voulez-vous que le public ne soit pas dupe, en présence de ces noms qu'il a justement appris à considérer? Et que ne dirais-je pas, si je voulais montrer le charlatanisme partout où il se glisse, caché sous toutes les formes, tantôt couvert du voile de la science, tantôt affectant les dehors d'une austère rudesse, dans la profession elle-même, dans l'enseignement, dans les cours et, j'ajoute tout bas, jusque dans les Académies? Puis, quand on a ainsi breveté le mensonge et l'ignorance, quand on s'est rendu le complice volontaire ou involontaire de pareilles manœuvres, on vient gémir au milieu de nous et déplorer, avec une abondante philantropie, les maux causés par les charlatans et l'activité désolante de leur industrie!

Cessons-donc, il en est temps, ces plaintes amères et stériles. Au lieu d'appeler la terre et le ciel à notre secours, commençons par nous protéger nous-mêmes; au lieu d'attendre passivement cette législation promise, qui ne viendra jamais, ou qui ne viendra que pour ne rien produire, cherchons si, sans sortir de la législation présente qui nous gouverne, nous ne pouvons pas, dès ce moment, trouver dans cette législation elle-même des moyens pour nous préserver, ou du moins, des armes pour nous défendre.

Tout citoyen, Messieurs, a le droit d'en appeler aux tribunaux de l'inexécution des lois qui protègent la société et les individus. Celui qui éprouve un dommage dans sa propriété ou dans son honneur a le droit de poursuivre l'auteur ou les auteurs de ce dommage. Il serait licite, par conséquent, à tout médecin, de porter plainte contre les hommes qui, au mépris des lois existantes, déshonorent la profession médicale par des délits que ces lois déclarent punissables. Toutefois, il y a quelque chose qui répugne à la délicatesse d'un homme qui se respecte, dans cet exercice individuel du droit de poursuite, dans cette dénonciation, qui pourrait sembler dictée par la jalousie ou par l'intérêt personnel. Mais, ce qu'un homme ne ferait pas, une réunion d'hommes honorables ne peut-elle le faire, sans ressentir les mêmes scrupules, sans encourir les mêmes soupçons? L'association de prévoyance des médecins de Paris, il faut l'en louer et l'en remercier, a déjà donné, en ce sens, un salutaire exemple, en exprimant, d'un commun accord, l'intention de veiller à ce qu'aucune atteinte ne puisse être portée impunément à la dignité de la profession médicale. Maintenant, je le demande, est-il une société plus naturellement, plus légitimement appelée à remplir une tâche si utile, que l'Académie royale de médecine; c'est-à-dire la première société médicale du royaume, composée de médecins, de pharmaciens, de vétérinaires, tous choisis parmi ce qu'il y a de plus éminent par la réputation ou par le talent, élevés par leur position même au-dessus des petites passions, dépositaires, enfin, du double intérêt de la profession et de la science? Est-ce assez de dire que l'Académie possède ce droit et qu'il est juste qu'elle l'exerce? Ne dois-je pas ajouter que c'est un devoir pour elle d'employer ainsi, au profit de tous, l'autorité morale et scientifique qu'elle tient de son institution même, et mieux encore, de l'estime et de la considération publiques?

Je ne pense pas que ces principes puissent être contestés. Dès-lors, il ne s'agit plus pour nous que de les appliquer, de les mettre à exécution.

Ici, Messieurs, de graves considérations doivent arrêter un moment vos esprits. Il faut prendre garde qu'un zèle trop précipité ne nous entraîne à des mesures irréfléchies et à des démarches que n'avoueraient pas la prudence et la justice.

Avant tout, déterminons quels cas spéciaux seraient de nature à motiver l'intervention de l'Académie.

Un premier genre de cas se présente d'abord si naturellement à l'esprit, que je ne puis concevoir comment l'Académie ne s'en est point encore inquiétée. Un grand nombre d'individus annoncent en public, étalent ou débitent des médicamens, des cosmétiques, des instrumens même, qu'ils déclarent faussement avoir été approuvés par l'Académie. Cette imposture est écrite en grosses lettres sur leurs prospectus, leurs affiches, leurs bouteilles. Non seulement ces charlatans violent la loi, en ne se soumettant pas aux formalités qu'elle exige; non seulement ils trompent le public et la justice; mais, faites-y bien attention, ils vous diffament, ils vous calomnient; ils vous associent à leurs indignes spéculations, et ils s'en vont, jusqu'aux extrémités du monde civilisé, colportant audacieusement, avec leur marchandise, l'insolent mensonge de votre prétendue approbation. Voilà pourtant ce que vous souffrez! Parce que vous êtes un corps, est-ce donc à dire que vous ne feriez pas, contre de telles insultes, ce que ferait, à coup sûr, le moindre individu? Quel est celui d'entre vous qui ne se croirait pas personnellement outragé, qui n'aurait pas recours immédiatement à la justice, si l'on se servait ainsi de son nom pour favoriser le débit d'une drogue qui lui serait inconnue? J'insiste donc sur ce cas particulier; je vous supplie d'y réfléchir. Si la proposition que je vous adresse aujourd'hui n'était pas relative à une mesure d'ordre général, si elle n'avait pas pour but un système de conduite que je crois nécessaire dans son ensemble, le point de vue que je viens de vous signaler devrait encore vous être présenté isolément, et recommandé fortement à votre attention; il mériterait, à lui seul, de devenir le sujet de vos délibérations. Et ne croyez pas, Messieurs, que ce soit une affaire d'une légère importance; je vous parle ici en connaissance de cause; j'affirme que ce délit, auquel je donne le nom de diffamation envers l'Académie, se reproduit fréquemment, et que sa répression serait un coup terrible pour le charlatanisme, en même temps qu'une juste réparation des atteintes portées à votre honneur.

Je ne m'arrête pas, toutefois, à cette seule considération; je crois que l'Académie a d'autres soins à prendre que ceux de sa défense personnelle. Tout médicament qui n'a point été autorisé par suite d'une approbation de l'Académie doit être saisi; l'annonce de ce médicament doit être interdite. Voilà encore un nombre de cas très considérable. Sachez les empêcher, et vous aurez diminué de moitié les annonces, leur scandale et leurs dangers. Je sais quelle est, dans quelques-uns de ces cas, l'insuffisance des peines, et quel dédain elles inspirent à ces misérables qui, calculant tout, hors l'honneur, ne voient dans des procès de ce genre qu'une balance de profits et pertes, où le bénéfice de la publicité compense largement pour eux le dommage de la condamnation. Mais, quelles que soient les peines, fortes ou faibles, encore faut-il qu'elles soient appliquées, qu'elles le soient autant de fois que l'exigeront les récidives, et qu'à la punition prononcée au nom de la loi se joigne cette flétrissure qu'imprime aux coupables la réprobation des hommes les plus considérables et les plus compétens dans la matière. Il ne sera pas dit du moins que nous restons sans cœur et sans voix, et que nous nous résignons à cette humiliation continuelle de notre profession!

J'en dirai autant de ces autres cas, malheureusement trop fréquens aussi, où des délits, des crimes même, sont commis par des personnes de l'art, dans l'exercice ou à l'occasion de leur pratique. Qui de nous ignore qu'il y a des médecins, des sages-femmes, qui font métier, jusqu'à un certain point, de l'avortement, et qu'il existe même des instrumens spéciaux fabriqués pour cet usage? Qui n'a ouï parler de ces somnambules, hommes ou femmes, qui donnent des consultations et dictent des ordonnances, auxquelles un médecin appose sa signature? Ici, c'est un chirurgien qui assiste, pour la forme, un grossier rebouteur; là, un

pharmacien qui exerce indûment la médecine, ou un médecin la pharmacie, etc. Dans toutes ces circonstances encore, il y a matière à examen; il faut voir, premièrement, si les lois relatives à la médecine n'ont pas été violées, et, en second lieu, si des personnes de l'art ne se sont pas rendues coupables d'escroquerie, ou d'autres crimes encore plus graves.

Toutes les fois que des faits semblables à ceux que je viens de citer jusqu'ici auront été portés à la connaissance de l'Académie, elle pourra les dénoncer à l'autorité, et en provoquer la poursuite. Lorsqu'il n'y aura pas lieu à l'application de la loi, elle avisera au choix des moyens qu'elle croira les plus propres à éclairer, s'il le faut, l'opinion publique, et à diminuer ainsi l'influence pernicieuse du charlatanisme. C'est ici surtout que la plus grande circonspection sera nécessaire. L'Académie, il faut bien le rappeler, n'a aucun droit de police médicale. En tant qu'Académie, elle ne peut permettre que ce qui serait permis à tout médecin, agissant comme individu; voilà le principe; il est essentiel de ne jamais s'en départir. Ai-je besoin d'ajouter qu'elle devra sévèrement s'interdire de mettre jamais en cause une question quelconque de doctrine? Pourquoi ne serait-il pas libre à chacun de chercher la vérité comme il l'entend, par les voies mêmes les plus étranges? Votre science officielle est-elle si positive, de son côté, si invariablement établie, qu'on puisse affirmer que, dans quelques années, elle ne semblera pas aussi fausse qu'elle vous semble certaine aujourd'hui? Je suis de ceux qui pensent, et je me hâte de le déclarer, que la liberté illimitée des opinions, pourvu qu'elles ne s'attaquent qu'à des opinions, et qu'elles ne se traduisent pas en actes nuisibles et répressibles, est toujours un plus grand bien que son abus n'est un mal; que si donc une police médicale quelconque prétendait faire la guerre à l'homéopathie, pour appeler les choses par leurs noms, à l'hydriatrie, au magnétisme, voire même à la recherche de la pierre philosophale, je serais le premier à prendre leur défense, je protesterais hautement et publiquement contre toute tentative de cette nature.

Enfin, il y a peut-être certaines mesures administratives qu'il serait convenable d'essayer, et qui contribueraient efficacement à la protection de la santé publique. Par exemple, l'autorité municipale refuse, dans certains cas, la permission d'apposer des affiches sur les murs de la capitale; ne faudrait-il pas examiner (c'est une simple vue que je signale), si quelques-unes des innombrables affiches inventées par les charlatans ne seraient pas de nature à être prohibées, et s'il ne serait pas bon de faire à cet égard les démarches nécessaires? Discuter tous les moyens de ce genre, apprécier leur utilité ou leurs inconvéniens, agir au-dehors après en avoir mûrement délibéré au-dedans; voilà ce que l'Académie pourrait faire encore, tout en se renfermant dans la limite étroite de ses attributions.

Il n'est pas question dans tout cela, vous le voyez, d'usurper un pouvoir illégitime, de s'arroger une juridiction quelconque, que rien ne justifierait, et qui ne saurait résulter jamais que d'une institution légale, ou d'une délégation volontaire et unanime. On ne se méprendra donc pas à cet égard; je crois m'en être suffisamment expliqué.

Telles sont, Messieurs, les vues sur lesquelles se fonde la proposition que j'ai faite à l'Académie, et que je renouvelle aujourd'hui d'une manière plus formelle.

Quant aux moyens d'exécution, ils consisteraient principalement, comme je l'ai dit, dans la création d'une commission permanente, nommée chaque année par voie d'élection, composée d'autant de membres qu'on le jugerait nécessaire, et désignée sous le nom qu'on voudrait lui donner, de manière à la distinguer des autres commissions de l'Académie. Cette commission préparerait, sur chaque question, le travail qui devrait être soumis à l'approbation de la compagnie, réunie à cet effet en séances extraordinaires.

J'ai cherché avec soin quelles objections pouvaient être faites à ma proposition.

Dire que l'Académie est un corps essentiellement scientifique, ce n'est pas établir qu'elle doive borner uniquement ses occupations à la discussion théorique des questions de l'art et de la science; l'intérêt de la science et celui de l'art ne sont-ils pas intimement liés à la repression des abus et délits commis par la mauvaise foi et l'ignorance? N'avez-vous pas dans votre sein une section d'*hygiène publique* et de *police médicale*, et, sous ce double rapport, n'êtes-vous pas appelés à connaître de tous les faits qui peuvent nuire à la santé publique, ou compromettre la profession? N'est-ce pas une de vos obligations que de chercher le remède à de pareils maux?

Cependant, quelle sera l'efficacité des mesures qu'on vous conseille? L'insuffisance de leurs effets ne témoignera-t-elle pas seulement de votre impuissance, et la dignité de l'Académie n'en recevra-t-elle pas quelque échec? A cela, je répondrai brièvement. Il y a des lois. Pourquoi y a-t-il des lois? Est-ce que, par hasard, elles seraient inutiles? Vous ne le pensez pas; nul ne pourrait le penser. Dès lors, il faut qu'elles soient exécutées. Et qui donc les fera respecter, qui rappellera au devoir ceux qui les enfreignent ou les laissent enfreindre, si ce n'est vous, médecins, qu'elles intéressent plus que personne, et qui, plus que personne, comprenez leur importance et pouvez juger de l'opportunité de leur application? Nier l'utilité des démarches que vous feriez pour assurer l'exécution des lois, c'est nier l'utilité de ces lois elles-mêmes. Or, je le répète, ces lois suffisent pourvu qu'on les observe. Vous n'obtiendrez pas, sans doute, plus qu'elles ne prescrivent; mais obtenez déjà tout ce qu'elles prescrivent, et vous aurez, par cela seul, changé l'état présent des choses; vous aurez, en outre, averti les coupables qu'il y a un œil constamment ouvert sur leurs manœuvres, une volonté intelligente constamment appliquée à les pénétrer, à les dévoiler, à les poursuivre. N'est-ce rien que cette autorité morale des hommes les plus considérés et les plus considérables, coalisés pour le bien public, et décidés à demander justice? Et si vos efforts n'aboutissaient qu'à de médiocres résultats, en quoi votre dignité serait-elle compromise, parce que vous auriez tenté au-delà de ce que le succès vous aurait accordé? On ne s'abaisse pas en échouant dans le bien; on s'abaisse, au contraire, en renonçant à l'essayer.

De tous les obstacles qui pourraient s'opposer à notre dessein, je n'en vois qu'un seul qui fût sérieux, s'il existait, celui qui résulterait de notre mollesse, de notre inactivité, et, passez-moi cette supposition, de notre partialité dans telle ou telle circonstance difficile ou délicate.

Il est bien certain que si vous ne vous trouviez pas capables d'une généreuse persévérance dans la voie droite qui vous est ouverte, il vaudrait mieux n'y pas entrer; mais alors songez que vous auriez perdu tout droit de vous plaindre; quand on n'a pas le courage d'être honnête, on n'a rien à dire à ceux qui ont le courage de ne l'être pas. Pesez donc vos forces, scrutez vos consciences, mesurez votre vertu, et prononcez. Pour moi, complètement désintéressé dans la question, puisque je reste étranger à la pratique, j'ai cru que je me devais à moi-même, en vous apportant ici le faible tribut de mon zèle, de me soulager ainsi d'une partie de la responsabilité morale que je me sentais imposée. (Marques générales d'approbation.)

M. Bouley : J'appuie la proposition de M. Royer-Collard; mais je ne pense pas cependant que la législation actuelle puisse suffire à la répression des abus qu'il nous signale. Je crois qu'il serait indispensable d'ajouter quelques articles à la loi qui nous régit maintenant, car on peut facilement l'éluder, surtout en ce qui concerne l'annonce et le débit des médicamens en général et des remèdes secrets.

M. Chervin : J'ai entendu avec beaucoup d'intérêt le discours de M. Royer-Collard, et cependant je me permettrai une ou deux observations sur les mesures qu'il nous propose. Je suis tout à fait de l'avis de M. Royer-Collard sur ce qui regarde l'abus qu'on fait du nom de l'Académie, et il me semble hors de doute que, dans ces cas, elle a le droit de poursuivre directement. Hors de là et pour les autres délits, la question serait bien différente; car on pourrait lui contester le droit de provoquer la répression de délits, graves et fâcheux sans doute, mais enfin où elle n'est pas personnellement compromise. Il y aurait peut-être un moyen de concilier les intérêts du corps médical et la légalité. Ce serait d'attendre, pour poursuivre ces contraventions, que le ministre nous les signalât.

M. Dupuy : Le règlement s'oppose à toute discussion improvisée. On ne peut discuter que sur une proposition faite par une commission ou émanée du conseil d'administration.

M. Royer-Collard : M. Bouley pense qu'une modification est nécessaire dans l'organisation de la médecine considérée comme profession : je ne dis pas non. M. Chervin, d'un autre côté, prétend que l'Académie n'a pas le droit de prendre l'initiative pour la poursuite des délits qui n'intéressent que le corps médical. C'est là le fond de la question, et je crois avec M. Dupuy que la discussion sera plus utile quand ses élémens auront eu le temps d'être rassemblés et approfondis par chacun de nous en particulier.

M. le Secrétaire rappelle que la proposition de M. Royer-Collard a déjà été renvoyée au conseil d'administration dans la dernière séance.

PONCTION AU PÉRINÉE POUR LE TRAITEMENT DES FISTULES URÉTRALES.

M. Jobert fait, en son nom et en celui de M. Bérard, un rapport sur une opération d'urétroplastie pratiquée par M. Ricord. (Nous avons inséré cette observation dans la Gazette Médicale, voy. 1841, p. 271.) Après avoir rappelé les principales circonstances de ce fait, M. le rapporteur ajoute : Nous trouvons dans l'observation de M. Ricord qu'une striction exercée sur les parois de l'urètre empêcha le malade d'uriner durant quatorze jours; des effets semblables ont été constatés par différens auteurs. Nous voyons aussi que la partie de la verge, antérieure à la fistule et qui ne servait plus au passage de l'urine a fini par s'atrophier et se flétrir. Enfin, M. Ricord a tiré de l'observation de son malade des conséquences relatives au mode d'action des médicamens spécifiques contre la blennorrhagie. Il pense, et avec raison suivant nous, que le cubèbe et le copahu agissent surtout par les modifications qu'ils impriment à l'urine dans sa composition.

Quant à l'opération pratiquée par M. Ricord, il nous a semblé, d'après les détails qu'il donne sur son exécution, que c'est une urétroraphie et non une urétroplastie. Une question se présente ici : faut-il faire l'urétroplastie et pratiquer la ponction dérivative au périnée dans tous les cas de fistule urinaire au-devant des bourses? La suture simple de l'ouverture urétrale a suffi pour l'oblitérer lorsqu'elle était étroite; mais quand elle est plus large, on peut rester indécis. L'histoire de la science offre à la vérité des exemples de succès obtenus sans ces moyens, et qui sont dûs à MM. Alliot, Dieffenbach, et A. Cooper. D'un autre côté, M. Vignerie de Toulouse, et M. Ségalas ont aussi amené la guérison de fistules rebelles en faisant une boutonnière au périnée. Nous croyons cependant que la ponction périnéale ne doit être mise en usage dans le traitement des fistules de l'urètre, que lorsqu'on a employé inutilement l'introduction des sondes et leur séjour à demeure, la suture et l'urétroplastie.

Conclusions : 1° adresser à M. Ricord une lettre de remercîmens; 2° insérer son observation dans les mémoires de l'Académie; 3° inscrire son nom sur la liste des candidats pour la prochaine place vacante dans la section de chirurgie.

M. Breschet : L'observation de M. Ricord ne peut pas être insérée dans les mémoires de l'Académie puisqu'elle vient d'être publiée par lui.

M. Roux : J'ai fait deux tentatives du genre de celles dont on vient de vous entretenir, sur deux enfans dont l'un avait eu la verge fortement serrée avec une ficelle. Tous deux portaient des fistules fort tenaces de l'urètre. J'imaginai de pratiquer chez eux un canal artificiel que je creusai au-dessus de l'urètre dans l'épaisseur même de la verge. J'eus bien soin ensuite d'entretenir ce conduit de nouvelle formation, au moyen de sondes à demeure. Chez l'un d'eux, la fistule allait se fermer complètement quand il fut enlevé par une maladie épidémique accidentelle. L'autre malade a guéri assez complètement. Malheureusement il n'habite plus Paris, et je n'ai pas sur son état actuel de renseignemens assez précis pour savoir si la guérison s'est maintenue.

M. Ségalas : Le procédé que j'ai mis deux fois déjà en usage pour traiter des

fistules urétrales n'est pas essentiellement caractérisé par l'ouverture qu'on pratique au périnée. Ce qui le caractérise, c'est l'introduction par cette ouverture et le maintien longtemps prolongé d'une sonde-syphon qui donne continuellement issue à l'urine à mesure qu'elle se dépose dans la vessie. Dans les opérations de ce genre que j'ai faites, je n'ai pas éprouvé un seul accident sérieux.

M. Jobert : L'ouverture à la région périnéale expose aux fistules consécutives; et d'ailleurs l'observation même de M. Ricord prouve qu'elle ne suffit pas pour empêcher complètement l'urine de passer par la fistule pour le traitement de laquelle on l'a pratiquée.

M. Ségalas : Je n'ai observé rien de semblable sur mes opérés. L'urine a toujours passé en totalité à travers la sonde que j'avais eu soin de laisser dans l'ouverture périnéale. J'ai retiré la sonde dès que j'ai cru pouvoir le faire sans inconvéniens; et, à partir de ce moment, la plaie artificielle du périnée n'a pas mis huit jours à se cicatriser.

M. Gerdy : Je ne sais si l'on doit se hâter de pratiquer l'urétroraphie ou l'urétroplastie dans tous les cas de fistule de l'urètre. J'ai été témoin dernièrement d'un cas de guérison spontanée dont le souvenir est bien propre à commander la plus grande circonspection dans des circonstances semblables. Un homme étant tombé d'une assez grande hauteur à cheval sur une roue de voiture, se fit au périnée une contusion telle qu'il survint une rétention d'urine complète, et que je fus forcé de faire la ponction sus-pubienne. Au bout de huit jours, il se détacha du périnée une escarre qui laissa aux parois de l'urètre une ouverture de près d'un pouce et demi de diamètre. Je crus qu'il me serait impossible d'obtenir la guérison d'une aussi vaste solution de continuité, et me contentai de placer une sonde à demeure. La plaie de la ponction sus-pubienne se ferma peu à peu, et à l'aide de pansemens simples, je réussis à oblitérer complètement cette énorme ouverture. J'ai revu le malade au bout de dix-huit mois. L'excrétion urinaire s'opérait parfaitement, et l'urètre était à peine rétréci.

Quant à la boutonnière, on est à peu près d'accord aujourd'hui que c'est une mauvaise opération. Il est très difficile de pénétrer dans l'urètre; et la ponction sus-pubienne est bien préférable. La boutonnière est quelquefois d'une exécution si difficile que, dans un cas, M. Roux, malgré sa grande habileté, n'a pu la terminer. Lorsqu'elle a été laborieuse, cette opération fait en outre beaucoup souffrir le malade, et l'expose à la phlébite, aux abcès métastatiques.

M. Jobert : Il est positif que la boutonnière est assez facile lorsqu'on peut placer dans l'urètre un cathéter qui sert ensuite de guide à l'opérateur pour retrouver le canal. Mais, quand on ne peut s'aider de ce moyen, je crois, avec M. Gerdy, qu'on a beaucoup de peine à pénétrer dans l'urètre.

M. Ségalas : Chez le second malade que j'ai opéré, j'avais placé d'avance un cathéter dans l'urètre, et j'ai pu y arriver très facilement avec le bistouri. Je dois dire à cette occasion que mon premier malade avait passé, ici à Paris, par les mains de sept chirurgiens, dont plusieurs sont membres de cette Académie, et qui avaient tous échoué dans le traitement de sa fistule.

M. Blandin : Je crois, comme M. Gerdy, que, dans le traitement des fistules urétrales, il faut attendre très longtemps avant de se décider à tenter une opération; car la nature tend sans cesse à les oblitérer, et fait à la longue une espèce d'autoplastie par le rapprochement des bords vers le centre. Mais ce n'est pas à dire pour cela qu'il ne faille jamais faire d'autoplastie. Ce qu'il y a seulement d'important, c'est de bien déterminer le moment où il faut agir; or, ce moment est précisément l'époque à laquelle on observe que le travail d'oblitération graduelle dû à la nature se ralentit ou s'arrête.

Il est hors de doute que lorsqu'on a placé une sonde à demeure dans un canal où existe une fistule, l'urine filtre toujours à travers la plaie; et, sous ce rapport, je ne saurais être de l'avis de M. Jobert, qui dit que la sonde à demeure suffit pour empêcher les urines de passer à travers la fistule. Les opérations d'urétroplastie réussiraient toutes s'il en était ainsi, et si l'on possédait un moyen aussi simple et aussi assuré de dévier les urines. Je crois, au contraire, que M. Dieffenbach a posé un précepte sage en disant qu'il faut toujours profiter des fistules situées vers le périnée, pour faire couler l'urine par là et l'empêcher de sortir par la portion antérieure de l'urètre. Mais lorsqu'il n'existe pas naturellement de fistule au périnée, est-il convenable d'en pratiquer une, et de frayer ainsi une voie artificielle de déviation pour les urines? Je ne le pense pas; cette opération a trop de dangers, et il est facile de le pressentir. Ne connaît-on pas la gravité extrême des incisions pratiquées de la même manière dans les tailles périnéales?

Quant à la boutonnière considérée en elle-même, les cas où elle est indiquée se présentent très rarement. D'un autre côté, il est bien reconnu que c'est une opération très difficile. On s'abuse en disant que l'introduction d'un cathéter pourra servir à guider le bistouri jusque dans l'urètre; car si on peut porter une sonde à travers l'obstacle qui rétrécit le canal, la boutonnière est inutile; et s'il n'est, au contraire, possible de conduire l'instrument que jusque auprès de l'obstacle, il est évident qu'il ne serait alors qu'un guide insuffisant. Dans ces cas, la ponction sus-pubienne serait préférable. Au reste, en consultant les souvenirs de ma pratique, il me semble que ces opérations sont très rarement nécessaires. La rétention d'urine n'est presque jamais complète, et quand elle le devient, c'est parce qu'une inflammation est venu s'ajouter au rétrécissement du canal, et en aggraver les effets. C'est alors que les antiphlogistiques trouvent leur application. En dégorgeant les tissus tuméfiés, ils ramènent toujours le canal à une perméabilité qui suffit pour attendre qu'un traitement méthodique lui ait rendu l'intégrité de son diamètre.

M. Jobert rappelle qu'avant M. Dieffenbach, Ledran et Franco avaient déjà établi une voie de dérivation pour l'évacuation de l'urine, dans des cas semblables.

M. Ségalas : M. Dieffenbach a déclaré qu'il n'avait jamais osé faire la ponction du périnée pour les fistules urétrales, parce qu'il craignait que l'ouverture ne demeurât fistuleuse. Quant à moi, il y a vingt ans que je suis livré par une pratique spéciale à l'observation des maladies de la vessie et de l'urètre, et je n'ai pas encore pratiqué la boutonnière; je n'ai fait la ponction de la vessie qu'une seule fois.

Les deux premières conclusions sont mises aux voix et adoptées. La troisième, contenant une proposition qui n'est pas dans les usages de l'Académie, est retirée par le rapporteur.

INJECTIONS DANS LE SYSTÈME CIRCULATOIRE.

M. Poiseuille lit le mémoire suivant, intitulé : Sur une pompe a injection donnant une pression connue et constante.

Un travail dont je m'occupe depuis quelque temps m'a conduit à déterminer le diamètre des vaisseaux capillaires des divers organes. Or, comme tout tube à parois flexibles offre un diamètre en rapport avec la pression sous laquelle se fait l'écoulement du liquide qui s'y meut, il était indispensable, pour avoir le calibre des vaisseaux sur le cadavre, que le liquide employé à leur injection fût poussé par le piston de la seringue, de manière à obtenir une pression tout à fait la même que celle du cœur droit, pour les capillaires du poumon, fournis par l'artère pulmonaire, et tout à fait semblable à celle du cœur gauche, pour les capillaires des autres organes.

Nous ferons observer que la circonstance principale, qui fait varier la pression du liquide injecté, est l'étendue de la surface du piston (nous passons sous silence le jeu plus ou moins facile du piston contre le cylindre de la seringue) : ainsi, si les corps de deux seringues sont de diamètres inégaux, et que le même effort soit employé à pousser leur piston, le liquide sera injecté sous des pressions qui pourront être fort différentes : par exemple, si le piston de l'une est d'un diamètre trois fois plus petit que celui de l'autre, sous le même effort, la pression correspondante à la première seringue sera neuf fois plus grande que celle offerte par la seconde, de telle sorte qu'en ayant égard aux diamètres des pistons pour pousser la matière à injection sous la même pression, il faudrait que les efforts exercés sur les pistons fussent en raison inverse de leurs surfaces ou des carrés de leurs diamètres.

La pompe à injection que j'ai l'honneur de mettre sous les yeux de l'Académie satisfait, je crois, à toutes les conditions de la question; c'est-à-dire qu'elle donne une pression constante et déterminée, indépendamment du diamètre du piston et de son frottement.

J'ai fait adapter à la partie inférieure du corps de la seringue ordinaire, et perpendiculairement à son axe, un tube de verre gradué, de 8 à 10 centimètres de longueur, et d'un diamètre intérieur de 2 millimètres environ : la partie de ce tube, qui correspond à son extrémité libre et fermée, est remplie d'air, l'autre partie est occupée par de l'eau distillée, qui est séparée de la cavité de la seringue par une membrane de caoutchouc, non tendue et très mince (1 cinq. de millim. environ d'épaisseur) : ce diaphragme permet au liquide contenu dans la seringue et pressé par le piston, de comprimer l'air du tube gradué, et par conséquent d'obtenir une pression quelconque déterminée *à priori*, en s'appuyant sur la loi de Mariotte; mais comme le volume de l'air du tube de verre varie avec sa pression atmosphérique, avec la température ambiante, avec la tension de la vapeur d'eau qu'il peut contenir; et aussi par suite de la solubilité de l'air dans l'eau, selon que la pression est plus ou moins considérable, nous avons déterminé le volume que doit occuper l'air du tube de verre pour avoir une pression connue *à priori*, à savoir 140 millim. de mercure s'il s'agit du cœur gauche, et 16 millim. de mercure s'il est question du cœur droit; à l'aide d'un manomètre à air libre, qu'on met en communication avec le corps de la pompe, qui contient de l'eau dont la température est celle du liquide qu'on doit injecter.

Il est inutile d'ajouter que l'instrument, au moment de l'injection, ainsi que le tube de verre, sont placés horizontalement, position qu'ils offrent lors de la graduation.

Dans les recherches qui exigent une grande exactitude, on comprendra, par les raisons que nous venons de donner, qu'il est nécessaire de graduer l'appareil, immédiatement avant de procéder à l'injection.

Cette pompe à injection n'offre pas seulement l'avantage de donner la dimension normale des vaisseaux; avec elle on n'a nullement à craindre les ruptures des vaisseaux injectés, si fréquentes dans les injections soit générales, soit partielles, faites avec les seringues ordinaires, puisqu'alors rien ne limite la pression à laquelle elles donnent lieu. L'usage de cet instrument est indispensable dans beaucoup d'autres recherches anatomiques. Ainsi, pour ne citer ici qu'un seul exemple, quelques anatomistes allemands, d'une grande autorité, pensent que l'artère rénale, qui communique d'ailleurs par les capillaires avec les veines des reins, communique en outre directement avec les conduits extérieurs de cet organe. Ils appuient leur opinion sur ce qu'en injectant l'artère ils ont trouvé la matière injectée dans les conduits de Ferrin et dans les bassinets; or, dans l'injection partielle des reins, on se sert d'une seringue dont le piston est d'un petit diamètre; alors la pression peut être, même sans un faible effort, comme nous nous en sommes assuré, huit ou dix fois plus grande que celle qui meut le sang dans le système artériel. N'a-t-on pas à craindre, dans ce cas, la rupture des vaisseaux injectés?

J'ai communiqué cette pompe à injection à la société philomatique, en mars 1841. Je regrette que le travail à l'occasion duquel je l'ai fait construire ne soit pas encore achevé; dès qu'il sera terminé, je m'empresserai de prier l'Académie de vouloir bien me permettre de lui exposer les résultats que j'ai obtenus.

DÉVIATION LATÉRALE DE L'ÉPINE.

M. Bouvier présente une pièce anatomique appartenant à un homme âgé de 23 ans, et sur laquelle il se propose de faire constater : 1° l'existence d'une déviation latérale de l'épine, dont la courbure la plus apparente occupe les dernières vertèbres dorsales et les premières lombaires. Cette courbure a sa première convexité à droite, ce qui est très rare dans les déviations latérales siégeant à cette hauteur. 2° Une seconde courbure au milieu de la région dorsale et ayant sa

convexité dirigée à gauche, contrairement à ce qui s'observe le plus ordinairement à ce niveau. 3° Deux autres courbures en sens inverse, superposées à ces deux courbures principales et occupant la partie supérieure du rachis. M. Bouvier fait voir, qu'en raison du siége de la courbure principale dans la région lombaire, il n'y avait pas de gibbosité apparente en arrière, si bien que le sujet avait été jugé propre pour le service militaire.

A cette occasion, M. Bouvier s'élève contre le rapprochement qu'on a voulu établir entre l'état des muscles dans le pied-bot et dans les déviations latérales de l'épine; il annonce qu'il va démontrer, par une expérience, que le redressement de la colonne n'est pas empêché dans ce cas par les muscles, et que ceux qui correspondent à la concavité restent aussi relâchés que ceux de la convexité lorsqu'on fait effort en sens inverse sur les deux extrémités du rachis, qu'enfin c'est la résistance des ligamens qui met seule obstacle à l'effacement des courbures. Fixant alors le sujet par les hanches (1) et par le sommet de la colonne cervicale, M. Bouvier fait exercer sur cette dernière partie une traction graduelle, un repoussoir étant maintenu appliqué pendant cette manœuvre sur la convexité de la courbure dorso-lombaire. Après avoir ainsi redressé presque entièrement la colonne, il annonce que les muscles ne paraissent pas beaucoup plus tendus qu'avant ce redressement, et ne le sont d'ailleurs pas plus du côté de la concavité de la courbure dorso-lombaire qu'à sa convexité. Il fait remarquer en outre un affaissement considérable des corps des vertèbres et des cartilages inter vertébraux du côté de la concavité de cette courbure, déformation à laquelle il attribue la courbure. Il finit en disant qu'il va enlever les muscles des gouttières vertébrales couche par couche pour montrer que leur tension est égale des deux côtés.

M. Capuron : Il me semble que, sur cette pièce, les muscles des gouttières vertébrales du côté droit sont plus courts que ceux du côté gauche. Je remarque aussi que les corps des vertèbres placées au-dessous de la courbure que M. Bouvier nous a signalée à la région lombaire, offrent des dépressions du côté qui fait suite à la convexité de cette courbure.

M. J. Guérin : Je demande à M. Bouvier la permission de présenter quelques observations sur sa pièce avant qu'il ne procède à sa dissection.

Premièrement, j'appellerai l'attention de l'Académie sur un fait, pour moi fort important, et que M. Bouvier me paraît avoir méconnu. C'est l'existence très évidente d'une courbure placée au-dessous de celle qu'il a prise pour la courbure principale. Celle que je signale à son attention est on ne peut plus manifeste : elle occupe les dernières vertèbres lombaires et le commencement du sacrum; sa concavité est tournée à droite et sa convexité à gauche, c'est-à-dire en sens précisément inverse à celui de la courbure la plus apparente. Cette courbure lombo-sacrée, ou, en d'autres termes, celle qui est la première à partir de la base de la colonne sacro-vertébrale, est également caractérisée par un affaissement des vertèbres et des disques intervertébraux du côté de sa concavité. Je l'appelle la *courbure inclinée*, la *courbure mère*, et c'est elle qui, pour moi, est le point de départ de la déviation chez ce sujet; les courbures qui lui sont superposées n'étant, comme je crois l'avoir établi ailleurs, et malgré leur développement en apparence plus considérable, que des courbures de balancement, consécutives à la première, et destinées à rétablir l'équilibre troublé par l'inclinaison primitive de la colonne, inclinaison causée par la première courbure.

Secondement, je ferai remarquer sur cette pièce que les muscles du côté droit, ou ceux qui correspondent à la convexité de la courbure dorso-lombaire donnée comme la principale, mais regardée par moi comme consécutive à la courbure mère, que ces muscles, dis-je, sont évidemment plus courts et plus tendus que ceux du côté opposé. Je prie l'Académie de vouloir bien constater ce fait, dont l'évidence vient d'être signalée tout à l'heure par M. Capuron. Or, la tension et le raccourcissement plus considérable de ces muscles après le redressement de la colonne est un fait directement en rapport avec ma doctrine, et prouve par conséquent le contraire de ce qu'on a voulu lui faire prouver. En effet, à supposer que les muscles ne se fussent raccourcis que d'une manière passive et consécutivement à la formation de la courbure, ils devraient l'être plus sensiblement du côté de la concavité de la courbure principale. Et cependant, qu'on veuille bien le remarquer, ce fait n'a pas lieu. Au contraire, la masse musculaire ascendante du côté droit est notablement plus courte et plus tendue. Ce phénomène est donc en concordance parfaite avec l'origine que j'assigne à cette difformité.

Pour moi, la déviation chez ce sujet a donc été produite par la rétraction d'une portion des muscles sacro-lombaire et long dorsal du côté droit, laquelle a commencé par incliner et courber la colonne à droite. Puis sont venues les courbures superposées, destinées à balancer la première; ce qui explique parfaitement le défaut de tension des muscles du côté gauche. La démonstration qu'on a prétendu établir sur cette pièce pèche donc par la base puisqu'elle prouve précisément ce que je voulais prouver.

M. Bouvier : Mettons de côté pour le moment la question étiologique sur laquelle on a insisté, et ne nous occupons que de la question d'anatomie. C'est dans la tension des muscles du côté gauche, a-t-on dit, qu'il faudrait placer la résistance au redressement. Mais ce ne serait pas du moins dans la tension qu'on provoque en faisant l'extension de la colonne comme je la fais ici, car vous voyez que cette tension est nulle.

Quant au petit angle entre les vertèbres lombaires et le sacrum, qu'on a invoqué pour expliquer la courbure lombaire, il n'y a, pour déterminer son importance dans le mécanisme de la difformité, qu'à retourner l'expérience, en transportant de l'autre côté l'effort destiné à opérer le redressement. Enfin, on a parlé de dissection, il n'y aura rien de plus facile que de la faire.

M. J. Guérin : Il ne faut pas seulement retourner l'expérience, comme vous venez de le dire, il faut mettre la colonne dans la rectitude, afin que les conditions de tension soient les mêmes de chaque côté. Or, je tiens à ce qu'il soit bien constaté de nouveau que, dans l'état de redressement le plus complet possible, ce sont les muscles du côté droit qui sont les plus courts et les plus tendus. Et cependant la courbure prétendue principale ayant sa concavité à gauche, ce devrait être le contraire, dans le système qu'on vient d'exposer. Je me borne pour le moment à cette seule remarque. Ce n'est pas, en effet, au sujet d'une seule pièce, et en un instant qu'il est possible d'aborder les élémens si nombreux dont se compose l'important problème de l'intervention des muscles dans les déviation de l'épine et du traitement de ces difformités par la myotomie. Si M. Bouvier veut bien me confier la pièce qui fait le sujet de cette discussion, je m'engage à montrer par la dissection que la rétraction des muscles est telle que je viens de l'annoncer.

M. Bouvier : Est-il vrai, comme on le prétend, que les muscles du côté droit soient plus courts que ceux du côté gauche? (car c'est là le point capital de l'argumentation qu'on vient de vous présenter). Pour moi, cela ne me paraît pas. Il est certain du reste que de pareilles questions ne peuvent se résoudre en un instant et d'après un seul ordre d'expériences. Mais après tout que conclurions-nous de ce fait, savoir, que les muscles du côté de la convexité sont les plus courts? Sans doute, vous dira-t-on, que, pour lever l'obstacle et faire disparaître la courbure, il faut les couper. Mais c'est là une conclusion que le bon sens réprouve.

On a aussi prétendu établir que les muscles correspondans à la connexité de la courbure lombaire sont plus tendus; mais il est évident que les muscles qui passent sur la convexité d'une courbure doivent être plus tendus, puisqu'ils décrivent un plus long trajet, en d'autres termes, que leurs deux points d'insertion sont plus éloignés l'un de l'autre.

M. Guérin : Mais cette tension et ce raccourcissement plus grands des muscles du côté droit persistent pendant le redressement de la colonne,

M. Gerdy : La pièce qu'on vous présente ne peut évidemment servir de sujet à la discussion; car vous voyez qu'il y a déjà eu ici une dissection de commencée. Pour qu'on pût savoir à quoi s'en tenir sur le point en contestation, il aurait fallu mesurer exactement les parties, le cadavre étant intact, puis disséquer les muscles et mesurer de nouveau. Quant à moi je suis convaincu que si les muscles du côté gauche paraissent ici plus relâchés que ceux du côté droit, c'est parce qu'ils ont été soumis à la dissection.

M. Moreau : Dans la doctrine de la section des muscles, je désirerais savoir si on coupe ceux du côté de la concavité de la courbure, ou ceux du côté de la convexité.

M. Guérin : Je regarde cette question comme m'étant personnellement adressée; mais la réponse qu'elle demande nécessiterait des développemens très étendus. Je vais cependant y répondre en quelques mots pour ne pas paraître repousser par une fin de non recevoir la discussion qu'elle peut amener. Dans les déviations latérales de l'épine, il n'y a pas pour moi une concavité et une convexité, mais bien une série de courbures superposées et en sens inverse les unes des autres. C'est ainsi que, sur ce sujet, les muscles qu'on aurait pu, faute d'attention, regarder comme correspondans à la concavité de la courbure, correspondent par le fait à la convexité. En principe, je pratique donc d'abord la section des muscles de la concavité de la première courbure. Puis, si le sujet est âgé, je fais, mais à titre de moyen auxiliaire, la section des muscles correspondans à la concavité des autres courbures superposées. Voilà le principe général de mes operations de myotomie rachidienne. Je n'entrerai pas pour le moment dans d'autres explications à cet égard. La question ne peut être débattue avec utilité lorsqu'on la circonscrit dans des termes aussi étroits. Je présenterai prochainement à l'Académie la série de mes recherches sur les déviations de l'épine, et c'est alors qu'on pourra en discuter les principes. Je tenais seulement à faire remarquer aujourd'hui que les objections dirigées contre ma méthode ne s'adressent pas à ce que je fais réellement, mais à ce qu'on prétend que je fais. Au reste, il serait important pour l'honneur de l'Académie et dans l'intérêt même de la question scientifique, qu'avant d'attaquer mes conclusions, on voulût bien se mettre au courant des travaux qui leur servent de base. Alors, mais seulement alors, ces débats pourront avoir de l'utilité; et dorénavant j'attendrai pour répondre à des agressions semblables, qu'on ait pris la peine d'étudier et de chercher à comprendre le sens de mes doctrines.

La séance est levée à 5 heures et demie.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

(1) Plusieurs personnes ont fait la remarque que les points du bassin et du sommet de la colonne choisis par M. Bouvier pour l'application des forces extensives n'avaient pas été déterminés de manière à tendre également la partie antérieure et la partie postérieure de la colonne, et par conséquent les muscles des gouttières vertébrales. En effet, son point d'appui supérieur étant appliqué à la partie antérieure de la colonne, et son point d'appui inférieur étant placé sur les crêtes iliaques, en avant de l'axe du rachis, il a été évident que ce mode d'insertion des puissances de traction altérait notablement l'effet qui en résultait pour l'extension des muscles de l'un et l'autre côté.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des Hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les Souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois sont invités à le renouveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le 1er juillet. On s'abonne dans les départements chez tous les Directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris. Vu la difficulté et les frais de recouvrement des mandats de la Gazette Médicale, touchés au domicile des Abonnés des départemens, ce mode de souscription ne peut avoir lieu que pour des abonnemens de six mois, de neuf mois et d'un an.

SOMMAIRE.

ANATOMIE.

SUR LA STRUCTURE INTIME DE LA RATE DANS L'HOMME ET LES MAMMIFÈRES; extrait d'un mémoire lu à l'Académie des sciences le 6 juin; par J. M. Bourgery.

Dans toutes les recherches sur l'anatomie de texture, la première condition est de déterminer, par une série d'essais, le mode de préparation le plus convenable pour l'espèce de tissu que l'on étudie. Ce travail préliminaire, qui consume parfois beaucoup de temps, est cependant indispensable; car, sans une préparation particulière, et dont l'exécution dépend d'une foule de petites précautions quant au choix des matières d'injection, à leur température et à la succession des manœuvres, il n'y a rien à voir dans l'anatomie de texture.

J'ai fait pendant deux mois une série de recherches sur les matières les plus variées, pour tâcher de déterminer quelles sont les meilleures formules d'injections microscopiques. J'ai injecté une douzaine de rates d'homme et une vingtaine de rates de divers animaux, veau, mouton, chien et chat. J'ai dépecé en entier tous les organes par petites pièces microscopiques, que j'ai toutes observées et comparées entre elles un grand nombre de fois, de manière à infirmer ou à corroborer les résultats des unes par les autres, et à reconnaître l'espèce d'injection qui réussit le mieux pour chaque variété d'organule. De tous ces faits, je suis parvenu à déduire une théorie complète de texture. J'ai décalqué les traits

---

Feuilleton.

LETTRE MÉDICALE.

Très cher confrère, nous ne sommes pas sûr de vous envoyer précisément des *nouvelles*, en vous transmettant par le présent courrier ces quelques bribes de chronique médicale, mais nous tenons avant tout à la régularité de notre correspondance. Le reste ne nous regarde pas. Nous ne sommes pas responsable non plus, et par la même raison, de l'ennui que pourra vous apporter notre missive. Cela est depuis longtemps entendu entre nous. Cependant il nous a paru utile de vous le rappeler aujourd'hui, les détails dont nous avons à vous entretenir étant, cette fois, pour la plupart, d'un intérêt assez mince.

Le plus important est l'annonce qui nous arrive de l'ouverture, en septembre prochain, de la dixième session du *congrès scientifique* de France, laquelle aura lieu à Strasbourg. Nous n'avons jamais eu une idée bien nette de l'utilité de cette institution importée chez nous de l'Allemagne, et pour laquelle on a manifesté à son origine un enthousiasme dont il a fallu, comme de coutume, rabattre beaucoup. Les Académies et autres sociétés savantes existantes suffisent de reste à l'émission de toutes les idées et à la constatation de tous les travaux scientifiques de quelque valeur. Ces grandes réunions improvisées et nomades auraient pu avoir de l'importance à d'autres époques, au temps où les rapports internationaux étaient moins actifs, où la pénurie des livres et l'absence des journaux rendaient les communications des savans extrêmement difficiles. Pendant le moyen-âge, de même que dans l'antiquité, les hommes qui s'occupaient de science étaient obligés d'aller eux-mêmes le chercher en personne partout où ils espéraient le rencontrer, hors de leur pays et jusque dans des climats lointains. Ils allaient de ville en ville et de royaume en royaume s'informer de ce qu'il y avait de nouveau, et leurs acquisitions se mesuraient sur l'étendue de leurs voyages. Dans les deux derniers siècles, les savans voyagèrent moins que par le passé, mais ils suppléaient à ces déplacemens par des correspondances privées, usage auquel nous devons tant de précieux renseignemens historiques et scientifiques. De nos jours ces correspondances mêmes ont à peu près cessé. Grâce à la multiplicité des journaux spéciaux, à la publication périodique des travaux des sociétés savantes, à l'abondance et au bon marché des livres, nous ne sommes plus obligés d'aller chercher nous-mêmes bien loin ce que la poste nous apporte chaque matin à notre domicile, ni de perdre une grande partie de notre temps à des commerces de lettres infiniment moins commodes et moins avantageux que la publicité de la presse moderne. Il est arrivé, sous ce rapport, aux sciences et aux lettres ce qui est arrivé à l'industrie et au commerce. La multiplication des marchés et la facilité des communications ont supprimé peu à peu le colportage et surtout les foires qui n'étaient que des marchés temporaires où l'on venait s'approvisionner de fort loin. Aujourd'hui ce sont les produits qui

à la chambre claire, et j'ai fait dessiner, sous mes yeux, les figures au microscope. Quand tout ce travail, qui m'était personnel, a été à peu près terminé, j'ai fouillé partout, dans les auteurs originaux, pour voir ce qu'ils avaient pensé de la texture de la rate et comparer leurs résultats entre eux et avec ceux que j'avais obtenus. Enfin, j'ai tâché, en m'aidant de tous les faits que l'on possède en physiologie et en pathologie d'extraire de la connaissance de la texture quelques opinions motivées sur les fonctions encore ignorées de la rate dans l'organisme. C'est le résultat de toutes ces recherches que je présente aujourd'hui à l'Académie des sciences.

Ce mémoire se compose de trois parties, qui reproduisent dans leur ordre les trois phases : 1° anatomie microscopique de la rate ; 2° examen comparé des opinions des auteurs originaux sur la même question ; 3° probabilités sur les fonctions de la rate. Je me bornerai dans cet extrait à faire connaître la partie anatomique, qui est le fondement de mon travail.

ANATOMIE NORMALE MICROSCOPIQUE DE LA RATE.

Je passe sous silence toutes les recherches préparatoires auxquelles je me suis livré pour reconnaître quels sont les élémens anatomiques dont se compose la rate. Il me suffit d'établir que dans une rate injectée par ces dernières, la surface est entièrement occupée par des vésicules et des espaces intervésiculaires ou des cloisons, constituant deux sortes d'appareils. Les élémens anatomiques qui, par leur association, concourent à les former, sont au nombre de 10 : 1° des membranes vésiculaires ; 2° des vaisseaux sanguins ; 3° des corpuscules vasculaires flottans ; 4° un champ granulo-capillaire ; 5° un liquide splénique ; 6° des glandes spléniques, que nous verrons n'être que des glandes lymphatiques ; 7° des vaisseaux lymphatiques ; 8° des nerfs ; 9° du tissu cellulaire ; 10° une membrane d'enveloppe de la rate en son entier. Les cinq premiers élémens composent l'appareil vésiculaire. J'y ai fait entrer les vaisseaux sanguins, quoique communs à toute la texture, parce que c'est dans cet appareil qu'ils offrent leurs particularités les plus remarquables. Le sixième et le septième élémens forment l'appareil glanduleux. Les trois derniers appartiennent à l'ensemble de la rate. Examinons succinctement l'un après l'autre chacun des élémens, dans leurs formes, leurs dimensions et leurs rapports.

VÉSICULES SPLÉNIQUES.

Elles sont répandues uniformément dans toute l'étendue de la rate, partout séparées par les cloisons et offrant, avec celles-ci, des rapports de surface qui sont à peu près comme 3 à 2.

1° Forme. Dans la rate uniquement insufflée, les cloisons manquant d'épaisseur, la forme de la vésicule est celle d'un polyèdre irrégulier qui a depuis cinq jusqu'à neuf ou dix côtés. Dans la rate bien injectée, au contraire, le polyèdre est remplacé par le sphéroïde ou l'ovoïde ; or, il est probable que c'est cette forme qui est la vraie ; les liquides, pendant la vie, remplissant également les vésicules, les glandes et les vaisseaux.

2° Volume. Le volume des vésicules varie non seulement dans les divers animaux mais aussi dans une même rate. Chez le veau, à l'état d'injection, les plus grandes vésicules n'excèdent par 5 millim. ; les plus petites ont 2 millim., le diamètre moyen, où le plus ordinaire, est de 3 à 4 millim. Chez le chien et le mouton, les cavités sont aussi très grandes. Chez l'homme, elles sont plus petites et plus régulières. En général, leur diamètre moyen est de 1 à 5/4 de millim., et leurs variations ne vont guère au-delà de 1/3 de cette dimension en plus ou en moins.

3° Divisions. Aucune vésicule ne forme une cavité simple ; toutes sont traversées, sur leurs parois, par des vaisseaux dont la saillie, revêtue par la membrane d'enveloppe, forme à la manière de la veine et des artères ombilicales, sous le péritoine, des replis en lames de faux ou en croissant, suivant qu'elle parcourt seulement un tiers, une moitié ou tout le diamètre de la vésicule. Le résultat de la série décroissante de ces plis de revêtement est de décomposer la cavité principale en loges, puis en locules également décroissantes, au fond desquelles se dessinent les reliefs des glandes et des granules et les arborisations capillaires.

4° Orifices. Il en existe de deux sortes : les orifices de communication des cellules entre elles, et les orifices d'abouchement des veines dans la cavité des vésicules.

Les *orifices* de communication sont plus ou moins irrégulièrement circulaires. Leurs bords sont minces et formés par un repli ou un adossement réfléchi de la membrane des parois qui renferme des vaisseaux. Leur diamètre est de la moitié au quart de celui des vésicules ; 1 à 2 millim. dans le veau, et 1/4 à 1/5 de millim. dans l'homme. On en compte 2 ou 3 dans les grandes vésicules, 1 seul dans les petites, mais aucune n'en est dépourvue. C'est à cette communication réciproque de toutes les vésicules de la rate qu'est due l'insufflation facile du viscère en son entier non seulement par les veines, mais en piquant à l'extérieur, sur un point quelconque de la surface.

Les *orifices veineux* ne sont pas aussi nombreux que ceux des vésicules entre elles. On les trouve épars çà et là. Telle vésicule en offre 2 ou 3, tandis qu'à côté l'on n'en trouve pas un seul dans un groupe de plusieurs vésicules. Ces orifices circulaires ou ellipsoïdes de 1/5 de millimètres dans le veau, et 1/12 de millim. dans l'homme, sont les bouches absorbantes de veines de même volume qui se rendent dans celles des cloisons. Ils s'offrent partout indifféremment à la surface de la vésicule et sont garnis d'un repli en croissant qui forme une valvule incomplète.

CLOISONS OU MIEUX ESPACES INTERVÉSICULAIRES.

Ces espaces sont formés par l'écartement des membranes d'enveloppe, et renferment les vaisseaux et les glandes spléniques ; leur volume, qui dépend du plus ou moins de réplétion de ces organes, fait antagonisme avec celui des vésicules, mais, en général, lui est inférieur et paraît être, avec ce dernier, dans le rapport de 2 à 3. Ces cloisons, rétrécies entre les courbes adossées de 2 vésicules, sont élargies en espaces irréguliers remplis de glandes, entre plusieurs vésicules.

ÉLÉMENS ANATOMIQUES DE L'APPAREIL VÉSICULAIRE.

1° MEMBRANES D'ENVELOPPE.

Ce sont elles qui forment les enceintes des vésicules et dont les écartemens donnent lieu aux espaces intervésiculaires. Nous avons dit qu'elles sont continues les unes avec les autres dans toute l'étendue de la rate, en sorte qu'on peut considérer ces membranes comme n'en formant qu'une

---

viennent chercher le consommateur partout où il se trouve. Les congrès scientifiques ne sont, si l'on veut nous passer la comparaison, que des foires de produits intellectuels. Leur institution à ce titre n'est guère appropriée aux besoins et aux conditions de notre civilisation et rappelle d'autres temps. Aussi ne faut-il pas s'étonner qu'ils ne tiennent pas tout ce qu'ils promettent. Ce sont des réunions d'apparat, où il y a de la foule, c'est-à-dire beaucoup de bruit et de mouvement ; mais qui, une fois écoulée, laisse moins de traces de son passage dans la science que dans les auberges qui la logent. Les voyageurs qui affluent à ces rendez-vous ne sont pas toujours ceux qu'on souhaiterait le plus d'y voir. Les travaux qu'on y apporte n'ont rien qui les distingue de ceux qui se produisent ailleurs chaque jour par les voies ordinaires, et il y en a probablement beaucoup qui, sans ce débouché exceptionnel, risqueraient fort de rester inédits. Que peut-il résulter, d'ailleurs, si on y regarde un peu sérieusement, de ces rencontres fortuites de quelques cent lettrés appartenant à toutes les branches de l'arbre encyclopédique, inconnus pour la plupart les uns des autres, réunis pendant dix jours seulement, espace de temps absorbé même en grande partie par les formalités des séances, le cérémonial des délibérations et les mesures d'ordre ? Que peuvent produire la lecture d'une vingtaine de mémoires sur les sujets les plus divers, sans lien, sans rapport, aussitôt oubliés qu'entendus, et quelques conversations que le vent emporte plus vite ? Il y a encore à la vérité, à la fin du congrès, un *compte-rendu* de la session, qui donne l'analyse des ouvrages présentés et des discussions ; mais l'ensemble de tout ce qui a été lu et dit dans le cours de ces conciles œcuméniques ne surpasse guère en quantité et n'égale certainement pas en importance réelle ce qui se dit et se lit chaque semaine dans les diverses sociétés savantes et littéraires des grands centres scientifiques, comme Paris, Berlin ou Londres. Les résultats ne répondent donc pas aux immenses préparatifs et au vaste appareil de ces solennités. Nous ne croyons pas à la durée de ces institutions qui ne sont fondées sur aucun besoin positif, qui n'ont pas de but d'une utilité appréciable, dont tout le mérite est d'être un passe-temps innocent pour les amateurs de science, sinon pour les savans de profession, et un agréable rendez-vous pour une certaine classe de personnes, comme pour d'autres les eaux de Bade ou de Carlsbad.

N'allons pas plus loin cependant que l'équité ne l'exige. Si ces congrès ne sont pas d'une utilité bien démontrée, il n'y a rien de mieux démontré en revanche que leur innocuité ; et c'est déjà beaucoup que de ne pas nuire. On pourrait même se réconcilier tout à fait avec ces institutions, en se bornant à les considérer comme de simples fêtes de la science et de l'art, ayant à peu près le même but et le même genre d'influence que les séances annuelles de nos Académies. Jugées de ce point de vue, elles peuvent avoir de bons résultats comme moyen de propagation, non de la science elle-même, mais du goût et de l'activité scientifiques en général. Or tout ce qui tend à favoriser le progrès des lumières est bon en soi et digne d'encouragement.

Le *programme* arrêté cette année par la commission centrale comprend dans son gigantesque développement le système entier des connaissances humaines. Tous les savans de l'Europe réunis auraient de la peine à satisfaire la curiosité des rédacteurs de ce manifeste. Il ne renferme pas moins de *deux cent quarante six questions*, et laisse bien loin par conséquent les fameuses thèses de Pic de la Mirandole, qui n'en avaient que cent. Ces questions, toutes plus ardues et plus

seule, partout homogène, divisée en milliers de petites ampoules isolées par étranglemens qui constituent leurs orifices, et supportées par les ramifications des vaisseaux et les chapelets des glandes, qui forment comme une sorte de charpente molle de l'organe.

La membrane vésiculaire ne paraît formée que d'un seul feuillet épais de 1/5 à 1/10 de millim., mais son organisation est très complexe, car elle renferme le champ granulo-vasculaire avec son épais lacis de capillaires sanguins et lymphatiques. On ne peut donc la considérer, avec Malpighi, comme une simple dilatation de la tunique interne des veines; ou plutôt l'identité de texture entre ces deux membranes existe bien en réalité, mais d'une manière inverse de l'opinion établie, c'est-à-dire qu'au lieu que ce soient les vésicules qui auraient pris la structure des veines, ce sont les veines elles-mêmes qui se sont modifiées de la texture ordinaire qu'elles offrent dans l'ensemble de la circulation générale, pour revêtir ici le caractère splénique, c'est-à-dire la division de leurs canaux en vésicules analogues à toutes les autres, comme nous le verrons plus loin.

2° VAISSEAUX SANGUINS.

Les vaisseaux sanguins d'après leur volume, leurs formes et leur mode de distribution m'ont paru devoir se diviser en ordres décroissans; les grands vaisseaux de parcours, ou les vaisseaux spléniques proprement dits; les vaisseaux intervésiculaires et les vaisseaux vésiculaires.

1° Les *vaisseaux spléniques* marchent accolés l'un à l'autre, artère et veine; ils forment trois à quatre divisions qui se rendent directement vers la périphérie de la rate. Les veines, beaucoup plus volumineuses que les artères, sont percées dans toute leur étendue de petits trous circulaires qui ouvrent dans les veinules des cloisons. Les veines terminales se décomposent, suivant la longueur de leur canal, en une succession de cellules, séparées par des étranglemens vasculaires, dont la composition organique est absolument identique avec celle des vésicules qui leur font suite.

2° Les *vaisseaux intervésiculaires*, nés des précédens, rampent dans les cloisons, où ils se distribuent aux glandes spléniques et aux membranes vésiculaires. Leur volume, déjà très petit, décroît de 1 millim. à 1/5 ou 1/6 de millim. dans le veau, et de 3 à 4|10 de millim. à 1|20 de millim. dans l'homme. Les vaisseaux des glandes s'y plongent brusquement à la manière de ceux du corps caverneux.

3° Les *vaisseaux vésiculaires* forment à la surface des petites cavités, ces replis falciformes dont nous avons parlé. Mais, par une disposition singulière, leur branches se projettent dans la cavité vésiculaire pour se distribuer aux corpuscules flottans qui appendent aux derniers rameaux, en donnant l'image de grappes de raisin, suivant la comparaison de Malpighi. Sur le fond de la membrane, les derniers capillaires forment avec les lymphatiques le réseau granulo-vasculaire. Quant aux veinules, il y en a de deux sortes: les capillicules du réseau commun et les veinules d'absorption, beaucoup plus fortes que nous avons vues s'ouvrir par des orifices libres, dans la cavité des vésicules.

Enfin, tous les petits vaisseaux de la rate, tant des cloisons que des vésicules, se distinguent, à l'état turgide, par des séries continues de renflemens et de rétrécissemens qui leur donnent un aspect noueux très prononcé. J'aurais encore à faire, sur les formes spéciales de ces vaisseaux, bien d'autres observations, mais qu'il serait trop long de rapporter.

3° CORPUSCULES VASCULAIRES FLOTTANS.

Je range ce système d'organules à la suite des vaisseaux, parce qu'ils font partie de l'appareil sanguin de la rate.

Les corpuscules sont flottans dans l'intérieur de la cavité des vésicules, où ils appendent, comme à leur pédicule, aux derniers rameaux des capillaires sanguins et lymphatiques. Ils sont formés par un noyau lenticulaire d'où s'élancent, à l'état turgide, les gerbes de petites aigrettes rayonnant vers la circonférence, de manière à figurer une fleur d'ombellifère. Ces aigrettes elles-mêmes sont composées d'un filament terminé par de petites sphérules brillantes assemblées en chapelet. Les noyaux corpusculaires, de volume inégal, ont, dans le veau de 15 à 50 centièmes de millim. de diamètre, et leurs capillaires ont un calibre de 4|200 de millim. à 1|100. Dans l'homme, les corpuscules plus petits ont un volume moins inégal, de 5 à 10|100 de millim. de diamètre, ou environ 15 à 16 diamètres du globule du sang humain. Les capillaires qui s'y rendent ou qui en sortent ont un calibre qui varie de 3|100 de millim. ou quatre globules du sang à un demi-centième ou moins d'un globule.

4° CHAMP GRANULO-CAPILLAIRE.

C'est par ce nom, emprunté de son aspect physique, que je désigne la membrane vésiculaire, elle-même composée de deux élémens: 1° des granules sphériques, très pâles, juxta-posées; sensiblement égales dans leur diamètre de 4 à 5 globules du sang humain (3 à 4|100 de millim.); 2° des capillicules artériels, veineux et lymphatiques, de 1 centième à 1|200 ou 1|300 de millim. de diamètre distincts des capillaires plus gros des corpuscules flottans. Le réseau vasculaire forme un lacis épais à plusieurs couches qui, dans les injections très fournies, marque plus ou moins les granules et donne l'image d'un feutre.

5° LIQUIDE SPLÉNIQUE.

Ce liquide ou le *sang splénique* paraît être le produit de l'élaboration des corpuscules flottans et du champ granulo-capillaire, déposé dans la cavité des vésicules où il est repris par les veines absorbantes de ses parois. Epais, visqueux, d'un brun rougeâtre, sous le microscope il semble composé de plusieurs espèces de globules en suspension dans un liquide jaunâtre et onctueux. 1° Des *globules lenticulaires*, les uns environnés d'un limbe rouge et qui ne paraissent pas différer des globules ordinaires du sang, les autres incolores; 2° de globules blanchâtres, irréguliers de forme et de volume et qui rappellent ceux que l'on rencontre dans le chyle et dans la lymphe. Je n'insisterai pas sur ces détails que M. Donné a révélés tout récemment à l'Académie, avec plus d'extension, dans un travail dont, au reste, les conclusions s'accordent parfaitement avec les miennes.

ÉLÉMENS ANATOMIQUES DE L'APPAREIL GLANDULEUX.

6° GLANDES SPLÉNIQUES.

Voici, pour le volume et le degré de consistance, l'élément organique le plus considérable de la rate. Ces glandes réunies par des cordons de même substance remplissent, avec les ramifications des vaisseaux, les

---

vastes les unes que les autres, pourraient être intitulées, comme celles du savant prince du moyen-âge, de *omni scibili*. Elles embrassent la zoologie, la botanique, la minéralogie, la géologie, la physique, la chimie, la météorologie, les arts industriels, la médecine, la pharmacie, l'agriculture, le commerce, la statistique, l'économie politique, l'histoire, l'archéologie, la philologie, la philosophie, la morale, l'éducation, la législation, les littératures française et étrangère, antique et moderne, la critique, les arts du dessin, l'histoire et la théorie de l'art, etc., etc.

Dans ce vaste catalogue, nous ne dirons un mot que de ce qui regarde la médecine. Les questions médicales sont au nombre de trente. La plupart sont bien choisies et rédigées avec précision. Vous remarquerez les suivantes :

A. Des modifications que réclame l'organisation médicale en France.

B. De la révision du CODEX.

C. Les expériences faites sur l'homme en état de santé peuvent-elles donner la mesure de l'action des médicamens, tant simples que composés, sur l'homme malade?

D. De la part relative de la médecine et de la chimie dans la thérapeutique des empoisonnemens.

E. Quelle est la conduite à tenir dans l'ouverture des abcès par congestion.

F. Déterminer la valeur de la section sous-cutanée des muscles et des tendons, comme moyen de guérison des déviations de la colonne vertébrale.

En lisant ces questions, vous vous étonnerez sans doute de la brièveté du délai accordé par le programme. Trois mois sont bien courts pour bien étudier un point de science quelconque. Il en est un, par exemple, celui de la myotomie rachidienne, qui ne nous paraît pas susceptible d'être abordé par beaucoup de praticiens, et, au lieu de trois mois, trois ans d'études et d'expériences directes et multipliées seraient à peine suffisans pour donner à un chirurgien consciencieux le droit d'émettre une opinion valable sur ce sujet. Quoi qu'il en soit, nous avons des raisons d'être satisfait de voir cette question posée devant le public scientifique européen.

La grande question de la répression du charlatanisme, soulevée par la proposition de M. Royer-Collard, a fait un premier pas. Le conseil d'administration a décidé que le projet de notre honorable confrère était pris en considération, et son examen a été renvoyé à une commission spéciale. Nous présumons qu'en prenant cette décision, le conseil d'administration n'a voulu que ces deux choses: 1° décliner la responsabilité d'une solution définitive dans une matière de la plus haute gravité et qui n'était pas rigoureusement de sa compétence; 2° fournir à l'auteur de la proposition l'occasion de la développer et de la défendre au sein de la commission dont il fait partie. On ne peut qu'approuver, sous ce double rapport, le sentiment qui a dicté la résolution du conseil; mais il n'en faut rien conclure sur son opinion, quant au fond de la question. Nous avons même lieu de croire que le conseil pensait à peu près comme nous à cet égard; et il est probable que la commission nouvelle sera inévitablement amenée par la force des faits à penser de même. Vous serez tenu au courant de cette importante affaire.

A peine sortie des embarras d'une élection laborieuse, l'Académie va de nouveau s'y trouver engagée. Il s'agit cette fois d'un membre de la section d'anatomie et de physiologie. Si vous jetez les yeux sur la liste des candidats connus

cloisons ou les espaces intervésiculaires. Leur plus grand diamètre à l'état de réplétion est, terme moyen, de 1 millim. dans le veau et 1|4 de millim. dans l'homme. Dans la rate du bœnf, où elles ont jusqu'à 2 millim. et plus, on les voit distinctement à l'œil nu, sous forme de corpuscules bruns ou blanchâtres. D'après mes recherches, je ne fais aucun doute que ce sont ces glandes qui ont été indiquées par tous les auteurs en qualité de glandules vésiculaires de Malpighi qu'aucun d'eux n'a jamais vues. Ces glandes, isolées ou agglomérées dans les cloisons, suivant l'étendue des espaces, sont unies par leurs cordons en chapelets qui se tiennent dans toute l'étendue de la rate. Elles reçoivent un grand nombre de vaisseaux sanguins et lymphatiques, et, sous un grossissement de 200 à 500 diamètres, une lame très mince de leur substance, bien injectée, paraît se résoudre en granules et en capillaires infiniment petits.

Mais c'est dans la manière dont s'y comportent les vaisseaux lymphatiques que nous allons trouver leur signification physiologique. Qu'y voit-on en effet? des plexus de vaisseaux lymphatiques entrelacés à leur surface; des troncs *afférens* qui pénètrent dans les glandes et leurs cordons; des troncs efférens qui en sortent pour s'accoler aux vaisseaux sanguins des cloisons; des subdivisions de ramuscules à l'infini dans l'épaisseur des glandes et des cordons, d'où il résulte qu'elles en forment la plus grande partie de la texture, complétée par les granules et les divisions des vaisseaux sanguins. D'après tant de caractères, si nombreux et si convaincans, il me paraît hors de doute que les glandes spléniques sont, tout simplement, des glandes lymphatiques microscopiques.

7° VAISSEAUX LYMPHATIQUES.

Les lymphatiques microscopiques sont en nombre immense dans la rate. Nés du réseau granulo-capillaire où ils forment un lacis tellement serré que, dans les points diaphanes, leurs capillicules anastomosés ressemblent à une toile d'une extrême finesse, ils s'adjoignent les rameaux des corpuscules flottans, sous liés entre eux par des lymphatiques, et dont chacun est le centre de plusieurs rameaux en étoile. De ces origines procèdent les grands rameaux au nombre de 15 à 20 qui traversent la largeur de la vésicule et vont se rendre partout dans les glandes des cloisons.

Le diamètre des grands rameaux est de 5 à 8|100 de millim. dans l'homme, et de 10 à 15|100 dans le veau. Mais, ce qui est très remarquable, ce sont les observations auxquelles ils donnent lieu sous de forts grossissemens. A l'extérieur, les grands rameaux sont environnés par des ramuscules nombreux qui les enlacent en formant des anastomoses, comme les grands lymphatiques eux-mêmes autour des gros troncs sanguins des viscères digestifs. Dans leur intérieur, les rameaux spléniques, outre leurs valvules, très visibles, sont partagés en locules, dont l'agglomération, dans les nœuds de jonction, plus larges, donne l'idée d'une sorte de glandule rudimentaire, comme si les vaisseaux lymphatiques n'étaient pas seulement des canaux de transport, mais aussi des organes chargés d'une élaboration. Toutes ces observations et d'autres qu'il serait trop long de rapporter sont comme autant de révélations anticipées sur la structure interne des vaisseaux lymphatiques dont je ferai prochainement l'objet d'un mémoire particulier.

ÉLÉMENS ANATOMIQUES COMMUNS A TOUTE LA TEXTURE DE LA RATE.

8° NERFS.

J'ai peu de chose à dire sur ces organes dont on suit bien jusqu'à un certain degré les divisions anatomiques sur les vaisseaux spléniques, mais que l'on perd bientôt de vue, et qui, du reste, ne font que montrer en plus petit, au microscope, ce que l'on voit à l'œil nu sur les gros rameaux.

9° TISSU CELLULAIRE.

Assez rare dans la rate, il n'y apparaît que dans les cloisons, entre les glandes lymphatiques et les ramifications des vaisseaux sanguins. Invisible à l'œil nu, il ressemble, sous le microscope, à une sorte de gelée grisâtre sans distinction d'une trame quelconque. Cet aspect qui n'existe qu'à l'état humide disparaît complètement par la dessiccation.

10° MEMBRANE D'ENVELOPPE DE LA RATE.

Je n'insisterai pas non plus sur la texture de cette membrane. Il me suffira de dire qu'elle m'a paru formée de deux feuillets, l'un cellulo-fibreux, profond et très mince, l'autre superficiel et probablement musculaire conformément à l'opinion de Malpighi et de ses élèves. Les deux feuillets sont unis par une couche de tissu cellulaire où rampent les vaisseaux et qui renferme aussi des granules.

Me voici arrivé à la fin de ce travail sans avoir presque cité aucune des recherches des auteurs originaux; ce n'était pourtant pas mon dessein. J'ai voulu d'abord exposer la série des faits, tels qu'ils se sont présentés à mon observation, sauf à revenir sur mes pas pour rendre à chacun ce qui lui appartient. Je ne puis qu'indiquer très brièvement le résultat de mes recherches d'érudition, renvoyant pour les détails à mon mémoire, où sont discutées longuement les recherches et les opinions des auteurs.

Malpighi est le premier qui se présente, car il n'existait pour ainsi dire rien avant lui. D'après cet illustre anatomiste, la rate se compose de cellules, séparées par des cloisons; dans les cellules existent des granulations qui appendent aux extrémités des artères, et, ajoute-t-il, des nerfs. Les veines s'ouvrent dans les cellules par des orifices béans. Il en est de même, dit-il, des artères, opinion qui me paraît assez plausible, mais que je n'ai pu vérifier par les faits. Les cloisons sont formées *par un parenchyme* entrecoupé de bandes fibreuses et musculaires, renfermant du sang épaissi et extravasé. On le voit, sauf les détails, que l'on étudie bien plus aujourd'hui, et quelques erreurs bien pardonnables à son époque, Malpighi a connu la moitié de la véritable structure de la rate.

Pendant quelques années, la découverte de Malpighi fut acceptée dans toute l'Europe; mais, par suite des attaques de Ruysch, on la voit décroître graduellement, par intervalles de quinze à vingt ans, dans chaque nouveau travail *ex professo* sur la rate. Ruysch, qui admet les membranes, nie les fibres et les cellules, donne un autre sens aux granulations, et transforme la théorie du système capillaire. Winslow signale le tissu cotonneux, admet les cellules et les granulations, mais ne parle plus des

---

jusqu'à ce jour, vous jugerez aisément que le choix n'est pas facile. Parmi les prétendans, il en est plusieurs d'un mérite si éclatant, que l'élection ne pourra se faire qu'en accomplissant de douloureux sacrifices. Nous avons cru longtemps que dans une élection la pire position était celle du candidat; nous commençons à croire maintenant que c'est celle de l'académicien.

A propos de l'Académie, voici un genre nouveau de *puff* médical dont nous recommandons la recette aux amateurs : c'est le paquet cacheté. Ayez une idée absurde (c'est facile), une idée dont personne ne veut, qu'on ne sait où fourrer, une idée qui n'a ni peut avoir ni feu, ni lieu. Prenez cette susdite idée, enveloppez-la soigneusement dans une solide enveloppe, dûment scellée par un triple cachet, et déposez le tout sur le bureau académique. Le succès est infaillible. Le jour de l'ouverture venu, le président déclare que le paquet va être ouvert, et le passe avec dignité au secrétaire, qui s'apprête à rompre le cachet fatal. Aussitôt un silence solennel s'établit; tous les yeux se dirigent vers le mystérieux papier; comme dans le parlement anglais, au moment où sir Robert Peel prend la parole, on n'entend plus que ces mots : *Hear! hear!* Toutes les oreilles se tendent, *arrectis auribus adstant*. C'en est fait ; l'élucubration a trouvé une tribune, un orateur, des auditeurs, et le lendemain elle va, avec le compte-rendu des journaux, se faire lire par des milliers de lecteurs. C'est grâce à cet ingénieux procédé que vous pourrez lire vous-même aujourd'hui ci-après une étonnante découverte thérapeutique pour le traitement préventif de la phlébite traumatique, proclamée dans la dernière séance de l'Académie. Nous ne saurions trop préconiser cette méthode de publicité, qui est neuve et peut rendre de grands services.

Puisque nous en sommes au puff, vous ne serez pas fâché peut-être d'en connaître un autre d'un ordre tout à fait supérieur, et dont l'invention ne peut partir que d'un génie du premier rang. Ce puff, véritablement transcendant, est le puff médico-électoral. En voici la formule :

« M. Benech (médecin), désirant obtenir des droits aux suffrages des électeurs (de Cahors), prendrait l'engagement de se mettre à la tête d'une association dans laquelle il apporterait une somme considérable, pour établir, au-delà des barrières de Paris, un entrepôt de vins de Cahors. Des hommes intelligens et probes, nommés par des propriétaires-cultivateurs du lot, présideraient à la vente de ces vins. Outre cela, M. Benech s'efforcerait, *comme médecin*, d'accroître la *consommation des vins* de Cahors, en les *conseillant comme remède dans un grand nombre de maladies.*

» De plus, M. Benech osera, *à la faveur de sa grande popularité*, braver les clameurs des industriels et des commerçans de tous les pays. Il demandera qu'on impose les produits de l'industrie et qu'on diminue les droits établis sur une *boisson très nécessaire à la santé et à la bonne constitution* de tous les citoyens (1). »

Voilà un fait que notre honorable confrère M. Royer-Collard trouvera de la peine à classer dans son *droit criminel* médical. Ce qu'il y a de sûr, c'est que le remède de M. Benech n'est pas un remède secret. Si vous parlez de ce fait, veuillez ne pas dire que vous l'avez appris de la GAZETTE MÉDICALE ; car quelque pro-

(1) Extrait de l'IMPARTIAL DU LOT.

capillaires artériels et veineux. De la Sône pense comme Winslow, et n'y ajoute que l'élasticité du tissu fibreux; or, nous savons déjà que ce prétendu tissu de Malpighi n'est autre que les glandes avec leurs cordons, Haller ne reconnaît plus que les cellules et les granulations. Un peu plus tard, Assolan nie les cellules. Les continuateurs de Bichat et Boyer n'ont plus d'opinion. Enfin, que dit-on dans les livres les plus modernes, et qui servent aujourd'hui à l'enseignement dans les écoles? J.-F. Meckel nie les cellules, et M. Cruveilhier les granulations dans l'homme; c'est-à-dire que, aujourd'hui, au point où je prends la question, il n'existe plus, sur les détails comme sur l'ensemble, aucune opinion motivée sur la structure anatomique de la rate.

CONCLUSIONS.

En résumé, de l'ensemble de ce travail, je crois, sans sortir du domaine de l'anatomie, pouvoir déduire les propositions suivantes, qui me paraissent devoir servir de base à toute opinion physiologique sur les fonctions de la rate.

1° La rate se compose de deux appareils différens : l'un *vésiculaire*, l'autre *glanduleux*, scindés par petits organules, et partout juxta-posés, élément à élément, dans toute l'étendue de ce viscère. Le volume de la rate étant supposé divisé en six portions, l'appareil vésiculaire semble y figurer comme trois et l'appareil glanduleux comme deux, les vaisseaux composant à peu près le dernier sixième.

2° Néanmoins, si l'appareil vésiculaire a plus d'étendue, l'autre est plus compacte et plus ramassé, en sorte que l'on peut considérer leurs masses organiques fonctionnelles comme étant à peu près égales.

3° Les deux appareils, vésiculaire et glanduleux, se ressemblent en ce point que chacun d'eux est formé par une chaîne sans fin des élémens qui le composent, continus entre eux dans toute l'étendue de la rate.

4° L'*appareil vésiculaire*, ou la succession des vésicules, continues entre elles par leurs orifices de communication, comprend, outre les veines spléniques, qui peuvent être assimilées au chapelet vésiculaire, les corpuscules et le champ granulo-capillaire. C'est, si l'on veut, comme une vaste poche milliloculaire, ou mieux, un long canal, incessamment replié sur lui-même, qui aurait été divisé, par des étranglemens vasculaires, en myriades de petites cavités, pour augmenter les surfaces. La texture des vésicules et la nature du liquide qu'elles renferment permettent de les considérer comme un *appareil d'élaboration sanguine*.

5° L'*appareil glanduleux* se compose des glandes et des vaisseaux que nous avons reconnus pour appartenir au système lymphatique. Il ne se présente comme une chaîne tortueuse de trajets cloisonnés qu'en raison de son interposition entre les ampoules vésiculaires, qui, elles-mêmes, devaient être fermées pour retenir le liquide qui s'y dépose. On peut considérer cet appareil comme une vaste glande lymphatique, du volume environ du tiers de la rate, qui s'est fractionnée en petites glandes microscopiques, unies par des cordons de même substance, pour se répandre dans toute l'étendue de la rate et environner partout les vésicules, comme s'il était nécessaire que ces deux appareils fonctionnassent en commun. Cette opinion, du reste, est en quelque sorte prouvée par l'arrivée, dans les glandes, des vaisseaux lymphatiques provenant des corpuscules et du champ granulo-capillaire.

6° Les *vaisseaux capillaires* revêtent, dans la rate, des formes spéciales qui les distinguent des formes générales qu'on leur connaît dans l'ensemble de l'appareil circulatoire.

7° Les *veines*, par les modifications de texture qu'elles éprouvent, font partie du tissu de la rate et participent à ses fonctions.

Les *vaisseaux lymphatiques* aussi ne semblent pas seulement des canaux de transport d'un liquide, mais en même temps des organes chargés d'une élaboration.

Nous verrons, dans la suite de ces études, les modifications de texture des vaisseaux, pour s'approprier aux organes et participer à leurs fonctions spéciales, s'étendre et presque se généraliser dans l'organisme.

8° Les élémens anatomiques de la rate sont les mêmes dans tous les mammifères. Toutefois, il existe sous ce rapport, entre l'homme et l'animal, des différences considérables qui ne me paraissent pas offrir au même degré d'autres viscères, le poumon ou le rein par exemple. Il est remarquable à quel point, dans la rate humaine, tous les détails sont précis, multipliés, finis, si bien que les rates d'animaux, relativement beaucoup plus simples, ne semblent, en comparaison, que des rudimens ou des ébauches d'organisation.

9° Quant à l'analogie à laquelle nous sommes amenés entre la rate et les glandes lymphatiques : si, en raison de sa structure anatomique, on peut définir la rate une vaste glande lymphatico-sanguine, d'un autre côté les glandes lymphatiques de la circulation générale, si fournies de vaisseaux sanguins, peuvent être considérées, jusqu'à un certain degré, comme des chapelets de petites rates, répandues sur divers points de l'appareil circulatoire lymphatico-sanguin. Nous verrons, en traitant de la structure intime de ces glandes, comment l'opinion de la conformité entre ces deux espèces d'organes, évidente quant à l'appareil glanduleux splénique, peut se trouver fortifiée par les analogies d'organisation des canaux intérieurs des glandes lymphatiques, avec l'appareil vésiculaire de la rate.

De tout ce qui précède, il serait facile d'inférer quelques opinions motivées sur les fonctions de la rate. J'en ai dit assez pour laisser voir que je comprends les conséquences qui s'en déduiraient pour tout autre comme pour moi.

Néanmoins, par respect pour l'Académie, comme aussi dans l'intérêt de mon travail, j'ai cru devoir m'abstenir d'exprimer une opinion physiologique qui ne serait, après tout, qu'une hypothèse, et viendrait couvrir d'un vernis de doute une théorie anatomique à laquelle suffit sa propre importance, si, comme je l'espère, les juges compétens de la science appelés à la vérifier la trouvent d'une exactitude incontestable.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

NOUVELLES OBSERVATIONS SUR L'EMPLOI DES APPAREILS HÉMOSPASIQUES ET DES BAINS D'AIR COMPRIMÉ (lues à l'Académie des sciences le 8 novembre 1841); par M. JUNOD, D. M. P.

Huit ans se sont écoulés depuis que j'ai eu l'honneur de présenter à l'Académie le résultat de mes recherches sur un moyen très puissant de

curcur du roi défiant pourrait voir là une discussion politique et nous faire un procès.

La société nationale de vaccine a fait elle aussi ces jours derniers un tout petit puff, d'une parfaite innocence, il est vrai, mais qui mérite d'être cité comme un trait caractéristique de mœurs contemporaines. Cette société, des plus respectables et des plus utiles que nous connaissions, désirant, pour le succès de sa bienfaisante et noble mission, attirer sur ses travaux toute la publicité possible, a imaginé, pour allécher et amollir les cœurs, de joindre cette année au programme de sa séance annuelle l'annonce..... devinez de quoi? d'un concert musical. La musique et la vaccine! l'opéra et la variole! Il fallait arriver au dix-neuvième siècle pour voir s'opérer de tels rapprochemens. Cette petite ruse de guerre a réussi à souhait. Les pauvres virtuoses allemands, soutenus par quelques chanteurs de l'Académie royale de musique, ont fait les honneurs de cette solennité philantropique qui aura dû se terminer sans doute par une vaccination générale.

Nous avons en ce moment à Paris deux concours ouverts, celui de la Faculté qui touche à sa fin, et un autre au bureau central des hôpitaux. Chacun de ces concours a éprouvé dans sa marche des difficultés imprévues. Dans l'un et l'autre, des défauts de forme et autres ont donné lieu à des craintes de protestation et même d'annulation. Celui du bureau central paraît particulièrement travaillé par des divisions intestines, des oppositions vives, provoquées, dit-on, par des abus qu'il serait à la vérité bien difficile de constater matériellement, et plus difficile encore de détruire. Nous espérons cependant que les deux luttes se termineront sans autre encombre.

Vous applaudirez, comme nous, à la noble pensée du ministre de l'instruction publique qui, instruit du dévouement dont avaient fait preuve un assez grand nombre d'élèves de notre école de médecine, dans la catastrophe du chemin de fer, a voulu ne pas laisser la belle conduite de ces jeunes gens sans recompense. Il y a une remarque encore plus satisfaisante à faire à propos de ce tait, c'est que si ces actions généreuses ne trouvent pas toujours un ministre disposé à les publier, à les honorer et récompenser au nom de la patrie, elles trouveront toujours dans notre jeunesse médicale et non médicale des âmes disposées à les accomplir.

Il ne nous reste à vous communiquer qu'un dernier fait: l'envoi de M. le baron Larrey en Algérie pour inspecter le service médical de l'armée. Il est beau de voir cet illustre vieillard aller, après plus de quarante ans, retrouver sur cette même terre d'Afrique les fils et petits-fils de ces immortels soldats dont il pansa les blessures au pied des Pyramides et du Mont-Thabor. M. Larrey ne pouvait plus dignement joindre les deux bouts de son heureuse et noble carrière.

Nous vous conseillons, vu la chaleur sénégalienne qui règne, de chercher l'ombre, de vous maintenir le plus longtemps possible dans la position horizontale et de boire frais, quoi qu'en puisse dire notre honorable confrère, M. Guérard.

Agréez, etc.

révulsion et de dérivation, l'emploi en grand du vide et de la compression de l'air sur une grande surface du corps. L'Académie, après un examen sevère et prolongé, après des explications confirmatives, faits par sa commission, m'accorda sa haute approbation et un des prix Montyon. L'administration générale des hôpitaux, après l'application réitérée de mes appareils, a bien voulu également m'accorder son suffrage et ses encouragemens. Depuis cette époque, je n'ai cessé de recueillir dans les hôpitaux et dans la pratique civile des faits qui démontrent de plus en plus l'efficacité de ce mode de traitement dans un grand nombre de maladies.

En effet, Messieurs, vous comprendrez que, d'après les lois physiologiques les plus simples, les mieux connues, il est impossible de soumettre une partie considérable de notre économie à l'action du vide ou de la compression, sans y produire de notables changemens.

Dans le premier cas, il y aura un déplacement considérable du sang, et dans le second un refoulement très actif de ce fluide; or, l'un et l'autre de ces deux modes, et dans un sens différent, doivent produire de profondes modifications dans l'organisme. On ne déplace pas une quantité de sang, on n'impose jamais à la circulation une direction quelconque et pour ainsi dire forcée sans obtenir des résultats importans, positifs et surtout rapides, immédiats; l'essentiel est d'agir avec méthode et persévérance.

Mais laissant de côté la théorie de cette méthode, et l'emploi des appareils qu'elle nécessite, j'ai hâte de faire part à l'Académie de quelques observations nouvelles et remarquables où j'ai obtenu d'incontestables succès.

AMAUROSE INTERMITTENTE; ACCÈS DE MANIE AIGUE; HÉMIPLÉGIE; PARALYSIE COMMENÇANTE DES BRAS; GIBBOSITÉS LOMBAIRES ET DORSALES; IMPUISSANCE DES MOYENS ORDINAIRES, PENDANT DEUX ANS, POUR COMBATTRE L'AMÉNORRHÉE CAUSE PREMIÈRE DE TOUS LES ACCIDENS; PREMIÈRE HÉMOSPASIE PELVIENNE; CESSATION IMMÉDIATE DES ACCÈS; CINQUIÈME HÉMOSPASIE; RETOUR DE LA MENSTRUATION; QUATRE MOIS APRÈS, L'AMÉNORRHÉE SE REPRODUIT ET CÈDE A UNE SEULE DÉRIVATION PELVIENNE; GUÉRISON.

Obs. I. — La nièce de M. X., pair de France, membre de l'Institut, âgée de 22 ans, d'un tempérament lymphatique, avait constamment joui d'une santé parfaite, lorsque, au mois de janvier 1836, elle éprouva tout à coup et sans cause connue de vives douleurs dans la région du cœur, qui résistèrent six mois à tous les moyens employés pour les combattre. L'auscultation ne décelait aucune lésion organique dans cette région; il survint des syncopes fréquentes, des accidens nerveux très variés, et de fréquentes céphalalgies.

Au bout de six mois, la menstruation se supprime; elle éprouva alors des douleurs pongitives dans le trajet de la colonne vertébrale, puis elles se fixèrent au niveau de la sixième vertèbre dorsale et de la troisième lombaire, où il se développa deux gibbosités. La colonne vertébrale fléchit et se dévia. Depuis lors, la position horizontale fut la seule possible. L'hémiplégie survint, la paralysie gagna les extrémités supérieures et donna lieu à une amaurose intermittente; la circulation était ralentie aux extrémités inférieures, où le battement des artères se faisait à peine sentir.

Un des médecins appelés en consultation crut devoir attribuer cette particularité remarquable à la double compression que pouvaient exercer sur l'aorte les deux gibbosités vertébrales et lombaires; il y avait redoublement de fièvre le soir; la face, ordinairement très pâle, devenait vultueuse; les carotides battaient avec force; à minuit elle perdait connaissance et paraissait alors agitée par de vives frayeurs qui lui arrachaient des cris perçans.

Le lendemain, quand l'accès de manie avait cessé, elle était dans un abattement extrême, et ne pouvait rendre compte de ce qu'elle avait éprouvé. Quinze cautères avaient été appliqués dans le trajet de la colonne vertébrale, et tous les moyens rationnels employés pendant deux ans avaient complètement échoué.

Le 15 janvier 1838, je fus appelé en consultation et pratiquai une première hémospasie pelvienne; j'opérai ainsi un premier déplacement de sang par notre dérivation, à la fois si active et si facile à graduer. La douleur du sinciput céda au bout de dix minutes et se transporta à la région dorsale.

Après la cinquième hémospasie, la menstruation reparut, et alors tous les accidens perdirent de leur gravité. La malade marchait vers la guérison, sans nouveaux accidens nerveux, lorsque, quatre mois après, elle fut atteinte d'une péripneumonie qui fut traitée par les moyens ordinaires; elle échappa à cette affection; mais, dans la convalescence, la menstruation ne reparut pas, et tous les autres accidens se manifestèrent une seconde fois.

Appelé de nouveau pour donner mes soins à la malade; je pratiquai une seule hémospasie et obtins le succès le plus complet. La guérison eut lieu, et depuis ne s'est pas démentie.

Cette observation nous a été communiquée par M. Schuster; nous n'en avons retranché que quelques éloges donnés à notre méthode.

Il me suffira, pour donner à ce fait l'authenticité nécessaire, de citer les noms de MM. Magendie, Chomel, Ollivier d'Angers, etc.

La lecture seule de cette observation démontre combien est puissante l'action révulsive appliquée avec énergie et avec méthode. Il ne s'agit nullement ici, comme on le voit, d'accidens légers, d'une congestion qui se dissipe facilement, d'une céphalalgie plus ou moins intense, dont la cause ne présente aucune gravité, mais d'accidens formidables prolongés qui menacent la vie du malade, ou de la frapper d'une incurable paralysie. Cependant, après un petit nombre d'applications *hémospasiques*, l'intensité de ces accidens diminue, le danger cesse et le malade se trouve en voie de guérison. Ce qu'il faut noter encore, c'est que deux fois ces accidens se renouvellent et que deux fois ils sont amendés, efficacement combattus par la révulsion hémospasique.

AMAUROSE; DEUX RÉCIDIVES; INSUFFISANCE DES MOYENS ORDINAIRES; EMPLOI DE L'HÉMOSPASIE; GUÉRISON.

Obs. II. — Un acteur distingué, âgé de 28 ans, d'un tempérament sanguin, sujet aux congestions cérébrales, avait essayé tous les moyens pour combattre une névralgie faciale qui le porta au suicide. Dans un de ses accès, il se tira un coup de pistolet; la balle déviée par les côtes laboura superficiellement la région du cœur dans l'étendue de 4 pouces, et traversa le bras gauche de part en part. Il en résulta aussitôt plusieurs hémorragies suivies de syncopes.

Le lendemain, à la levée du premier appareil, il avait repris connaissance, et se trouva dans un état de cécité complète qui fut attribuée à la faiblesse occasionée par les hémorragies.

Un mois après, les blessures étaient cicatrisées, la vue rétablie, en suivant graduellement le retour des forces; mais bientôt le malade, s'étant livré avec trop d'assiduité au travail de cabinet, se trouva à son réveil frappé d'amaurose pour la seconde fois.

Tous les moyens employés en pareil cas ayant complètement échoué, le malade fut placé à Montmartre, dans la maison de santé du docteur Blanche, et fut alors confié à mes soins, après toutefois une consultation qui eut lieu entre MM. Laugier, Londe, et plusieurs autres praticiens également connus dans la science par d'honorables travaux.

Le 8 décembre, je pratiquai l'hémospasie pelvienne à neuf heures du soir, afin de prévenir les douleurs névralgiques qui troublaient le repos de la nuit. Nous opérâmes sur les deux extrémités simultanément et provoquâmes à plusieurs reprises les premiers degrés de la lypothimie. Le lendemain il pouvait distinguer les arbres du jardin, voir les rideaux de son lit et compter les personnes qui étaient dans sa chambre.

J'attendis le soir pour pratiquer une seconde hémospasie, afin d'assurer comme la veille le repos de la nuit. Déjà, durant la séance, il céda au sommeil, et le calme se prolongea jusqu'au lendemain, les objets se dessinèrent alors à ses yeux avec plus de netteté, il put distinguer les couleurs. Des applications quotidiennes furent réitérées ainsi jusqu'au 6 janvier et la vue se trouva entièrement rétablie. Pour prévenir de nouvelles récidives auxquelles la reprise prématurée de ses travaux pouvait donner lieu, après sa rentrée au théâtre, on crut pouvoir pratiquer une saignée préventive; mais elle fut suivie d'un accident bien plus remarquable, il fut pour la troisième fois frappé d'amaurose qui se dissipa d'elle-même, au bout de quatre heures de temps.

J'ai eu l'honneur de présenter à l'Académie la personne qui fait le sujet de cette observation. Depuis lors, la guérison s'est confirmée.

En comparant avec soin la marche de cette affection, les accidens qui la compliquent, il est évident que le malade était menacé d'une amaurose incurable, et cependant presque immédiatement après une application hémospasique il éprouve du soulagement; ses douleurs se calment, et il recouvre une partie de la vue. Une première application est faite à neuf heures du soir, et dès le lendemain le malade pouvait distinguer un peu les objets. Il est vrai que cette application a été énergique, puisqu'elle fut faite simultanément aux extrémités inférieures, et au point de provoquer les premiers degrés de la lypothimie; aussi obtint-on un résultat aussi prompt que favorable; les applications successives n'ont fait que confirmer la guérison. On a dû remarquer cette circonstance que le malade fut frappé d'une amaurose temporaire presque aussitôt après une saignée préventive; et cela devait être; les pertes de sang dans ce cas sont presque toujours nuisibles, hyposténisantes, tandis que la révulsion hémospasique ne détermine jamais un pareil accident; elle change instantanément le mode de circulation, elle accumule le sang dans une partie, et soulage par cela même sans affaiblir par aucune perte de ce fluide.

AMAUROSE PAR CAUSE ACCIDENTELLE, RÉCIDIVE; GUÉRISON.

Obs. III. — M. X., mécanicien, âgé de 41 ans, d'un tempérament sanguin, d'une forte constitution, entra la nuit sans lumière dans l'établissement qu'il dirige, et fut saisi au genou par un des chiens de garde.

La blessure présenta peu de gravité, et fut promptement cicatrisée; mais bientôt il éprouva des vertiges, de la céphalalgie. Il survint à la peau une éruption qui occupait le front et le cuir chevelu. Il fut en même temps frappé d'amaurose qui céda à l'application d'un seton à la nuque; mais l'œil gauche resta amaurotique.

Le 9 avril 1838, sans cause connue, les symptômes se reproduisirent avec la même intensité; il éprouva de l'insomnie, des vertiges, de la céphalalgie. La vue s'obscurcit de nouveau, le tissu interlamellaire et la sclérotique étaient fortement injectés, et la cornée transparente de l'œil gauche ulcérée; c'est dans cet état qu'il vint réclamer mes soins. Convaincu d'après les antécédens de la néces-

sité d'un traitement énergique, je l'invitai à appeler en consultation M. le docteur Sichel, qui, jugeant le cas fort grave, conseilla l emploi des ventouses, précédé d'une saignée et de l'application de sangsues aux tempes, en ajoutant à ces moyens des frictions d'onguent mercuriel sur les paupières et l'usage du calomel à l'intérieur jusqu'à salivation.

Je me disposais à pratiquer la saignée qui avait été prescrite; mais le malade s'y refusa et voulut recourir à mes ventouses, avant de tenter tout autre moyen.

Il fut convenu que la saignée serait pratiquée dès le lendemain, si toutefois notre appareil ne produisait pas l'effet désiré.

A peine la pompe avait-elle fonctionné pendant dix minutes qu'une puissante dérivation était déjà obtenue.

Pendant vingt-cinq minutes, je provoquai à plusieurs reprises les premiers degrés de la lypothimie sans aller jusqu'à la syncope.

Cette seule séance suffit pour rétablir la vue et favoriser une prompte cicatrisation de la cornée transparente qui n'a pas laissé de trace, bien que la pupille soit restée légèrement ovalaire.

Dès le lendemain, le malade n'éprouvant plus aucune douleur put se livrer à ses travaux habituels, et la vue s'est maintenue sans qu'il y ait eu besoin de recourir à aucun agent therapeutique.

J'ai eu également l'honneur de présenter à l'Académie la personne qui fait le sujet de cette observation.

Il serait difficile de décider dans ce cas si l'amaurose a été déterminée par la cause traumatique dont il a été fait mention; toujours est-il que l'engorgement inflammatoire, la douleur, la congestion oculaire étaient portées à un très haut degré, qu'il y avait imminence de perte de la vue et que ces accidens ont disparu en assez peu de temps après les applications hémospasiques faites avec une certaine énergie. Si la saignée présente eût été pratiquée, peut-être serait-on fondé à croire que la guérison doit lui être attribuée ou du moins qu'elle l'a favorisée; mais nullement, le malade s'obstine à ne vouloir pas être saigné: on applique l'appareil hémospasique, et, par suite d'une révulsion dérivative puissante, les accidens se dissipent. Si jamais « *Post hoc ergo propter hoc* » a quelque réalité, c'est assurément dans le fait clinique que nous venons d'exposer.

AMAUROSE PRODUITE PAR LA CESSATION DU FLUX HÉMORRHOÏDAL; TRAITEMENT PAR LA MÉTHODE HÉMOSPASIQUE; GUÉRISON.

OBS. IV. — M. A., chef d'institution, âgé de 28 ans, d'un tempérament sanguin, d'une constitution apoplectique, était fréquemment atteint de vertiges et de céphalalgie qui alternaient avec le retour irrégulier d'hémorrhoïdes.

Au mois d'août 1836, après s'être livré à un travail de cabinet prolongé, il éprouva un affaiblissement graduel de la vue.

Déjà, depuis quelques années, l'œil droit avait été frappé d'amaurose, et l'on pouvait craindre une attaque d'apoplexie.

M. Guersant ayant été consulté m'adressa ce malade. Il paraissait rationnel, en effet, de rompre l'équilibre actuel du sang, et de répartir artificiellement ce fluide, de manière à dégager l'organe malade, et à provoquer le retour des hémorrhoïdes.

Le 25 août 1836, pour me conformer à cette double indication, j'employai un appareil spécial, qui agit depuis la hauteur de la ceinture jusqu'au tiers supérieur des membres abdominaux.

La pression atmosphérique, réduite à 4/5, fut maintenue à ce point durant une heure. D'abord, la face pâle et le mal de tête se dissipèrent immédiatement. Je provoquai à plusieurs reprises un état voisin de la défaillance.

Les 16 et 17 novembre, je répétai la même application. Le flux hémorrhoïdal reparut, et la vision s'est rétablie dans son intégrité primitive; mais l'œil gauche resta frappé d'amaurose.

La santé s'est maintenue depuis aujourd'hui; le malade peut, sans être incommodé, se livrer aux travaux de cabinet les plus assidus.

PNEUMONIE DU CÔTÉ DROIT; RÉCIDIVE; PREMIER DEGRÉ DE LA PHTHISIE; EMPLOI COMBINÉ DES APPAREILS HÉMOSPASIQUES ET DES BAINS D'AIR COMPRIMÉ; GUÉRISON.

OBS. V. — Mlle Lise Petit, âgée de 13 ans, d'un tempérament lymphatique, atteinte de pneumonie, le 2 janvier 1838, fut traitée à l'aide de trois saignées et de plusieurs applications de sangsues.

Le 15 mars, elle n'avait pas repris ses forces, continuait à tousser et avait de fréquentes hémoptysies. L'auscultation faisait entendre un léger gargouillement sur la fosse épineuse droite.

Il existait vers cette région une douleur qui avait résisté à l'application réitérée des vésicatoires et même de fragmens de potasse caustique.

Justement alarmée, la famille de cette intéressante malade avait déjà eu recours aux lumières d'habiles praticiens, lorsque M. Halmagrand voulut bien nous appeler en consultation. Chaque soir à huit heures le pouls prenait de la fréquence. Je choisis donc ce moment pour pratiquer une première hémospasie pelvienne. A peine quelques palettes du fluide circulatoire se trouvaient ainsi détournées que les mouvemens de la respiration devinrent plus libres, une douce chaleur se manifesta vers les extrémités, qui étaient habituellement froides. La toux perdit de sa fréquence; le point douloureux ne se fit plus sentir que dans les inspirations profondes.

Nous arrivâmes graduellement en 35 minutes à une réduction d'un sixième d'atmosphère. Il y eut dès ce moment tendance à l'assoupissement, la transpiration devint générale, et aussitôt après la séance, qui dura 45 minutes, la malade céda à un profond sommeil.

Le 17, l'expectoration a été plus abondante et plus facile que la veille; on n'observe aucune strie de sang; la douleur locale a sensiblement diminué, et la respiration est plus libre.

Le 18, le bruit respiratoire que nous avons signalé plus haut est moins sensible, et la sonorité du côté droit de la poitrine est plus grande.

La dérivation a été ainsi renouvelée durant huit jours. Nous avons associé, dans l'intention de relever et de soutenir les forces, à ce moyen, les bains d air comprimé à trois atmosphères de pression. A partir de ce moment, les symptômes fâcheux ont complètement disparu, et depuis trois ans la santé s'est maintenue parfaite.

Deux inductions pratiques doivent être tirées de cette opération. La première, que dans les sujets atteints de pneumonie, mais jeunes ou faiblement constitués, il ne faut pas multiplier les saignées dans le but de terminer promptement la maladie; c'est la vie qui cesse et non la maladie. Il convient donc plutôt d'opérer une révulsion capable de diminuer la congestion, l'irritation, l'inflammation; par ce moyen les forces de la maladie ne s'usent pas, la nature, aidée par l'art et le tems, finit par opérer une guérison à peu près certaine; la seconde induction, conséquence de la première est que cette révulsion doit être graduée, autrement il arrive un tel déplacement du sang, une perturbation si prononcée dans l'économie, que chez les sujets faibles il y a toujours des accidens à redouter. C'est la conduite que nous avons cru devoir suivre dans l'observation précédente.

La malade était jeune et faible; on avait pratiqué plusieurs saignées, appliqué un certain nombre de sangsues, dès lors toute nouvelle émission de sang eût été irrationnelle. Il a donc fallu recourir à la révulsion *hémospasique*, et de plus à une révulsion graduée dans son énergie; aussi voit-on au bout de peu de temps les accidens se dissiper et la jeune malade recouvrer la santé.

En raison de l'intensité des accidens il y avait ici deux indications à remplir; la première d'agir promptement, la seconde d'opérer une révulsion plus énergique; pour cette dernière, j'ai employé, comme on l'a vu, un appareil particulier qui, embrassant la partie inférieure du corps, permet d'imprimer à la masse du sang en circulation un tel mouvement de révulsion, qu'il est à peu près impossible de ne pas obtenir de prompts et favorables résultats. Aussi voit-on les accidens se dissiper en peu de temps; la face pâlit, la céphalalgie diminue, l'organe, soulagé de la congestion qui l'opprime, reprend son état normal. Il arrive encore que le flux hémorroïdal supprimé, cause de la maladie, reparaît, guérison d'autant plus nécessaire que le patient était atteint à l'autre œil depuis longtemps d'une amaurose incurable.

PNEUMONIE A DROITE, EMPLOI DES ÉMISSIONS SANGUINES ET DE L'ÉMÉTIQUE A HAUTE DOSE; INSUFFISANCE DES MOYENS; HÉMOSPASIE PELVIENNE; GUÉRISON.

OBS. VI. — Le nommé Bondon, voiturier, âgé de 25 ans, d'un tempérament sanguin, d'une forte constitution, ayant voituré pendant toute la journée du 27 mai 1840, par un temps pluvieux, fut pris de frissons; il survint de la fièvre durant la nuit; une saignée fut pratiquée en ville, et, dès le lendemain, il se fit transporter à l'hôpital de la Pitié, et fut couché dans une des salles de M. Clément.

Le 28 mai, le malade accusait une douleur vive au-dessous du sein gauche, la respiration était gênée, la toux fréquente, les crachats visqueux et rouillés; l'auscultation décelait du râle crépitant dans toute l'étendue du poumon gauche.

Cinq nouvelles saignées furent pratiquées; mais comme les affections typhoïdes étaient alors fréquentes dans les hôpitaux, et que l'affaiblissement extrême du malade ne permettait plus d'avoir recours à de nouvelles émissions sanguines, on crut devoir tenter l'emploi du tartre stibié à haute dose. Ce médicament n'était point toléré, et parut aggraver la position du malade; on eut alors recours à l'hémospasie.

Le 9 juin, en présence du chef de service et des élèves, je provoquai à plusieurs reprises les premiers degrés de la lipothymie, et la transpiration à laquelle cette médication donne constamment lieu. La respiration devint aussitôt plus libre, et ne réveillait plus la douleur locale; la poitrine ayant été auscultée de nouveau, on put entendre le bruit respiratoire dans différens points, où il était insensible avant la séance.

Je revins deux fois dans les vingt-quatre heures à l'emploi du même moyen, et durant les trois jours qui suivirent, le malade fut entretenu dans un état de transpiration continuelle.

Le 14, il entra en convalescence et ne tarda pas à sortir de l'hôpital dans un état satisfaisant.

Cependant, ses forces ne se rétablissaient que d'une manière lente et imparfaite. Nous eûmes alors recours aux bains d'air comprimé, qui nous ont souvent réussi en pareil cas; et il ne tarda pas à reprendre ses travaux. Sa santé s'est maintenue parfaite depuis.

Cette observation est importante sous le rapport de l'impuissance bien démontrée de deux moyens regardés comme les seuls capables de guérir la pneumonie, *la saignée et le tartre stibié*. Le malade est jeune, fort on le saigne largement; affaibli ou craignant une atteinte de la fièvre ty-

pboïde, on le soumet à l'action du tartre stibié à hautes doses. L'intensité de la maladie est loin de diminuer, et les accidens se sont augmentés. C'est dans cette circonstance qu'on fait une forte application *hémospasique*; presque aussitôt le bruit respiratoire se fait entendre, une sueur abondante se déclare et le malade éprouve un soulagement marqué. Il est évident que, dans ce cas, la révulsion a opéré un mouvement salutaire, et que l'effet remonte facilement à la cause. Les applications successives ne font qu'assurer cette amélioration et le malade obtient une parfaite guérison. On remarquera cependant que, faible encore, il ne récupère positivement ses forces qu'après l'emploi des bains d'air comprimé, moyen opposé à celui des appareils hémospasiques, mais dont l'énergie est tout aussi réelle quand son application se fait d'après une indication formelle.

Tels sont, Messieurs, les faits et les réflexions que je désirais soumettre à l'Académie. Ils sont extraits d'un grand nombre d'autres que j'ai recueillis dans ma pratique, ou qui m'ont été communiqués par plusieurs de mes confrères.

J'appelle donc spécialement votre attention sur des moyens curatifs, énergiques dans leur mode d'action, puissans dans leurs effets, et, j'ose le dire, heureux dans leurs résultats, quand ils sont employés à propos, suivant leur indication et dans une juste mesure de hardiesse et de prudence.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

I. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

Les numéros de janvier, février et mars 1842 contiennent les mémoires originaux suivans : 1° *Mémoire sur l'épidémie de typhus qui a régné à Reims en 1839 et 1840*; par M. Landouzy. 2° *Observation de psoïtis, suivie de quelques réflexions*; par M. Ernest Cloquet. 3° *Mémoire sur le ramollissement du cerveau*; par M. Durand-Fardel. 4° *Observation d'hydrocéphale chronique, suivie de réflexions sur cette affection*; par MM. Barthez et Rilliet. 5° *Histoire de l'épidémie de croup qui a régné en 1840 et au commencement de 1841, à l'Hôpital des Enfans de Paris*; par M. E. Boudet. 6° *Mémoire sur les altérations qu'éprouve le sang pendant la respiration*; par M. L. Mandl. 7° *Observations relatives à la pneumonie considérée comme complication ou comme conséquence des opérations et des lésions traumatiques*; par M. E. Eichsen. (Travail extrait du LONDON MEDICAL GAZETTE, février 1841.) 8° *Mémoire sur les fractures de l'extrémité inférieure du radius*; par M. Voillemier. 9° *Du traitement des névralgies par les vésicatoires volans appliqués sur les principaux points douloureux*; par M. Valleix. 10° *Histoire anatomique d'un cas de grossesse extra-utérine, rencontré chez une femme de soixante-dix ans*; par M. Anbry. (Le fœtus qu'on a trouvé à l'autopsie, dans une poche adossée à l'utérus, avait séjourné pendant près de trente ans dans ce lieu. Il a été impossible de préciser plus exactement le siége anatomique de ce kyste. La malade a succombé à une péritonite aiguë, dont aucune perforation, soit de la poche fœtale, soit du tube digestif, n'a pu expliquer le développement.)

MÉMOIRE SUR L'ÉPIDÉMIE DE TYPHUS QUI A RÉGNÉ A REIMS EN 1839 ET 1840; par le docteur LANDOUZY.

La grave question de l'identité du typhus et de la fièvre typhoïde a déjà été agitée bien des fois et résolue par divers auteurs de la manière la plus opposée, sans que cependant on puisse encore rien admettre de positif sur ce point, et nous voyons à regret que l'auteur de ce travail n'a point été plus heureux que les autres, bien qu'il se soit trouvé dans des circonstances en apparence plus favorables. Il ne serait pas sans intérêt de signaler la cause de cette incertitude; mais ce n'est point ici le lieu de nous occuper de cette question; disons seulement ce qu'a observé M. Landouzy, et les faits qu'il a ajoutés à la science dans une occasion aussi favorable.

S'il y a une vérité démontrée en pathologie, c'est la funeste influence de l'encombrement sur les hommes qui y sont soumis. Ce fait si certain, si constant, et qui cependant n'a pas encore reçu de l'administration toute l'attention désirable, ressort encore d'une manière évidente de la manière dont le typhus s'est développé en 1839 et 1840 dans la prison de Reims. Cette prison, construite en 1833 pour 80 prisonniers, voit souvent le chiffre de ses habitans s'accroître, car il est communément de 120 à 140; aux mois d'avril et de septembre 1839, ce chiffre fut même porté à 180 et 190. Le 1er octobre, l'un des détenus était frappé du typhus qui l'enleva au bout de deux jours et fut méconnu. Le 2 et le 5 octobre, 3 autres prisonniers présentèrent les mêmes symptômes; puis le 19 et le 20, 5 autres; enfin 32 furent frappés de cette maladie pendant le mois d'octobre; et depuis elle n'a cessé de régner pendant sept mois à la prison, où 103 prisonniers ont été atteints. Si nous suivons le développement de la maladie dans les différentes parties de la prison, nous trouverons des faits plus frappans encore contre l'encombrement. Le *quartier des prévenus* a été seul envahi, le *quartier des condamnés* n'ayant eu que deux malades et le quartier des femmes en ayant été complètement exempté; et cependant ces quartiers sont situés à la même exposition et soumis aux mêmes circonstances hygiéniques extérieures; il n'y avait qu'une seule différence, c'est que les cabanons de la maison d'arrêt qui sont destinés à contenir 10 à 12 détenus, en renfermaient de 14 à 16 par suite de cet encombrement, tandis que les cabanons de la *maison de justice* contenaient le même nombre de condamnés qu'habituellement. M. Landouzy a donc raison lorsqu'il conclut de ce fait et de plusieurs autres considérations accessoires que l'encombrement des prisons doit être considéré comme ayant été la cause déterminante de l'épidémie de Reims.

Quand l'encombrement eut une fois déterminé la maladie, elle offrit bientôt une contagion non douteuse, non pas dans la prison où tous les cas pouvaient être attribués à la cause première, à l'encombrement, mais à l'Hôtel-Dieu, où tous les malades de la prison furent transportés et placés dans une seule salle. Nous reviendrons sur ce dernier fait. Dès le 27 octobre, deux sœurs hospitalières tombaient malades, ainsi qu'un gendarme qui couchait dans la salle des détenus et les accompagnait dans la voiture de la prison à l'Hôtel-Dieu. Bientôt les cas de contagion évidente deviennent de plus en plus fréquens, et on voit par la liste suivante de quelle manière ils se sont répartis :

Sujets atteints par la contagion.	Morts.
3 médecins	1
6 élèves	1
1 pharmacien en chef	1
1 aumônier	1
12 sœurs hospitalières	2
8 infirmiers et infirmières	1
4 gendarmes gardant les prisonniers malades	2
35	9

Nous regrettons que M. Landouzy n'ait pas indiqué ici le chiffre de toutes les personnes qui se sont exposées à la contagion leurs rapports avec les malades de la salle; mais si nous ne pouvons savoir dans quelle proportion la contagion les a frappées, nous ne pouvons nous dispenser de faire remarquer combien la maladie a été beaucoup plus funeste chez les personnes qui l'ont contractée à l'Hôtel-Dieu que chez les prisonniers, puisque sur 103 prisonniers malades, 8 seulement ont succombé, tandis que sur 35 des personnes qui, en leur donnant des soins, ont gagné la maladie, 9 en ont été victimes. Cette proportion différente a frappé également l'attention de M. Landouzy; mais il n'en donne aucune explication; c'est à cette occasion surtout que nous regrettons que l'auteur n'ait pas fait connaître le nombre des personnes qui se sont exposées à la contagion à l'Hôtel-Dieu et celui des prisonniers contenus dans le *quartier des prévenus* pendant toute la durée de l'infection contagieuse; peut-être aurions-nous trouvé dans la comparaison de ces chiffres l'explication d'une mortalité aussi différente.

Nous ne pouvons quitter ce qui a rapport à la contagion, sans dire un mot de la mesure *déplorable* que l'on a prise en renfermant dans une seule et même salle un aussi grand nombre d'individus atteints d'une affection aussi éminemment contagieuse? Comment les premières, les plus simples règles de l'hygiène peuvent-elles encore aujourd'hui être ainsi complètement négligées; nous devrions peut-être dire ignorées? Si on demandait quel est le meilleur moyen de propager le typhus, tout le monde répondrait, nous le pensons bien : réunissez dans une seule pièce plusieurs malades qui en soient atteints, et aussitôt la plupart de ceux qui y pénétreront pour le service seront atteints de la même maladie, et pourront eux-mêmes la propager dans leurs familles, dans leurs quartiers pour peu que l'infection soit très virulente et que ces nouvelles victimes habitent des maisons ou des quartiers encombrés, mal aérés, ou au milieu d'une population misérable. Quant à ceux qui ne croyaient pas à la contagiosité du typhus, que cette calamité les instruise et qu'ils n'aient plus besoin de nouvelles et de semblables expérimentations.

De toutes les différences symptomatologiques que l'auteur signale entre



ce qu'il appelle le typhus et la fièvre typhoïde, nous ne nous arrêterons que sur une seule, toutes les autres devant être attribuées plutôt à des variétés dans l'intensité et dans la durée de la maladie qu'à une différence réelle de nature. « La diarrhée, dit M. Landouzy, n'a eu lieu que dans quatre cas au début, et chez des malades qui ont guéri. Un des cas même peut être regardé plutôt comme appartenant à la dysenterie qu'au typhus, et les trois autres n'ont pas offert de gravité. Chez tous les autres malades, le tube intestinal était dans un état parfait d'intégrité, et tous les médecins même ont observé une certaine constipation qui résistait à l'usage des purgatifs salins. »

Or, chacun sait combien la diarrhée est fréquente dans la fièvre typhoïde. Cette différence, déjà très remarquable, bien que moins importante pour nous qu'elle ne le paraît ici, l'est bien plus encore si nous rapprochons du passage précédent le travail où M. Landouzy parle des lésions intestinales trouvées chez ceux qui ont succombé et ont pu être ouverts : « Dans les six nécropsies que nous avons faites, nous avons trouvé six fois les lésions intestinales qu'on rencontre dans la fièvre typhoïde...... Il est impossible de trouver des lésions plus prononcées, plus caractéristiques des follicules intestinaux isolés ou conglomérés, de transition plus marquée entre l'éruption et l'ulcération; il est impossible de voir un ensemble plus complet des altérations du système glanduleur intestinal, depuis les cryptes isolées du duodénum et du jéjunum, jusqu'à celles des gros intestins, jusqu'aux ganglions du mésentère et du mésocolon. » Il résulterait donc de ces deux passages que nous venons de rapprocher que chez les six sujets ouverts chez lesquels on a trouvé des altérations si profondes et si étendues, et probablement chez tous les autres qui ont succombé et n'ont point été ouverts, et même chez tous ceux qui ont guéri, moins trois, il n'y aurait eu aucun trouble fonctionnel de l'intestin. Ce fait observé sur une aussi grande échelle est si extraordinaire, si anormal, si en dehors des tendances actuelles et de l'observation réelle que nous devons signaler à l'attention des pathologistes, affirmé par le docteur Landouzy, dont le nom est déjà connu des lecteurs de la Gazette Médicale, il demande un examen sérieux. Il est vrai que dans les deux seules observations rapportées à la suite du mémoire, et qui probablement ont été abrégées, les détails donnés sur ces altérations sont insuffisans; il est dit dans l'une que le bord des glandes de Peyer tuméfiées faisait une saillie au-dessus de la muqueuse, et trois lignes plus bas on dit qu'elles ne diffèrent du reste de la surface de l'intestin que par une faible saillie, qui peut facilement en faire déterminer le contour, et par une plus grande opacité; on n'y décrit pas l'état du tissu sous-muqueux qui, dans la fièvre typhoïde, est toujours le siége primitif de l'altération; et dans la seconde observation, il est dit que ce tissu sous-muqueux n'offre aucune altération sensible. Nous regrettons cette confusion sur des points qui, dans une discussion de cette importance, auraient mérité d'être exposés nettement.

L'auteur insiste encore pour repousser l'identité entre la fièvre typhoïde et le typhus sur ce que ce dernier est évidemment contagieux, tandis que la fièvre typhoïde ne le serait pas, s'appuyant sur ce que dans les hôpitaux de Paris on ne l'aurait jamais vu s'y développer par la contagion; mais M. Landouzy ne peut ignorer que depuis que MM. Chomel et Genest ont prouvé que quand on voulait les chercher on trouvait aussi dans les hôpitaux de Paris des cas qui pourraient être attribués à la contagion, plusieurs médecins des hôpitaux de Paris y ont observé de nouveaux cas de ce genre. Nous citerons, entre autres, MM. Bricheteau et Louis. Ce dernier surtout qui, dans la première édition de son ouvrage sur la fièvre typhoïde, n'avait pas même indiqué la contagion comme une des causes possibles de cette maladie, a, dans la seconde édition, émis une opinion favorable à la contagion dans un article spécial où il rapporte un fait de ce genre qu'il a observé lui-même.

Observation de psoïtis, suivie de quelques réflexions; par M. Ernest Cloquet.

Le malade qui fait le sujet de cette observation avait déjà eu un abcès aux lombes et un à la cuisse, au-dessus du creux poplité, et tous deux étaient ouverts depuis plus d'un mois lorsque la flexion de la cuisse et la rotation du pied en dedans, signes caractéristiques du psoïtis, commencèrent à se manifester. Toute tentative faite pour changer cette attitude réveillait une vive douleur. Un abcès se forma bientôt au pli de l'aine, et son ouverture donna issue à une grande quantité de suppuration. Le sujet mourut d'épuisement, et l'on trouva à l'autopsie un vaste foyer, occupant la place du muscle psoas, qui avait presque totalement disparu. On s'assura aussi que ce foyer communiquait avec une fistule que le malade avait conservée à la suite de l'ouverture de l'abcès lombaire.

Les avis sont partagés sur le mécanisme de formation du psoïtis, les uns croyant que l'inflammation débute par le muscle, les autres qu'elle est consécutive à la suppuration du tissu cellulaire qui l'entoure. On ne peut nier que, dans ce cas, la formation d'un abcès dans la région lombaire avant l'apparition des signes du psoïtis ne donne raison aux partisans de la dernière hypothèse, et M. E. Cloquet a eu soin de faire ressortir cette circonstance, qui est toute en leur faveur. Du reste, M. Mercier avait déjà insisté sur cette considération. (Voy. Bullet. de la Soc. anat., septembre 1837), en montrant d'après l'observation que les douleurs dans le flanc précèdent ordinairement la rétraction du membre. L'auteur établit ensuite qu'aucune des observations de psoïtis publiées jusqu'à ce jour ne prouve d'une manière incontestable que l'inflammation puisse commencer par le muscle lui-même. Ces recherches étiologiques offrent plus d'importance pour le savant que pour le praticien; aussi nous bornons-nous ici à en faire connaître le résultat. M. E. Cloquet insiste, en terminant, sur le précepte d'explorer de bonne heure la région lombaire, toutes les fois que des signes extérieurs on rationnels y font soupçonner la présence d'un abcès; car il est toujours urgent de donner issue au pus le plus promptement possible, et l'indication deviendrait plus pressante encore s'il était démontré que le contact seul du pus peut déterminer l'inflammation et la suppuration du psoas.

Mémoire sur le ramollissement du cerveau; par le docteur Durand-Fardel.

Plusieurs opinions existent bien tranchées sur la nature du ramollissement du cerveau : les uns regardent cette altération comme le résultat de l'inflammation; d'autres comme une espèce de gangrène propre au cerveau et causée, suivant les uns, par l'ossification des artères, suivant d'autres, par un vice de nutrition, ou les progrès de l'âge. Toutes ces opinions, si nous en croyons M. Fardel, ont été avancées sans preuves, et seraient demeurées à l'état d'hypothèses, qui n'ont pu jeter qu'une faible lumière sur cette question importante de pathogénie. Or bien qu'il repousse la prétention d'en donner la solution, cependant tel est réellement le but de son mémoire, dont la conclusion n'est autre que l'opinion déjà émise tant de fois que le ramollissement de la substance cérébrale est une maladie inflammatoire. Voici, au reste, comment il arrive à cette conclusion, après avoir distingué le ramollissement en aigu et chronique, et avoir établi que cette altération, chez les vieillards, est toujours identique, suivant une marche particulière, soumise à des lois qu'il est possible de saisir, décrivant enfin des périodes anatomiques aussi régulières que les maladies le plus souvent étudiées des autres parenchymes.

La distinction du ramollissement en aigu et en chronique repose sur un fait que l'auteur dit être à peu près constant et très simple, savoir : la rougeur dans le ramollissement aigu, et l'absence de rougeur dans le ramollissement chronique. Or, comme il n'est pas toujours facile de juger, d'après la durée de la maladie, si elle est aiguë ou chronique, l'auteur a pris comme limite conventionnelle, un mois, et il dit avoir constaté que, dans 205 cas sur 212, le ramollissement, lorsque la mort arrivait dans cette limite, s'accompagnait d'un certain degré de rougeur. Mais cette rougeur est très variable dans son étendue, sa forme et sa nature; occupant parfois tout le ramollissement, d'autres fois, quelques points seulement, faisant place à une teinte jaune rouillée prononcée, ou à la suppuration, ou disparaissant quand la maladie passe à l'état chronique. Neuf observations rapportées avec les développemens convenables font connaître les différentes formes sous lesquelles se présente cette altération, et les conditions auxquelles l'auteur attribue les principales modifications qu'elle offre. Mais une injection de la substance cérébrale autour du ramollissement ou sur un point de son étendue, accompagnée même d'une infiltration sanguine, est loin de prouver, à notre avis, la nature inflammatoire de la lésion. M. Durand-Fardel ne met pas cette question en doute. « Dans quelles circonstances, en effet, demande-t-il, le sang peut-il s'infiltrer spontanément dans le tissu d'un organe? Par suite d'une altération du sang, d'une maladie des parois des vaisseaux ou d'une congestion sanguine. Or, cette dernière seule est possible dans les cas dont il s'agit. Et comment ne pas admettre ensuite que cette congestion sanguine est de nature inflammatoire? Cette proposition, dit l'auteur, est trop bien d'accord avec les idées les plus généralement admises en pathogénie, pour qu'elle puisse donner lieu à une discussion sérieuse; aussi nous ne nous y arrêterons pas davantage. » Mais c'était précisément là le point qu'il fallait démontrer, car la congestion sanguine peut exister simultanément avec le ramollissement sans en être la cause, et elle-même n'être pas le résultat d'une activité inflammatoire. Tout ce que nous pouvons conclure de la première partie de ce mémoire, c'est donc que le ramollissement cérébral, à son début, est le plus souvent accompagné d'une congestion sanguine dont la cause et la nature nous sont encore inconnues.

La seconde partie, consacrée au ramollissement chronique, contient quelques détails intéressans sur les diverses transformations qu'éprouve

la matière cérébrale après qu'elle a subi le ramollissement, et sur la possibilité de la guérison de cette grave altération par la cicatrisation des ulcères qui lui succèdent; mais la nature toute descriptive de ces recherches ne nous permet pas de les analyser.

MÉMOIRE SUR LES ALTÉRATIONS QU'ÉPROUVE LE SANG PENDANT LA RESPIRATION; par le docteur MANDL.

L'étude de la respiration chez les animaux supérieurs et chez l'homme comprend un certain nombre de faits aujourd'hui bien constatés, et sur la réalité desquels il ne peut exister aucune espèce de doutes; ainsi le changement de couleur du sang lors de son passage dans les poumons, la diminution de l'oxigène et l'augmentation de l'acide carbonique dans l'air expiré, sans cependant qu'il y ait un rapport réel entre la quantité d'oxigène perdue et celle de l'acide carbonique expiré, et enfin quelques différences dans les quantités de l'azote inspiré et expiré, mais dont les rapports ne sont pas encore connus. Mais l'explication de ces faits est encore incertaine, malgré que tant d'auteurs aient cherché à la donner d'une manière différente.

M. Mandl passe en revue les principales de ces théories, dont il porte le nombre à six, parmi lesquelles celle de Mitscherlich et Gmélin, adoptée en France par M. Dumas, pendant que l'un de ses auteurs, Gmélin, l'abandonnait, n'est pas plus épargnée que les autres; mais aucune d'elles ne fournissant la solution complète et exacte de tous les faits qui se lient à cette importante fonction, il examine quel secours on pourrait trouver pour l'explication de ces faits, en considérant la question sous le point de vue physiologique, et établit d'abord quelques dispositions préliminaires que nous allons nous borner à signaler, laissant de côté les preuves apportées à l'appui et les développemens dont elles sont l'objet. Examinant donc d'abord la structure du poumon, il y reconnaît toutes les conditions anatomiques des organes qui appartiennent au système glandulaire, et tellement développées qu'il regarde les poumons comme le type de la forme des glandes, et que, dans aucun autre de ces organes, il n'y est plus distinct ni exprimé d'une manière plus claire. On peut donc leur attribuer (aux poumons) une fonction analogue à celle des autres glandes.

Sans nier une influence particulière qu'exerce le parenchyme de certaines glandes dans les sécrétions, on peut admettre qu'il est presque généralement établi aujourd'hui que les élémens de la plupart des sécrétions existent déjà tout formés dans le sang. Il serait donc important de savoir si les gaz acide carbonique et azote existent tout formés dans le sang veineux, ce qui s'accorderait avec les faits déjà connus sur les sécrétions, et prouverait que les théories qui supposent que les gaz acide carbonique et azote se forment dans la terminaison des bronches sont inadmissibles. Or, ce dernier fait paraît à M. Mandl démontré par les expériences de Magnus, de Bischoff, de Gmélin, de H. Davy, de Collard de Martigny, qui prouvent que le sang, soit artériel, soit veineux, contient du gaz acide carbonique, de l'oxigène et de l'azote, mais en quantité différente, le sang veineux contenant plus de gaz acide carbonique que le sang artériel, tandis que celui-ci est plus riche en oxigène; le rapport de l'azote n'est pas constant. D'un autre côté, les expériences de H. Davy, de Coutanceau et de Nysten, répétées par Edwards et Collard de Martigny, et plus récemment encore par Muller, ayant démontré que les animaux à sang froid expireot pendant un temps assez long, douze heures par exemple, dans des gaz dépourvus d'oxigène, une quantité d'acide carbonique presque égale à celle qu'ils auraient expirée dans l'air atmosphérique, on devait en conclure que, chez ces animaux au moins, l'oxigène introduit dans les poumons par la respiration n'était pas immédiatement nécessaire pour la formation de l'acide carbonique expiré.

Après ces faits établis, il reste à examiner quelles sont les causes qui font que les gaz contenus dans le sang s'en dégagent par la respiration. C'est dans les lois de l'endosmose et de l'exosmose qu'on trouvera ces explications. Maintenant, voici la théorie que M. Mandl établit pour la respiration, après avoir exposé tous ces faits et en avoir tiré les conséquences les plus immédiates.

Les poumons étant des glandes sécrétant, comme toutes les autres glandes, des matières déjà existantes dans le sang, savoir, le gaz acide carbonique et l'azote, et en outre, d'après les lois de l'endosmose et de l'exosmose, absorbent en même temps l'oxigène et l'azote de l'air atmosphérique qui pénètre dans l'économie par le sang veineux que contiennent les poumons. Mais comme le sang veineux est très riche en acide carbonique et très pauvre en oxigène, il s'ensuit naturellement qu'une partie de l'oxigène doit s'être combiné avec le carbone pour former du gaz acide carbonique. Cette combinaison doit s'effectuer pendant le passage du sang à travers les vaisseaux capillaires, puisque la différence des gaz contenus se manifeste entre le sang veineux et le sang artériel, c'est-à-dire après que le sang a traversé les vaisseaux où il se trouve en contact avec le parenchyme des organes. M. Mandl est disposé à croire que des phénomènes pareils à ceux de l'endosmose et de l'exosmose se produisent également dans les vaisseaux capillaires. Le carbone du parenchyme, en effet, est absorbé, pour former le gaz acide carbonique du sang; c'est prouvé. Mais le sang fournit-il en même temps de l'oxigène et de l'azote au parenchyme? Il est permis de le penser, mais nous n'en avons aucune preuve certaine, et ces questions se rattachent à la nutrition entière dont toutes les opérations sont encore couvertes pour nous d'un voile impénétrable.

MÉMOIRE SUR LES FRACTURES DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DU RADIUS; par M. VOILLEMIER.

L'intérêt qui s'attache depuis quelques années aux fractures de l'extrémité inférieure du radius est facile à expliquer. Aucun praticien du moins ne songera à s'en étonner; car s'il suffit d'un peu d'expérience pour savoir que ce sont les plus communes de toutes les fractures, il suffira d'un peu de bonne foi pour convenir qu'elles sont encore au nombre de celles dont le traitement est le moins avancé. C'est à cette insuffisance vivement sentie de la thérapeutique qu'on a dû successivement, d'abord le beau travail de Dupuytren, puis ceux de MM. Malgaigne, Goyrand, Diday et Huguier. Guidé par le même motif, et s'appuyant comme ses prédécesseurs, sur des recherches d'anatomie normale et pathologique, M. Voillemier propose une nouvelle théorie du mécanisme de ces fractures. Nous allons exposer et discuter ses idées avec tout le soin que méritent l'importance du sujet et les consciencieux efforts de l'auteur.

M. Voillemier commence par rappeler certaines particularités de configuration et de structure qui ont un rapport direct à son objet. Ainsi l'on sait que le radius se recourbe brusquement en avant à son extrémité inférieure. Celluleux à ses extrémités, cet os offre à son milieu un étui de tissu compacte dont les parois diminuent d'épaisseur à mesure qu'on les examine plus près du carpe; et il faut encore noter qu'à la face antérieure ce tissu compacte se prolonge un peu plus bas qu'à la face postérieure. Cela posé, on comprend que dans une chute sur la paume de la main, le radius doit se briser là où il est le plus fragile, c'est-à-dire là où se termine la lame compacte; mais comme c'est là aussi que commence l'extrémité renflée de l'os, le tube solide du tissu compacte pénètre dans le tissu osseux, en d'autres termes le fragment supérieur pénètre dans l'inférieur.

On voit en quoi cette explication diffère des idées admises jusqu'ici. Tous les auteurs avaient dit que le plus souvent la fracture est oblique de haut en bas et d'arrière en avant, et que les fragmens glissant l'un sur l'autre, l'inférieur remonte en haut et en arrière. Pour M. Voillemier, il y a enfoncement du supérieur dans l'inférieur, ou pour mieux dire emboîtement réciproque, car les effets ne sont pas toujours les mêmes, et cette pénétration, d'après lui, a lieu suivant deux modes bien différens. Le premier, qui s'opère quand le choc a été transmis bien directement à l'épiphyse carpienne du radius, est celui où le fragment supérieur pénètre d'emblée dans l'inférieur; alors les deux fragmens restent enclavés. Le second est plus fréquent, et voici son mécanisme. Si l'on songe à la position oblique que prend le membre dans une chute sur le poignet, à la pression plus considérable que supporte alors la moitié postérieure de la surface articulaire radiale, parce qu'elle repose mieux que la moitié antérieure sur le carpe, et se trouve plus aussi dans l'axe du radius, on comprendra que l'enfoncement des lames osseuses doit commencer sur la face postérieure de l'os, en même temps que le fragment inférieur est légèrement porté en arrière. Alors, tandis que la paroi postérieure du fragment brachiol pénètre dans l'épaisseur du fragment carpien, la paroi antérieure, au contraire, chevauche sur ce même fragment. Il y a engrènement, pénétration réciproque. Deux saillies existent sur les deux faces de l'os; l'une plus élevée est formée en arrière par le bord supérieur du fragment carpien; l'autre plus abaissée est formée en avant par le bord inférieur du fragment brachial.

Pour établir la réalité de cette explication, pour prouver que les choses se passent effectivement de la manière qu'il vient de l'exposer M. Voillemier s'appuie sur des considérations de divers ordres. D'abord, quoi qu'on en ait dit, il n'y a, suivant lui, aucune raison solide pour que, à la suite d'une chute, la fracture se fasse obliquement plutôt que dans tout autre sens. En second lieu, l'existence de ces fractures obliques, traditionnellement admise, n'a en sa faveur aucune observation détaillée; aucun chirurgien ne se rappelle même en avoir vu un seul exemple *anatomiquement* constaté. D'ailleurs, dans toutes les pièces qu'il a pu examiner à une époque assez rapprochée du moment de l'accident, M. Voillemier a reconnu cette pénétration des deux fragmens (disposition qu'il a fait figurer dans des planches annexées à son travail). Enfin, sur les pièces trop anciennes pour que cette pénétration fût restée apparente à

l'extérieur, il en a retrouvé des traces évidentes, en sciant l'os dont l'intérieur présentait une ligne de tissu compacte incrustée dans le tissu spongieux. Cette ligne, libre inférieurement où elle se perd dans l'extrémité carpienne du radius, se continue par en haut de la manière la plus manifeste avec le corps même de l'os dont la paroi compacte devient tout à coup plus épaisse à l'endroit où elle la reçoit. Cette ligne, indice de la situation que la lame compacte du fragment *invaginé* ou *pénétrant* occupait au moment de la fracture, cette ligne, disons-nous, se continue avec la paroi postérieure de l'os, quand la fracture a eu lieu avec renversement du fragment inférieur en arrière, ou avec la paroi antérieure, quand ce fragment a été renversé en avant. Elle n'est jamais double; cela tient au peu d'épaisseur de la lame compacte antérieure du fragment carpien, qui dans les cas de pénétration réciproque (ceux à la suite desquels on pourrait s'attendre à trouver deux lignes au lieu d'une seule) est brisée par le choc, plutôt qu'elle ne pénètre, et ne doit par conséquent pas laisser de traces.

Chacune des considérations qu'invoque M. Voillemier demanderait à être examinée en détail. C'est ainsi qu'on pourrait citer quelques exemples de fractures obliques, observés (si nous sommes bien informés) par MM. Velpeau et Mercier; c'est ainsi qu'au sujet de ces lignes de tissu compacte auxquelles l'auteur attache une si grand importance au point de vue de sa théorie, on pourrait élever quelques doutes sur leur signification, doutes basés sur leur longueur, laquelle ne pourrait se comprendre qu'avec un raccourcissement de l'os bien plus considérable que celui qu'on observe en réalité; on trouverait encore contre l'existence même de ces lignes un argument dans le travail de M. Diday (Arch. de Méd., 2e série, t. xiii, p. 154) qui assure n'avoir jamais observé dans la structure des radius anciennement fracturés qu'il a pu examiner aucun changement qui indiquât qu'ils eussent été le siége de fractures. Mais cette discussion nous entraînerait trop loin pour que nous puissions seulement en indiquer ici les principaux points. Ce n'est pas là d'ailleurs le seul genre de contrôle auquel on puisse soumettre la théorie de M. Voillemier. L'expérience clinique suffira pour nous éclairer sur sa valeur; et nous adoptons d'autant plus volontiers cette seconde forme d'appréciation qu'elle permet de juger à la fois de la réalité des faits avancés par l'auteur et de leur importance au point de vue pratique.

Nous ne disconviendrons pas que les preuves matérielles sur lesquelles M. Voillemier a étayé son opinion sont de nature à forcer la conviction de l'opposant le plus systématique. Les exemples de fracture avec pénétration qu'il a recueillis sont trop palpables, trop bien constatés, pour qu'on puisse désormais révoquer son existence en doute. Mais ce genre de fracture est-il le plus fréquent? Est-il le seul qui s'observe à l'extrémité du radius? Les fractures *obliques* de cette partie de l'os, admises jusqu'ici comme les plus communes, doivent-elles être absolument rejetées comme cela résulterait du travail de M. Voillemier? Voilà des questions bien autrement délicates et dont la solution ne saurait être improvisée. Mais en attendant les documens que le temps seul peut fournir pour juger ce débat, il importe de ne pas en méconnaître la portée. Or, elle paraîtra immense si l'on donne au problème toute son extension naturelle, si, au lieu de le circonscrire dans les termes d'une éventualité niée par les uns, admise par les autres, on envisage les conséquences logiques nécessaires qu'il doit avoir dans la pratique. Si, comme le dit M. Voillemier, toutes les fractures de l'extrémité inférieure du radius sont accompagnées de pénétration des fragmens, cette seule circonstance doit bouleverser l'histoire tout entière de cette espèce de lésion. Du moment en effet que les deux surfaces sont engrenées au lieu de pouvoir glisser librement l'une sur l'autre, comme on le croyait avant lui, les conditions de déplacement, et, par conséquent les symptômes et les indications thérapeutiques, deviennent tout à fait différentes. M. Voillemier le déclare lui-même très explicitement, et ce n'est point là un corollaire forcé que nous tirons de sa doctrine. S'il n'y a pas de mobilité dans ces fractures, dit-il, *c'est que la fracture a eu lieu par pénétration, c'est que les fragmens sont fortement enclavés*.......... (Pag. 281). Si donc cet enclavement primitif qu'il admet est réel et constant, la symptomatologie de l'affection est évidemment à refaire. Un signe précieux existait, mentionné par tous les auteurs; c'est celui qui consiste à constater avec le bout du doigt l'immobilité du radius à sa partie supérieure, tandis que l'autre main du chirurgien fait exécuter au membre fracturé des mouvemens de pronation et de supination. Comment le comprendre, comment le laisser subsister dans la théorie de M. Voillemier où l'on professe que les fragmens ne peuvent jouer l'un sur l'autre? De même, comment concilier cette fixité qu'on admet, avec cet autre signe dont l'existence est garantie par Dupuytren lui-même, juge compétent sans doute en fait d'exploration clinique, qui s'exprime en ces termes: « En exerçant l'extension sur la main et la contre extension sur l'avant-bras ou le bras, la difformité cesse promptement et facilement, mais reparaît aussitôt qu'on abandonne ces manœuvres. » (Dupuytren, Leçons orales, t. iv, p. 205.)

Nous l'avons dit, et nous le répétons, il faut que la doctrine de M. Voillemier consente à devenir moins exclusive ou qu'elle nie ces deux signes, dont elle est inhabile à donner l'explication et qui sont cependant basés sur l'expérience vulgaire et sur l'autorité des plus grands chirurgiens.

Une autre considération du même genre nous est offerte par la crépitation. On sait qu'elle manque fort souvent dans cette fracture. M. Voillemier attribue ceci, entre autres causes, à l'engrènement des fragmens. Mais comme il est d'observation que la crépitation ne reparaît point, alors même que l'extension convenablement dirigée a fait cesser cet engrènement, s'il existait, il est difficile d'expliquer par l'immobilité des fragmens l'un sur l'autre l'absence de ce signe. M. Huguier a d'ailleurs parfaitement montré (dans un mémoire lu à l'Académie de médecine le 1er mars 1842) quelles sont les autres raisons qui rendent le phénomène si difficile à percevoir dans cette fracture.

On ne s'étonnera pas de l'étendue de cette discussion, si l'on songe à son objet. Qu'il y ait pénétration des fragmens ou qu'ils glissent l'un sur l'autre, le fait, sans doute, importe peu en lui-même, et nous ne sommes pas de ceux qui se passionnent pour un mot ou pour l'opinion d'un auteur. Mais à côté de la théorie, de laquelle nous voudrions pouvoir faire bon marché, les conséquences pratiques sont là, dignes de toute l'attention des médecins. Du moment qu'on admet l'engrènement des fragmens, on se trouvera amené à penser que leur déplacement doit être instantané, et qu'il suffit de le réduire pour n'avoir plus à craindre de le voir ensuite reparaître au même degré. Si cette conclusion n'est pas avouée ouvertement par M. Voillemier, elle se présente du moins si naturellement à l'esprit comme conséquence de sa doctrine, et elle conduirait à une pratique tellement vicieuse qu'il nous a semblé utile de rappeler ici que le plus souvent, quel qu'ait été le mécanisme de la rupture osseuse, les fragmens demeurent mobiles l'un sur l'autre, et que leur déplacement tend à se reproduire avec la plus grande facilité.

La seconde partie du mémoire de M. Voillemier est consacrée au traitement. Après un exposé succinct, mais fort bien tracé, des moyens conseillés par J.-L. Petit, Duverney, Ponteau, Desault, Cline, Dupuytren, MM. Goyrand, Malgaigne, Diday, Huguier et Velpeau, l'auteur énonce ses idées sur les réformes à introduire dans la thérapeutique de cette lésion. Une conséquence découlait forcément de la manière dont il envisage le mécanisme de la fracture, c'est la proscription de l'extension permanente qui avait d'abord été posée en principe par M. Diday (V. loc. cit.), et pour laquelle MM. Huguier (V. Gaz. Méd., 1842, n. 10) et Velpeau ont récemment imaginé des appareils particuliers. M. Voillemier formule d'abord quelques objections de détail contre la construction de ces appareils et sur les inconvéniens propres à chacun d'eux. S'attaquant ensuite au principe même de l'extension permanente, cette méthode, dit-il, semble surtout nécessaire dans les cas où il y a un raccourcissement considérable du radius avec luxation du cubitus. Non seulement il faut lutter ici contre le chevauchement des fragmens, mais contre le déplacement si facile du cubitus, dont la tête arrondie trouve partout sur le carpe une surface lisse et arrondie, et dont les ligamens radio-cubitaux ont été rompus. Mais il faut se rappeler que, jamais plus que dans ces cas, les ligamens n'ont été tiraillés, et qu'une partie même a été déchirée. Et c'est par l'intermédiaire de ces ligamens contus qu'il faudrait exercer une traction puissante et permanente! C'est déjà trop des efforts considérables qu'exige la réduction de ces fractures. De plus, avant de recourir à ce mode de traitement, il faudrait avoir démontré l'insuffisance des appareils ordinaires, et prouvé que les avantages qu'on en retire rachètent bien les graves inconvéniens que j'ai signalés. Et je dis, ou que la fracture sera simple, sans grand chevauchement des fragmens, sans tiraillement notable des ligamens, et alors les appareils ordinaires suffiront, ou qu'il y aura déplacement des fragmens considérable, luxation plus ou moins complète du cubitus, entorse grave, et alors l'extension permanente est inapplicable.

M. Diday, continue M. Voillemier, a beaucoup insisté sur le changement de rapport survenu dans l'articulation radio-cubitale inférieure comme étant un des principaux obstacles au rétablissement des mouvemens...... Il est évident que, dans ces cas, les nouveaux rapports des os doivent gêner beaucoup les mouvemens, surtout ceux de pronation et de supination, mais là n'est pas la question; il faudrait savoir si, dans ces cas, la réduction a été opérée; si un appareil a été appliqué et bien appliqué; et ce doute est bien permis..... J'ai la conviction que, dans les cas où la réduction aura été bien faite et un appareil bien appliqué, le raccourcissement du radius sera ordinairement peu notable, et les surfaces articulaires (de l'articulation radio-cubitale inférieure) auront conservé la plus grande partie de leurs rapports. Enfin, ce n'est pas le moindre reproche que l'on doit adresser aux appareils proposés pour l'extension permanente, de comprendre toutes les articulations de la main, toutes celles du

poignet et celle du coude : l'immobilité prolongée qui en résulte amène donc nécessairement une raideur considérable dans les mouvemens de ces jointures, après la consolidation.

Telle est l'argumentation de M. Voillemier contre l'extension permanente appliquée au traitement des fractures du radius. Pour ceux qui auront bien suivi la filiation de ses idées, il demeurera constant que son opposition naît des difficultés de l'exécution bien plus que de la considération de vices inhérens à la méthode elle-même. En effet, admettre que le changement de rapports dans l'articulation radio-cubitale inférieure est une cause de gêne des mouvemens; admettre d'autre part, qu'après cette fracture, la pronation et la supination restent toujours difficiles pendant très longtemps, malgré le traitement le plus convenable (M. Voillemier, p. 299), n'est-ce pas avouer que le raccourcissement du radius, d'où résulte ce changement de rapports, n'est point neutralisé d'une manière suffisante dans l'appareil ordinaire? Ce sont là des concessions qui ont été dictées à M. Voillemier par le souvenir des faits passés sous ses yeux, et que sa judicieuse impartialité ne lui permettait pas de déguiser. Qu'il s'élève ensuite contre les inconvéniens de l'extension permanente, nous partageons à beaucoup d'égards sa manière de voir, et nous reconnaissons qu'elle est souvent douloureuse dans son application, et bien imparfaite encore dans les agens qu'elle emploie. Mais, tout en appelant de nos vœux des modifications dans le choix des moyens, nous maintenons le principe, parce que l'imperfection d'un appareil ne saurait jamais prouver contre une doctrine. Voyez d'ailleurs comme tout s'enchaîne et converge vers la démonstration de notre thèse. Nulle fracture ne s'accompagne d'une gêne des mouvemens plus prolongée que celle-ci; parmi ces mouvemens, il n'en est aucuns qui demeurent plus longtemps entravés que ceux de pronation et de supination; cette impotence bornée à certains mouvemens s'explique naturellement par la déformation de l'articulation radio-cubitale inférieure, laquelle d'ailleurs a été constatée directement sur le cadavre; d'un autre côté, le raccourcissement du radius, et un raccourcissement *graduel* peut *seul* rendre compte de cette déformation; ce raccourcissement lui-même a été maintes fois reconnu sur le vivant et à l'autopsie, et n'est du reste plus nié aujourd'hui par personne. Conséquence naturelle, l'extension permanente, qui donne les moyens de prévenir sûrement tout raccourcissement du radius, offre des garanties de succès que l'appareil ordinaire est expérimentalement reconnu incapable de fournir. Jamais conclusion fut-elle déduite, en pathologie, d'une manière plus rigoureuse? Et remarquez qu'elle s'applique aux fractures par pénétration comme aux fractures obliques, car les preuves sur lesquelles elle s'appuie sont des faits qui se répètent tous les jours; leur valeur subsiste donc pleine et entière, quelle que soit l'explication qu'on admette sur le mécanisme de la solution de continuité.

Quoique nous ayons passé condamnation sur une partie des reproches que M. Voillemier dirige contre les appareils actuels à extension permanente, nous ne saurions souscrire à celui qu'il fait peser sur la méthode, en disant qu'elle condamne à l'immobilité les articulations de la main, du poignet et du coude. Evidemment, un gantelet lacé au-dessous des apophyses styloïdes (comme dans l'appareil de M. Huguier, et comme nous l'avions fait à l'hôpital Beaujon dès 1836) n'entraîne pas une immobilité plus générale ni plus complète que les attelles habituellement en usage. Ajoutons que les rapports convenables entre les fragmens étant alors maintenus plus exactement n'auraient pas besoin de l'être aussi longtemps; sous ce rapport donc, l'avantage serait encore pour l'extension permanente qui abrégerait la durée de la cure et celle de l'immobilité des jointures contiguës.

Les modifications que M. Voillemier propose au mode de traitement actuellement en vigueur ne sont ni bien nombreuses, ni bien importantes. Quant à la réduction, il faut n'en exécuter les manœuvres qu'avec une grande réserve pour éviter les douleurs, pour ménager les ligamens déjà tiraillés et ne pas aggraver les désordres existans. Afin de corriger le renversement du fragment carpien qui constitue presque à lui seul la déformation du membre, il vaudra mieux saisir directement les deux fragmens que d'agir sur eux par l'extension de la main. S'il paraissait trop difficile de faire cesser l'engrènement des fragmens, il serait plus prudent d'y renoncer que d'employer une grande force.

Une fois la réduction obtenue, l'appareil auquel l'auteur donne la préférence est celui de M. Goyrand modifié par M. Malgaigne, et dont le caractère particulier est la longueur plus considérable de l'attelle postérieure, et l'interposition d'un coussinet épais entre elle et la face dorsale de l'articulation radio-carpienne, afin de maintenir le fragment inférieur du radius repoussé en avant. Quelque rationnelle que soit cette construction, et quoiqu'elle procure des guérisons plus rapides que les autres appareils, on peut s'assurer que la raideur des mouvemens du poignet persiste néanmoins très longtemps à la suite de son application, et nous pensons que l'extension permanente peut seule donner la solution, vainement cherchée jusqu'ici, du problème qui consiste à trouver le moyen de guérir cette fracture aussi vite et aussi complètement que celles des autres parties du squelette.

DU TRAITEMENT DES NÉVRALGIES PAR LES VÉSICATOIRES VOLANS APPLIQUÉS SUR LES PRINCIPAUX POINTS DOULOUREUX; par le docteur VALLEIX.

L'emploi des vésicatoires, dans le traitement des névralgies, n'est point une pratique nouvelle, surtout depuis la recommandation de Cotugne; mais cette médication était presque exclusivement réservée pour la névralgie fémoro-poplitée. M. Valleix propose d'en étendre l'application à tous les cas de névralgie, avec cette modification importante que les vésicatoires doivent être appliqués à la fois et sur tous les points qui sont des foyers de douleurs. « Dans tous les cas, dit-il, où j'ai employé cette méthode, j'ai obtenu une guérison prompte et radicale ou un soulagement marqué. » Nous cherchons en vain les motifs sur lesquels l'auteur s'appuie pour exiger l'emploi d'une méthode qui doit inspirer autant de répugnance, et si réellement douloureuse; car, depuis longtemps, il est d'usage, dans les cas de névralgie que l'on croit devoir traiter par les vésicatoires, d'en appliquer un d'abord sur le point correspondant à l'endroit le plus élevé du trajet du nerf où se fait sentir la douleur. Dans le plus grand nombre des cas, cette douleur cesse sur tout le trajet qui était douloureux; dans quelques-uns, l'efficacité du vésicatoire ne s'étend qu'à une partie de ce trajet, quelquefois très peu étendu, ne dépassant pas même, dans un petit nombre de cas, l'étendue qu'occupe le vésicatoire sur la partie où il a été appliqué; et alors, on doit poursuivre la douleur de proche en proche par de nouvelles applications de vésicatoires faites successivement sur tous les points où la douleur n'a pas disparu. Cette méthode a au moins l'avantage d'épargner à ceux chez lesquels l'application d'un seul vésicatoire doit suffire, celle de plusieurs vésicatoires qui auraient été inutiles, et si on peut lui reprocher de prolonger un peu la durée du traitement pour les cas où il faut faire plusieurs applications, on conviendra qu'elle offre de nombreux avantages qui ne peuvent être contrebalancés par cette prolongation. Si on devait avoir recours à une méthode aussi douloureuse, peut-être devrait-on lui préférer l'emploi de la cautérisation transcurrente, que M. Jobert paraît avoir employée avec succès dans des cas jusqu'alors très opiniâtres. Quoi qu'il en soit, nous ne pensons pas que personne se soumette volontiers à la méthode que propose ici M. Valleix, et dont il réclame la priorité; car elle exposerait au danger d'appliquer deux ou trois vésicatoires au lieu d'un seul qui aurait pu suffire.

II. REVUE MÉDICALE.

Les numéros de janvier, février et mars 1842 se composent des mémoires originaux suivans: 1° *Fragmens pour servir à l'histoire des hallucinations;* par M. Baillarger. 2° *Discussion tératologique et médico-légale sur un cas d'avortement ayant eu pour résultat l'expulsion d'un monstre prétendu acéphale;* par M. Géry; et *Rapport sur ce mémoire;* par MM. Devergie et Bois de Loury. 3° *Recherches statistiques sur l'étiologie de la phthisie pulmonaire;* par M. Briquet. 4° *Rapport sur l'épidémie de scarlatine a qui régné dans l'arrondissement de Loudun (Vienne) depuis le mois de mars jusqu'au mois de septembre* 1841; par M. Mondière. 5° *De la valeur de l'opération du strabisme et de son influence sur les progrès récens de la chirurgie;* par M. Pétrequin. (L'analyse de ce travail a été faite dans la GAZETTE MÉDICALE par M. Pétrequin lui-même (v. 1841, n° 43, p. 678, compte-rendu des travaux du congrès tenu à Lyon.) 6° *De la puissance vitale considérée dans ses lois pathologiques;* par M. P. Blaud. 7° *Nouvelles observations de calculs salivaires, suivies d'un essai nosographique sur cette espèce de concrétion;* par M. Duparcque (premier article). 8° *De l'existence et du développement de l'allantoïde chez l'homme: résumé de l'état actuel de la science sur ce point;* par M. Vignolo. (L'auteur admet l'existence de l'allantoïde dans l'espèce humaine, se fondant pour soutenir cette opinion sur l'analogie de ce qui s'observe chez les oiseaux, sur la présence de l'ouraque et sur les observations où MM. Velpeau, Pockels et Coste ont constaté l'existence de cette vésicule sur des fœtus humains. La description qu'il donne de l'allantoïde et de son développement n'est guère d'ailleurs qu'un résumé des travaux des embryologistes déjà cités et de MM. Dutrochet, Muller et Burdach.)

FRAGMENS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DES HALLUCINATIONS; par le docteur BAILLARGER.

L'origine des hallucinations est l'un des points les plus obscurs et à la fois les plus intéressans de l'étude des affections mentales. Dans quelques cas elles se rattachent évidemment à quelqu'une des circonstances au milieu desquelles se trouvent des malades, et c'est de celles-là surtout dont il est question dans le mémoire que nous avons en main. Il en est d'autres, au contraire, qui semblent être tout à fait étrangères à ces mêmes circonstances. Mais qui peut être assuré d'avoir pénétré dans les profondeurs les plus intimes du cœur et du souvenir de l'homme? Il doit toujours rester du doute, même dans les cas qui paraissent appartenir le plus réellement à cette seconde catégorie. Le travail de M. Baillarger n'est donc qu'une étude et une démonstration de la définition qu'a donnée M. Lélut de l'hallucination qu'il a dit être une *transformation de la pensée en sensation*.

Les exemples de cette transformation que rapporte ici l'auteur sont distribués en deux parties ou fragmens. Ceux du premier fragment démontrent qu'il y a souvent des rapports évidens entre les conditions dans lesquelles se trouvent actuellement les aliénés et leurs hallucinations, rapports si intimes qu'il est impossible de douter que l'hallucination soit alors autre chose que la pensée elle-même, provoquant, par le rappel des signes, le retour des sensations auxquelles ces signes ont été primitivement associés. Ceux du second font voir qu'une sensation vive antérieure peut se reproduire spontanément, et toujours la même, formant ainsi une hallucination isolée et d'une nature particulière. Ces fausses sensations, si différentes des autres hallucinations, ont semblé à l'auteur devoir faire un genre à part, et auquel il rattache les douleurs que certains amputés ressentent dans les membres qu'ils ont perdus, et qui ne sont d'après cela que des hallucinations par simple répétition de sensations vives antérieures.

RECHERCHES STATISTIQUES SUR L'ÉTIOLOGIE DE LA PHTHISIE PULMONAIRE; par le docteur BRIQUET.

Ces recherches qui reposent sur 109 cas de phthisie pulmonaire observés par l'auteur dans les salles de l'hôpital Cochin, et dans lesquels la maladie était avancée et put être constatée par les signes physiques et les signes généraux qui lui sont propres, ne pourront nécessairement avoir, en raison de ca petit nombre de cas, qu'une très médiocre valeur. Cependant, comme quelques-uns des résultats obtenus par l'auteur diffèrent de quelques autres obtenus déjà par d'autres observateurs, nous allons présenter le résumé de ces résultats, qui comprennent deux ordres de recherches: celles sur les conditions qui sont propres aux malades, à leur sexe, à leur âge, à leur constitution, à leur origine, à leur éducation, à leur profession, et celles sur les influences extérieures survenues au moment du début apparent de la maladie, et qui représentent les causes occasionnelles.

1° A l'hôpital Cochin, pendant les trois dernières années, il y a eu chez les hommes un dixième de phthisiques de plus que chez les femmes, résultat contraire à ceux de MM. Lombard et Louis.

2° La phthisie a été directement héréditaire, au moins chez un tiers des malades.

4° Une taille élevée, un corps mince, une poitrine mal conformée et la convexité de la base au sommet des ongles, ont été les seuls attributs extérieurs de la disposition à la phthisie. La couleur de la peau et l'éclat des dents n'ont rien présenté de caractéristique.

5° Très rarement les phthisiques ont la circonférence supérieure du thorax moins étendue que la circonférence inférieure, ce qui est diamétralement opposé aux assertions de M. Hirtz.

6° Les professions dans lesquelles il y a défaut d'aisance, de mouvement et d'air pur sont celles où il y a le plus de phthiques, et *vice versâ*.

7° Un tiers des phthiques s'enrhumait plus facilement que les autres hommes et était plus sensible qu'eux au froid.

8° La phthisie s'est développée chez les trois cinquièmes des sujets de 20 à 30 ans. Chez les sujets nés de parens phthiques, elle s'est développée chez les deux tiers avant 30 ans; et chez ceux dont les parens étaient sains, elle n'a apparu sur la moitié qu'après l'âge de 30 ans.

9° Chez les quatre cinquièmes des malades, il y a eu prédisposition à la phthisie; sur un cinquième, elle était seulement organique; sur les trois cinquièmes, elle était acquise, et, chez quelques-uns, elle était en même temps acquise et congéniale; chez un cinquième, il n'y avait aucune prédisposition.

10° Les quatre dixièmes des phthisiques n'avaient point subi l'influence d'une cause occasionnelle appréciable; mais le plus grand nombre d'entre eux était prédisposé. Les cinq dixièmes avaient subi l'influence d'une cause très vivement ressentie, et, dans presque tous les cas, cette cause fut le froid humide.

RAPPORT SUR UNE ÉPIDÉMIE DE SCARLATINE QUI A RÉGNÉ DANS L'ARRONDISSEMENT DE LOUDUN, DEPUIS LE MOIS DE MARS JUSQU'AU MOIS DE SEPTEMBRE 1841; par J.-T. MONDIÈRE, D. M. P.

La scarlatine est bien certainement l'une des maladies épidémiques et contagieuses qui offrent le plus de variétés dans les symptômes et dans les accidens, et, sous ce point de vue, toutes les invasions, lorsqu'elles ont eu lieu avec quelque intensité, méritent d'appeler l'attention; certains accidens, qui avaient prédominé dans quelques épidémies, ayant entièrement manqué dans d'autres.

Celle qui a régné à Louviers en 1841 est la première que le docteur Mondière y observa depuis neuf ans qu'il pratique dans cette ville. Nous regrettons qu'il n'ait pas fait connaître depuis quand la même maladie s'y était montrée sous forme épidémique ou même sporadique, car on commence à penser que les maladies contagieuses qui n'atteignent qu'une fois le même individu ne se répandent épidémiquement dans un pays circonscrit que quand il s'est assez écoulé de temps depuis la dernière invasion pour qu'un nombre considérable de sujets susceptibles de la contracter aient surgi dans la population. Nous ne trouvons rien ici qui puisse éclairer ce point important: la seule donnée qui y ait rapport est l'indication de l'âge des sujets qui ont été atteints dans l'invasion de 1841, et qui était de quatre à 25 ans.

Parmi les accidens qu'a déterminés cette maladie, la production des fausses membranes qui tapissaient le pharynx et une partie du larynx paraît avoir été le plus grave et avoir amené la mort chez plusieurs; venaient ensuite les ganglions sous-maxillaires, qui ont quelquefois acquis un volume assez considérable pour gêner la déglutition et la respiration et même entraîner la mort en peu de temps. Parmi les accidens consécutifs, nous citerons des ophthalmies chroniques, des otites avec suppuration abondante et suivies de surdité, des abcès sous-cutanés et surtout l'anasarque. Ce dernier a spécialement appelé l'attention de l'auteur, qui l'attribue à l'action du froid et de l'humidité avant la desquammation complète de la peau. Nous regrettons que l'état des urines (albumineuses ou non) n'ait pas été indiqué dans ces cas, que l'on a rattachés à une première période de la maladie de Bright, à cause de la quantité d'albumine que contenent les iurines, quoique dans un certain nombre l'examen le plus minutieux nepuisse y en faire découvrir la moindre quantité.

Nous ne trouvons à signaler dans les différentes médications employées par l'auteur qu'une manière nouvelle peut-être d'employer le nitrate d'argent pour détruire les fausses membranes épaisses qui se forment dans le pharynx. L'auteur faisait réduire en poudre très fine ce sel métallique, et ensuite, à l'aide d'un petit rouleau de papier résistant, dont l'extrémité mouillée était chargée de cette poudre, il en portait une couche plus ou moins épaisse sur les parties malades et obtenait, dit-il, des escarres profondes.

(*La suite au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 6 JUIN.

COMPOSITION DE L'AIR NON RENOUVELÉ.

M. FÉLIX LEBLANC lit un mémoire intitulé: RECHERCHES SUR LA COMPOSITION DE L'AIR CONFINÉ.

L'auteur a analysé, d'après le procédé de MM. Dumas et Boussingault, l'air pris dans diverses localités. Ainsi il en a recueilli dans une chambre à coucher, plusieurs salles d'hôpitaux, une salle d'asile pour l'enfance, une salle d'école primaire soit ventilée à plusieurs degrés, soit fermée, un amphitéâtre de la Sorbonne, la chambre des députés, une salle de spectacle, des écuries militaires, une serre au jardin du roi. Enfin, il a soumis à l'analyse des atmosphères rendues asphyxiables, soit par l'acide carbonique pur, soit par les produits de la combustion du charbon. Lors de chaque prise d'air, on a eu soin de noter toutes les circonstances propres à éclairer la discussion des résultats, telles que la capacité de l'enceinte, le nombre des individus, la durée de la clôture, la température, le mode de chauffage, enfin l'absence ou l'existence de moyens de ventilation.

Air des serres. Dans l'air recueilli le soir, les proportions relatives d'oxigène et d'azote étaient les mêmes que dans l'air libre; mais l'acide carbonique avait totalement disparu sous l'influence de la végétation.

Air d'une chambre à coucher. La cheminée avait été en activité pendant la soirée. Au bout de huit heures de clôture, l'air recueilli a présenté à l'analyse très sensiblement la même composition que l'air normal.

Air des hôpitaux. Dans la salle du Rosaire à la Pitié, au bout d'une nuit de clôture, l'air contenait près de 3 millièmes d'acide carbonique, c'est-à-dire cinq fois plus que dans l'air normal; l'oxigène avait éprouvé un affaiblissement à peu près proportionnel.

Dans un dortoir de la Salpétrière, l'air a fourni jusqu'à 8 millièmes d'acide carbonique. C'est la proportion la plus forte que l'auteur ait rencontrée jusqu'ici dans les hôpitaux.

Air des amphithéâtres de cours publics. Dans un amphithéâtre de la Sorbonne, au bout d'une heure et demie de leçon, dans un local d'une capacité de 1000 mètres cubes, où étaient réunies près de 900 auditeurs, quoique deux portes fussent restées ouvertes, il avait disparu 1 pour 100 environ d'oxigène, et l'acide carbonique surpassait la proportion de 1 pour 100; ces chiffres montrent assez l'utilité d'un système de ventilation artificielle dans des circonstances semblables.

Air d'une salle d'asile pour l'enfance. Bien que la porte fût entr'ouverte et qu'il y eût un vasistas béant au plafond, l'analyse a indiqué 3 millièmes d'acide carbonique et une diminution d'oxigène sensiblement proportionnelle.

Air d'une salle d'école primaire. Cette salle (celle du 11e arrondissement) est ventilée à l'aide des appareils construits par M. Réné-Duvoir d'après le système de M. Péclet. Au bout de cinq heures de séjour, et la ventilation étant complète, la quantité d'oxigène disparu a été de $\frac{16}{10000}$, la quantité d'acide carbonique s'élevait au plus à 2 millièmes.

Air de la chambre des députés. Acide carbonique $\frac{25}{10000}$. Il est permis de supposer que dans certaines séances où le nombre des assistans est presque double de celui du jour de l'expérience, la proportion d'acide carbonique doit être plus que doublée.

Air d'une salle de spectacle. A l'Opéra-Comique, un peu avant la fin du spectacle, l'air du parterre contenait $\frac{23}{10000}$ d'acide carbonique, et dans la partie la plus élevée de la salle, cette proportion s'élevait à $\frac{43}{10000}$.

Air des écuries de l'école militaire. On a trouvé dans une de ces écuries 1 pour 100 d'acide carbonique, et dans une autre 2 millièmes seulement de ce gaz.

M. Leblanc a ensuite déterminé, par des expériences faites sur des animaux, que la dose d'acide carbonique qu'ils peuvent supporter sans succomber immédiatement est bien plus considérable que celle trouvée dans une atmosphère rendue asphyxiable par la combustion du charbon. Il faut donc, dit-il, chercher d'autres causes pour expliquer la violence des effets qu'on observe dans ce dernier cas.

Il faut donc reconnaître, comme fait d'expérience, que la proportion d'acide carbonique dans les lieux habités et fermés, presque toujours appréciable, croît avec le degré présumé d'insalubrité, et peut en fournir pour ainsi dire la mesure. Plus la dose d'acide carbonique s'élève, plus la nécessité du renouvellement de l'air doit être considérée comme prochaine. Lorsque cette proportion atteint 1 p. 100 par les effets de la respiration, le séjour des hommes dans une pareille atmosphère ne saurait se prolonger sans exciter bientôt une sensation de malaise prononcée, la ventilation devient indispensable pour que la respiration se fasse librement et dans des conditions normales.

Les expériences de M. Péclet assignent les nombres de 6 à 10 mètres cubes pour la ration d'air à fournir par heure à un homme, si l'on veut maintenir sa respiration dans les conditions accoutumées. Remarquons que ces nombres offrent un certain accord avec les résultats de M. Dumas sur la respiration; en effet, nous trouvons par le calcul, d'après ces dernières données, 3 mètres cubes d'air amenés à 4 millièmes d'acide carbonique ou 6 mètres cubes à 2 millièmes par homme et par heure. Mais la proportion d'acide carbonique n'est pas réduite à ce chiffre dans la pratique, du moins dans les enceintes ventilées dont M. Leblanc a examiné l'air.

Lorsqu'il s'agit d'enceintes habitées et dépourvues d'appareil de ventilation ou de cheminées, l'expérience prouve qu'il ne faut pas compter sur un renouvellement très efficace de l'air à la faveur des jointures des portes et des fenêtres. Le plus souvent ces effets réduisent tout au plus l'altération à la moitié de ce qu'elle serait dans une capacité rigoureusement fermée, toutes choses égales d'ailleurs. Lorsque l'enceinte fermée ne sera pas ventilée, il conviendra donc d'en déterminer la capacité sur les mêmes bases que précédemment. Ainsi un dortoir renfermant 50 habitans et restant fermé pendant huit heures devrait avoir 2,400 mètres cubes, soit environ 50 mètres cubes par individu pour la nuit. Au bout de ce temps, la ventilation deviendrait nécessaire. On peut voir, par les détails rapportés ci-dessus, que plusieurs salles d'hôpitaux offrant une capacité fort peu en rapport avec leur population, la ventilation y serait nécessaire.

Les conditions de séjour des ouvriers dans un grand nombre d'ateliers et de fabriques fourniraient aussi bien des sujets de remarques pénibles. Que de tristes exemples de dégénérescence physique et morale ne pourrait-on pas citer dont la cause principale tient aux conditions funestes du milieu où l'homme est assujéti à vivre dans ces circonstances! Des considérations semblables peuvent s'appliquer à la construction et au mode d'aération des écuries.

A l'égard de la présence des matières miasmatiques dans l'air confiné, les résultats des analyses ont été négatifs dans les circonstances où l'auteur a opéré; il n'a observé aucune coloration appréciable de l'acide sulfurique ou de la potasse, pas d'action sensible sur l'acétate de plomb.

Les analyses d'atmosphères artificielles tendent à établir que la vie ne saurait se prolonger au-delà de quelques instans dans une atmosphère contenant 30 pour 100 d'acide carbonique.

La résistance à l'asphyxie sous l'influence de cette cause est d'autant moindrn que la température propre de l'animal est plus élevée.

On a eu plusieurs fois l'occasion de reconnaître dans les mines que des ouvriers ont pu vivre dans une atmosphère où la combustion avait cessé de se soutenir; mais le danger grave de séjourner dans un semblable milieu est attesté par trop d'accidens pour qu'il soit nécessaire d'insister sur ce point.

Aucune expérience décisive n'existait encore sur le degré de l'altération que doit subir l'air pour être rendu asphyxiable par la combustion du carbone. M. Leblanc a montré qu'une atmosphère amenée à 3 ou 4 pour 100 d'acide carbonique devient subitement mortelle pour un chien de forte taille. Cet effet est indépendant de la température : la mort précède de beaucoup l'extinction d'une bougie.

Un kilogramme de braise, et à plus forte raison de charbon en combustion libre, peut rendre asphyxiable l'air d'une pièce de 25 mètres cubes de capacité. Ces résultats ajoutent une nouvelle force aux considérations déjà présentées sur les dangers de certains modes de chauffage. Dans la combustion du charbon suivant ces procédés, non seulement l'atmosphère peut devenir irrespirable, ce qui pourrait faire croire à l'innocuité de faibles proportions brûlées, mais l'air peut acquérir rapidement des propriétés délétères au plus haut degré. Comment expliquer l'énergie toxique d'une atmosphère asphyxiable sous ces influences, puisque la dose d'acide carbonique seule, ainsi que le défaut d'oxigène observés, sont insuffisans pour produire les effets qui surviennent?

L'oxide de carbone paraît jouer le principal rôle dans les effets funestes produits par la combustion du charbon; et il faut se hâter de signaler les dangers de sa présence dans l'air, dangers sur lesquels on n'était pas encore, d'après M. Leblanc, suffisamment éclairé, surtout sous l'influence d'aussi faibles doses. On concevra très bien qu'avec une même quantité de carbone réel on pourra observer des effets très variables, suivant le degré de combustibilité du charbon employé et suivant les proportions relatives d'air et de combustible dans un temps donné. Quelques recherches, dit en terminant M. Leblanc, sont encore nécessaires pour compléter la série des analogues qui servent de base à ce premier travail.

Commissaires : MM. Dumas, Boussingault et Regnault.

LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN.

M. Flourens présente à l'Académie, de la part de M. Magendie, un ouvrage de cet auteur, intitulé : Recherches physiologiques et cliniques sur le liquide céphalo-rachidien ou cérébro-spinal.

CONTAGION DU CANCER.

M. Tanchou écrit à l'Académie que, dans son travail sur la contagion du cancer, lu à l'avant-dernière séance de l'Institut, il a seulement dit qu'il devait à l'obligeance de M. Manee le pus qui lui a servi dans ses expériences sur les animaux; mais il n'a point dit que les expériences eussent été faites dans le service de ce chirurgien.

STRUCTURE DU SYSTÈME NERVEUX.

M. Mandl présente un extrait d'un mémoire sur la structure intime du système nerveux. Voici les principales idées contenues dans ce travail :

1° Les nerfs cérébro-rachidiens sont composés de fibres transparentes, à bords parallèles plus ou moins ondulés, sans globules et sans plissures, et qui ne s'anastomosent jamais ensemble. A côté de la ligne externe qui indique le bord, on aperçoit une deuxième ligne interne. Par conséquent, on peut appeler ces fibres primitives des nerfs, les *fibres à double contour*. Leur diamètre varie depuis 0,05 jusqu'à 0,02 de millimètre.

Les altérations produites par l'action de l'eau, des réactifs, par la décomposition cadavérique, etc., prouvent que la ligne externe appartient à une gaine qui se renfle çà et là, se plisse par la décomposition, et que la ligne interne indique le bord du contenu, primitivement transparent, mais se coagulant par les causes indiquées, et produisant alors un aspect globuleux. Cette altération a donné lieu aux opinions erronées des auteurs concernant la structure globuleuse des nerfs.

2° La substance blanche du cerveau consiste en fibres élémentaires à double contour, qui sont la continuation des fibres élémentaires des nerfs cérébro-spinaux, et dont le diamètre va toujours en diminuant d'autant plus que l'on s'approche davantage de la substance grise. Les fibres les plus minces, qui n'ont que 0,001 à 0,002 de millimètre, ne présentent plus les doubles contours. La forme en chapelet, les globules, etc., ne sont que le produit de la destruction de ces fibres, qui sont très molles.

3° Les nerfs qui contiennent un grand nombre de fibres particulières, *à simple contour*, ayant 0,003 à 0,004 de millimètre, moins disposées à devenir variqueuses que les fibres à double contour.

4° Une de ces deux classes de fibres ne constitue jamais exclusivement un nerf : elles se trouvent toujours mêlées ensemble. Toutefois, il existe une grande prépondérance de l'une ou de l'autre classe de ces fibres, selon le nerf que l'on examine.

Les racines antérieures et postérieures ne présentent point de caractères distinctifs sous le microscope.

5° La substance corticale de l'encéphale présente plusieurs élémens distincts : d'abord, nous y rencontrons une substance grise, amorphe, demi-liquide, composée de molécules réunies ensemble. Ensuite, il se présente une autre *substance blanche, amorphe*, tenace, élastique, prenant volontiers la forme de

gouttelettes, dont on trouve des traces jusque dans la substance cérébrale. Une troisième espèce d'élémens se présente sous forme de corpuscules ronds ou allongés, parfaitement transparens, à simple contour, pourvus d'un noyau excentrique; ils deviennent troubles par la décomposition. M. Mandl les appelle les *corpuscules gris*. La substance grise amorphe, en se consolidant autour des corpuscules gris, produit une quatrième espèce d'élément facile à détruire par la compression. On la retrouve plus solide dans les ganglions, et M. Mandl la désigne sous le nom de *corpuscules ganglionnaires*. Ces derniers n'existent que dans les couches profondes de la substance grise. Enfin, la substance corticale contient encore des fibres extrêmement déliées de 0,001, à 0,002 de millimètre.

6° Les ganglions présentent des fibres à double et à simple contour, et en outre des corpuscules ganglionnaires, solides, ronds ou alongés. Les ganglions des animaux inférieurs et des jeunes animaux contiennent aussi les substances amorphes de la substance corticale du cerveau.

7° La moelle épinière et la moelle allongée contiennent les mêmes élémens que l'encéphale : les fibres ont des diamètres plus considérables, mais elles s'altèrent facilement par la moindre compression.

8° Il résulte de ces recherches que le système nerveux doit être considéré comme composé de deux portions, une blanche et l'autre grise. Chacune de ces portions a une partie centrale et une périphérique, et constitue par conséquent un ensemble particulier. La partie centrale de la portion blanche se trouve dans la substance blanche de l'encéphale et de la moelle épinière, et sa partie périphérique dans les nerfs cérébro-spinaux ; la partie centrale de la substance grise est constituée par la substance corticale (grise) des centres nerveux, et la partie périphérique par le système ganglionnaire. De même que la portion blanche centrale contient les élémens que nous retrouvons, mais beaucoup plus développés dans la partie périphérique, de même la partie centrale de la portion grise contient les élémens, pour ainsi dire, rudimentaires, qui se rencontrent plus parfaits dans la partie périphérique. Les deux portions du système nerveux ne sont pas absolument isolées l'une de l'autre, mais à chacune se trouve mêlée une quantité plus ou moins grande des fibres de l'autre portion. L'individualité des fibres de la portion blanche et de la portion grise explique l'individualité de sensation dans chacune de ces deux portions.

(Commissaires : MM. Magendie, Flourens et Milne Edwards.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 7 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. FOUQUIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

MM. Félix Voisin, Leuret, Longet, Huguier, Richelot, Foville, Belhomme et Nonat écrivent pour se porter candidats à la place vacante dans la section d'anatomie et de physiologie.

M. le docteur Seurre, de Suippes, adresse une observation relative à un cas d'étranglement de la verge par une virole en fer.

INFECTION PURULENTE.

M. LE SECRÉTAIRE donne lecture d'un paquet cacheté, dont le dépositaire, M. Caron, a demandé l'ouverture. Le contenu porte pour titre : UN POINT DE VUE NOUVEAU SUR LA PHLÉBITE ET LES MÉTASTASES PURULENTES. Les conclusions thérapeutiques de ce travail sont que, toutes les fois qu'à la suite d'une opération on peut craindre la formation du pus, le premier soin à prendre est de mettre en usage un traitement antiphlogistique, les évacuations sanguines qu'on pratique dans ce cas n'ayant point pour but d'affaiblir le malade, mais seulement de renouveler le sang.

RÉPRESSION DU CHARLATANISME ET DES ABUS COMMIS DANS L'EXERCICE DE LA MÉDECINE.

M. LE PRÉSIDENT : Le conseil d'administration a décidé qu'il y avait lieu de prendre en considération la proposition de M. Royer-Collard, relative à la répression des abus qui se commettent dans l'exercice de la médecine.

En conséquence, si l'Académie ne s'y oppose pas, le bureau va nommer la commission qui sera chargée d'examiner cette proposition.

Aucune objection n'étant faite, la commission sera composée de MM. Guéneau de Mussy, Double, Royer-Collard, Adelon, P. Dubois, Bouley et Bouley jeune.

PERTE DE SUBSTANCE DU CUIR CHEVELU.

M. VELPEAU lit un rapport sur DEUX OBSERVATIONS DE VASTE PLAIE DU CRANE, envoyées à l'Académie par M. de Lavacherie.

La première observation a rapport à un sujet dont la pièce anatomique a déjà été présentée à l'Académie. (Voy. GAZ. MÉD., 1841, p. 519.) Il s'agit d'une fille de 26 ans, qui, ayant eu les cheveux pris dans une machine à peigner de la laine, eut le cuir chevelu détaché en totalité du crâne. Cette ablation laissa à sa suite une vaste plaie et donna lieu sur le moment à une hémorragie abondante. La malade néanmoins ne perdit pas connaissance et put le même jour faire un trajet de plusieurs lieues. Le péricrâne n'avait pas été immédiatement détaché des os, mais la suppuration amena son élimination ; le crâne s'exfolia également. La malade, voyant que la plaie ne se fermait pas, s'abandonna aux promesses d'un charlatan, qui empêcha son médecin de la voir. On sut seulement qu'au bout de plus d'un an elle avait succombé sans que la plaie se fût fermée.

M. de Lavacherie semble penser qu'on aurait pu à l'aide de l'autoplastie recouvrir la plaie dans sa totalité, au moment de l'accident. Nous ne pouvons, dit M. le rapporteur, partager cette opinion. De quelque manière, suivant quelque méthode qu'on eût pratiqué cette opération, elle aurait été à la fois insuffisante et dangereuse.

La seconde observation a rapport à un homme âgé de 33 ans, qui, ayant formé le projet de se suicider, se frappa la tête avec beaucoup de force et à plusieurs reprises contre les murs de la prison où il était enfermé. A la suite de la suppuration qu'amena une aussi violente contusion, il se détacha une grande partie du cuir chevelu. L'exfoliation osseuse eut ensuite lieu. Neanmoins, le malade finit par guérir au bout de six mois de traitement.

Emerveillé de ce succès, dit M. le rapporteur, M. de Lavacherie l'attribue à ce que les parties molles du voisinage ont pu combler en partie la perte de substance, et il se demande si ce qui a favorisé la guérison dans ce cas n'eût pas réussi à empêcher la mort dans le précédent. Nous nous sommes suffisamment expliqué à cet égard, au sujet de la première observation.

Les conclusions sont de renvoyer le travail de M. de Lavacherie au comité de publication et de placer son nom sur la liste des candidats à la place de membres correspondans. (Adopté.)

ÉTAT DE LA MÉDECINE EN GRÈCE.

M. BOUSQUET lit un rapport sur un travail de M. le docteur Boulos, ayant pour titre : QUELQUES MOTS SUR L'ÉTAT ACTUEL DE LA MÉDECINE EN GRÈCE.

Les conclusions sont de déposer le mémoire aux archives, d'adresser à l'auteur une lettre de remercîmens, et de porter son nom sur la liste des candidats aux places de membres correspondans étrangers.

M. CASTEL : Le rapport de M. Bousquet ramène une question dont on s'est beaucoup occupé il y a quelque temps, je veux parler de la création de médecins voyageurs. Je saisis cette occasion pour ajouter quelques mots aux réflexions que ce projet m'inspira lorsqu'il nous fut présenté. Sans doute les voyages sont utiles, et ils sont utiles dans toutes les professions ; mais c'est à la condition qu'ils aient un but bien déterminé. En effet, lorsqu'un médecin voyage, il se propose d'aller étudier, non pas un fait isolé, mais les maladies, les coutumes hygiéniques, les ressources thérapeutiques de toute une contrée. Compris de cette manière, les voyages sont d'une utilité évidente. Mais demander, comme on l'a fait, des médecins voyageurs, des médecins qui ne feraient que voyager, ce serait, permettez-moi de le dire, demander une chose qui se rapprocherait beaucoup de l'absurde. Nous avons vu ici, en France, beaucoup de médecins des pays étrangers ; mais que venaient-ils faire parmi nous ? Etudier nos habitudes, nos doctrines, nos méthodes curatives. Souvent, j'en conviens, nous en avons vu arriver uniquement mus par le désir d'entendre un homme, un professeur. Mais c'est lorsque cet homme, comme Dupuytren par exemple, riche d'une instruction et d'une expérience sans égale, résumait, pour ainsi dire, son siècle à lui seul, et pouvait donner des préceptes et des notions qu'on eût vainement cherchées ailleurs.

M. Castel ajoute quelques mots sur l'influence que l'humidité exerce pour produire la diarrhée chez les enfans. Il explique l'action que cette cause a plus particulièrement sur eux, parce que tous les enfans ont une constitution plus ou moins lymphatique, ce qui favorise les effets de l'humidité sur l'économie.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

AFFECTIONS INTERMITTENTES.

M. MÉLIER lit un mémoire intitulé : DES AFFECTIONS INTERMITTENTES A COURTE PÉRIODE.

MM. Virey et Martin-Solon sont chargés d'examiner ce travail et d'en faire un rapport à l'Académie.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LES MALADIES DE LA PEAU.

M. GIBERT, médecin de l'hôpital St-Louis, lit un mémoire consacré à la solution des questions les plus générales de la pathologie cutanée. Après avoir tracé à grands traits l'historique de l'enseignement spécial fondé par Alibert, et plus tard par Biett, ses prédécesseurs à l'hôpital St-Louis, M. Gibert passe à des considérations générales propres à appuyer les deux propositions suivantes, qui servent de conclusion à son mémoire.

« Une méthode, un ordre, une classification systématique est indispensable à la connaissance approfondie de la pathologie cutanée.

» Dans cette branche de la pathologie médicale, ainsi que dans les autres, l'empirisme doit être raisonné, soumis aux lumières d'une théorie fondée, du reste, sur l'observation : ce n'est qu'à cette condition que l'empirisme peut obtenir droit de domicile dans la science, et devenir réellement utile à la pratique médicale. »

Si, en effet, dit en terminant M. Gibert, c'est au hasard et à un empirisme grossier que nous devons le mercure, c'est aux lumières des médecins instruits que nous devons l'emploi méthodique et exempt de danger de ce remède héroïque.

Si c'est aux notions populaires d'un sauvage que nous devons le quinquina c'est à la science et à l'expérience du célèbre Torti que nous devons la meilleure méthode d'administrer ce précieux remède : c'est aux lumières de la chimie moderne que nous devons le sulfate de quinine, qui, entre les mains d'un médecin habile, peut produire de véritables miracles.

En un mot, on pourrait appliquer à tous les remèdes héroïques la sentence portée par Boerrhave sur l'emploi du mercure: ces remèdes ne peuvent être utiles aux hommes que lorsqu'ils sont prescrits d'après des indications bien établies et employés avec une méthode dirigée par des lumières suffisantes :

« ...*At prudenter à prudente medico : abstine si methodum nescis!*

Commissaires : MM. Guersant et Rayer.

CYSTOTOMIE.

M. Souberbielle présente plusieurs calculs vésicaux extraits heureusement par lui au moyen de la taille sus-pubienne.

La séance est levée à 5 heures.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ DE PHYSIOLOGIE; HISTOIRE DE LA GÉNÉRATION ET DU DEVELOPPEMENT; par le docteur Rod. Wagner, professeur à l'Université d'Erlanghen; traduit de l'allemand par le docteur A. Habets, avec des additions communiquées par l'auteur. — 210 pag. in-8°. Paris 1841. Chez Cousin, libraire-éditeur, rue Jacob, 21.

Cette publication ne contient qu'une partie du traité de physiologie du professeur d'Erlanghen, celle qui est consacrée à l'histoire de la génération et du développement chez les animaux, et la seule qui ait encore été publiée. Ce travail, plus récent que tous ceux qui ont été publiés en Allemagne sur ce sujet, présente dans un espace très peu étendu non seulement toute les connaissances positives, mais encore l'indication de tous les travaux entrepris sur cette partie de la physiologie par les savans de l'Allemagne, et surtout les recherches si ingénieuses du professeur Schwann, sur le développement des tissus, recherches qui sont encore peu connues parmi nons. Le passage suivant de la préface du traducteur fait connaître exactement le caractère de cet ouvrage : «Dans les vues de son auteur il est destiné surtout aux jeunes gens qui commencent l'étude de la physiologie et aux médecins qui, sans vouloir approfondir la science, désirent néanmoins se tenir au courant de ses progrès. M. Wagner indique, en conséquence, les moyens de répéter à peu de frais les observations qu'il rapporte. Ses conseils seront très utiles aux personnes qui, éloignées des grands établissemens scientifiques et réduites à leurs propres ressources, désireront voir de leurs propres yeux les phénomènes dont il trace l'histoire. »

On aurait tort de conclure de ce passage que le travail du professeur Wagner ne serait qu'un léger résumé de l'état de la science; les résumés des auteurs allemands sont souvent plus complets et contiennent plus d'érudition que de gros ouvrages donnés ailleurs comme complets; c'est ce qu'on peut dire surtout du travail que nous avons en main. Bien qu'écrit d'un style rapide et ne contenant que l'indication sommaire des faits, il est cependant accompagné de nombreuses et longues notes qui initient le lecteur à la vaste érudition des physiologistes allemands, à leurs nombreuses recherches microscopiques et aux travaux les plus récens sur tout ce qui concerne la génération et le développement.

M. Wagner, au lieu d'entasser, à la manière de son compatriote Burdach, théorie sur théorie et d'accumuler des explications trop souvent inintelligibles pour le lecteur, se fait remarquer par une sage critique et par une bonne exposition des faits. A ses travaux propres et qui sont en assez grand nombre, il a joint ceux du petit nombre de Français et d'Anglais qui se sont occupés de l'étude de cette partie importante de la physiologie, les recherches de ses compatriotes et a même reçu de quelques-uns d'entre eux des communications sur des faits qu'ils n'avaient pas encore publiés. C'est ainsi que M. Bischoff, professeur à Heidelberg, lui a fourni des observations intéressantes sur le passage des œufs dans les trompes, et sur les premiers momens du séjour de l'œuf dans l'utérus; que M. Weber, professeur à Leipsick, lui a communiqué des observations sur la structure du placenta, et MM. Schwann et Valentin, des aperçus sur le développement des tissus.

Ce n'est qu'armé du microscope, quand il est nécessaire, et il l'est presque à chaque pas, que M. Wagner s'avance dans l'étude des parties sexuelles qui préparent le germe, dans l'analyse du sperme, des spermatozoaires et de l'œuf, dans l'historique du développement du poulet, puis de l'embryon humain, et surtout dans l'histoire du développement des tissus tel qu'il a été considéré par Valentin et par Schwann, qui ramènent tous les tissus à un seul élément fondamental, savoir la formation cellulaire. Sans le microscope toutes ces études seraient impossibles, n'auraient même pu être soupçonnées; aussi se ressentent-elles du degré d'incertitude qu'offrent la plupart des observations microscopiques, toutes les fois qu'on veut arriver à des grossissements considérables.

Quant à la traduction, elle est généralement claire et correcte; si nous y rencontrons quelques expressions ou tournures de phrases qui rappellent l'origine de l'ouvrage, elles nuisent rarement à la clarté du texte.

Un certain nombre de planches destinées à accompagner cette publication et reproduites sur celles que Wagner a données en 1839, sous le titre de *Icones physiologicæ*, doivent, dit-on, paraître dans un atlas, à part, d'ici à quelques mois. Nous reviendrons sur ce travail lorsqu'elles auront été publiées.

VARIÉTÉS.

AU RÉDACTEUR.

Monsieur,

En 1836, j'ai publié, dans les Archives générales de médecine de Strasbourg, vol. II, p. 349, un article traitant de l'influence du tabac sur la santé des ouvriers dans les manufactures royales. J'y ai énoncé le fait suivant: « La phthisie est rare parmi les ouvriers qui sont employés depuis leur jeunesse à la manipulation des tabacs; de plus, cette maladie fait des progrès beaucoup moins rapides qu'à l'état ordinaire chez ceux qui apportent dans ces ateliers un germe déjà développé.

Une nouvelle observation de six années me confirme de plus en plus dans la vérité de ce fait, et, grâce à la nouvelle organisation que le service médical vient de recevoir dans les manufactures royales des tabacs, je suis à même de recueillir des matériaux plus complets que par le passé; j'espère donc voir bientôt arriver le moment où je pourrai justifier, avec tout le développement qu'elle comporte, la proposition que je viens d'énoncer. Mon seul but aujourd'hui est d'appeler sur elle l'attention du public médical, et principalement des médecins qui sont à même d'en vérifier l'exactitude. On comprend facilement qu'il faut ici multiplier les observations et combiner les recherches, pour arriver au plus tôt à un résultat irrécusable.

Agréez, etc.

Maurice Ruef.

Strasbourg, 31 mai 1842.

— De la menstruation, considérée dans ses rapports physiologiques et pathologiques; par le docteur A. Brierre de Boismont, médecin-directeur d'un établissement d'aliénés, etc. (Ouvrage couronné par l'Académie de médecine, dans la séance annuelle du 17 décembre 1840.) — Un vol. in-8° de 576 pages. Prix : 6 fr.

— Nouvelle méthode des amputations; par le docteur Baudens, chirurgien en chef de l'hôpital du Gros-Caillou. (Premier mémoire : Amputation tibio-tarsienne.) — Brochure in-8° de 48 pages, avec trois belles planches. Prix : 2 fr. 50 c.

— Essai sur le traitement rationnel de la descente de l'utérus et les affections les plus communes de cet organe; lu le 9 septembre 1838 à la Société de médecine d'Angers, par le docteur Clément Ollivier (d'Angers). — Un vol. in-8° de 128 pages. Prix : 2 fr.

Ces trois ouvrages se trouvent à la librairie de Germer Baillière, rue de l'École-de-Médecine, 17.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des Hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis ; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois ; pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les Souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois sont invités à le renouveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le 1er juillet. On s'abonne dans les departemens chez tous les Directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris. Vu la difficulté et les frais de recouvrement des mandats de la Gazette Médicale, touchés au domicile des Abonnés des départemens, ce mode de souscription ne peut avoir lieu que pour des abonnemens de six mois, de neuf mois et d'un an.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE INTERNE.

LETTRE SUR QUELQUES POINTS DU MÉCANISME DE L'INFECTION PURULENTE, A L'OCCASION D'UNE OBSERVATION DE PHLÉBITE CONSÉCUTIVE A L'AMPUTATION DE LA CUISSE ; par J.-P. Tessier, médecin du bureau central des taux.

A M. LE PROFESSEUR BLANDIN, CHIRURGIEN DE L'HÔTEL-DIEU, MEMBRE DE L'ACADÉMIE.

Très cher maître,

Je lis à l'instant même dans la Gazette des hôpitaux un fait très intéressant qui vous a fourni l'occasion de traiter, sous quelques rapports, de la théorie de la phlébite, et de réfuter les objections que j'ai faites à cette hypothèse. Déjà vous aviez fait cette réfutation devant l'Académie royale de médecine, dans un rapport sur le mémoire que je présentai à cette Société en 1836 sur l'impossibilité du passage du pus des veines enflammées dans le torrent circulatoire. Malgré tout le désir que j'aurois eu alors de vous voir modifier les opinions que vous professez depuis longtemps, et qui sont pour vous l'objet d'une conviction sérieuse et réfléchie, je pensai que le moment n'était pas venu d'obtenir votre assentiment, et je m'abstins de toute réponse, sachant bien que tôt ou tard l'heure d'une discussion approfondie arriverait. Elle est arrivée : je la saisis avec empressement, parce que je connais toute votre bonne foi, votre amour sincère pour la science, que vous cultivez, que vous enseignez avec tant de zèle, et que vos qualités, votre position, votre savoir, donneront assez de lustre à ce débat pour l'empêcher de demeurer stérile. Je suppose en effet que vous ayez raison, vous tirerez d'une erreur enraciuée dans leur esprit, et un confrère que vous aimez, et beaucoup

Feuilleton.

MORT ET OBSÈQUES DE M. DOUBLE.

La médecine française vient de faire une perte cruelle et inattendue. M. Double, il y a huit jours, siégeait encore à l'Académie de médecine ; et nous avons la douleur d'annoncer sa mort en même temps que la maladie rapide à laquelle il a succombé. En attendant que notre émotion soit suffisamment calmée pour nous permettre d'apprécier convenablement les services de toutes sortes rendus à la science, à l'art et à la profession par notre illustre confrère, nous nous empressons de mettre sous les yeux de nos lecteurs l'intéressant discours que M. Roux a prononcé sur sa tombe, au nom de l'Académie des sciences, et les quelques lignes que nous avons cru pouvoir ajouter au nom des médecins de la capitale. Nous aurions été heureux d'y joindre le discours de M. Pariset au nom de l'Académie de médecine. Nous ne pourrons le reproduire que lorsqu'il aura été communiqué à l'Académie.

Les obsèques de M. Double ont eu lieu mercredi à l'Eglise St-Thomas-d'Aquin. Le cortége s'est rendu au cimetière du Père-Lachaise, accompagné d'un grand nombre de savans, de médecins et de personnages de distinction.

DISCOURS DE M. ROUX AU NOM DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

Messieurs,

Depuis la perte que l'Académie a faite du jeune naturaliste dont les travaux, si utiles, pour l'économie rurale particulièrement, en promettaient tant d'autres, plus utiles encore, l'impitoyable mort avait assez longtemps suspendu parmi nous ses rigueurs. Mais par quel coup nouveau n'est-elle pas venue porter à la fois l'étonnement et l'affliction dans nos ames ! Cette fois, c'est la section de médecine et de chirurgie qui est atteinte : cette fois, la victime a été l'un des représentans de la science qui recherche, qui applique tous les moyens par lesquels l'homme espère conjurer les maux que la nature lui envoie, et travaille à prolonger sa propre vie et celle de ses semblables ; et le collègue dont nous venons déposer ici la dépouille mortelle nous a été enlevé de la manière la plus soudaine comme la plus imprévue, au moment où il paraissait jouir de la santé la plus florissante, alors que, possédant toute la plénitude de ses facultés morales, toute l'activité de son esprit, il pouvait employer encore de longues années à enrichir la science de nouveaux travaux, et faire profiter la société du fruit de sa vaste expérience ; et je suis pressé d'ajouter que l'élévation de son ame, la loyauté et la noblesse de son caractère, le sentiment exquis qu'il possédait de ce qui est

d'autres qui partagent sa manière de voir. Si, d'autre part, vous vous trouvez amené à reconnaître que les npinions que vous regardiez comme les plus probables sont au contraire celles qui répugnent le plus aux faits les mieux constatés, alors vous répandrez nn enseignement prnfitable et à ceux qui se pressent à vos leçons, et, j'ose le dire, *aux malades confiés à vos soins.* J'insiste sur ce dernier pnint, car il doit être bien triste ponr vous de vous regarder comme la cause de la mort de vos opérés, et d'en être une cause fatale, nne cause physique. C'est vous-même qui l'affirmez (loc. cit., pag. 271) : « Avant les travaux modernes, Dupnytren, Boyer, et autres maîtres de l'art attribuaient les abcès qu'ils trouvaient dans les poumons des sujets morts à la suite d'une infection purulente à des tubercules *préexistant à la maladie qui les avait fait succomber*, tubercules dont le ramollissement aurait été hâté par cette même maladie. *D'après ces explications purement théoriques, ces grands chirurgiens se consolaient de la terminaison fatale qu'ils voyaient survenir chez leurs opérés malgré tous les secours de l'art; car, disaient-ils, ces malheureux étaient déjà voués à la mort par leur fâcheuse organisation.* Quant à nous, avec les médecins qui se sont spécialement occupés de cette grave question, nous envisageons ces phénomènes d'une manière toute différente : nous regardons ces abcès pulmonaires comme de véritables collections de pus produites par l'infection purulente elle-même, et *qui n'auraient jamais eu lieu sans cette cause.* » Et comme l'infection n'aurait sonvent point eu lieu sans l'npération, il en résulte que c'est l'opération, c'est-à-dire l'opérateur, qui est cause de la mort. Est-ce là nne théorie bien consolante, et, jointe à la première, prouvera-t-elle que l'on soit bien difficile à consoler de la perte de ses opérés? Cela serait difficile à conclure. Toutefois, il me paraîtrait souverainement injuste d'accuser les chirurgiens de dureté, parce que la théorie qu'ils ont adoptée sur la cause de mort de leurs opérés conduit logiquement à cette conclusion. Tout en connaissant le péril extrême des grandes opérations dans les hôpitaux, on espère toujours que le malade qu'on a actuellement sous les yeux sera plus heureux que les autres, que la réuninn se fera par première intention, que les veines seront respectées par les ligatures, que l'inflammation sera surveillée, reconnue, combattue avantageusement; toutes les précautions sont prises. Et puis, abandonnez donc un homme jeune ou encore utile à lui et aux siens aux évolutions d'une maladie dont le terme est la mort, et la mort après de longues souffrances, une émaciation progressive, une agonie épouvantable! Il faudrait ne pas être un homme! Et puis d'ailleurs cela se fait, cela se faisait. Nos maîtres le faisaient comme nous. L'illusion triomphe, le sentiment l'emporte comme toujours sur la logique, nn opère..... puis..... et c'est toujours à recommencer. C'est donc un sentiment d'humanité qui porte nos chirurgiens à faire braver aux malades les dangers des opérations graves dans les hôpitaux. Tout le monde le sent; aussi personne ne songe-t-il à les taxer de dureté, *malgré les faits.* Quant à moi, je suis de l'opinion de tout le monde. Mais de ce que nous acceptnns que le sentiment de l'art de guérir, l'ambition du bien anime nos grands et habiles chirurgiens, s'en suit-il que nous devions en rester là et trôner dans notre passion au-dessus de cette affreuse mortalité? Non certainement. Et si cette doctrine qui nous laisse impuissans devant la mort est attaquée sérieusement par un homme sérieux et complètement désintéressé (hors l'intérêt de la vérité) dans cette question; si à cette doctrine on en substitue une autre qui promette de diminuer le danger des opératinns, et cela par une simple précaution hygiénique, *en isolant les malades*, en les mettant dans les cnnditions où ils se trouvent dans leurs familles, chose démontrée efficace snr une grande échelle à la Maternité, chose vérifiée exacte par la longue pratique cnmparative des Sanson aîné, des Marjolin, et enfin par les recherches positives de M. Malgaigne, et si l'administration des hôpitaux n'attend pour prendre cette mesure que la demande des chirurgiens; en vnilà je crois plus qu'il n'en faut pour comprendre la nécessité d'une discnssion en règle. Il ne s'agit pas de savoir si la phlébite est plus *populaire* que la diathèse purulente, on si la diathèse purulente est plus obscure, comme on dit, que la phlébite. Il est du devoir de tout chirurgien et de tout médecin appelé à donner son avis d'avoir une opinion basée sur une étude complète des faits. Il est dn devoir de ceux qui professent des opinions npposées de les soumettre incessamment au creuset de la discussion. Il est de mon devoir de faire triompher ce qne je crois être la vérité, et voilà pourquoi je fais comme les soldats de César, *je frappe à la tête.*

Or, mon cher maître, avant de vous soumettre les réflexions qne m'ont suggérées votre leçon, imprimée dans la GAZETTE DES HÔPITAUX, et l'observation qui en est l'objet, permettez-moi de la présenter intacte au lecteur, qui aime assez trouver sous sa main les pièces du procès qui s'agite devant lui.

TUMEUR BLANCHE DU GENOU; AMPUTATION; PHLÉBITE; RÉSORPTION PURULENTE; MORT. — RÉFLEXIONS SUR LES CAUSES DE LA RÉSORPTION PURULENTE ET SUR LES MOYENS DE LA PRÉVENIR. (Extrait de la GAZ. DES HÔPIT.)

OBS. — Josselin (Stanislas), âgé de 29 ans, d'une bonne constitution, ayant toujours joui d'une bonne santé, n'ayant jamais eu d'engorgement glandulaire, point sujet aux rhumes ni aux affections rhumatismales, n'ayant jamais craché le sang ni offert aucun des signes de la constitution tuberculeuse, élevé à la campagne où il a fait le service de valet-de-chambre depuis l'âge de 15 ans, fut à 22 ans affecté de rougeole. Pendant la convalescence de cette maladie, il vit son genou se tuméfier et devenir douloureux. Cet état du genou l'ayant mis dans l'impossibilité de continuer un service actif, Josselin se trouva forcé de quitter la maison où il était et d'embrasser la profession de tisserand, qui était celle de son père, et qu'il pensait devoir être mieux en rapport avec son impotence actuelle; mais malheureusement cette nouvelle profession l'obligea à habiter un rez-de-chaussée humide et à coucher auprès d'une cour extrêmement malsaine.

A partir de cette époque, le malade contracta des habitudes sédentaires et cessa de marcher; mais il n'en alla pas mieux pour cela. Les membres inférieurs, qu'il eût été important de maintenir dans un repos absolu, étaient justement les parties du corps qui fatiguaient le plus, car il se servait journellement de ses membres inférieurs, ainsi que le font les tisserands, pour faire aller son métier; de plus, il se trouvait placé dans des conditions d'existence d'autant plus désavantageuses que depuis longtemps il avait vécu dans une maison riche au milieu de toutes les aisances de la vie.

Si j'insiste, dit M. Blandin, sur toutes ces circonstances, c'est afin de faire ressortir l'influence même qu'elles paraissent avoir exercée sur ce sujet qui, bien que né de parens sains et doué lui-même d'une bonne constitution primitive, présente maintenant une affection que plusieurs praticiens considèrent comme étant de nature tuberculeuse.

Avant que ce malade n'entrât à l'hôpital, on a traité l'état du genou par des applications de moxas autour de l'articulation tibio-fémorale, ainsi qu'on le peut voir par les traces qu'ils ont laissées.

Lors de son entrée dans le service de M. Blandin, il offrait l'état suivant :

Le genou était tuméfié, volumineux; on n'y sentait que peu de fluctuation; cette fluctuation était plus appréciable au-dessus du genou où l'on trouvait une

---

digne en toutes choses, l'aménité de ses mœurs, et sa conduite toujours noble dans l'espèce de sacerdoce auquel il s'était voué, sa constance en amitié et son dévoûment si facile et si généreux, formaient une de ces physionomies morales remarquables en tout temps, plus remarquables encore à certaines époques de nos sociétés humaines, parce qu'elles sont plus rares.

Qu'il m'est doux d'avoir à prononcer ces premiers mots sur la tombe du collègue que nous pleurons aujourd'hui! Combien mon cœur voudrait pouvoir s'épancher encore plus sur les éminentes qualités de M. Double, sur les droits qu'il avait acquis aux regrets de ceux qui savent priser les qualités de l'ame et du cœur jointes à un mérite éminent! Mais combien aussi cette tâche serait pour moi pénible à tous égards! Je n'ai pas même la liberté d'esprit convenable pour retracer brièvement les principales circonstances de sa brillante carrière, et pour parler dignement des travaux par lesquels le nom de M. Double est depuis tant d'années si honorablement inscrit dans les fastes de la science : car, Messieurs, ce n'est pas seulement l'homme d'un savoir éminent, dont la perte, d'autant plus cruelle qu'elle est vraiment prématurée, m'afflige tant aujourd'hui; ce n'est pas seulement un excellent collègue que je pleure avec vous; c'est un ami de quarante ans, et un ami véritable; qui chérissait ma famille, comme je chérissais la sienne; qui, m'ayant devancé de quelques années dans la vie, avait pu, aux premiers temps de notre liaison, me guider quelquefois par ses conseils; que j'ai toujours trouvé près de moi dans les momens heureux de ma vie pour partager mes jouissances, comme dans mes jours néfastes pour tempérer mes peines et mes chagrins par sa haute raison et sa douce philosophie; qui tant de fois m'a prodigué ses soins, ses services, et dont le dévoûment ne m'a jamais manqué. J'ai donc besoin que vous excusiez la faiblesse de mes paroles, que sais-je, peut-être même le désordre de mes pensées.

M. Double (François-Joseph) venait d'entrer dans sa soixante-septième année. Il était né le 6 mars 1776 à Verdun, dans le département de Tarn-et-Garonne. Son père, médecin lui-même, lui avait sans doute de bonne heure inspiré le goût de la science qu'il devait cultiver avec tant d'éclat : éducation d'exemple dont on retrouve les heureux fruits chez beaucoup d'hommes. Son esprit avait été si bien façonné par de bonnes études, et telle était la portée de l'intelligence du jeune Double, qu'il avait pu recevoir le titre de docteur à 22 ans. C'est à l'école de Montpellier, dans un temps où cette école conservait encore tout le prestige attaché à son antique origine, en même temps que la religion des principes qui l'avaient rendue célèbre, que M. Double avait fait toutes ses études médicales; c'est là qu'il composa pour sa dissertation inaugurale un premier travail, qui fut remarqué, sur l'imminence des maladies en général; c'est là qu'il avait puisé le germe de quelques vues, de quelques opinions un peu systématiques, et d'une certaine manière de philosopher en médecine, en désaccord quelquefois avec la stricte et rigoureuse observation des faits, dont quelques lueurs perçaient toujours dans sa conversation comme dans ses travaux scientifiques, qu'on lui a quelquefois reprochées, et dont en effet on pourrait avoir à craindre les écarts chez des esprits qui n'auraient pas l'élévation et la supériorité du sien. Était-ce de la part de M. Double excès de reconnaissance pour les maîtres qui l'avaient formé? N'était-ce pas plutôt le fait de cette disposition de la plupart des hommes à conserver l'empreinte de leurs premières impressions, empreinte dont on retrouve plus tard comme un reflet dans toutes les productions de leur esprit, non

ouverture fistuleuse qu'à sa partie supérieure. En introduisant un stylet par cette ouverture fistuleuse, on arrivait jusqu'au tibia, que l'on sentait en partie dénudé et même carié. Il ne paraissait y avoir aucune communication du moins directe entre cette fistule et l'intérieur de l'articulation. Le genou offrait un peu de mobilité dans le sens latéral; mais, en imprimant des mouvemens à l'articulation, on ne percevait point encore de crépitation d'une manière sensible.

En s'en tenant à ces symptômes, on crut pouvoir diagnostiquer une simple carie du tibia, pensant que l'articulation était encore intacte. On conçut dès ce moment l'espoir de conserver le membre au malade, au moyen d'un traitement convenable.

Voici ce qui fut fait dans ce but : l'ouverture fistuleuse fut agrandie par une incision, de manière à mettre à découvert le point malade du tibia, sur lequel on appliqua un bouton de feu. On espérait, par cette cautérisation, modifier assez profondément le tissu malade, pour transformer la carie en une nécrose. Il y avait à cela un avantage : tout le monde sait que la carie a une tendance à s'étendre indéfiniment en détruisant peu à peu toutes les parties qu'elle envahit; tanndis qu'un des caractères de la nécrose, au contraire, est de se limiter promptement et de ne jamais franchir les limites qu'elle s'est une fois tracées. C'était donc un avantage réel que de substituer une nécrose à la carie; car, à la faveur de cette modification, il n'eût pas été difficile de placer ensuite la maladie locale dans des conditions favorables à sa guérison. Malheureusement cette espérance ne put se réaliser; la cautérisation, loin d'avoir l'heureux résultat qu'on en attendait, a produit l'explosion d'une inflammation vive dans les parties environnantes. Il est survenu un gonflement considérable dans tout le pourtour du genou. On trouve actuellement une mobilité beaucoup plus considérable des surfaces articulaires, et pendant qu'on imprime des mouvemens à l'articulation, on éprouve la sensation de deux corps rugueux inégaux frottant l'un sur l'autre, caractère auquel on ne peut méconnaître une altération déjà avancée des surfaces articulaires.

Que faire dans cette circonstance? Fallait-il essayer encore de recourir à des moyens thérapeutiques locaux avant d'en venir au moyen extrême, à l'amputation? Telle n'était pas l'opinion de M. Blandin, se fondant en cela sur ce que le malade avait déjà eu quelques frissons, et qu'il avait éprouvé quelques symptômes dénotant un état général de l'organisme qui eût été très probablement influencé d'une manière fâcheuse par les désordres actuellement existans. Jusque-là, cependant, l'état du malade s'était assez bien soutenu, mais il y avait tout lieu de craindre qu'il ne s'altérât rapidement si l'on attendait encore quelque temps. M. Blandin se prononça en conséquence pour l'amputation. On nous demandera maintenant, ajoute-t-il, s'il ne serait point préférable de tenter la résection de la tête du tibia et de tâcher de sauver ainsi le membre. Nous ne sommes point partisan de cette opération pour l'articulation dont il s'agit; la résection du genou est une opération sinon difficile, du moins excessivement grave et beaucoup plus grave que l'amputation de la cuisse. Nous avons toujours présente à l'esprit la résection d'un tibia faite par M. Roux à la Charité, lorsque nous étions élève dans son service, résection qui fut suivie d'une mort presque immédiate; l'opération avait été exécutée cependant avec cette habileté que tout le monde reconnaît à ce professeur; mais presque aussitôt après l'opération, il survint des accidens inflammatoires excessivement graves auxquels le malade succomba. Il faut donc se tenir en garde contre certaine idées purement théoriques à l'aide desquelles on cherche à faire prévaloir ce genre d'opération. D'ailleurs, quand bien même on réussirait à conjurer tous les accidens qui surviennent ordinairement à la suite de cette opération, quel est le résultat qu'on en pourrait attendre? Le plus souvent il ne restera au malade qu'un membre désormais inhabile à remplir ses fonctions, et on sera forcé de recourir à l'usage d'un membre artificiel. Il vaut donc mieux pratiquer immédiatement l'amputation de la cuisse, opération plus simple, moins grave, et qui, par ses résultats, ne place pas le malade dans une position beaucoup plus défavorable que la résection.

L'amputation a été pratiquée deux jours après, le 9 avril; l'opération, faite par la méthode circulaire, n'a présenté dans son exécution rien de remarquable, si ce n'est que le malade a perdu une assez grande quantité de sang. La réunion a été faite de manière à avoir une cicatrice transversale. A l'examen du membre, on a trouvé une altération profonde des divers élémens de l'articulation. Le pus en avait envahi l'intérieur; c'était une tumeur blanche tuberculeuse, de l'espèce de celles qui commencent par le tissu ossux. Voici ce qui s'est passé les jours suivans :

Le 10 avril, l'état du malade est peu satisfaisant; il a eu la veille un frisson, auquel ont succédé de la chaleur et une sueur abondante. Aujourd'hui, on lui trouve la figure abattue et couverte d'une sueur visqueuse. M. Blandin craint l'invasion d'une phlébite et d'une infection purulente consécutive.

Le 14, le frisson et la sueur abondante que le malade avait eus le lendemain de l'amputation avaient inspiré des craintes trop légitimes sur l'invasion d'une infection purulente; cependant, ces fâcheux symptômes ne se sont pas reproduits, et sous ce rapport on a des raisons pour être plus rassuré sur l'état de cet amputé. Mais, d'un autre côté, il se présente d'autres symptômes qui ne permettent pas encore de rester dans une entière sécurité à son égard. Depuis deux jours, il arrive une douleur à l'articulation scapulo-humérale. Ce symptôme se manifeste souvent à la suite de l'invasion d'une phlébite et de l'infection purulente. A la rigueur, il se pourrait que cette douleur fût de nature purement rhumatismale; mais, en égard à la situation actuelle du malade, et à l'ensemble des circonstances graves dans lesquelles il se trouve, nos craintes ne sont que trop fondées. La suppuration du moignon est abondante, il est vrai, ce qui est un assez bon signe; car ordinairement, dès l'invasion d'une phlébite, la suppuration diminue sur les plaies suppurantes en même temps qu'il survient une diarrhée colliquative. L'ensemble de ces phénomènes semblerait diminuer un peu la gravité du pronostic.

Le 18, le malade est dans un état très alarmant. Il s'était présenté la veille une circonstance accidentelle qui peut bien avoir contribué pour sa part à empirer l'état des choses. Les gens de service, en voulant changer de linge au malade déplacèrent son moignon et le mirent dans une position trop déclive, au point que l'extrémité du fémur pressait contre la lèvre supérieure de la plaie, ce qui aurait pu produire une mortification des tissus, sans les secours qui ont été promptement apportés; le pansement fut entièrement renouvelé, et le moignon replacé dans une position plus convenable. Quoi qu'il en soit, M. Blandin considère le malade comme hors de tout espoir; il est convaincu que ce malheureux est déjà sous l'influence d'une infection purulente. Depuis deux jours surtout il éprouve des frissons qui se renouvellent de temps en temps; il a une douleur vague à l'épaule gauche; le moignon est aussi, depuis la même époque, devenu douloureux, principalement vers sa base, c'est-à-dire du côté de l'origine des gros vaisseaux; la suppuration qui s'était maintenue abondante a beaucoup diminué, quoiqu'elle soit encore de bonne nature; enfin le malade éprouve des sueurs abondantes et prolongées succédant aux frissons. Ce sont là justement les symptômes principaux et caractéristiques de l'infection purulente.

On fera, dit M. Blandin, tout ce qu'on pourra pour arrêter la marche de la phlébite; car, d'après les idées que nous professons, c'est la phlébite qui donne lieu à l'infection purulente; c'est le pus formé dans les veines qui, transporté de là dans le torrent circulatoire, produit cette terrible maladie. Si donc on arrivait à arrêter les progrès de la phlébite, on préviendrait par là la formation d'une nouvelle quantité de pus, et on empêcherait conséquemment que l'infection purulente ne prît un caractère plus grave. Le pus qui circule maintenant serait rejeté par les émonctoires ordinaires, par les sueurs, les urines, etc., et à l'aide de ces efforts de la nature le malade pourrait encore être sauvé. Effectivement, l'expérience démontre que les sueurs sont quelquefois un moyen de guérison. On remarque que l'odeur de la transpiration a, chez les malades atteints d'infection purulente, quelque chose de l'odeur du pus; les urines aussi sont dans ce cas; elles sont plus chargées qu'à l'ordinaire, et offrent une odeur nauséabonde toute particulière, comme si du pus s'y trouvait en dissolution, ce qui est, du reste, très probable. Mais si la phlébite continuait à marcher, les efforts de la nature pour expulser au-dehors le poison seraient insuffisans, et la mort deviendrait inévitable, ainsi qu'il arrive malheureusement dans le plus grand nombre des cas. Quelques praticiens ont conseillé, dans ces circonstances, d'inciser au-dessus du point où la veine est enflammée, afin d'aller diviser ce vaisseau. Nous considérons cette opération comme tout à fait rationnelle; nous l'a-

---

moins que dans leurs habitudes, leurs goûts, leurs penchans et leur caractère?

Quoi qu'il en soit, et après quelques années, pendant lesquelles de tristes évènemens domestiques, enfantés par les circonstances politiques de cette époque, avaient mis son courage et son dévouement à une grande épreuve, M. Double fut attiré à Paris par le désir d'y voir, d'y connaître, d'y apprendre ce qu'il n'avait pu ni voir, ni connaître, ni apprendre à Montpellier : c'était en 1803. L'illustre Barthez s'était constitué de loin son protecteur, et l'avait recommandé à quelques-unes des célébrités médicales du temps, particulièrement à l'excellent M. Sédillot, dont il eût bientôt conquis l'amitié, dont il ne tarda pas à partager les occupations, et à la famille duquel il s'attacha en épousant la fille du célèbre chimiste Pelletier, la sœur de notre confrère actuel. Il est probable que le jeune docteur de Montpellier avait un secret pressentiment des succès qui l'attendaient dans la capitale; car on raconte qu'en recevant les embrassemens de sa mère et ceux d'une sœur, qu'il chérissait, avec une modique somme d'argent, qui devait lui servir pour un séjour à Paris pendant six mois seulement, il leur dit : je n'épuiserai pas ce que vous mettez à ma disposition; je saurai promptement me créer des ressources, et mes enfans, si le ciel doit m'en accorder, seront baptisés sur les bords de la Seine.

Jamais patronage n'a été mieux appliqué; jamais pressentiment ne s'est mieux réalisé. M. Double ne tarda pas, en effet, à se faire un nom par ses travaux en littérature médicale et par quelques mémoires de médecine pratique. Il les consignait dans le journal que publiait alors M. Sédillot, journal qui, sous les deux titres successifs de RECUEIL PÉRIODIQUE DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE, et de JOURNAL GÉNÉRAL DE MÉDECINE, a été pendant les vingt-cinq premières années de ce siècle presque le seul, ou du moins le premier des ouvrages périodiques consacrés aux sciences médicales. De simple collaborateur qu'il fut d'abord, il devint plus tard rédacteur principal de ce journal, auquel il sut conserver une grande importance. On a peine à concevoir comment un seul homme a pu suffire pendant sept ou huit années à l'analyse raisonnée et toujours piquante de tant d'ouvrages sur des sujets si divers, à des comptes-rendus si substantiels et si réguliers sur la constitution médicale de Paris, à tant de mémoires originaux, alors que la confiance publique commençait à l'environner, et que croissait si rapidement sa réputation comme praticien : c'est que M. Double était doué d'une prodigieuse facilité pour le travail et d'une aptitude singulière à se familiariser avec tout ce qui se faisait dans les sciences; c'est qu'alors comme plus tard, et que plus tard comme alors, sa vie était une vie toute de travail, en même temps que de dévouement à sa famille et à ses amis. On serait étonné si l'on savait combien peu d'instans pendant toute sa carrière il a donnés à la distraction et aux plaisirs; aussi trouvait-il toujours, au milieu de ses occupations obligées de chaque jour et de ses travaux les plus pressans, le moyen d'étendre son érudition déjà si vaste, et d'ajouter aux ornemens de son esprit, déjà si nourri des beautés de la littérature ancienne et de la littérature moderne.

C'est dans le même temps qu'un concours, ayant été ouvert par Napoléon pour des recherches sur le croup, M. Double, jeune encore, et qui ne semblait pas s'être trouvé dans une position favorable pour recueillir les matériaux propres à élucider l'histoire de cette maladie, ne craignit pas de descendre dans l'arène.

vons nous-même pratiquée une fois; mais, il faut le dire, sans succès. Elle est d'ailleurs actuellement impraticable chez ce malade.

Nous avons depuis longtemps, soit seul, soit de concert avec M. Marjolin, essayé toute espèce de moyens thérapeutiques contre ces accidens, mais sans presque aucun résultat. Nous avons employé les préparations de quinquina et les préparations sudorifiques (nitrate de potasse, carbonate d'ammoniaque, salsepareille, squine, etc.) sous mille formes, en partant de l'idée que nous avons émise tout à l'heure, d'après l'observation que la sueur est un émonctoire dont la nature se sert dans de pareilles circonstances, mais c'a été presque toujours sans succès; seulement, chez une femme gravement malade, l'emploi de l'eau de *Luce*, qui est un des plus puissans sudorifiques connus, a été très efficace, et la maladie a été domptée.

Dans un autre cas, nous avons obtenu de ce médicament des effets qui sont de nature à nous faire espérer qu'en l'employant à temps, on en pourrait retirer de très grands avantages.

Nous avions à traiter un malade chez lequel la phlébite était évidente et bien caractérisée; nous lui administrâmes l'eau de Luce; les frissons qu'il éprouvait avant l'usage de ce moyen cessèrent bientôt; les autres symptômes s'amendèrent aussi d'une manière sensible; mais quelques jours après il survint sur le ventre, la poitrine et dans d'autres points du corps, une multitude de petits abcès; c'étaient de véritables abcès improprement dits métastatiques. Le malade ne tarda pas à succomber à l'abondance de la suppuration, contre laquelle ne purent plus lutter les forces déjà affaiblies de l'organisme. A l'autopsie, on ne trouva aucune trace d'abcès dans aucun des viscères, ni dans le poumon, ni dans le foie, ni dans la rate.

Ne semblerait-il pas que ces abcès superficiels ont été formés par le pus qui se trouvait répandu dans tout le système circulatoire, et que l'action des sudorifiques avait porté vers la périphérie du corps? N'est-on pas autorisé à penser que si le malade n'avait pas été déjà aussi affaibli par une suppuration abondante, il aurait pu être peu à peu débarrassé par l'émonctoire cutané de tout le pus qui infectait l'économie et guérir?

Ce moyen, du reste, bien qu'il ait échoué dans un grand nombre de cas, nous paraît devoir être plus utile que la plupart de ceux qu'on a employés jusqu'à présent.

Ce matin nous avons ordonné à notre malade des frictions avec l'onguent mercuriel à très haute dose, et des boissons émollientes à l'intérieur. Nous désirerions qu'il survînt de la salivation à la suite de ces frictions; elle ne pourrait qu'être utile. Hier, on avait appliqué des sangsues qui ont saigné très abondamment, ce qui nous engage à suspendre aujourd'hui les moyens antiphlogistiques; d'ailleurs nous savons que les saignées sont plutôt nuisibles qu'utiles lorsque la maladie est déjà avancée.

Le 22 et les jours suivans, l'état du malade a été de plus en plus grave; on a continué pendant tout ce temps l'usage des frictions mercurielles à haute dose sur la cuisse et dans la région inguinale.

Le 25, les symptômes ont considérablement empiré; il y a eu la veille un délire continuel; le malade a succombé dans le courant de la journée.

Autopsie. — Les plèvres renferment une quantité considérable de sérosité jaunâtre qu'on peut évaluer à plusieurs verres. On y remarque quelques fausses membranes qui font adhérer les plèvres aux poumons. Les poumons renferment des abcès métastatiques, dont quelques-uns font saillie au dehors. Ces abcès sont en très grand nombre; ils occupent plus particulièrement la partie postérieure et la base des poumons. Le poumon droit en contient un plus grand nombre que le poumon gauche. Quelques-uns de ces abcès sont encore durs et entourés d'une auréole rouge inflammatoire; d'autres, plus ramollis, constituent de véritables collections de pus liquide.

Les enveloppes du cerveau sont injectées; il s'écoule une assez grande quantité de sérosité de la cavité arachnoïdienne. La substance cérébrale est saine; elle est ferme et ne contient aucun abcès. On trouve dans le ventricule droit un caillot fibrineux résistant. Ce caillot fibrineux est entouré d'une petite quantité de sang à peine coagulé, presque liquide et peu coloré. Le ventricule gauche est vide et n'offre aucune altération.

On ne trouve point d'abcès dans le foie.

La rate présente quelques points tachetés d'un rouge plus vif qu'à l'ordinaire et un peu ramollis. La muqueuse intestinale est rouge, un peu enflammée, surtout dans la portion inférieure du gros intestin; on n'y rencontre point de pus.

Examen du moignon. — L'artère fémorale est oblitérée par un petit caillot en forme de bouchon, plus petit vers son extrémité libre, ayant près de 2 centimètres de longueur. Les parois de l'artère sont considérablement épaissies, depuis le point oblitéré jusqu'aux environs de l'arcade crurale. Cet épaississement est d'autant plus marqué que l'on s'approche davantage de l'extrémité du moignon. L'artère, ainsi que ses divisions, ne renferment point de pus; on n'y aperçoit pas non plus de traces d'inflammation. La veine fémorale, de même que l'artère, a son calibre très rétréci. Ses parois s'épaississent et sa lumière se restreint de plus en plus, à mesure que l'on se rapproche de la surface du moignon. La veine est, vers son extrémité inférieure, adhérente aux parties voisines; elle est libre de toute adhérence et saine au-dessus de l'arcade crurale et une fois franchi cet anneau, mais jusque seulement au point où elle reçoit la veine saphène. Immédiatement au-dessus de cette embouchure il existe un caillot sanguin fibrineux, plutôt formé de pus concret, et qui adhère aux parois de la veine dans toute sa circonférence et dans la longueur de 2 ou 3 centimètres. Ces adhérences sont assez solides pour empêcher le pus, qui remplit le calibre de la veine dans toute l'étendue de ce vaisseau située au-dessus de ce caillot, de gagner la partie supérieure et de passer dans le torrent circulatoire. Au-dessous de ce caillot, le tube de la veine est élargi et distendu par du pus d'une couleur jaune citrine de bonne nature, qui remplit la veine dans l'étendue de 5 à 6 centimètres.

On trouve encore un peu de pus dans les veines fémorales profondes, mais dans une petite étendue. La veine iliaque externe est dans un état normal.

En résumé, la veine fémorale, d'abord béante à la surface du moignon, renferme du pus dans l'étendue de 5 à 6 centimètres environ; au-dessus de ce point existe un caillot sanguin de 2 à 3 centimètres d'étendue, puis la veine est de nouveau remplie de pus jusqu'à la hauteur de 6 à 7 centimètres; puis, enfin, on trouve un second caillot de pus concret, de deux centimètres d'étendue et se terminant à l'embouchure de la veine saphène. La veine fémorale présente des traces d'inflammation d'autant plus considérables qu'on l'examine plus près de la surface du moignon. La plaie du moignon est cicatrisée, à l'exception de la partie occupée par l'extrémité du fémur et par les vaisseaux fémoraux. L'extrémité de l'os est recouverte de bourgeons charnus.

M. Blandin a fait suivre l'histoire de ce malade des réflexions suivantes:

Avant les travaux modernes, Dupuytren, Boyer et autres maîtres de l'art attribuaient les abcès qu'ils trouvaient dans les poumons des sujets morts à la suite d'une infection purulente à des tubercules, préexistant à la maladie qui les avait fait succomber, tubercules dont le ramollissement aurait été hâté par cette même maladie. D'après ces explications purement théoriques, ces grands chirurgiens se consolaient de la terminaison fatale qu'ils voyaient survenir chez leurs opérés malgré tous les secours de l'art car, disaient-ils, ces malheureux étaient déjà voués à la mort par leur vicieuse oganisation. Quant à nous, avec les médecins qui se sont spécialement occupés de cette grave question, nous envisageons ces phénomènes d'une manière toute différente: nous regardons ces abcès pulmonaires comme de véritables collections de pus, produites par l'infection purulente elle-même, et qui n'auraient jamais eu lieu sans cette cause.

Les caillots sanguins contenus dans le cœur étaient aussi, suivant les chirurgiens que nous venons de citer, le résultat d'une altération profonde toute particulière subie par le sang mêlé à du pus dans les ventricules du cœur. L'organisation de ces caillots est bien différente de celle des caillots sanguins qu'on rencontre à la suite de certaines affections organiques du cœur, ou même des maladies générales.

Chez le sujet en question, la veine fémorale contenait un caillot grisâtre imprégné de pus. C'est ici que M. Tessier triompherait en raisonnant d'après ses idées: On voit bien, dirait-il, que ce caillot a servi de bouchon au pus sécrété au-dessus de lui, et qu'il l'a empêché de passer outre et de se porter dans le torrent circulatoire. Mais la chose est très facile à expliquer d'après nos principes.

Il n'obtint pas le prix, que se partagèrent alors Albert, médecin de Brême, et M. Jurine, de Genève; mais il eut la première mention honorable: c'était encore un assez beau triomphe dans un concours qui avait fixé les regards de toute l'Europe, et dans lequel la récompense empruntait un si grand éclat de celui de l'homme au nom duquel elle était décernée.

A la publication de son ouvrage sur le croup, M. Double fit succéder celle d'un ouvrage plus étendu, d'un travail de longue haleine, qui, dans une certaine limite, sous un certain rapport, et dans un but déterminé, embrasse toute la médecine, je veux dire touche à toutes les maladies qui sont de son domaine: c'est un traité complet de séméiotique; c'est l'histoire des phénomènes dans toutes les maladies, envisagés comme bases de diagnostic et comme élémens de pronostic, c'est-à-dire comme signes de l'état présent et comme présages d'un état futur: œuvre considérable, fruit de longues méditations, qui ne pouvait être exécutée que par un esprit observateur, et qui confirma la réputation que M. Double s'était déjà acquise comme penseur et comme praticien.

Plus tard, sa coopération comme médecin, et pour confirmer par l'expérience ce que le raisonnement et la théorie firent promptement présumer, vint en aide à M. Pelletier, dans les recherches chimiques de ce dernier, et sanctionna tout ce qu'il y avait de beau et d'utile dans la découverte du sulfate de quinine. Ainsi, deux hommes, déjà unis par des liens de famille, et entre lesquels s'est maintenue la plus étroite amitié, avaient réuni leurs efforts pour créer une des innovations les plus heureuses et les plus importantes qui aient été faites depuis des siècles en thérapeutique médicale. M. Pelletier ouvrait la voie dans la découverte des alcalis végétaux, et M. Double, par des observations multipliées, et dans des mémoires pleins d'intérêt, montrait le premier l'efficacité du sulfate de quinine contre les fièvres intermittentes, et tous les avantages que la médecine devait retirer de la substitution de cette préparation du quinquina au quinquina proprement dit.

L'Académie des sciences méritait bien qu'on lui offrît les prémices de ces beaux travaux, et qu'on les soumît à sa sanction, c'est ce que firent M. Double et M. Pelletier, dont l'attente ne fut pas trompée. C'était pour l'un comme pour l'autre un acheminement à de plus grandes marques de distinction de la part de l'Académie; je me trompe, et pour M. Double particulièrement, que tant d'autres services déjà rendus à la science, tant d'autres travaux plaçaient si haut dans l'opinion publique, et chez lequel tant et de si beaux rapports faits par lui à l'Académie royale de médecine décelaient un esprit essentiellement académique, ce n'était qu'un droit de plus qu'il acquérait à sa prochaine admission dans le sein de l'Académie des sciences.

Il y remplaça Portal dans la section de médecine et de chirurgie en 1832. A moins qu'on eût voulu, sans motifs raisonnables, oublier les anciennes traditions, adopter de nouveaux erremens, et refuser l'honneur suprême d'appartenir à l'Académie des sciences aux hommes qui, sans perdre de vue les intérêts de la science elle-même, ont acquis une grande renommée comme praticien, les suffrages de l'Académie ne pouvaient guère alors se partager qu'entre M. Double, et l'homme d'un mérite non moins éminent qui venait d'attacher son nom à une nouvelle doctrine médicale, dont le système et les vues avaient excité tant d'enthousiasme et comptaient tant de zélés partisans. La lutte, en effet, ne fut engagée qu'entre Broussais et M. Double. Il ne m'appartient pas de dire si le temps

Ce caillot d'abord n'empêchait pas entièrement le passage du pus, parce qu'il était lui-même imprégné de ce liquide, et il devait nécessairement aussi en laisser passer une certaine quantité ; ensuite, pour soutenir, et cela avec une extrême conviction, que la phlébite simple sans formation de caillot a précédé la formation même de ce caillot, dès-lors il est clair que le pus a pu librement être transporté dans le torrent circulatoire et produire l'infection purulente avant qu'il ait été arrêté dans sa marche par le caillot consécutivement formé. Nous sommes tellement persuadé de l'exactitude de ce raisonnement que nous croyons que le traitement auquel nous avons eu recours, lorsque les symptômes de phlébite se sont déclarés, a contribué à limiter jusqu'à un certain point cette phlébite, et à retarder la formation du caillot au point que nous avons cru un moment à la possibilité d'arrêter la maladie dans sa marche, tant elle semblait être ralentie. Malheureusement l'infection était déjà produite, et rien n'a pu l'empêcher de donner lieu à ses effets funestes.

Nous nous étions prononcé pendant la vie du malade sur l'existence d'une phlébite fémorale. Personne n'en pourra douter maintenant, d'après le résultat de l'examen cadavérique. Le pus sécrété par la veine a été absorbé petit à petit, et porté au fur et à mesure dans le torrent circulatoire; on ne saurait douter que ce pus n'ait été le produit d'une inflammation locale. En effet, on se rappelle que, pendant la vie de ce malheureux, la pression exercée le long du trajet du vaisseau était douloureuse ; nous en avons fait plusieurs fois l'expérience. Il y avait en outre tous les symptômes d'une véritable phlébite. Aussitôt cette inflammation reconnue et diagnostiquée, nous avons ajouté que l'infection purulente ne tarderait pas à se déclarer, et peu de temps après nous en avons en effet constaté l'existence d'une manière bien positive. Effectivement, n'avions-nous pas tous les symptômes caractéristiques de cette terrible maladie : frissons, douleurs vagues dans les articulations, diarrhée, délire, expectoration purulente, etc.? En dernier lieu enfin, l'autopsie est venue nous montrer toutes les lésions et altérations pathologiques que produit ordinairement cette maladie. Mais nous pourrions ici nous poser cette question : Comment ces accidens ont-ils marché ? Nous ne doutons pas un instant que la phlébite ne fût la cause première de l'infection purulente. Ceux même qui pensent que cette dernière est l'effet de l'absorption du pus qui s'est fixé çà et là dans les différens organes de l'économie, ne nient pas que la phlébite ne puisse y contribuer. M. Tessier est le seul à soutenir que, dans la phlébite, il y a toujours formation de caillots qui, fermant la lumière du vaisseau, empêchent le pus de fuser, et s'opposent par conséquent à la production de l'infection purulente.

Quelques personnes pourraient bien soutenir que le caillot que nous avons rencontré dans la veine fémorale de cet homme a été postérieur au développement de la phlébite, et par conséquent à l'invasion de l'infection purulente, le pus de la phlébite ayant pu passer dans le torrent circulatoire avant l'obstacle opposé par le caillot. D'ailleurs, nous avons des cas devant nous dans lesquels la phlébite a eu lieu sans caillot. Les phlébites très aiguës et très intenses sont dans ce cas ; alors les accidens marchent avec une telle rapidité, la mort survient si vite, que le caillot n'a pas le temps de s'organiser. Ces raisons nous semblent suffisantes pour détruire les argumens de M. Tessier.

On comprend donc facilement comment le pus porté dans le torrent circulatoire a pu produire çà et là, dans les organes, des inflammations capillaires, une véritable pneumonie qu'on appelle lobulaire, et des collections purulentes telles que celles que nous avons observées. Chez notre malade, il y a eu une véritable pneumonie grise ; car les points du poumon en suppuration étaient entourés de parties dures, rougeâtres et vraiment enflammées.

La dénomination d'abcès métastatiques, employée pour désigner ces collections purulentes, n'est pas exacte; elle exprime une de ces idées de l'ancienne doctrine humorale que nous ne devons plus admettre ; la dénomination de pneumonie lobulaire suppurée serait bien plus rationnelle et plus physiologique. Il fut un temps où je croyais, et je l'ai professé dans ma thèse inaugurale, que les abcès dits métastatiques du poumon n'étaient autre chose que des tubercules pulmonaires rapidement développés et ramollis sous l'influence d'une inflammation suppurative. C'était une idée qui découlait de la doctrine médicale alors dominante, doctrine que nous avions embrassée avec ardeur, et que nous professons toujours, sauf les modifications que les progrès de la science ont dû lui faire subir. Nous modifions maintenant notre opinion à cet égard ; car ce ne sont point, en réalité, des tubercules formés de toutes pièces sous l'influence de l'infection purulente, ainsi que nous le disions. L'explication véritable de la formation des abcès est encore à donner. Les globules du pus sont, dit-on, plus volumineux que ceux du sang ; s'en suivrait-il alors, qu'arrêtés dans les vaisseaux capillaires, ils y déterminent de l'irritation, de l'inflammation, et consécutivement des abcès? C'est là l'hypothèse la plus vraisemblable qui ait été suivie jusqu'ici.

Pour nous résumer sur ce sujet, nous dirons donc qu'il y a eu ici d'abord une phlébite suivie d'une infection purulente, puis un moment d'arrêt produit probablement par le traitement mis en usage, puis une recrudescence des symptômes et une progression de la maladie jusqu'à la mort ? Eût-il été possible d'arrêter les progrès de la maladie en agissant plus tôt ? C'est une réflexion à laquelle nous nous sommes déjà arrêté, et qui nous conduira à employer un traitement plus précoce a la prochaine occasion. Nous nous proposons dorénavant de prévenir, autant qu'il sera possible, les accidens de l'infection purulente, en nous y prenant dès la manifestation des premiers symptômes : ainsi, toutes les fois qu'à la suite d'une amputation de cuisse se développera une inflammation traumatique un peu vive, nous appliquerons des topiques émolliens le long de la veine fémorale, et même une quantité suffisante de sangsues pour amender les symptômes inflammatoires. La théorie nous indique cette pratique comme devant être utile; l'expérience en décidera.

B.

« C'est ici, dites-vous, mon cher maître, que M. Tessier triompherait en raisonnant d'après ses idées. » Si j'eusse été témoin de la maladie de l'autopsie et de la leçon qu'on vient de lire, voici comment je me serais permis de raisonner sur celles que vous avez émises, et alors peut-être auriez-vous hésité à conclure par ces paroles : « Ces raisons nous semblent suffisantes pour détruire les argumens de M. Tessier. »

Premier argument. — « Pour nons résnmer sur ce sujet, nous dirons donc qu'il y a eu ici d'abord une phlébite, suivie d'une infection purulente, puis un moment d'arrêt produit probablement par le traitement mis en usage, puis une récrudescence des symptômes et une progression de la maladie jusqu'à la mort. »

Or voici ce que je lis (*avant l'opération*) : « Le malade avait déjà eu quelques frissons, et il avait éprouvé quelques symptômes dénotant *un état général de l'organisme* qui eût été très probablement influencé d'une manière fâcheuse par les désordres (*articulaires*) actuellement existans. Jusque-là cependant l'état du malade s'était assez bien soutenu; mais il y avait tout lieu de craindre qu'il ne s'altérât rapidement si l'on attendait encore quelque temps. M. Blandin se prononça en conséquence pour l'amputation. » Or quel était cet *état général de l'organisme* avant l'opération? Il mérite bien notre attention puisqu'il a déterminé M. Blandin à ne pas différer l'opération, en raison de la gravité qu'il menaçait d'acquérir sous l'influence des désordres articulaires, et quels sont ces désordres articulaires ? Lisez l'autopsie du membre amputé : « A l'examen du membre, on a trouvé une altération profonde des divers élémens de l'articulation. *Le pus en avait envahi l'intérieur*. C'était une tumeur blanche tuberculeuse de l'espèce de celles qui commencent par le tissu osseux. » Ainsi, d'un côté, frissons et symptômes dénotant un état général de l'organisme ; et, d'un autre côté, suppuration de l'articulation du genou. Donc, avant l'amputation, le malade était dans un état que je laisse à M. Blandin le soin de *définir*, de crainte de m'en être fait une idée fausse.

---

a pleinement justifié le choix qu'avait fait l'Académie ; on pourrait voir dans mon jugement une de ces préventions contre lesquelles l'amitié ne sait pas toujours se défendre : d'ailleurs ce n'est pas en présence des restes inanimés d'un collègue, de celui qui faisait profession d'une grande tolérance, et qui voyait avec une si grande peine les dissentions et les haines enfantées par la diversité des opinions, que je profererai des paroles qui pourraient être mal interprétées (1).

On s'est demandé comment M. Double, dont le style, comme écrivain, avait tant d'abondance et d'eclat, qui joignait à une élocution si claire, si facile, parfois même si brillante, une si grande variété de connaissances, de celles surtout qu'on acquiert rarement pour soi seulement, mais presque toujours avec l'intention de les transmettre aux autres, n'avait point aspiré au professorat; et comment aussi, après avoir recherché et obtenu la confiance publique comme praticien, il n'avait rien fait pour prendre place parmi les médecins de nos hôpitaux, pour exercer son esprit d'observation dans ces vastes asiles des misères humaines, où l'on peut si facilement et en si peu de temps acquérir une vaste expérience. Sans aucun doute, s'il l'eût voulu sérieusement, ces deux voies d'illustration se seraient ouvertes pour lui sans obstacle, et sur ce double théâtre dont les avenues sont maintenant encombrées, il aurait pu donner à ses facultés un autre essor, un essor plus grand encore. Mais peut-être M. Double était-il de ces hommes trop rares, qui, tout en recherchant les succès et travaillant à les obtenir, savent cependant imposer des bornes à leurs désirs. L'honneur d'appartenir à l'Académie des sciences, avant qu'il l'obtînt comme après qu'il l'eut obtenu, suffisait à son ambition. Peut-être aussi M. Double avait-il craint que la pratique journalière dans un hôpital, et les labeurs d'un enseignement public ne lui laissassent plus assez de temps disponible pour d'autres études qu'il chérissait. Une fois pourtant je l'avais fait consentir à ce qu'on songeât à lui pour une place vacante dans notre Faculté de médecine ; et peu s'en fallût qu'il ne fût appelé à l'enseignement de l'hygiène, enseignement qui, je le crois, aurait été très conforme à ses goûts et au caractère de son esprit. J'aurais compté au nombre des jours heureux de ma vie celui où mes vœux et mes efforts auraient été couronnés par le succès. La Faculté de médecine se serait honorée par un tel choix. Enfin, si j'ai bien compris quelques-uns de ces demi-secrets qu'on confie à l'ami qui vous interroge, la perte qu'il fit d'une épouse adorée, après quelques années de mariage seulement, sa tendresse pour deux enfans dont il devenait alors le seul guide, le seul appui, éloignèrent de son esprit tout projet, toute pensée qui aurait pu le contrarier dans les soins qu'il voulait prendre pour leur éducation. Au moins, sous ce rapport, ses vœux ont été amplement exaucés ; il a recueilli le fruit des peines qu'il s'est données, des privations qu'il s'est imposées ; son orgueil de père a dû être tout récemment encore satisfait au-delà même des espérances qu'il pouvait avoir conçues.

J'ai dit par combien de qualités du cœur notre collègue avait conquis l'estime

(1) Dans le passage qui précède, j'ai voulu principalement rappeler le vif combat qui, peut-être dans l'Académie, mais plus encore hors de l'Académie, dans l'opinion publique et dans la presse, avait précédé l'élection. Mais la vérité m'oblige aussi à rappeler qu'au moment même de l'élection, une minorité imposante se forma en faveur de M. Breschet, sur qui M. Double ne l'emporta que d'un petit nombre de voix.

Puis survient l'amputation qui supprime l'état local. Or, l'état général a-t-il changé pour cela? Nullement.

1° « Le jour même de l'opération, le sujet a eu un frisson auquel ont succédé de la chaleur et une sueur abondante. »

2° « Le lendemain, on lui trouve la figure abattue et couverte d'une sueur visqueuse. M. Blandin craint l'invasion d'une phlébite et d'une infection purulente consécutive. »

3° « Deux jours après, il survient une douleur à l'articulation scapulo-humérale. »

4° « Les frissons et la sueur n'ont pas reparu depuis le lendemain de l'opération, c'est-à-dire depuis quatre jours. La suppuration du moignon est abondante, ce qui est un assez bon signe, car ordinairement, dès l'invasion d'une phlébite, la suppuration diminue sur les plaies suppurantes en même temps qu'il survient une diarrhée colliquative. »

5° « Quatre jours plus tard, le malade est dans un état très alarmant. »

Maintenant, je vous le demande en toute conscience, mon cher maître, y a-t-il là un seul symptôme, un seul signe d'une phlegmasie de la veine fémorale? Peut-on y voir autre chose qu'une aggravation *de cet état général de l'organisme* que le malade présentait avant l'opération, avant la phlébite par conséquent? Or, vous ne pensez pas qu'il soit innocent de supprimer brusquement en pareille circonstance une suppuration locale? la suppression brusque d'un ulcère ou d'un simple exutoire en pareille occurrence ne saurait vous paraître sans danger? Tout le monde répète depuis Hippocrate: *Pus generat purem*, la suppuration dispose à suppurer; on répète également que la suppression brusque des suppurations dispose aux répercussions (peu importent les explications de ces faits) sur les viscères. Qu'avez-vous besoin de cette phlébite, je vous le demande? Que vient-elle faire ici? Vous avez affaire à un malade suppurant et disposé à suppurer. Je vous entends déjà me répondre que vous ne pouvez pas négliger la phlébite, puisque vous l'avez trouvée sur le cadavre de votre amputé, et constatée pendant la vie par la pression sur le trajet de la veine; sans doute vous l'avez trouvée; mais vous n'avez pas trouvé sur le cadavre le rôle que vous lui faites jouer. Or ce rôle me paraît beaucoup plus simple, et voici comment je le conçois: Il y a des phlébites idiopathiques et des phlébites symptomatiques (de la diathèse purulente, par exemple). Parmi les premières, phlébites idiopathiques, essentielles, primitives, comme vous voudrez les appeler, il en est qui arrivent à suppuration dans leur cavité et suivent toutes leurs évolutions sans que le malade présente un seul phénomène grave à aucune époque de la maladie. Il en est d'autres, au contraire, qui tuent le malade avec ou sans le cortége des symptômes et des lésions propres à la diathèse purulente. Pensez-vous, avec M. le professeur Cruveilhier, que les premières soient oblitérées par des caillots au-dessus du pus, tandis que dans les secondes le pus communiquerait librement avec le sang? C'est là quelque chose de bien tentant. Néanmoins prenez la peine, si vous ne l'avez fait, de consulter les observations de ce genre que la science possède, et vous trouverez *toujours* (je reviendrai sur ce mot) la fatale barrière. Il y a donc ici autre chose qu'un phénomène mécanique. Ce n'est pas à un chirurgien aussi expérimenté que j'aurais besoin de rappeler quelle différence il y a entre la résistance vitale des divers sujets atteints d'une même maladie, de la pneumonie, par exemple. N'y a-t-il d'ailleurs que les suppurations intra-veineuses qui puissent être suivies de diathèse purulente? Les arthrites suppurées, dans le cas de plaies pénétrantes des jointures, ne valent-elles pas bien les phlébites pour causer (toute mécanique à part) cette diathèse?

Or, de même qu'il y a des diathèses purulentes qui surviennent dans le cours des phlébites, de même il y a des phlébites qui surviennent dans le cours de la diathèse purulente, dont elles sont alors *symptomatiques*. Tel est le cas de votre malade, suivant ce que je puis me permettre de juger d'après l'exposition rapportée plus haut. Ces phlébites symptomatiques qui peuvent survenir au commencement, au milieu ou à la fin de la maladie que nous appellerons ensemble, si vous le voulez permettre un instant, diathèse plutôt qu'infection (1) purulente, ces phlébites, dis-je, participent aux caractères des abcès que vous trouvez avec raison fort mal nommés *métastatiques*, et que nous appellerons aussi pour un instant *symptomatiques* de cette même diathèse.

Une chose a dû vous frapper comme moi, c'est que les phénomènes et la marche de ces suppurations intra-veineuses ou phlébites symptomatiques présentent la plus grande analogie avec les phénomènes et la marche des abcès symptomatiques de la diathèse purulente. L'observation de votre opéré en fournit un exemple frappant, et ce n'est pas la première fois que vous avez été à même de faire ce rapprochement, car vous parlez de « phlébites très aiguës, très intenses, dans lesquelles les accidens marchent avec une telle rapidité, la mort survient si vite, que le caillot n'a pas le temps de s'organiser. » Or ces accidens qui marchent si vite, ce sont la formation du pus et le soi-disant passage du pus dans le sang, puisque c'est à ce passage que vous attribuez la mort en pareil cas. Cela reviendrait à dire que ces phlébites marchent *si vite* que la fin en précède le commencement, comme je vous le ferai remarquer plus loin. Vous voyez déjà quel tour de force on fait faire à la phlébite.

Quoi qu'il en soit, la marche de ces phlébites symptomatiques se rapproche beaucoup de celle des abcès viscéraux concomitans. Ajoutez ici le caractère *latent* que l'on observe fréquemment dans l'un et l'autre cas, et vous serez disposé à croire que je pourrais bien avoir raison d'interpréter votre observation de la manière suivante:

1° Avant l'opération, prédisposition évidente à la diathèse purulente, si déjà l'invasion n'avait pas eu lieu;

2° Immédiatement après l'opération, diathèse purulente en plein, dès le jour même;

3° Aggravation successive des accidens, avec les rémittences propres à la marche de la diathèse purulente; puis enfin mort;

4° A l'autopsie, suppurations symptomatiques de la diathèse purulente, A dans la veine crurale, B dans les plèvres, C dans le poumon.

Cette interprétation me paraît bien naturelle et bien légitime pour quiconque a suivi attentivement la marche des choses telle qu'elle est rapportée dans le texte cité plus haut. Vous voyez que je n'ai pas parlé de caillot, et cependant nous voilà arrivés à diagnostiquer une *diathèse purulente*, avec phlébite symptomatique, au lieu de voir une phlébite avec infection mécanique par le pus.

(1) Voici la raison de cette préférence: *diathèse* purulente veut dire tendance à la suppuration, c'est uniquement l'expression du fait; tandis qu'*infection* purulente signifie aussi bien infection engendrée par le pus qu'elle signifie infection qui engendre le pus, ou encore infection par le pus engendrant du pus. Ce qui fait trois hypothèses dans un seul mot.

---

générale, et combien à cause de cela on attachait de prix à son amitié. Deux ou trois traits de sa vie feront connaître à la fois et l'élévation et la force de son caractère. Pendant les orages de notre première révolution, un de ses frères engagés dans les ordres sacrés et qui, depuis quelques années, est devenu évêque de Tarbes, fut obligé de s'exiler en Espagne; il n'hésita pas à le suivre et à s'enfermer avec lui dans les prisons de Figuières pour ne pas le laisser seul dans une position aussi critique.

Qui n'a su la raison qu'il fit valoir pour ne point accepter l'honneur auquel on songeait pour lui de l'appeler à faire partie du premier corps de l'État? Il comprenait que la médecine, par l'illustration à laquelle elle conduit quelques hommes, put être représentée à notre chambre des pairs; mais il ne voulait pas qu'en l'appelant à la pairie on lui imposât l'obligation de renoncer à l'exercice de la profession qui l'aurait conduit à un poste aussi honorable. C'eût été la renier.

Il paraît certain que dans les derniers jours qui ont précédé le fatal événement par lequel M. Double nous a été enlevé, quelques électeurs de son arrondissement sont venus lui offrir la députation dans les élections dont la France va s'occuper. J'accepterais, leur dit-il, si j'étais honoré spontanément des suffrages de la majorité, et je serais flatté d'une si grande marque d'estime; mais je n'irai point demander les suffrages de mes concitoyens. C'est involontairement vous faire un refus; car cette manière d'agir n'est dans les mœurs, ni de notre époque, ni de la nation.

Un tel homme, Messieurs, une telle intelligence, un tel caractère, doivent laisser de longs souvenirs. Peut-être encore n'ai-je pas dit sur M. Double tout ce qui pouvait faire comprendre l'étendue de la perte que l'Académie vient d'éprouver; peut-être ai-je parlé de lui avec trop de réserve et trop de froideur: c'est qu'en traçant ce court hommage à sa mémoire, je croyais le voir près de moi; du moins je me rappelais combien il aimait peu qu'en sa présence on le félicitât sur son talent, ou qu'on vantât ses qualités, et je craignais jusqu'aux reproches qu'il ne peut plus m'adresser. Oh! si ma voix parvient jusqu'à vous, cher ami, vous le voyez, je vous ai bien connu. Combien m'étaient précieux nos communs épanchemens du cœur! et quel vide votre mort ne va-t-elle pas laisser dans mon existence! Mais ce ne peut pas être pour un temps bien long que j'ai à ressentir le chagrin de notre séparation.... Encore quelques mois peut-être, que dis-je? peut-être quelques jours, et tout au plus après quelques années, nous nous retrouverons dans le séjour éternel. Adieu.

DISCOURS DE M. JULES GUÉRIN.

Messieurs,

Vous ne vous lasserez pas d'entendre rappeler quel était l'homme, quel était le confrère, quel était l'ami dont nous allons nous séparer à jamais! D'éloquens organes, au nom des deux premiers corps savans de la France, ont salué son ombre pour la dernière fois. Ils ont rendu hommage au grand savoir du médecin philosophe, à la sagacité profonde du praticien célèbre, et ils ont ainsi justifié tout à la fois les suffrages et les regrets de l'Académie royale des sciences et de l'Académie royale de médecine. Mais, Messieurs, ainsi que vous l'a dit hier,

Rappelez-vous, mon cher maître, ce que disent les partisans de la phlébite au sujet des phénomènes qui marquent cette infection. Quel roman! lisez plutôt : « (Dance, ARCH. GÉN., févr. 1829, t. XIX, p. 164.) Le pus se mêle quelquefois avec le sang en pénétrant dans le torrent circulatoire; il y manifeste *aussitôt* sa présence par des désordres tels qu'ils ne peuvent être attribués qu'à une cause de cette nature. »

M. Cruveilhier est encore plus logicien au point de vue de la même doctrine. « (Cruveilhier, article PHLÉBITE du dict. en 15 vol., p. 643.) *Aussitôt* qu'a lieu le mélange du pus et du sang, il se manifeste des symptômes typhoïdes, adynamiques, ataxiques, précédés d'un frisson intense et bientôt suivis de la mort. Souvent on trouve dans un état désespéré le malade qu'on avait laissé très bien la ville. *Dans quelques cas, il semble qu'on peut déterminer le moment précis où s'opère l'infection.* »

Voici le roman; voilà la vérité : le jour même de l'opération, par conséquent avec toute possibilité de suppuration, soit du moignon soit de la veine fémorale, votre opéré éprouve *des frissons suivis de chaleur et d'une sueur abondante*. Le lendemain, la figure est abattue et couverte d'une sueur visqueuse, précédée de frissons. « (M. Blandin craint l'invasion d'une phlébite et d'une infection purulente consécutive.) »

Or, quand a eu lieu cette prétendue infection dont les symptômes se manifestent le jour même et redoublent le lendemain de l'opération? Voyez jusqu'où peut conduire une préoccupation théorique, un principe faux!

Il faut donc reconnaître ici les évolutions d'une diathèse purulente devant le fait pur et simple, devant l'histoire du malade. Il n'a pas encore été question de l'autopsie, j'y arrive : ce sera l'objet du second argument.

SECOND ARGUMENT. —A propos des lésions trouvées dans le corps du sujet vous dites, mon cher maître : « Chez le sujet en question, la veine fémorale contenait un caillot grisâtre imprégné de pus. C'est ici que M. Tessier triompherait en raisonnant d'après ses idées : « On voit bien, dirait-il, que ce caillot a servi de bouchon au pus sécrété au dessous de lui, et qu'il l'a empêché de passer outre et de se porter dans le torrent circulatoire. » Mais la chose est très facile à expliquer d'après nos principes. Ce caillot, d'abord, *n'empêchait pas entièrement* le passage du pus, parce qu'il était lui-même imprégné de ce liquide, et il *devait nécessairement aussi* en laisser passer une certaine quantité; ensuite, pour soutenir, *et cela avec une extrême conviction*, que la phlébite simple sans formation de caillot, a précédé la formation même de ce caillot, dès lors *il est clair* que le pus a pu librement être transporté dans le torrent circulatoire et produire l'infection purulente avant qu'il ait été arrêté dans sa marche par le caillot consécutivement formé. *Nous sommes tellement persuadé de l'exactitude de ce raisonnement*, que nous croyons que le traitement auquel nous avons eu recours, lorsque les symptômes de la phlébite se sont déclarés, a contribué à limiter jusqu'à un certain point cette phlébite, ET A RETARDER LA FORMATION DU CAILLOT, au point que nous avons cru un moment à la possibilité d'arrêter la maladie dans sa marche, tant elle semblait être ralentie. Malheureusement l'infection était déjà produite, et rien n'a pu l'empêcher de donner lieu à ses effets funestes. »

Comment, mon cher maître, pouvez-vous être persuadé de l'exactitude d'un raisonnement qui vous conduit à traiter vos malades de manière à retarder la formation du caillot, leur unique sauvegarde contre l'infection dans votre théorie?

S'il était *aussi clair* que vous le dites que le pus a pu librement être transporté dans le torrent circulatoire, vous seriez-vous permis d'exercer des pressions sur la veine fémorale suppurée, de manière à favoriser, à accélérer le passage du pus dans le sang? je cite vos paroles : « *On se rappelle que, pendant la vie de ce malheureux, la pression exercée le long du trajet du vaisseau était douloureuse; nous en avons fait plusieurs fois l'expérience.* »

Vous ne croyez donc pas plus que moi à cette théorie, car vous agissiez comme un homme qui n'y croit point.

Maintenant il s'agit de savoir 1° si le caillot bouchait exactement la veine enflammée de manière à empêcher le passage du pus dans le sang; 2° si la formation du pus a précédé celle du caillot.

A la première question je ne donnerai d'autre solution que le texte même de l'observation : « Immédiatement au dessus de l'embouchure de la veine saphène, il existe un caillot sanguin fibrineux, plutôt formé de pus concret, et qui adhère aux parois de la veine *dans toute sa circonférence* et dans la longueur de deux ou trois centimètres. *Ces adhérences sont assez solides pour empêcher le pus*, qui remplit le calibre de la veine dans toute l'étendue de ce vaisseau située au-dessous de ce caillot *de gagner la partie* supérieure et de passer dans le torrent circulatoire. »

Voilà le fait; est-il assez éloquent? y a-t-il moyen de chicaner? et pourtant vous dites : « Ce caillot d'abord n'empêchait pas entièrement le passage du pus, parce qu'il était lui-même imprégné de ce liquide, et il devait aussi en laisser passer une certaine quantité. » Eh bien, non, mon cher maître, ce caillot ne devait ni ne pouvait en laisser passer la plus petite quantité, et la preuve c'est qu'il ne l'a pas fait. En effet, lisez la suite de l'autopsie : « *La veine iliaque externe est dans l'état normal.* » C'est-à-dire qu'elle ne contient pas une parcelle de pus. Or, entre la mort et l'autopsie il s'est écoulé au moins vingt ou vingt-quatre heures. Comment donc ce caillot n'a-t-il pas laissé passer du pus de la veine fémorale dans la veine iliaque externe, où vous l'eussiez trouvé, où vous auriez suivi la traînée purulente sur la paroi inférieure de la veine jusqu'au pertuis du caillot, si le passage avait été possible? Car les phénomènes mécaniques se passent bien mieux sur le cadavre que dans le corps vivant, et, dans ce cas particulier, tout favorisait la constatation du phénomène en même temps que sa production : la vacuité de la veine iliaque, son inclinaison, la distension de la crurale par le pus, à preuve : « Au dessous de ce caillot, le tube de la veine est *élargi et distendu* par du pus d'une couleur jaune citrin et de bonne nature, qui remplit la veine dans l'étendue de 5 à 6 centimètres. » La veine crurale aurait-elle été *élargie et distendue* si le passage avait été libre? Ceci est tout à fait contraire aux lois de la mécanique, de cette belle science que l'on déshonore en voulant la substituer à la science de la vie.

Donc le caillot bouchait exactement la veine enflammée de manière à empêcher le passage du pus dans le sang.

Passons à la seconde question : « *La formation du pus a-t-elle précédé celle du caillot?* »

« *Quelques personnes*, dites-vous, *pourraient bien* soutenir que le caillot que nous avons rencontré dans la veine fémorale de cet homme a été postérieur au développement de la phlébite, et par conséquent a l'in-

---

avec une émotion si vraie, un de nos plus honorables confrères, la perte de M. Double n'a pas seulement répandu une grande douleur dans les temples de la science, elle a causé aussi une immense sensation parmi les médecins de Paris; tous ont été émus à la nouvelle de la mort de celui qui a si bien honoré la profession, de celui qu'ils regardaient à juste titre comme un des plus dignes, comme un des plus nobles ministres de l'art. Qu'il me soit donc permis de venir, en leur nom, moi qui ne suis sorti que d'hier de rangs plébéiens, déposer sur ce cercueil leurs douloureux hommages et leurs suprêmes adieux.

Avant d'avoir l'honneur de siéger aux Académies des sciences et de médecine, M. Double était simple praticien de Paris. Il n'était ni médecin des hôpitaux, ni professeur à la Faculté de médecine; il n'avait aucun titre qu'on pût regarder comme un acheminement à ces distinctions. Bien plus, parmi les travaux assez nombreux et fort importans qui viennent de vous être rappelés, il n'en existe pas dont le caractère soit propre à justifier complètement, aux yeux du public, la préférence d'un corps savant où l'on n'admet d'ordinaire que les véritables inventions et les découvertes. Et cependant, M. Double y est entré, et il y est entré avec les suffrages des plus grandes illustrations de la science; il y est entré, nous pouvons vous l'attester, avec les suffrages des Dulong, des Poisson, des Savart, des Arago; il y est entré ayant, parmi ses nombreux et redoutables concurrens, le médecin le plus célèbre de l'époque, l'homme qui avait révolutionné la science et répandu son nom d'un bout de l'Europe à l'autre. Je ne crains pas de rappeler cette circonstance, quoiqu'elle ait servi quelquefois de prétexte à la malignité, mais précisément parce qu'elle lui a servi de prétexte; et je la rappelle parce que, là où le vulgaire n'a vu que de petites causes produisant de grands effets, l'observateur plus pénétrant a découvert aisément des causes et des effets égaux en importance. Messieurs, tout ce qui est, doit être; et ce n'est pas à une circonstance fortuite, à un caprice du hasard, à un prodige de l'adresse, qu'il faut attribuer la fortune de notre si regrettable confrère, parti des rangs les plus modestes de la profession, et arrivé au faîte le plus élevé des honneurs scientifiques. Mais qu'est-ce donc? Si notre raison était incapable de pénétrer cette apparence de mystère, nous devrions nous incliner devant l'autorité des faits; à défaut d'explication plausible, nous devrions nous en tenir à constater leur caractère de continuité et de généralité dans toute la carrière de cet homme privilégié. Car, vous le savez tous, depuis vingt ans, M. Double n'a pas triomphé une fois, mais il a triomphé toujours; il n'a pas triomphé à l'Académie des sciences seulement, il avait triomphé à l'Académie de médecine, il avait triomphé dans le monde, dans les épreuves de tous les jours. A l'Académie de médecine, on vient de vous le rappeler, il a été élu président un des premiers après la nouvelle organisation de cette compagnie, et nul n'a apporté dans l'exercice de cette honorable et difficile fonction plus d'autorité et de dignité. Dans les circonstances les plus importantes, les plus délicates pour la science, l'art et la profession, n'est-ce pas à M. Double que l'Académie a eu unanimement recours? Quand le choléra a menacé la France, c'est lui qu'elle a chargé de faire l'inventaire de nos ressources contre ce redoutable fléau; quand l'autorité judiciaire a demandé à cette compagnie son opinion dans un procès mémorable de responsabilité médicale, c'est M. Double qu'elle a désigné pour rédiger sa réponse; quand le gouvernement a investi l'Académie du soin de lui présenter un plan de réorganisation médicale, c'est encore à lui qu'elle a confiée ce difficile et important travail. Et tous les jours,

vasion de l'infection purulente, le pus de la phlébite ayant pu passer dans le torrent circulatoire avant l'obstacle opposé par le caillot. D'ailleurs, nous avons des cas devant nous dans lesquels la phlébite a eu lieu sans caillot. Les phlébites très aiguës, très intenses sont dans ce cas; alors les accidens marchent avec une telle rapidité, la mort survient si vite, que le caillot n'a pas le temps de s'organiser. CES RAISONS NOUS SEMBLENT SUFFISANTES POUR DÉTRUIRE LES ARGUMENS DE M. TESSIER. »

Ainsi que vous le dites vous-même, mon cher maître, ce sont là des *raisons*, c'est-à-dire de pures hypothèses que l'on imagine pour lutter contre une vérité évidente, plutôt que de renoncer à une théorie dont chaque fait vient démontrer la fausseté. Et cela est si vrai, que tous les partisans de la théorie du passage mécanique du pus dans le sang, suite de phlébite, s'y sont laissé prendre depuis le premier jusqu'au dernier. Vous allez voir ces *quelques personnes qui pourraient, etc...*

Or, la première de ces personnes est Jean Hunter, le vénérable Jean Hunter. J'extrais de la traduction des œuvres de Hunter, par Richelot, les passages suivans, relatifs à l'inflammation des veines. (Œuvres complètes de Hunter, traduites par Richelot. Paris 1841, 13e livraison, p. 643 et suivantes.)

« Dans tous les cas où le tissu cellulaire devient le siége d'une inflammation violente, soit spontanée, soit consécutive à une lésion traumatique, comme une fracture compliquée, ou à une opération chirurgicale, comme l'amputation d'un membre, les membranes des grosses veines qui traversent la partie enflammée deviennent également le siége d'une inflammation considérable, et l'on voit s'établir à leur surface interne l'inflammation adhésive, l'inflammation suppurative et l'inflammation ulcérative. En effet, dans les cas de cette espèce, la cavité des veines m'a présenté dans certains points des adhérences, dans d'autres du pus et dans d'autres des ulcérations.....

» C'est dans les points où l'inflammation des tissus ambians a le plus d'intensité que la veine se montre le plus enflammée; c'est là aussi qu'après l'établissement de la suppuration on trouve le pus le plus pur; et si l'on examine le vaisseau, à partir de cet endroit vers son extrémité périphérique ou vers le cœur, on trouve le pus de plus en plus mélangé avec du sang, et offrant un nombre de plus en plus considérable de *coagulums sanguins*.

« Ces faits ne peuvent être observés que sur les cadavres, et par conséquent on ne peut les décrire que d'après l'examen nécroscopique: mais ce sont des altérations si communes, que c'est à peine si j'ai jamais vu un cas de suppuration développée dans une partie contenant des veines volumineuses, où elles n'aient pas été évidentes après la mort: je les ai trouvées sur le cadavre des sujets morts à la suite des amputations, des fractures compliquées, de la gangrène... des saignées. »

Vous voyez, mon cher maître, que Hunter indique la présence des caillots comme habituelle. Néanmoins, nous allons voir ce grand observateur, séduit d'une part par une idée mécanique, et d'autre part trompé par sa théorie de la *lymphe plastique*, avancer coup sur coup trois grosses contradictions:

« Sous l'influence de l'état inflammatoire (loc. cit.), il se formerait, dit-il, des abcès dans les veines, si le pus n'était emporté très souvent vers le cœur avec le sang, ce qui l'empêche de s'accumuler dans un foyer; mais ce passage facile du pus dans la circulation générale ne se produit pas toujours: il est prévenu dans quelques cas par le développement de l'inflammation adhésive, qui s'établit dans la veine entre le point qui suppure et le cœur, et alors il se forme un abcès, ainsi que je le ferai remarquer ci-après, »

Ainsi, pour qu'il se forme un abcès intra-veineux, suivant Hunter, il faut que la veine soit oblitérée entre le foyer de l'inflammation et la partie du vaisseau qui conduit au cœur. Malgré cela, il va nous citer le fait suivant:

« En examinant le bras d'un homme qui était mort à l'hôpital Saint-Georges, je trouvai les parois des veines tant au-dessus qu'au-dessous de l'ouverture faite par la lancette réunies en plusieurs endroits par l'inflammation adhésive. J'observai aussi que, dans plusieurs parties de la surface interne des veines, la suppuration avait commencé, comme on l'observe sur les surfaces enflammées, mais qu'elle n'était pas encore arrivée à la période d'ulcération. Dans plusieurs autres points, l'ulcération avait détruit le tissu de la veine dans la direction de la surface du corps, il s'était formé un abcès circonscrit. *Auprès de l'aisselle, la veine avait suppuré, mais au-delà de cette région il ne s'était point formé d'adhérence, de sorte que le pus avait eu un libre passage dans la circulation générale, et c'était probablement cette circonstance qui avait causé la mort.* »

Est-ce là un fait constaté? La veine, dit-il, avait suppuré; mais a-t-il trouvé du pus, oui ou non? S'il en a trouvé, il peut donc se former un abcès sans adhérence, ce qui est contraire à ce qu'il vient de dire; s'il n'en a pas trouvé, comment peut-il affirmer que la veine a suppuré?

Voulez-vous savoir la raison de ces contradictions? Elle est bien simple: c'est que Hunter ignorait complètement le mécanisme suivant lequel se forment les adhérences dans les phlébites. Il a trouvé des coagulums sanguins en nombre de plus en plus considérable au-dessus du foyer de l'inflammation, et malgré cela il n'a point compris le rôle que jouent ces coagulums dans les évolutions de la phlébite; il a *expliqué* la formation des adhérences au lieu de l'*observer*; aussi ce travail pathologique est-il resté pour lui tout à fait mystérieux. Lisez, en effet, ce passage:

« Dans tous les cas d'inflammation où des adhérences se forment, celles-ci proviennent de l'extravasation de la lymphe coagulable; *mais il paraît difficile, au premier coup-d'œil, de concevoir comment de telles adhérences peuvent se former à la surface interne des veines, car il est évident* que la lymphe coagulable, versée par les vaisseaux exhalans à la surface interne de la veine, se mêlant au même liquide qui circule avec les autres élémens du sang, *devrait être emportée sans produire aucun effet. Mais puisque ces adhérences se forment en réalité, il faut que la lymphe coagulable ait subi quelque changement lié avec la disposition en vertu de laquelle son extravasation s'effectue.* »

Vous voyez donc, mon cher maître, que Hunter ignorait complètement les évolutions de l'inflammation veineuse. Lui-même s'est réfuté avec une naïveté admirable: il a senti qu'il fallait autre chose que la lymphe plastique ordinaire pour concevoir les adhérences dans la phlébite. Voilà l'origine des erreurs de Hunter et de tous ceux qui se sont ralliés à cette doctrine anglaise de la phlébite. Remarquez que cette doctrine est en opposition flagrante avec les autres travaux du grand observateur anglais. En effet, dans son TRAITÉ DE L'INFLAMMATION, il établit que toute inflammation suppurative est précédée d'inflammation adhésive, ce qui aurait dû lui faire nier qu'une phléhite adhésive pût être précédée de phléhite suppurative.

---

lorsque le nombre et la diversité des avis semblaient menacer de confusion les délibérations de cette docte assemblée, qui est-ce qui, d'un seul mot, conciliait tous les esprits, rétablissait la clarté dans l'obscurité, et menait à fin ce qui paraissait interminable? C'était toujours M. Double. A l'Académie des sciences, dans ces concours perpétuels, où la médecine contemporaine doit être appréciée dans ses résultats les plus sûrs et les plus élevés, n'est-ce pas lui qu'on chargeait des rapports les plus nombreux et les plus difficiles? Et dans la clientelle, qui a été honoré, constamment honoré des confiances les plus nobles, les plus élevées et les plus éclairées? Je vous rappelais tout à l'heure les suffrages des hommes éminens qui avaient porté M. Double à l'Académie des sciences. Ces mêmes hommes ne pouvaient laisser croire qu'ils eussent été un instant circonvenus, car la plupart lui avaient confié dès longtemps la santé de leurs familles. Enfin, quand il a été question d'élever un médecin à la pairie, n'est-ce pas lui que le corps médical tout entier désignait comme le plus capable, comme le plus digne? M. Double, médecin sans titres, sans position autre que celle qu'il ne devait qu'à lui-même, M. Double que ne recommandaient ni d'éclatantes découvertes, ni de grands travaux scientifiques, avait donc en lui une autre puissance qui l'a constamment fait placer, en tout et pour tout, parmi les hommes les plus importans de la médecine contemporaine. Car ces succès de tous les jours, ces suffrages invariables de ses pairs, de ses émules, de toutes les classes de la société, ne sont pas et ne peuvent pas être le résultat d'une méprise. C'est quelque chose de plus constant, de plus sérieux, de plus certain, de plus fort, et, disons-le, de plus rare aussi. M. Double n'avait pas les mérites ordinaires qui distinguent les savans que nous plaçons au premier rang, mais il en avait un bien plus rare. Dans une science et une profession où il est si difficile de faire admettre, je ne dis pas par le plus grand nombre, mais par quelques-uns seulement, la vérité la mieux établie, il était parvenu à se concilier toutes les opinions, tous les suffrages. C'est qu'il avait ce qui ne s'acquiert pas seulement par une découverte, par du talent, par de la science, et encore moins par de l'adresse, il avait ce qu'on n'obtient pas en un jour, mais par une vie entière, il avait UNE GRANDE CONSISTANCE. Oui, Messieurs, vous le savez tous, M. Double était un homme d'une grande consistance, c'est-à-dire qu'à un esprit élevé, à un jugement sûr, à une expérience profonde des choses et des hommes, il joignait une grande noblesse de cœur, une modération supérieure, une grande fermeté de caractère, et un grand amour de l'humanité; tout cela, vu de près comme de loin, attesté, rehaussé tous les jours par un véritable génie de conduite et par une conduite irréprochable. Cette valeur ne se formule pas par un fait, par un principe; elle se sent mieux qu'elle ne s'exprime, mais elle se comprend à merveille par ceux qui ont été à même de l'apprécier. Avec cette réunion de qualités, M. Double a pu être honoré et aimé dans toute sa carrière: il a pu être président de l'Académie de médecine, membre de l'Académie des sciences, désigné pour la pairie, et l'un des médecins les plus éminens de la capitale, comme il eût été distingué, honoré et aimé parmi les plus distingués, les plus honorés et les plus aimés de toutes les carrières et de toutes les professions.

Au lieu de nous étonner maintenant de cette élévation exceptionnelle, rendons hommage à la cause exceptionnelle qui l'a produite. N'imitons pas ces médecins étroitement systématiques qui ne veulent reconnaître d'efficacité à un remède qu'en raison de telle ou telle propriété, de tel ou tel principe qu'ils lui ont

Mais ce n'est pas tout : il n'y a que pour les veines que Hunter ne fait pas attention aux caillots sanguins. En effet, dans son TRAITÉ DE L'INFLAMMATION ADHÉSIVE, il établit que les caillots sanguins peuvent être transformés en tissu osseux, tendineux, et même nerveux. Il pouvait bien leur accorder le privilége d'adhérer aux parois veineuses et celui d'être transformés en pus ; pour cela il n'avait qu'à regarder, qu'à suivre les évolutions de la phlébite depuis le premier phénomène jusqu'au dernier. Mais non, il lui fallait de sa lymphe plastique. Or, qu'est que la lymphe plastique suivant lui ? C'est de la fibrine ? En aurait-il manqué dans un caillot sanguin de cette lymphe fibrineuse? Pourquoi la faire exhaler quand elle est toute formée d'avance ? *quandòque bonus dormitat Homerus.* Voilà ce que c'est que d'expliquer au lieu d'observer méthodiquement.

Le second auteur qui ait prétendu que le pus pouvait être produit avant la formation des caillots obturateurs est Dance. Mais voyez dans quelles circonstances. C'est un homme qui se trouve pris au piége, et qui dit une énormité pour se tirer d'embarras.

« Objectera-t-on, dit-il (ARCH. GÉN. DE MÉD., t. XIX, décembre 1828, à la suite de l'obs. XII), que, dans cette maladie (la phlébite), les veines étant ordinairement obstruées par des fausses membranes, ou des concrétions sanguines, le transport du pus hors du canal veineux enflammé est physiquement impossible? Mais le pus à l'état liquide précède *toujours* (1) la formation des fausses membranes ; et lorsque, par les progrès de l'inflammation, elles se développent dans les veines d'un certain calibre, souvent il existe au centre de la fausse membrane un espace libre qui peut encore fournir un passage (2). Une autre remarque à faire (3), c'est que dans l'inflammation des veines utérines en particulier *le pus se concrète rarement en fausses membranes...* »

Voilà donc le nœud de l'énigme. Vous l'avez lu, mon cher maître, Dance croyait que les fausses membranes obturatrices étaient formées par du *pus concret !* Laissons en paix une ombre respectable.

Mais vous-même, mon cher maître, n'auriez-vous point quelque tendance à adopter cette opinion ? J'ai lu dans votre observation ces paroles, qui m'ont fait une impression désagréable (au point de vue scientifique, bien entendu) : « ... *Il existe un caillot fibrineux*, ou plutôt formé de *pus concret.* » Je suis bien convaincu que ce *plutôt* n'a pas rendu votre idée : c'était un caillot, ou c'était du pus ; il ne peut pas y avoir d'hésitation pour un anatomo-pathologiste tel que vous. Eh bien ! si c'était un caillot fibrineux, ce n'était pas du pus concret, et si c'était du pus concret, ce n'était pas un caillot fibrineux. Lequel était-ce ? C'est facile à deviner, puisque dans le reste de l'observation vous ne parlez que de caillot, de coagulum sanguin. Laissons-là cet incident.

Vous avez pu voir que l'auteur de la doctrine angloise et son vulgarisateur en France n'avaient pu soutenir l'antériorité de la formation du pus par rapport à la formation des adhérences, que parce qu'ils *ignoraient complètement*, je le dis à dessein, et je le répète pour qu'on y fasse attention, parce qu'ils *ignoraient complètement le mécanisme et les évolutions de la formation du pus et des adhérences dans les veines enflammées.*

Je pourrais m'arrêter là, si je n'avais une injustice à relever. « M. Tessier est le seul, dites-vous, à soutenir que, dans la phlébite, il y a toujours formation de caillots qui, fermant la lumière du vaisseau, empêchent le pus de fuser, et s'opposent, par conséquent, à la production de l'infection purulente. » Non, mon cher maître, je n'ai pas le mérite d'avoir établi seul cette vérité ; c'est M. le professeur Cruveilhier qui l'a émise le premier dans l'article PHLÉBITE du DICTIONNAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUE. Voici les paroles du savant professeur ; « *Le premier effet de la phlébite (quelle qu'elle soit) c'est la coagulation du sang aux parois du vaisseau.* » En réparant cette omission, je vous offre un nouvel argument à l'appui de ce que je voulais établir, à savoir, que la formation du pus est toujours précédée de celle du caillot obturateur. Donc la formation du pus ne précède pas celle du caillot.

CONCLUSION.

De cette longue discussion, il doit être demeuré dans votre esprit, comme chose parfaitement démontrée, que votre malade a succombé à la suite de la maladie que nous savons être caractérisée *par la tendance à la formation du pus dans les solides et les liquides coagulables de l'économie.* La suppuration que vous avez trouvée dans la veine crurale comme dans les poumons, comme dans la rate, a été le fruit de cette fatale tendance. Il ne s'agit donc point *d'un phlegmon intra-veineux, suivi du passage du pus dans le sang, et du transport du pus au sein des viscères, où chaque globule purulent devient une épine.*

Laissons à l'Angleterre tout l'honneur d'avoir produit la théorie mécanique de la phlébite. Contentons-nous de l'avoir démontrée fausse, et prenons chacun notre part dans ce triomphe de la vérité sur une erreur d'outre-mer.

N'avez-vous pas établi que les abcès viscéraux ne sont pas de simples dépôts mécaniques de pus dans les mailles des tissus, mais qu'ils résultent d'un travail local de suppuration dans les parties qui en sont le siége ? A vous l'honneur de cette vérité.

Dance n'a-t-il pas montré que beaucoup de ces affections vaguement décrites sous le nom de fièvre puerpérale, et les accidens si mal interprétés des plaies de tête tenaient à une même maladie, caractérisée par la formation des abcès viscéraux? A lui l'honneur de cette vérité. Oublions la partie erronée de son travail.

M. Cruveilhier n'a-t-il pas tracé d'une main de maître les évolutions du travail pathologique dans les veines enflammées? N'a-t-il pas détruit la doctrine de la phlébite, tout en voulant l'étayer, lorsqu'il a prouvé que la formation du caillot précédait toujours celle du pus? Ne voyons que la vérité qu'il a trouvée pour lui en faire hommage.

M. Velpeau n'a-t-il pas éclairé l'étiologie de cette terrible maladie, en montrant quelle influence l'absorption de matières animales putrides exerce sur son développement ? Proclamons la vérité étiologique qu'il a établie ; couvrons d'un voile l'explication mécanique qu'il y a mêlée.

Vous m'aviez, mes chers maîtres, laissé peu de choses à faire sur cette grande question. J'ai glané dans le champ que vous aviez moissonné. J'ai trié le bon grain et j'ai séparé de l'ivraie qui s'y était mêlée. Je vous ai débarrassés des fagots de l'iatro-mécanique. Voilà tout.

(1) Quel aplomb !
(2) Ne dirait-on pas que Dance a vu ce qu'il décrit? O école d'observateurs!
(3) Lisez : *Encore une autre erreur à commettre au profit de notre belle théorie mécanique.*

---

supposé. De même que les substances de la nature ont des propriétés de différentes sortes, l'esprit humain a des supériorités de différens ordres ; et quand nous voyons de grands résultats, des résultats certains, produits en l'absence des causes les plus connues, ne nions pas, ne détournons pas la vraie signification de celles que nous n'avons pu comprendre, mais accusons la faiblesse de notre esprit, et le défaut de rigueur de nos analyses.

Et toi, noble ami, devant qui j'ai fait taire un instant ma douleur, pour essayer d'exprimer la cause des regrets de tous ; toi qui m'as si souvent prodigué les conseils de la haute sagesse et de la profonde expérience ; toi que j'ai toujours trouvé le même en te voyant tous les jours ; toi que j'ai choisi pour modèle, sans espérer pouvoir jamais t'imiter; toi qui m'avais donné l'amitié d'un père et que j'ai aimé comme un fils, adieu pour la dernière fois!

— Les nombreux élèves et les médecins français et étrangers qui suivent les leçons cliniques de M. Ricord, à l'hôpital des vénériens, viennent de lui offrir une medaille d'or. Cet hommage flatteur est bien justifié par le zèle et les consciencieux efforts du professeur qui n'a rien négligé pour faire progresser une des branches les plus importantes de la pathologie, et pour en faciliter l'étude par une méthode aussi rigoureuse qu'attrayante.

— TRAITÉ DU STRABISME ET DE SA CURE RADICALE PAR LA SECTION MUSCULAIRE, contenant des expériences nouvelles sur la division des muscles orbitaires chez les animaux vivans et des nouvelles applications de la myotomie oculaire à la guérison du nystagme, de la myopie, de l'amaurose par rétraction musculaire, de l'ophthalmokopie, de l'obscurcissement de la cornée nécessitant l'opération de la pupille artificielle ; par M. PETRÉ, docteur en médecine de la Faculté de médecine de Paris. — Un vol. in-8° de 188 p.—Prix : 3 fr.

— TRAITÉ DE JURISPRUDENCE MÉDICALE, tendant à organiser les différentes branches de l'art de guérir, accompagné de la réfutation des erreurs et injustices contenues dans le projet de lois des praticiens de Bruxelles; par MM. LEPOUTRE et PETIT, praticiens de campagne (ouvrage contenant un grand nombre d'observations neuves sur le charlatanisme, la pratique et la philosophie médicale, et un aperçu du traitement à l'eau froide, système Priesnitz). — Un vol. in-8° de 144 p. — Prix : 3 fr.

Ces deux ouvrages se trouvent chez Germer Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17, à Paris.

L'iatro-mécanique enseignait que le passage du pus dans le sang était la cause de l'altération que ce liquide subit fréquemment dans la diathèse purulente.

J'ai démontré par *des faits* que cette altération du sang représentait les phases de la transformation purulente de ce liquide, sous l'influence de la fatale diathèse.

Voilà, mon cher maître, ce qui nous a permis de délier le nœud gordien. Vous savez le reste. Donc, quand on vient nous dire que nous avons démoli, mais que nous n'avons rien substitué, on prouve seulement son *ignoratio elenchi*. Car nous avons remplacé par des vérités traditionnelles un tissu d'absurdités. Nous avons présenté l'histoire, la description d'une *maladie*, au lieu de donner une nouvelle représentation de *physique amusante*.

Tout n'est pas terminé: ces débats ont pour but d'arriver à la connaissance des moyens propres à prévenir ou à guérir les accidens qui font périr un nombre considérable de blessés et d'opérés dans les hôpitaux. Or, mon cher maître, quel que soit le nom qu'on donne à ces accidens, il est un fait parfaitement acquis à la science, c'est qu'ils sévissent d'une manière beaucoup plus formidable sur les malades réunis en grand nombre dans une même salle que chez ceux qui sont isolés. Unissons donc nos efforts pour obtenir dans chaque hôpital la construction d'un pavillon à chambres isolées, au nombre de six environ, pour le service de chacun des chirurgiens de ces établissemens. Nous aurons rendu un véritable, un éminent service aux malades; nous aurons contribué à relever l'éclat de la chirurgie. Pinel n'est-il pas resté dans la mémoire des hommes pour avoir *fait tomber les chaînes des aliénés?* L'œuvre que je vous propose me paraît digne de la sollicitude du corps chirurgical.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

(SUITE ET FIN. — Voir le numéro précédent.)

III. L'EXPÉRIENCE.

Les numéros de janvier, février et mars 1842 renferment les articles suivans : 1° *Fragmens d'un travail inédit sur la personne et les écrits de Galien;* par M. Dubois (d'Amiens). 2° *Coup-d'œil historique sur les hémorragies spontanées;* par M. H. Arnaud. 3° *Recherches pour servir à l'histoire des abcès retro-pharyngiens;* par M. Mondière. 4° *Fragmens de philosophie médicale* (Gall); par M. Dubois (d'Amiens). 5° *Exposé de quelques faits relatifs à la coloration des os par le régime de la garance;* par MM. Serres et Doyère. (Travail déjà rapporté dans la GAZETTE MÉDICALE, 1842, n. 9, p. 138.) 6° *Recherches sur les lunettes;* par M. Rognetta. (Travail assez intéressant pour les gens du monde, mais dont la nature ne comporte ni ne nécessite une reproduction même sommaire.) 7° *Mémoire sur la médication dite révulsive;* par M. Rognetta. 8° *Introduction à un cours de clinique chirurgicale;* par M. A. Thierry. (Premier article.)

RECHERCHES POUR SERVIR A L'HISTOIRE DES ABCÈS RÉTRO-PHARYNGIENS; par M. MONDIÈRE.

On attache en général d'autant plus d'intérêt aux maladies qu'elles sont plus rares; mais cet intérêt redouble nécessairement lorsqu'en même temps leur diagnostic est incertain et leur gravité telle ceoendant qu'une erreur du médecin peut coûter la vie au malade. Les abcès dits rétro-pharyngiens (et que nous nommerions de préférence *opisto-pharyngiens*) sont du nombre de ces affections insidieuses; aussi l'on ne saurait accueillir avec trop de faveur toutes les recherches qui tendent à éclairer leur histoire encore si imparfaite. C'est à ce titre que se recommande le mémoire de M. Mondière, qui sera très utile à consulter, bien qu'il ne renferme aucun aperçu véritablement neuf.

Faisons d'abord connaître l'observation qui a conduit l'auteur à diriger son attention sur ce point.

OBS. — Pendant le cours d'une épidémie de scarlatine, M. Mondière fut appelé auprès d'un jeune homme de 14 ans, qui, depuis quelque jours, offrait de la dyspnée, de la difficulté à avaler, de la fièvre. Le pharynx et les amygdales étaient injectés et d'un rouge vif. Un traitement antiphlogistique produisit une amélioration qui persista pendant huit jours. Mais, au bout de ce temps, il se déclara des frissons, la dysphagie augmenta, et l'oppression fut portée au point de faire craindre la suffocation. Le pharynx était toujours rouge. (Saignée; 10 sangsues.)

Le lendemain, aggravation de tous les symptômes; on découvre que la paroi postérieure du pharynx forme une légère saillie en avant. Le contact du manche d'un couteau sur cette partie détermine une vive douleur. Le jour suivant, la gêne de la respiration était encore augmentée; le doigt porté profondément, malgré le resserrement des mâchoires, fit reconnaître sous la muqueuse pharyngienne une sensation obscure de fluctuation. En conséquence, M. Mondière proposa la ponction qui fut refusée.

Deux jours après, on vint le chercher en toute hâte. Le malade, de plus en plus oppressé, était tombé dans une syncope dont on avait eu beaucoup de peine à le faire sortir. A l'arrivée du médecin, il était dans un état voisin de l'asphyxie. M. Mondière craignant de se servir d'un bistouri, vu l'indocilité du malade et le peu d'écartement des mâchoires, chercha à crever les parois de l'abcès avec le manche d'une cuillère, et après une première tentative inutile, il pénétra dans le foyer, d'où sortit une quantité de pus qu'on évalua approximativement à 12 onces. Le soulagement fut immédiat, les accidens qui menaçaient la vie disparurent en peu de temps. Quelques injections d'eau d'orge miellée hâtèrent la guérison, qui était complète le huitième jour.

Voici maintenant les conséquences que M. Mondière a tirées du rapprochement de toutes les observations de ce genre qu'il a trouvées dans les auteurs.

ÂGE DES MALADES. — Sur 18 cas, on trouve 11 sujets adultes et 7 enfans de 11 semaines à 4 ans. Cette fréquence de l'affection au premier âge de la vie nous paraît, comme à l'auteur, une circonstance des plus fâcheuses, d'abord en ce que la force de résistance est moindre dans l'enfance, puis, et principalement, parce que cette période étant précisément celle où le croup sévit de préférence, il existe une chance de plus de confondre ensemble ces deux maladies, qu'on n'est déjà que trop exposé à prendre l'une pour l'autre.

CAUSES. — Faut-il conclure, des faits exposés ci-dessus, qu'il existe dans l'enfance des conditions qui prédisposent à ce genre d'affection? La question n'est pas encore résolue. Dans trois cas, l'abcès paraît avoir reconnu pour cause l'existence d'une inflammation de la muqueuse pharyngienne, inflammation qui se serait propagée de proche en proche au tissu cellulaire sous-muqueux. La rétrocession d'un érysipèle a été une fois la cause apparente du mal. Chez deux autres malades, son développement a semblé lié à l'action du principe rhumatismal. Dans un cas, l'abcès s'est manifesté au-dessus d'un rétrécissement de l'œsophage, et vraisemblablement par suite des efforts considérables que nécessitait la déglutition. Enfin, une cause sur laquelle M. Mondière n'a peut-être pas assez insisté est la carie ou l'affection tuberculeuse des vertèbres cervicales dont l'abcès rétro-pharyngien n'est alors qu'un dépôt symptomatique. Les exemples en sont trop nombreux pour qu'on puisse révoquer en doute l'influence de cette sorte de lésion sur la production de ces abcès. Nous ajouterons seulement qu'il importe, lorsqu'on examine une collection purulente développée en ce lieu, de ne pas s'en laisser imposer par les apparences, et de ne pas prendre pour l'affection primitive une érosion superficielle des os qui aurait été déterminée tout simplement par le contact longtemps prolongé du pus avec le tissu osseux.

MARCHE. — Les abcès dont nous nous occupons peuvent avoir une marche aiguë ou chronique. M. Mondière établit que la première forme est de beaucoup la plus fréquente, puisque, sur 20 observations, il n'en a trouvé que 3 où les accidens aient suivi une allure lente. Cette assertion est juste à un point de vue général; peut-être cependant ne doit-elle être admise qu'avec une certaine réserve. Nous pensons que, pour avoir une idée exacte de la rapidité ou de la lenteur de la marche, il convient de distinguer soigneusement la maladie elle-même d'avec les accidens sérieux qu'elle entraîne. Ainsi il est remarquable, dans la plupart des cas connus, que dans une partie même de ceux que cite M. Mondière, la suffocation n'apparaît qu'au moment où un abcès est déjà formé. D'ailleurs, quand la collection purulente dépend d'une carie, sa formation est certainement on ne peut plus lente; et cependant, même alors, c'est souvent d'une manière instantanée que la dyspnée et la dysphagie se manifestent. Cette particularité n'a rien d'insolite, du reste; elle est tout à fait en conformité avec cette loi si connue de physiologie pathologique, savoir: qu'une compression graduelle peut s'exercer impunément pendant très longtemps sur les organes les plus essentiels à la vie, sans se révéler par aucun symptôme, et ne produire ses effets que lorsqu'elle a dépassé un certain degré.

Revenons au travail de M. Mondière. La *terminaison* des abcès rétro-pharyngiens n'est point fâcheuse quand ils ont été reconnus dès leur début et ouverts de bonne heure. Sur 13 cas dans lesquels l'incision a été faite, la mort n'a eu lieu qu'une seule fois (V. RECUEIL PÉRIOD., t. XIII, p. 48), et encore peut-être la mort doit-elle être mise ici sur le compte de circonstances étrangères. Mais si la maladie est méconnue, la mort est presque inévitable. Ainsi, MM. Mott et Manoury ont vu la suffocation produite par des abcès de ce genre, qui ne furent reconnus qu'après la mort. M. Petrunti (V. GAZ. MÉD., 1839, p. 122) ayant, dans un cas pareil, proposé la ponction, qui fut rejetée, la malade mourut suffoquée par

la rupture de l'abcès dans la trachée. L'auteur rapporte aussi une observation où la mort fut la suite de l'épanchement du pus, qui fusa jusque dans la poitrine. (Arch. génér. de médec., t. xli, p. 500.) A ces faits malheureux rassemblés par M. Mondière, nous pourrions en ajouter un publié par feu notre ami Dariste, dans les Bulletins de la société anatomique : c'est l'observation d'un enfant qui mourut à l'Hôtel-Dieu de Paris, suffoqué par un abcès semblable non ouvert et méconnu pendant la vie. Ces exemples montrent assez combien le diagnostic de ce genre de lésions présente de difficultés, même pour les praticiens les plus expérimentés.

Symptômes. — Le premier est la douleur de la gorge et l'injection plus ou moins marquée de la muqueuse pharyngienne. En général, le début de la maladie s'accompagne de fièvre; mais pour peu qu'on ait réfléchi à la diversité des causes qui peuvent lui donner naissance, on comprendra qu'il n'y ait rien de fixe dans les symptômes qui se lient à son invasion.

Après la douleur, le caractère le plus significatif et le plus constant est la géne de la déglutition. En même temps la respiration s'embarrasse.

Au bout d'un certain temps, il survient une autre série de symptômes dus à la formation et à l'accumulation du pus, tels que frissons intérieurs, irréguliers, œdème sur les côtés du cou, saillie plus ou moins considérable de la paroi postérieure du pharynx, menace de suffocation. M. Petrunti (V. Gaz. Méd., 1835, p. 588) a aussi signalé le déplacement du larynx en avant.

Diagnostic. — On peut affirmer d'une manière absolue que, pour diagnostiquer cette maladie, il suffit de songer à sa possibilité. En effet, la saillie de la muqueuse pharyngienne, qui existe toujours à l'époque où l'erreur pourrait être dangereuse, constitue un signe si tranché, qu'une méprise est à peu près impossible, pour peu que l'on se tienne sur ses gardes. Mais la dyspnée produite par ces abcès offre une telle ressemblance avec celle qui tient à d'autres causes, qu'on est souvent dupe des apparences, et qu'on se trompe justement parce qu'on n'a pas douté. Nous avons vu plus haut un cas de ce genre passer inaperçu sous les yeux de l'un des plus habiles praticiens de Paris. Le numéro d'octobre des Archives de médecine pour l'année 1841 contenait également l'histoire d'un abcès analogue pris pour une angine œdémateuse, et pour lequel on pratiqua la laryngotomie. M. Mondière rappelle aussi que Carmichaël fit, sans succès, bien entendu, la trachéotomie dans un cas semblable. Rien n'est donc plus délicat que le diagnostic; mais ce qu'il y a de rassurant pour le praticien, c'est qu'il lui suffit d'un peu de présence d'esprit pour éviter la méprise.

Une des affections que l'abcès rétro-pharyngien simule le plus exactement est le croup. Voici, d'après M. Mondière, les signes distinctifs qu'on pourra consulter dans les cos douteux. Dans le croup, les accidens ne sont jamais continus, tandis que les symptômes qui tiennent à la présence de l'abcès ont bien des momens de récrudescence ou d'exaspération, mais aussi ils sont continus et ne laissent jamais de relâche aussi parfait que dans l'affection croupale. De plus, on observe que la difficulté de respirer et l'agitation de l'enfant augmentent lorsqu'on exerce une compression sur le larynx; ce qui n'a pas lieu dans le croup. Enfin la dysphagie augmente en même temps que la dyspnée.

Ces préceptes sont utiles sans doute; mais le meilleur moyen d'arriver à un résultat précis est d'examiner l'intérieur de la gorge et d'y porter le doigt. Aussi, comme le dit M. Mondière, il ne faut jamais manquer à cette précaution dans toute maladie qui ressemble au croup ou à l'œdème de la glotte. C'est le signe le plus sûr et le plus expéditif; c'est d'ailleurs souvent le seul auquel on puisse avoir recours lorsqu'on n'a pas été à même de suivre la marche du mal, ou que les accidens pressent de manière à exiger un prompt remède. Ajoutons encore (et ceci est tout à fait en rapport avec les idées de M. Mondière) que l'inspection de l'arrière-bouche étant également de rigueur dès qu'on soupçonne le croup, afin de reconnaître l'existence des pseudo-membranes, le médecin se trouvera naturellement conduit à diriger en même temps son attention sur la face postérieure du pharynx, et aura ainsi une nouvelle chance de ne pas omettre cette exploration, puisqu'elle est indispensable et dans le cas de croup et dans le cas d'abcès.

Traitement. Une seule indication se présente ici : donner le plus vite possible issue au pus dont l'accumulation dans un lieu peu susceptible d'expansion ne peut se faire sans qu'il n'en résulte une compression plus ou moins forte du larynx. Il faut donc faire la ponction dès qu'on a perçu la fluctuation et les chirurgiens emploient dans ce but un histouri ou un pharyngotome. M. Fleming a même fait construire exprès un petit trois-quart. Mais il est à craindre, surtout avec ce dernier instrument, que l'ouverture ne s'oblitère et qu'on ne soit obligé de recommencer; et c'est en effet ce qui est arrivé plusieurs fois à MM. Priou de Nantes, Fleeming, etc. Pour prévenir cet inconvénient, il vaut mieux, comme l'avait conseillé et pratiqué Dupuytren, faire de suite une large incision. Si l'inspection de l'arrière gorge ne pouvait rien y faire découvrir, il faudrait, à l'exemple de M. Petrunti (Gaz. Méd., *loc. cit.*) inciser sur les parties latérales du cou.

Enfin, dans les cas où on ne pourrait ouvrir la bouche assez largement pour porter avec sécurité un instrument quelconque, il conviendrait de tâcher de crever l'abcès, soit avec le doigt, comme l'a fait M. Fleeming, soit avec le manche d'une cuiller, comme l'observation de l'auteur en offre un exemple. Pendant cette opération, on trouverait de l'avantage à serrer légèrement entre le pouce et les autres doigts les parties latérales du cou, au niveau du larynx, de manière à empêcher la poche purulente de s'étendre sur les côtés, et à la porter pour ainsi dire à la rencontre de l'instrument en la faisant bomber en avant.

Dans l'exposition que nous venons de retracer, M. Mondière a compris tous les moyens qui ont été employés dans des cas analogues, et sous ce rapport son travail est complet; mais peut-être y aurait-il quelque chose à y ajouter au point de vue du choix à faire entre ces divers moyens, suivant les circonstances si variables qu'offre la pratique. Certes le même mode de traitement ne peut pas, ne doit pas être mis en usage au début du mal, alors que l'abcès proémine à peine, que les symptômes n'ont rien de pressant, qu'on peut commodément explorer les parties, et lorsque, au contraire, la poche est amincie, mais qu'en même temps le rapprochement des mâchoires (1), l'agitation du malade, la tuméfaction des parties voisines, l'urgence des accidens rendent impossible toute opération méthodique. Si, dans le premier cas, la ponction avec le bistouri mérite la préférence, il n'en est pas de même dans le second où l'introduction d'un instrument à pointe aiguë et à bords tranchans aurait mille dangers, à travers des tissus engorgés, au milieu de mouvemens désordonnés, le plus souvent chez des enfans. Il faut d'ailleurs que ces objections contre l'emploi du bistouri, même garni de linge jusque près de sa pointe, aient bien fortement frappé l'esprit des praticiens pour que M. Fleeming et M. Mondière lui-même aient pu accorder la préférence, dans ces cas, à de véritables instrumens contondans, tels que le bout du doigt ou le manche d'une cuiller, moyens moins dangereux sans doute, mais dont le mode d'action a évidemment quelque chose de brutal; et qui échoueraient, du reste, nécessairement toutes les fois que les parois de l'abcès auraient conservé une certaine épaisseur.

Ce procédé ne peut donc, à notre avis, être conservé, et voici celui que nous conseillerions de lui substituer dans ces circonstances difficiles. Il nous paraît tout aussi sûr et plus commode et plus actif que ceux de MM. Fleeming et Mondière. Ce sont tout simplement des ciseaux coudés sur les bords et construits de telle façon qu'une de leurs pointes, aiguë, fût cachée par l'autre, mousse, lorsque les deux branches seraient rapprochées. On pourrait ainsi porter l'instrument fermé jusqu'au fond de l'arrière-bouche, sans avoir à redouter de léser les parties voisines. Lorsqu'on serait arrivé sur la paroi postérieure du pharynx, on écarterait les branches, et l'on dirigerait celle qui est aiguë d'avant en arrière, de manière à la faire pénétrer un peu obliquement dans le foyer. Sans retirer l'instrument, on rapprocherait alors les deux branches, et l'on effectuerait ainsi instantanément une ouverture dont la largeur, variable suivant les cas, pourrait être calculée exactement à la volonté du chirurgien. Ce procédé nous paraît aussi simple dans son exécution que sûr dans ses effets; et nous ferons remarquer surtout qu'outre ses avantages au point de vue clinique, il satisfait encore à la condition, si impérieusement requise en fait d'innovations opératoires, de ne pas exiger pour son application d'instrument particulier; car des ciseaux coudés ordinaires dont on ferait aiguiser une des pointes et émousser l'autre pour la circonstance, suffiraient pour l'exécuter très régulièrement.

IV. BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE.

SUR LA RÉTRACTION MUSCULAIRE SYPHILIQUE ET SON TRAITEMENT.

Il est une maladie extrêmement rare et signalée depuis quelque temps seulement, sur laquelle il importe d'appeler l'attention de nos lecteurs, c'est la rétraction musculaire syphilitique. Elle affecte le plus souvent les muscles fléchisseurs de l'avant-bras, si l'on en juge du moins par plusieurs cas de ce genre que nous avons observés à l'hôpital des vénériens, dans le service de M. Ricord. Les trois malades qui ont présenté cette altération curieuse étaient arrivés à cette période de l'infection constitutionnelle, caractérisée par les symptômes auxquels M. Ricord a donné le

(1) Ce rapprochement des mâchoires qui apporte un si grand obstacle à une exploration régulière, ainsi qu'à l'emploi du bistouri, n'est pas une circonstance rare. Nous l'avons trouvé consigné dans près de la moitié des observations publiées sur cette matière.

nom d'accidens tertiaires. Chez tous les trois, la rétraction a eu une similitude parfaite; elle a eu pour siége les fléchisseurs de l'avant-bras. Les muscles de cette partie paraissent raccourcis sous l'influence de la contraction permanente qui ne permet pas d'étendre le bras; mais leurs tissus, quoique durs et raides, ne présentent aucune altération appréciable. Un symptôme important à noter est la douleur particulière qui existe dans la partie contractée; cette douleur s'exaspère la nuit, et est en tout comparable aux douleurs ostéocopes. Chez un de ces malades, la rétraction coïncidait avec des ulcérations tertiaires de la gorge, et chez un autre avec une hypérostose du tibia. Ces malades ont été soumis au traitement par l'iodure de potassium auquel M. Ricord et les praticiens qui suivent ses indications ont dû des guérisons si remarquables. Le succès a été ici aussi prompt et aussi facile à obtenir que pour tout autre symptôme tertiaire. Les douleurs ont cessé chez tous les malades avant le cinquième et le sixième jour; les mouvemens du membre ont suivi une amélioration progressive et bientôt sont devenus parfaits.

D'après cette description que nous empruntons intégralement au BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE, aucun de nos lecteurs, nous le pensons, n'hésitera à changer le nom de *rétraction* proposé par le rédacteur contre celui de *contracture* musculaire. Ajoutons que cette substitution, justifiée principalement par la nature des symptômes et la promptitude de la terminaison, ne saurait être regardée comme une chose indifférente; car elle seule peut conduire à déterminer la cause première, l'altération fondamentale de tissu qui constituent la maladie, et ce n'est jamais là une notion à négliger, surtout dans une affection encore aussi peu connue que celle-ci.

DE CERTAINS PROCÉDÉS GÉNÉRALEMENT CONSEILLÉS EN OBSTÉTRIQUE QUI SONT OU INUTILES OU INAPPLICABLES OU DANGEREUX, ET DE CEUX QU'ON PEUT LEUR SUBSTITUER AVEC AVANTAGE; PRÉSENTATION DE LA FACE; par M. CHAILLY-HONORÉ.

Cet article est destiné à prouver que, dans les présentations de la face, il vaut mieux abandonner l'accouchement à la nature que de chercher à changer la position de la tête, ainsi que le recommandent quelques auteurs. Nul doute, dit M. Chailly, que l'accouchement par le sommet, que l'on veut ainsi provoquer, ne soit plus favorable à la mère et surtout à l'enfant que celui par la face. Mais il n'y a aucune parité entre l'accouchement qui se fera quand le sommet aura été ramené de force au détroit supérieur et l'accouchement dans une présentation primitive du sommet. Dans le premier cas, en effet, le liquide amniotique s'écoule bien avant la fin du travail; de plus les tentatives de réduction, toujours fatigantes pour la mère, peuvent donner lieu à la procidence d'une anse du cordon ombilical; elles peuvent entraîner un bras ou les deux bras qui viendront se placer au détroit supérieur, en même temps que le sommet. Cette opération d'ailleurs est d'une exécution très difficile, comme le prouve l'aveu de madame Lachapelle et la pratique de M. P. Dubois. M. Chailly ne regarde la réduction comme possible que lorsqu'on trouve la face mobile au détroit supérieur; mais, même dans ce cas, on ne devrait encore la tenter que s'il y avait un vice de conformation du détroit supérieur, et pour éviter au produit les dangers d'une application de forceps, à cette hauteur, sur la tête étendue.

Si, au lieu de vouloir corriger la présentation, on la respecte, l'on épargnera à la mère les douleurs de l'opération, à soi-même les difficultés et le désappointement qui suit l'insuccès. Quant à l'enfant, bien que l'accouchement par la face expose plus sa vie que celui par le sommet, l'expulsion spontanée le laissera néanmoins dans une situation plus favorable que si l'on agissait; car un enfant succombe sur sept ou huit, lorsque l'intervention a été nécessaire.

Les partisans de la réduction, dit M. Chailly, soutiennent qu'on doit au moins essayer de l'obtenir dans les positions mento-postérieures droites ou gauches, afin de prévenir la rotation mento-postérieure directe ou sacrée, bien plus dangereuse par elle-même que tous les accidens qui peuvent compliquer l'opération qu'ils conseillent. A cela M. Chailly répond que la position mento-postérieure primitive est la plus fréquente; que la rotation du menton en avant s'exécute tout aussi bien dans les positions postérieures que dans les antérieures; qu'on ne serait pas excusable de tenter, pour prévenir la rotation en arrière qui est très rare, une opération qui devrait être faite au détroit supérieur, surtout quand cette opération est dangereuse pour l'enfant, douloureuse pour la mère, et qu'elle peut souvent être suivie d'opérations plus ou moins graves (la version pelvienne, le forceps). En supposant même que la position mento-postérieure droite ou gauche doive toujours se transformer en position mento-sacrée, il vaudrait mieux prévenir cette terminaison en faisant de suite la version pelvienne, car elle est plus facile, moins longue et moins douloureuse, et si des accidens se manifestent, elle donne les moyens d'y soustraire immédiatement l'enfant à mesure qu'ils se produisent, tandis que la version céphalique, au contraire, abandonne la tête au détroit supérieur, et laisse par conséquent le fœtus exposé aux accidens.

Ces remarques de M. Chailly nous paraissent bien fondées et d'une grande importance; c'est à l'expérience à prononcer.

V. JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES.

Dans les cahiers de janvier, février et mars 1842 se trouvent les articles suivans: 1° *Du strabisme et de son traitement, précédé de quelques recherches anatomiques et physiologiques sur les muscles de l'œil*; par M. Boinet (premier article). 2° *Observations et expériences sur la nature de l'ambre jaune et sur son emploi dans une maladie nerveuse*; par M. A. Gérard. 3° *Cas singulier de névrose*; par M. Trousseau. 4° *Exposé de la doctrine de Bufalini*; par M. M. L. 5° *Lettre sur la méthode sous-cutanée*; par M. J. Guérin. (Réponse à l'auteur d'un mémoire publié dans ce journal, et où se trouvaient exprimées des prétentions à l'invention de la kélotomie sous-cutanée.) 6° *Clinique des maladies des enfans et des maladies chroniques*; par M. Trousseau, recueillie par M. Laffiley. 7° *Du traitement de la fièvre typhoïde par les purgatifs*; par M. Danvin. 8° *Mémoire sur l'hygiène de l'homme de guerre, dans le nord de l'Afrique*; par M. Rulh. 9° *Des fistules laryngées externes*; par M. Trousseau.

OBSERVATIONS ET EXPÉRIENCES SUR LA VERTU DE L'AMBRE JAUNE; par le docteur GÉRARD.

CAS SINGULIER DE NÉVROSE; par le professeur TROUSSEAU.

Nous réunissons ici ces deux observations qui offrent beaucoup d'analogie par leur singularité, et dont malheureusement les deux sujets appartiennent à ce sexe qui cherche trop souvent dans le merveilleux des succès que l'homme obtient naturellement de l'énergie de ses systèmes nerveux et musculaire; cependant, comme on ne peut mettre en doute que chez la femme le système nerveux est beaucoup plus excitable que chez l'homme, on ne peut pas être étonné qu'il en résulte des phénomènes physiologiques et morbides d'une exquise délicatesse qu'on ne doit pas s'attendre à trouver chez l'homme. Nous rapporterons donc, en les abrégeant, les deux observations suivantes, laissant à nos lecteurs à juger de la cause réelle des phénomènes extraordinaires dont nous allons leur offrir le récit.

OBS. I. — Mlle de V., de 37 à 38 ans, grande, d'un embonpoint médiocre, d'un caractère calme, souffre depuis l'âge de 20 ans d'une maladie nerveuse, qui d'abord continue est devenue intermittente, et a résisté aux traitemens les plus variés. Voici la forme qu'offraient les accès à l'époque où le docteur Gérard fut appelé près d'elle. Annoncés par une irritation intérieure indéfinissable, ils commençaient par le besoin d'étendre les jambes, de se tordre les bras; puis tout à coup ces derniers étaient tournés en moulinet avec une vitesse inimitable par l'action de la volonté. Bientôt la malade cesse ce mouvement, et se frappe les cuisses et les genoux avec les mains étendues, d'une manière alternative; c'est ensuite le tour des pieds de fouler le sol à coups redoublés; enfin, c'est le torse qui fait alternativement un demi-tour sur le bassin de gauche à droite et de droite à gauche. Les bras recommencent ensuite leur jeu, et toujours ainsi depuis sept heures du matin jusqu'à dix heures du soir, et cela pendant 40 ou 60 jours. Les mouvemens commencent une demi-heure après le réveil et finissent quand survient le sommeil qui est habituellement assez tranquille. Il n'y a jamais eu de fièvre ni de trouble dans les idées. Le raisonnement est toujours excellent et la patience exemplaire. Si pendant la durée des mouvemens convulsifs la malade ou les étrangers veulent en changer la direction, les déviations deviennent plus fortes et générales; si, en passant près de la malade, on la touche avec le coin d'un châle ou le bas d'une robe, elle éprouve une commotion générale. Quand le mal veut cesser, c'est par degrés, ainsi qu'il a commencé.

Beaucoup de moyens ont été employés sans succès. Un aimant artificiel de la force de 250 grammes ayant été appliqué à la malade sans qu'elle en fût prévenue, elle éprouva immédiatement une crise d'une telle violence qu'on ne voulut plus se livrer à aucune tentative de ce genre. (L'auteur ne dit pas s'il toucha la malade avec le pôle nord ou avec le pôle sud). Une fluxion étant survenue à la joue, et déterminant des accidens convulsifs très douloureux, un vésicatoire fut appliqué sur la jambe gauche; cette partie devint le siége de mouvemens convulsifs violens. Alors l'auteur voulant essayer un corps idio-électrique appliqua autour du mollet un collier d'ambre, et bientôt on reconnut que la malade était calme pendant que le collier était laissé à demeure sur sa jambe; mais qu'aussitôt qu'on l'enlevait, l'agitation, le tremblement et les contractions des membres recommençaient; deux colliers furent appliqués; puis deux autres, et, d'expériences en expériences, on arriva à constater que ces colliers établissaient une barrière qui interceptait toute communication entre la jambe et le reste du corps. On reconnut le même effet après avoir transporté les colliers à la cuisse, autour des reins. Le contact au-dessus produisait des contractions; au-dessous, rien. Parvenu au cou, on pouvait toucher la malade partout; elle put se lever, aller, venir, elle était guérie; mais dès qu'on détachait les colliers, elle

retombait dans le même état. De nombreux colliers furent ajoutés aux premiers; et, après plusieurs tâtonnemens, la malade découvrit que, pour se trouver libre de toute irritation et parfaitement à son aise, il lui fallait 70 grammes d'ambre du meilleur choix. Avec cette armature, elle supporte l'odeur des fleurs, de l'encens, et une foule d'impressions qui auparavant n'étaient pour elle que des douleurs. Si elle prévoit devoir être soumise dans la journée à quelque épreuve un peu plus forte, elle ajoute un, deux et même trois colliers; mais il faut qu'ils soient bien établis au bas du cou; placés plus haut ou plus bas, ils ne produisent plus le même effet. Depuis plus de dix-huit mois, cette demoiselle jouit d'un état de bien-être qu'elle n'avait pas connu depuis 20 ans. Il est vrai qu'elle peut rarement quitter pendant plusieurs heures les colliers d'ambre sans éprouver de l'irritation.

L'auteur a depuis employé le même moyen dans quelques cas qui offraient une certaine analogie avec le précédent, mais sans aucun succès.

Obs. II. — M. Trousseau, vers le 20 décembre 1840, est consulté pour une dame âgée de 40 ans, placée dans un rang honorable et à la tête d'une maison de commerce où elle montrait beaucoup d'activité et d'intelligence. Elle n'avait rien qui annonçât en elle la petite maîtresse. Or, voici les incommodités auxquelles elle était sujette, et qui avaient résisté à tous les moyens connus: si, dans une rue, dans un jardin, un salon, elle sentait une odeur un peu vive, elle était prise subitement d'une horrible suffocation, avec resserrement de la gorge, secousses convulsives de tous les muscles respiratoires et congestion de la face. Ces accidens duraient une demi-minute ou une minute, et étaient causés par la fumée d'un cigarre, l'odeur de la boutique d'un parfumeur ou d'un pharmacien, les senteurs d'une femme, mais non par les odeurs les plus fétides, celles auxquelles une mère de famille ne peut guère se soustraire.

Les sensations qui arrivaient à l'âme, par l'ouïe, par la vue ou par le goût, ne provoquaient aucun ébranlement; mais celles qui proviennent du tact déterminaient des effets extraordinaires, incroyables même. Si on la touchait à nu ou à travers ses vêtemens, elle éprouvait immédiatement une commotion semblable à une décharge électrique, et suivie aussitôt d'un accès de spasme et de suffocation. Si on touchait la main, le visage et une partie du cou, elle n'éprouvait rien d'anormal, en sorte qu'il y avait une ligne à une certaine hauteur du col, au-dessus de laquelle la sensibilité était normale, tandis qu'au-dessous elle était morbide. Cette ligne, qui était presque géométrique, n'était indiquée par aucun signe; il en était de même de la main pour l'avant-bras, Quand cette dame saisissait elle-même ou se heurtait contre un corps inerte, elle n'éprouvait que la sensation commune. Les phénomènes morbides ne se développaient que quand on la touchait avec la main couverte ou nue; mais ils ne se produisaient pas si le contact était opéré à l'aide d'un objet d'une certaine longueur. Le caractère le plus singulier de cette anomalie de la sensibilité, s'il y avait réellement anomalie de la sensibilité, c'est qu'aussitôt que cette dame était couchée, que ce fût la nuit ou le jour, cette singulière disposition cessait, et elle redevenait comme toutes les autres femmes.. .. Cet état durait depuis plusieurs années. M. Trousseau ordonna l'usage des bains de mer, des affusions froides et des antispasmodiques, bien convaincu, dit-il, que tous les moyens échoueraient. S'il avait, à cette époque, connu le fait précédent, il aurait conseillé l'emploi de l'ambre.

Du traitement de la fièvre typhoïde par les purgatifs; par le docteur Dauvin.

Nous nous bornerons à dire sur ce travail qu'il ne contient que des observations de guérison par le traitement purgatif; or, comme ces cas ne sont qu'au nombre de 10, et qu'il n'est fait aucune mention des cas d'insuccès, nous ne devons même pas examiner les faits qui y sont consignés, regrettant que le vide laissé à côté d'eux leur ôte à nos yeux une partie de leur valeur.

Des fistules laryngées externes; par M. Trousseau.

Les fistules qui se rencontrent à la région antérieure du cou peuvent tenir à différentes causes. Telles sont la dégénérescence tuberculeuse de quelques lobules du corps thyroïde, des abcès froids, la fonte purulente de quelques ganglions lymphatiques, la nécrose des cartilages du larynx ou de l'os hyoïde; M. Trousseau a surtout eu en vue dans le présent travail les fistules qui succèdent à cette dernière lésion.

Or, la nécrose des cartilages du larynx peut amener à sa suite des abcès sous-muqueux, des rétrécissemens de la glotte, des œdèmes inflammatoires du tissu cellulaire sous-muqueux, et finalement des abstacles au passage de l'air qui, bien souvent, déterminent la mort. Leur étude est donc on ne peut plus importante.

On comprend que l'influence de ces abcès sous muqueux sur la respiration varie suivant qu'ils proéminent à l'intérieur du larynx, ou qu'ils s'ouvrent soit à sa surface interne, soit à l'extérieur. Souvent une suffocation qui menaçait de faire périr le malade disparaît tout à coup, parce que le pus dont l'accumulation comprimait l'orifice glottique s'est fait jour dans la cavité laryngienne, d'où il est rejeté par la toux à mesure qu'il y tombe. Une circonstance qui favorise cette heureuse terminaison, c'est que les altérations des cartilages qui donnent lieu à ces abcès, sont, en général, précédées et provoquées par des lésions de la membrane muqueuse, qui fraient ainsi au pus une voie facile vers l'intérieur.

Les abcès se vident aussi quelquefois au dehors; quand ils sont causés par une nécrose, ils se ferment temporairement, pour s'ouvrir plus tard, puis se fermer de nouveau et se rouvrir encore, et ainsi de suite jusqu'à ce qu'il s'établisse une fistule permanente.

M. Trousseau a vu plusieurs cas de fistules laryngées ouvertes à l'extérieur; et toujours il a remarqué que les accidens de suffocation, dont leur formation avait été précédée, ont diminué ou cessé dès le moment où le pus a trouvé une issue facile. Aussi conseille-t-il de respecter ces ouvertures et de ne rien rien tenter pour les faire cicatriser. En effet, dit-il, si, comme cela est probable, la fistule tient à une nécrose des cartilages, la guérison radicale ne pourrait être obtenue qu'en enlevant la portion mortifiée. Mais cette opération n'ayant pas encore été tentée, je ne conseillerais à personne de consentir à être le sujet de la première expérience. Si donc on n'enlève cas la nécrose et que cependant on ferme la fistule cutanée, que deviendra le pus? N'ira-t-il pas se faire jour en dedans du larynx, et ne pourra-t-il pas, en soulevant et en enflammant la membrane muqueuse, causer un rétrécissement mortel de la glotte, ou tout au moins un épaississement permanent de la membrane interne du larynx? Le malade ne sera-t-il pas constamment sous le coup de ce que l'on appelle à tort un œdème de la glotte?

Les médecins, continue M. Trousseau, qui conseillent d'ouvrir les fistules laryngées externes et d'en obtenir ainsi la guérison, s'abusent étrangement sur le mécanisme des nécroses des cartilages du larynx. Ils s'imaginent que la fistule externe est due à une nécrose externe, au même titre, par exemple, qu'une fistule siégeant à la fesse ou au cuir chevelu peut être le résultat d'une nécrose n'occupant que la face externe de l'os. Mais ce qui est vrai pour les os des îles et pour ceux du crâne ne l'est pas pour les cartilages du larynx; ces cartilages, dans l'état ordinaire, ne sont pas formés, ainsi que les os dont je parle, de deux lames osseuses plus ou moins épaisses, séparées par un tissu aréolaire, de manière à avoir en quelque sorte, une vie indépendante l'une de l'autre; mais, au contraire, ils forment une paroi continue, homogène dans toute son épaisseur, et dont les faces sont presque toujours solidaires l'une de l'autre. De telle sorte qu'une lésion qui occupe la face interne du cartilage a promptement envahi toute l'épaisseur du tissu et gagné la face externe.

Toutes ces considérations, dit en terminant l'auteur, expliquent ma répugnance pour une opération chirurgicale dans le cas de fistule laryngée externe. Il résulte en effet de ce qui précède que, en empêchant le pus de s'écouler en dehors, il faudra qu'il s'ouvre une voie en dedans, et, au lieu d'inconvéniens ordinairement légers, on risquera des accidens le plus ordinairement mortels.

Ce n'est qu'avec beaucoup de réserve qu'on doit porter un jugement sur des conclusions aussi empreintes d'une sage circonspection que le sont celles-ci. On pourrait seulement se demander si M. Trousseau n'a pas poussé la prudence un peu loin; et sans prétendre ici résoudre d'une manière définitive les nombreux et intéressans problèmes que soulève la lecture de son travail, nous nous contenterons de poser les questions suivantes, laissant à l'avenir le soin de les décider en tel ou tel sens.

1° Avant de proscrire toute opération dans le traitement d'une fistule laryngée externe, ne serait-il pas convenable de s'assurer d'abord, par le cathétérisme du trajet anormal, si elle tient à une altération du cartilage? Dans le cas contraire, en effet, il n'y aurait aucun motif pour ne pas agir.

2° En supposant que l'existence d'une carie fût révélée, ne pourrait-on pas essayer des injections médicamenteuses, sulfureuses, alcalines, etc.? Si ce moyen laisse quelque chose à désirer, sous le rapport de l'efficacité, il ne serait pas au moins du nombre de ceux dont M. Trousseau appréhenderait qu'ils ne déterminent l'oblitération de la fistule avant que l'altération du cartilage soit guérie.

3° N'y aurait-il pas lieu, dans beaucoup de cas, à débrider les fistules pour mettre les parties à découvert et examiner leur état? Cette pratique nous semble d'autant plus proposable qu'elle n'engagerait à rien, n'exposerait à aucun accident si elle était bien exécutée, et qu'elle permettrait cependant au chirurgien d'agir à la fois sur les cartilages malades et sur les parties molles extérieures, dont l'induration, comme l'a bien établi M. Lisfranc, suffit souvent à elle seule pour entretenir les fistules. Remarquons, d'ailleurs, que la difformité produite par la fistule est assez désagréable pour qu'un risque une opération aussi minime, dans le but d'en délivrer le malade.

4° Subsidiairement, l'extraction d'un sequestre est-elle, comme le prétend M. Trousseau, impossible dans ces circonstances, vu l'extension de la nécrose à toute l'épaisseur du cartilage? Si cette question peut rester douteuse lorsqu'on l'envisage à un point de vue général, il est certain, d'un autre côté, que, dans un cas particulier, en sondant la fistule, et surtout en en mettant le fond à découvert, ainsi que nous venons de le

dire, on arriverait facilement à déterminer si le séquestre est petit ou considérable, mobile ou adhérent, et par conséquent si l'opération est exécutable.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 13 JUIN.

M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie la mort de M. Double, membre de la section de médecine et de chirurgie, qui a succombé le 12 juin, à onze heures du soir, à la suite d'une apoplexie pulmonaire.

EMPOISONNEMENT PAR L'ANTIMOINE.

M. FLANDIN lit, en son nom et en celui de M. Danger, un mémoire sur l'empoisonnement par l'antimoine et les complications que la présence de ce corps peut apporter dans les cas d'empoisonnement par l'arsenic.

Voici les conclusions de ce travail :

1° Il est facile de déceler l'antimoine uni en faibles proportions aux matières animales : nous sommes arrivés à le recueillir avec la même précision que l'arsenic.

2° Le procédé qui neus a donné les meilleurs résultats est le suivant : Désorganiser les matières animales par l'acide sulfurique ; au moment de la liquéfaction, ajouter de l'azotate de soude ; terminer la carbonisation et reprendre le charbon desséché par l'eau aiguisée d'acide tartrique. Le liquide est soumis aux iovestigations ultérieures propres à caractériser l'antimoine.

3° Dans les cas d'empoisonnemeel par l'arsenic compliqués par la présence de l'antimoine, l'appareil que nous avons proposé pour la recherche de l'arsénic nous a paru simplifier et faciliter les opérations propres à séparer les deux corps.

4° Contrairement à l'arsenic, l'antimoine est facilement éliminé par les urines. Dans le cas d'empoisonnement par les preparations antimoniales, c'est dans le foie que l'on retrouve plus spécialement l'antimoine. On ne le retrouve pas dans les poumons, non plus que dans les systèmes nerveux, musculaire et osseux.

5° Le fait de la localisation des poisons est une donnée précieuse pour résoudre certaines questions médico-légales, les questions d'empoisonnemens simulés par exemple.

6° Ce fait nous paraît devoir nuvrir une voie nouvelle aux recherches physiologiques et thérapeutiques.

Commissaires : MM. Chevreul, Pelouze et Regnault.

PROPRIÉTÉS DU SEIGLE ERGOTÉ.

M. BONJEAN, proto-pharmacien à Chambéry, adresse un mémoire intitulé : HISTOIRE TOXICOLOGIQUE ET MÉDICALE DU SEIGLE ERGOTÉ. L'auteur range cette substance dans la classe des narcotiques, et dit que ses effets ont les plus grands rapports avec ceux de la morphine, bien qu'il ne contienne pas une trace de cet alcaloïde.

Le résultat le plus intéressant qui ressort des recherches de M. Bonjean est celui-ci. Le seigle ergoté, dit-il, renferme deux principes actifs bien distincts : un remède et un poison. Le premier est un extrait mou, rouge-brun, très soluble dans l'eau froide, et qui pessède au plus haut degré les précieuses propriétés obstétricales et hémostatiques qu'on a depuis si longtemps reconnues à l'ergot. L'autre est uoe huile fixe, incolore, très soluble dans l'éther froid, insoluble daos l'alcool bouillant, et en qui seule résident toutes les vertus toxiques du seigle ergoté. La nature différente de ces deux produits permet de les séparer facilement et d'obtenir le remède entièrement isolé du poisen. Comme celui-là est tout à fait inoffensif, il en résulte cet immense avantage pour la pratique médicale, qu'on peut, au besoin, l'administrer à haute dose, sans avoir à craindre aucun des accidens reprochés au seigle ergoté lui-même. Cet extrait agit avec une extrême rapidité dans toutes les hémorragies, et saos produire la moindre action nuisible, quelle qu'ait été la quantité employée. Plusieurs fois, il a été pris à la dose de 8 grammes (représentant 35 à 40 grammes de seigle ergoté) dans des cas de métrorrhagies foudroyantes, suites d'avortemens ou autres, et qui cédaient immédiatement ou presque immédiatement à l'action de ce remède. J'ai appelé ce produit *extrait hémostatique*.

L'huile ergotée agit sur les animaux absolument comme l'ergot lui-même, et à des doses correspondautes à ce dernier, seulement ses effets sout plus prompts. Ils sont immédiats chez les sujets faibles, tels que oiseaux, poulets, que l'on endort facilement avec 4 grammes de ce principe, équivalaot à un peu moins de 12 grammes de poudre d'ergot. Les animaux succombent ensuite dans les vingt-quatre heures, sans être presque sortis de l'état de stupeur où ce poison les a plongés. A la dose de 20 grammes, j'ai obtenu sur un chien tous les phenomènes de l'ergotisme convulsif.

Pour obteoir cette huile avec toutes ses propriétés, il faut nécessairement l'extraire par l'éther froid et éviter daos cette opération toute action de la chaleur. Eofin, ce principe peut encore se trouver tout à fait inerte, s'il a été obtenu d'ergots non parvenus à leur maturité.

Voici, dit en terminant M. Bonjean, les formules des préparations sous forme desquelles je fais administrer ce remède.

1° Potion hémostatique.

Prenez : Extrait hémostatique..... 1 gramme.
Eau commune.......... 1 kilog. et demi.
Sirop de fleurs d'oranger.. 30 grammes.

F. s. a. uoe petion à prendre par cuillerées dans la journée.

Cette dose suffit pour arrêter une hémorragie ordinaire ; mais s'il s'agissait d'un cas grave, comme d'une métrorrhagie foudroyante, on triplerait la dose d'extrait, et on ferait immédiatement prendre à la malade un quart ou un tiers de la potion en une seule fois.

2° Sirop hémostatique.

Prenez : Extrait hémostatique....... 6 grammes.

Faites dissoudre dans 30 grammes d'eau de fleurs d'oraogers, et ajoutez cette dissolution dans 500 grammes de sirop simple bouillant ; 30 grammes de ce sirop représentent 50 centigr. d'extrait.

3° Pilules hémostatiques.

Prenez : Extrait hémostatique.... 1 gramme 20 centigr.
Poudre d'althœa........ q. s.

Pour faire six pilules à prendre dans la journée.

De toutes ces formules, c'est la potion qui m'a toujours paru agir avec le plus de rapidité. Dans tous les cas, on ne doit les préparer qu'à mesure du besoin, en raison d'un principe très fermentescible que l'extrait renferme.

Commissaires : MM. Magendie, Boussingault et Regnault.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 14 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. FOUQUIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance officielle contient une lettre de M. le ministre de la guerre, qui remercie l'Académie de l'envoi du mémoire de M. Hamont sur l'amélioration des races de chevaux, comme moyen prophylactique de la morve. M. le ministre prie l'Académie de lui faire connaître le résultat des discussions qui pourraient avoir lieu ultérieurement sur le même sujet.

ÉLECTION DE L'ACADÉMIE.

MM. Manec et Chassaignac écrivent pour se porter candidats à la place vacante dans la section d'anatomie et de physiologie.

M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie la mort de M. Double.

La députation nommée pour assister à ses obsèques se composera de MM. Pariset, Bousquet, Castel, Réveillé-Parise, J. Guérin, Cornac, F. Dubois et Baffos.

M. NACQUART : Messieurs, le collègue que nous venons de perdre était certainement un des plus dignes représentans du corps médical auprès des divers corps savans et administratifs dont il faisait partie. Outre les qualités élevées qui rendent sa mémoire si regrettable, on peut dire que nul ne portait plus loin que lui le sentiment de la dignité de l'art, ainsi que de l'honneur de l'Académie. Je crois donc qu'il serait convenable de manifester autant qu'il dépend de nous, les sentimens que nous cause cette perte, et je propose en conséquence que la séance soit levée immédiatement. (De toutes parts : Appuyé !)

M. LE PRÉSIDENT : Cette proposition va être mise aux voix. Mais je dois d'abord accorder la parole à M. Amussat, qui a à donner quelques détails sur la dernière maladie de M. Double.

M. AMUSSAT : Messieurs, notre savant confrère, M. Double, a succombé dimanche soir, a onze heures, à la gravité d'une maladie de quelques jours de durée seulement, pour laquelle il a voulu jusqu'au dernier moment être à lui-même son seul médecin.

Profondément affligé de l'immense perte que nous venens de faire, et ayant pu voir ootre regrettable collègue plus qu'aucun autre pendant cette courte maladie, j'éprouve le besoin de vous faire part de tout ce que j'ai pu observer.

M. Double déjà fatigué mardi matin, affligé de la maladie de son beau-frère, avait déjeûné sans appétit, et n'avait véritablement presque rien pris. Cependaot il assista, comme vous savez, à notre dernière séance, et, emporté par son activité, il tint encore à voir plusieurs malades en en sortant.

Avant le dîner, assis dans le jardin du maréchal Soult, entre lui et madame la maréchale, il ressentit un malaise qui un instant lui donna l'idée de se retirer ; mais habitué à se vaincre il voulut rester, et quelques minutes après il tomba sur le sable en perte complète de connaissance.

Relevé et entouré des soins les plus empressés, il refusa de voir le médecin qui était accouru à la nouvelle de cet accident, et fut transporté chez lui, et s'opposa formellement à ce que l'on prévînt ses enfans qui étaient à la campagne, ni aucun médecin.

Igoorant complètement tout ce qui s'était passé la veille, je fus le voir mercredi, et le trouvai au lit dans une chambre peu éclairée, tranquille et sans inquiétude. Il me racoota lui-même tout ce que je viens de dire, ajoutant que son état était peu grave, et qu'il espérait en triompher facilement en provoquant, soit par les urines soit par les sueurs, une crise qui dans ses idées devait être prochaine et salutaire. En vain, lui représentant que l'on ne peut être juge dans sa propre cause je l'engageai à consulter le médecin qui, deux ans avant, l'avait traité d'une pneumonie grave ; en vain, je lui citai l'exemple de deux malades que j'avais vus la veille même atteints de congestion pulmonaire et dont l'état s'était rapidement amélioré sous l'influence d'une saignée pratiquée immédiatement, il persista dans l'intention de ne suivre aucun conseil.

Le jeudi, je me présentai pour voir M. Double ; il ne recevait personne ; j'appris par son fils que les sueurs et les urines étaient abondantes, qu'il avait rendu des crachats sanglans, auxquels il avait fait peu d'attention les présumant venir de l'arrière-bouche et qu'il était sans inquiétude.

Le vendredi, je ne pus le voir encore ; mais apprenant que son état était le même, j'insistai auprès de son fils pour que l'on fit une consultation ; mais celui-ci ne crut pas avoir assez d'ascendant sur son père pour pouvoir l'y déterminer.

Le samedi matin, vers dix heures et demie, je fus reçu dans son salon ; il était couché sur un canapé entouré de sa famille. Il était excité ; la parole était rapide et brève, le pouls fréquent, le visage altéré. On me montra un crachat noir rendu par expectoration et composé évidemment de sang presque pur. Il témoigna la volonté d'être saigné le lendemain seulement si son état n'était pas amendé ; je le pressai d'y consentir aussitôt, mais il refusa. M. Roux, arrivé sur ces entrefaites, pensa comme moi que le sang venait du parenchyme pulmonaire ; mais toutes nos instances pour lui pratiquer cette saignée que nous jugions tous deux nécessaire furent vaines ; il persista dans sa manière de voir ; et après avoir voulu que nous examinassions l'urine qui était effectivement très copieuse : Amussat, me dit-il, je vous attends demain à huit heures pour me saigner si je ne vais pas mieux.

Je le revis à deux heures de l'après-midi ; le même jour, je trouvai le pouls fréquent, la face altérée, la parole mal articulée, la langue déjà âpre et sèche ; je renouvelai mes instances pour que M. Andral fût averti aussitôt. Le fils et la fille de M. Double se joignirent inutilement à moi, nous n'obtînmes qu'un refus ; il persistait dans ses idées.

Le soir, à dix heures, les crachats étaient muqueux, plus rares, et ne contenaient point de sang ; l'état physique et moral était à peu près le même.

Dimanche matin, M. Double, ai-je dit, m'avait assigné rendez-vous pour huit heures ; à sept heures il m'envoyait chercher ; j'étais chez lui à sept heures et demie. Il éprouvait une oppression assez forte, mais n'accusait aucun point de côté ; le pouls était large, développé, battait 94 fois à la minute. M. Double voulait être saigné et de préférence du bras gauche. Je le suppliai d'appeler M. Andral ; je voulais qu'une consultation eût lieu pour déterminer le diagnostic et régler le traitement avant de rien faire. Son refus fut complet et positif. Examinez vous-même, me dit-il. La percussion et l'auscultation ne m'apprirent rien de particulier ; la respiration et la circulation me parurent embarrassées sans me fournir aucun signe caractéristique. Je pratiquai la saignée conseillée la veille inutilement par M. Roux et moi ; à mesure que le sang s'écoulait, il en résultait un peu de soulagement, et une teinte verdâtre se montrait déjà à la surface du liquide avant la fin de l'opération.

En me retirant, je témoignai néanmoins toutes mes craintes à sa famille, et, malgré les refus si souvent réitérés du malade, je déclarai que je ne pouvais continuer à exécuter ses volontés ; j'obtins de ses enfans de faire venir M. Andral. Je fus moi-même le chercher à l'hôpital de la Charité. M. Andral entra seul et fit croire à M. Double qu'il venait par hasard, ayant appris son indisposition à l'hôpital, et en ami plutôt qu'en médecin. M. Double lui répondit : Je reçois l'ami et le médecin.

M. Andral examina donc le malade. Il approuva la saignée (le sang était couvert d'une couenne épaisse) ; il ne fit aucune prescription nouvelle ; seulement il insista sur l'administration d'un lavement laxatif que j'avais conseillé. Lorsqu'il vint me rejoindre il convint de revoir le malade le soir, et nous primes ensemble rendez-vous pour lundi matin.

Peu de temps après son départ, M. Double se leva, se transporta de lui-même dans la salle à manger pour prendre part au déjeûner de ses enfans. Il mangea un demi-bol à peu près de semouille au lait préparée par son ordre, et se retira bientôt dans sa chambre, disant à ses enfans de continuer leur repas et qu'il allait se coucher.

Lorsqu'ils revinrent auprès de lui, sans inquiétude, ils furent frappés d'un changement subit, ils remarquèrent une altération profonde des traits, et reconnurent du dérangement dans ses idées, du trouble dans ses souvenirs.

Cependant le malade, tourmenté par la soif, buvait abondamment ; les envies d'uriner étaient très fréquentes, et toutes les demi-heures, il continuait à se lever de son lit, à sortir de sa chambre et à se rendre seul dans un cabinet éloigné pour satisfaire à ce besoin.

A une heure et demie, je trouvai une aggravation très grande ; les yeux étaient fixes, la bouche déformée, la parole difficile, les réponses lentes. Seulement alors, moitié par persuasion, moitié par contrainte, nous obtînmes, son fils et moi, qu'il satisfît à son besoin d'uriner debout à côté de son lit, et ses forces n'étant plus suffisantes, nous dûmes l'y replacer nous-mêmes.

Je proposai de nouveau un lavement purgatif et des sinapismes ; il refusa positivement de se laisser appliquer les sinapismes qui étaient préparés, et consentit au lavement, qui cependant fut mal pris. Il témoigna lui-même le désir d'en reprendre un second le soir ; reste auprès de lui jusqu'à quatre heures, je fus témoin d'une aggravation progressive, et déjà la respiration devenait bruyante, l'expectoration difficile. Cependant il refusait obstinément de se laisser soulever sa tête sur un oreiller, et je ne pus y parvenir que par subterfuge sans qu'il s'en aperçût.

Je retournai chercher M. Andral, qui me fit donner rendez vous pour huit heures et demie. A sept heures, appelé de nouveau en hâte par la famille, il était auprès du malade, auquel il fit appliquer des sinapismes, deux vésicatoires aux cuisses, et prescrivit une potion antispasmodique.

J'arrivai moi-même à huit heures et demie ; je trouvai auprès de M. Double, M. Danyau, qui lui donnait ses soins.

L'intelligence était encore libre par moments, mais la respiration beaucoup plus embarrassée, la déglutition difficile, le ventre ballonné. Un second lavement purgatif fut donné et rendu involontairement en partie quelques instans après. MM. Andral, Chomel et Fouquier arrivèrent successivement, le malade ne les reconnut point ; nous prescrivîmes une potion stibiée, qu'on n'eut pas le temps d'administrer ; l'agonie, qui commençait à se déclarer, ne permettait plus, dès l'arrivée de ces messieurs, qu'un examen incomplet, et M. Double expira sous nos yeux, à onze heures du soir, immédiatement après la consultation, ayant conservé presque jusqu'au dernier moment la force de volonté qui le caractérisait.

M. le Président : Je vais mettre aux voix la proposition de M. Nacquart, qui demande que la séance d'aujourd'hui n'ait pas lieu.

M. Mérat : Cette proposition a déjà été soumise au conseil d'administration ; et la majorité n'a pas été d'avis de l'appuyer. L'acte qu'on vous demande n'a rien que de très naturel en lui-même : c'est une marque de profonde sympathie et de regrets, donnée à un collègue, dont nous déplorons tous la perte. Mais cette démarche, sans antécédens dans les usages de l'Académie, ne créerait elle pas un précédent embarrassant par la suite ? Comment, par exemple, voulez-vous qu'il soit possible de déterminer à l'occasion de chaque nouveau décès si le mérite du défunt est assez grand pour qu'on doive payer à sa mémoire un semblable hommage ?

M. Cornac : Ce n'est pas seulement lorsqu'un membre éminent de l'Académie nous est enlevé que nous nous séparons sans tenir de séance. C'est aussi lorsque l'époque de sa mort n'a précédé que de peu de temps le jour de nos séances. Le fait n'est pas, d'ailleurs, sans antécédens, ainsi que vient de le dire M. Mérat. Vous vous rappelez tous que, lors du décès de M. Bourdois-Lamothe, la séance fut levée, sur la proposition de M. Double lui-même. Il en fut de même quand l'Académie perdit son vénérable président, M. le baron Portal.

M. le Président met aux voix la proposition de M. Nacquart. Aussitôt, par un mouvement unanime, tous les membres se lèvent, et la séance est terminée à 3 heures et demie.

BIBLIOGRAPHIE.

Nouvelle dermatologie, ou précis théorique et pratiques sur les maladies de la peau, fondé sur une nouvelle classification médicale ; suivi d'un exposé de principes généraux pouvant servir de guide dans le choix des eaux minérales naturelles applicables dans le traitement de ces maladies ; avec un formulaire spécial et planches coloriées, par P. Baumès, chirurgien en chef de l'hospice de l'Antiquaille de Lyon. — Tome I, 1841. A Paris, chez J.-B. Baillière et Germer Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine. A Lyon, chez Savy, quai des Célestins, 48.

Le premier volume de cet ouvrage a seul paru ; mais nous pouvons, dès à présent, apprécier la doctrine que l'auteur professe sur les affections cutanées. Deux leçons forment les prolégomènes de l'ouvrage, et le chapitre Ier intitulé : Classification dermatologique, contiennent la classification, la pathogénie et la thérapeutique générales des maladies de la peau. M. Baumès étudie d'abord son sujet au point de vue médical, il n'accorde à l'étude des formes qu'une place secondaire. Ce qui l'occupe avant tout, c'est le travail vital qui préside au développement des maladies cutanées. Or, quelle est la cause vitale, le phénomène fondamental de cet ordre de maladies ? Les diverses hypothèses émises à ce sujet ne peuvent satisfaire son esprit rigoureux. La peau n'est pas un organe isolé, elle fait partie d'un système très compliqué, elle entretient des relations très intimes, soit avec l'ensemble de l'économie, soit avec ses diverses parties ; il y a une sorte de balancement, de solidarité physiologique entre cette vaste membrane et les organes placés plus profondément. Ce balancement se reproduit très facilement en pathologie ; un même principe morbifique peut successivement affecter la peau et les autres organes et y déterminer des troubles relatifs à leur structure et à leurs fonctions. M. Baumès se demande ce qu'il faut voir dans ce principe ? Est-ce une matière âcre dont la nature voudrait se débarrasser ? est-ce une irritation, est-ce une inflammation, une névrose ou une névralgie ? « L'on ne peut y voir, dit l'auteur, on ne peut y définir, à moins de vouloir dans l'instant soulever mille objections indestructibles, qu'une seule chose, qu'une seule et unique chose ; c'est l'exercice même, mais l'exercice vicieux des forces de la vie ; c'est l'activité vitale irrégulièrement, vicieusement concentrée dans une partie, mettant en jeu de diverses manières et avec diverses combinaisons, les différens élémens organiques de cette partie, revêtant des formes variables en raison de la diversité des causes qui l'ont suscitée, en raison de la variabilité des élémens organiques compromis ; c'est un phénomène essentiellement nerveux si l'on veut ; car chez l'animal, où placer mieux que dans le système nerveux la condition essentielle de la vie ? C'est, en un mot, une inconnue, un x dont il ne faut pas, en perdant son temps, sa peine, en prenant ou voulant faire prendre le change, prétendre trouver la véritable valeur, donner une exacte définition.... Or, je donne, continue M. Baumès, à ce phénomène fonda-

mental, à cet exercice vicieux des forces de la vie, à cette activité vitale, irrégulièrement, vicieusement concentrée dans une partie, quelle que soit la forme qu'elle revête, le nom de *fluxion*, phénomène qui est au fond de toutes les maladies de la peau, comme de bien d'autres maladies, dont il s'agit de chercher non la valeur absolue, mais la valeur relative, la valeur indiquant la conduite à tenir, la direction à suivre dans le traitement. »

C'est donc à connaître les conditions d'existence de la fluxion que doit s'appliquer le médecin qui veut établir un plan thérapeutique rationel. Autre sera le traitement d'une dartre due uniquement à une excitation externe; autre celui d'une dartre précédée d'une affection interne dont elle ne sera en quelque sorte que l'ombre. C'est sur la diversité des rapports de la maladie cutanée avec les phénomènes antécédens, qu'est fondée la classification dermatologique de l'auteur. Le travail morbide est-il dû exclusivement à une cause locale qui le tient toujours sous son influence: c'est une *fluxion par cause externe*. Y a-t-il eu précédemment une affection locale interne qui s'est sympathiquement transmise à la peau : c'est une éruption par fluxion réfléchie. La maladie de la peau a-t-elle remplacé une maladie interne, un flux qui était devenu une sorte de fonction morbide : c'est une éruption par fluxion déplacée. Un trouble général de l'économie trouve-t-il sa solution dans une maladie de la peau: celle-ci arrive alors par fluxion excentrique. Il y a encore des fluxions par diathèse, des fluxions idiopathiques, des fluxions complexes, qu'il suffit d'indiquer pour en faire connaître les caractères. L'auteur a tracé de toutes ces catégories un tableau éminemment médical, pratique. Un plan thérapeutique aura pour but de reconnaître et d'éliminer toutes les conditions morbides auxquelles une dartre peut se rattacher et de la réduire à n'être plus qu'une fluxion idiopathique.

S'il arrivait que la forme d'une maladie réveillât à elle seule l'idée d'un des rapports précédens, elle devrait être décrite avec le plus grand soin, puisque dans cette forme se trouverait comprise l'idée générale de l'étiologie et de la thérapeutique applicables à cette maladie. « Si à cette considération, dit M. Baumès, je joins celle de quelque chose de particulier, de tranché, de caractérisé, de spécial dans l'aspect topographique de la maladie cutanée, de quelque chose type qui permette d'en faire une espèce à part, de sorte qu'il soit facile, au premier aspect, de connaître et de classer toutes les individualités morbides qui appartiennent à cette espèce donnée, alors il y a double motif pour décrire à part, le plus exactement possible, la forme de l'éruption cutanée en question, pour établir soigneusement son diagnostic différentiel. »

La classification dermatographique de l'auteur est fondée, comme toutes celles qui l'ont précédée, sur l'aspect et la forme des maladies cutanées, mais il faut que les différences soient tranchées pour qu'il se décide à établir une séparation entre deux maladies; il ne lui suffit pas de quelques traits fugitifs pour créer deux espèces différentes, il n'appelle espèces que des types bien caractérisés.

L'injection sanguine cutanée fournit l'élément de l'ordre premier de l'auteur. Les maladies de ce groupe sont appelées avec raison éruptions *érythémateuses* et non *exanthémateuses*, comme l'ont fait certains dermatologues. Cet ordre comprend quatre espèces, l'érythème, la rougeole, la roséole, la scarlatine. L'urticaire en est séparée comme manquant souvent du caractère principal du groupe, la rougeur; cette éruption réclame une description spéciale.

Le soulèvement de l'épiderme, la vésicule, fournit l'élément anatomique essentiel du second ordre des dermatoses. La grandeur des vésicules, le liquide contenu, quelque divers qu'ils soient, ne sauraient être des motifs pour séparer les unes des autres certaines éruptions; ce sont des circonstances trop légères. Aussi l'ordre des bulles doit-il disparaître; c'est tout simplement une éruption vésiculeuse à grosses vésicules. Il n'y aura plus un ordre spécial pour les pustules, qui ne sont que des purovésicules ou des éruptions puro-vésiculeuses. Si des croûtes surviennent, la maladie sera une éruption vésiculo-crustacée ou puro-vésiculo-crustacée. Y a-t-il complication de rougeur, on aura une éruption érythémato-vésiculo-crustacée, si la rougeur et les croûtes se joignent à la fois aux vésicules. On voit déjà le système de classification et de nomenclature de M. Baumès; il a remplacé par des mots simples, vulgaires, très intelligibles, les nomenclatures compliquées et souvent obscures des auteurs modernes.

L'ordre des vésicules se subdivise en éruptions, vésiculeuses proprement dites, et en éruptions puro-vésiculeuses où se trouvent les pustules des auteurs. Il comprend cinq espèces: le *rupia*, l'*eczema*, l'*herpès*, l'*ecthyma*, l'*impetigo*, qui sont désignées ainsi par M. Baumès : 1° *Eruption vésiculeuse éparse à grosses vésicules* (rupia); 2° *éruption vésiculeuse agglomérée* (eczema); 3° *éruption vésiculeuse groupée* (herpès); 4° *éruption puro-vésiculeuse à grosses vésicules* (ecthyma); 5° *éruption puro-vésiculeuse agglomérée* (impetigo). Cet ordre comprend encore d'autres éruptions qui, par leurs formes caractéristiques et par les considérations médicales importantes qui s'y rattachent, ont mérité une description particulière, tels sont le pemphigus, le zona, la petite vérole, la vaccine, la miliaire, la gale et les teignes.

Le troisième ordre est formé par les éruptions papuleuses; il ne comprend que deux espèces : le lichen (éruption papuleuse groupée de l'auteur) et le prurigo (éruption papulo-prurigineuse éparse).

Le tubercule qui n'est que l'exagération de la papule semblerait devoir rentrer dans le troisième ordre; mais comme il est fréquemment le symptôme d'une diathèse il a mérité de former l'ordre quatrième.

Le cinquième ordre est fourni par les éruptions squammeuses; il renferme le pythiriasis, le psoriasis, la lèpre vulgaire, l'icthyose et la pellagre. M. Baumès rejette le nom de lèpre vulgaire qui tend à faire confondre une maladie simplement incommode avec une des plus terribles affections que l'on connaisse. La lèpre vulgaire n'est pour lui qu'une variété du psoriasis. Voici comment l'auteur établit la nomenclature de cet ordre : éruption érythémato-squammeuse à grandes plaques (psoriasis diffusa, inveterata); éruption érythémato squammeuse arrondie à petites plaques (psoriasis guttata); éruption furfuracée ou érythémato-furfuracée (pythiriasis); l'ichthyose et la pellagre méritent seules une description spéciale.

Les taches ou macules formeront le sixième ordre.

Ici se trouvera placée l'histoire détaillée de quelques éruptions qui présentent les caractères réunis de plusieurs des ordres précédens, et ne peuvent rigoureusement entrer dans aucuns : 1° l'érysipèle; 2° l'urticaire; 3° l'acné; 4° la couperose; 5° la mentagre; 6° la dartre rongeante dont les formes sont si variées au début.

Le septième ordre réunira les excroissances ou végétations et les tumeurs cutanées. Les premières comprendront les verrues en général, les excroissances ou végétations syphilitiques. Dans la seconde division, on trouvera : 1° les tumeurs cutanées furonculeuses, c'est-à-dire le furoncle, l'orgeolet et l'anthrax; 2° les tumeurs cutanées gangréneuses, le charbon, la pustule maligne; les tumeurs cutanées hétéromorphes, où se placent la kéloïde, le molluscum, le pian ou framboesia, le bouton d'Alep, l'éléphantiasis des Arabes.

Le huitième ordre sera destiné aux altérations des dépendances de la peau.

A la fin de l'ouvrage, sous le titre d'éruptions par fluxion diathésique, seront réunies toutes les considérations relatives aux éruptions de nature syphilitique, scrofuleuse, cancéreuse, scorbutique.

On trouvera enfin, à la fin du second volume, un exposé des principes généraux à suivre dans le choix des eaux minérales naturelles applicables au traitement des maladies de la peau.

Ce qui prédomine dans la NOUVELLE DERMATOLOGIE, c'est surtout l'esprit médical. On peut s'en convaincre par le peu de lignes que nous venons de lui consacrer. La lecture de ce premier volume ne peut manquer de laisser cette impression. Le chapitre intitulé : CLASSIFICATION DERMATOLOGIQUE est un excellent traité de pathologie générale relatif aux maladies de la peau. Ces généralités se reproduisent encore en tête de chaque ordre, en sorte que l'on ne perd jamais de vue les considérations que l'auteur regarde avec raison comme le point le plus important de son sujet. La partie descriptive est loin cependant d'y être négligée; la classification, que nous n'avons que très sommairement reproduite, offre des divisions très simples et très méthodiques, le langage en est clair et précis. L'étude de la dermatologie en deviendra plus facilement abordable. Les descriptions particulières sont concises mais complètes, telles qu'on devait les attendre d'un médecin si bien placé pour observer la nature. Nous signalerons entre autres le chapitre relatif aux teignes, qui offre en outre d'importans résultats thérapeutiques. Nous recommandons fortement à tous les médecins la lecture de cet ouvrage, dont nous ne pouvons donner ici qu'une idée très incomplète. Nous pensons que M. Baumès a rendu un véritable service à la science par cette publication, qui donne à la pathologie cutanée de nouvelles bases, essentiellement médicales, pratiques, et nous ne saurions trop l'inviter à ne pas nous faire attendre son second volume.

N.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 26. (TOME X. — 1842.) SAMEDI 25 JUIN 1842.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des Hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis ; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois ; pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les Souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois sont invités à le renouveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du Journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le 1er juillet. On s'abonne dans les départemens chez tous les Directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris. Vu la difficulté et les frais de recouvrement des mandats de la Gazette Médicale, touchés au domicile des Abonnés des départemens, ce mode de souscription ne peut avoir lieu que pour des abonnemens de six mois, de neuf mois et d'un an.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE INTERNE.

De l'influence des affections des organes respiratoires sur la menstruation et de celle que cette évacuation exerce sur la marche de ces affections ; par le docteur A. Raciborski ; ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris. (Extrait de l'ouvrage couronné par l'Académie royale de médecine.) (1).

§ I. — Affections aiguës des organes respiratoires.

Quelle est l'influence des inflammations aiguës des organes respiratoires sur la menstruation ? Pour répondre convenablement à cette intéressante question, nous avons divisé les affections aiguës de poitrine en trois ordres : 1° bronchite, 2° pleurésie, 3° pleuro pneumonie.

Nous avons recueilli 12 observations de bronchite aiguë, dont 6 appartiennent à l'épidémie de la grippe qui a régné dernièrement. Chez 6 malades l'affection était assez intense et accompagnée de fièvre ; chez toutes d'ailleurs elle était caractérisée par des signes stéthoscopiques, tels que les différentes formes de râle bullaire, râle muqueux, sous-crépitant, crépitant, les râles sibilant, ronflant, etc.

Nous n'avons remarqué chez aucune de ces malades d'influence notable

(1) Cet ouvrage doit paraître prochainement. C'est une monographie complète de tout ce qui est relatif à la menstruation, envisagée sous le rapport physiologique, pathologique et thérapeutique ; nous ne saurions trop le recommander à l'attention de nos confrères. Les nombreuses recherches auxquelles l'auteur se livre pour apprécier les propriétés des différentes substances dites emménagogues, les préceptes hygiéniques qu'il donne pour les principales époques de la vie des femmes, celle de la puberté et de l'âge critique, rendront cet ouvrage précieux, non seulement pour les praticiens mais pour les gens du monde.

Feuilleton.

La Médecine des passions, ou les passions considérées dans leurs rapports avec les maladies, les lois et la religion ; par J.-B.-F. Descuret, docteur en médecine, etc. — 1 vol. in-8°.

La Médecine des passions !! voilà un titre bien solennel, une immense et difficile promesse. Cependant l'auteur ajoute que son ouvrage n'est *autre chose* « qu'un manuel, qu'une grammaire des passions considérées dans leurs rapports avec les *maladies*, les *lois* et la *religion*. » Pas davantage. Pense-t-il donc que ce soit là un cadre de peu d'étendue, et que son volume de 800 pages en ait seulement effleuré la surface. Il y a tant de choses enfermées dans ce mot passions ; leur siége, leurs causes, leurs effets, leur but, sont si différemment étudiés, conçus, expliqués, qu'on a fini par ne plus s'entendre, et le désolant *que scay-je* de Montaigne arrive toujours pour dernière conclusion.

Toutefois il faut louer l'auteur d'avoir traité de nos jours un si beau sujet ; il est toujours utile de ne pas perdre de vue que la médecine et la philosophie sont et seront à jamais inséparables, puisqu'elles ont pour but l'étude de l'homme. Un petit nombre de médecins en France, parmi lesquels il faut compter Cureau de la Chambre, Antoine Lecamus, Roussel, Cabanis, Alibert, se sont livrés à cette étude, quoique sous des points de vue différens. La bisarre et décevante prétention de ne vouloir que du *positif*, bien qu'on ne soit d'accord sur rien, fait négliger aujourd'hui cette belle partie de la science. On se place, on s'enfonce dans le matériel ; là on étale des phrases nouvelles sur de vieux canevas, puis l'on crie au progrès. Que s'ensuit-il ? des vérités ? point du tout ; des assertions contestables et contestées, un *peut-être* qui n'a pas de fin.

Mais en prenant le titre de l'ouvrage de M. Descuret dans toute sa rigueur, la Médecine des passions, plusieurs questions se présentent d'abord. Faut-il guérir les passions ? Peut-on espérer de les guérir ? Et quelles passions convient-il de guérir ? Ce sont là autant de questions d'une solution très difficile. Loin de guérir les passions, mot tout à fait vague, ne vaut-il pas mieux les comprimer, les diriger, que de les rendre tout à fait impuissantes ? Les passions tiennent à la nature humaine ; les détruire, c'est presque anéantir l'homme. On l'a déjà dit, nous ressemblons tous à de vrais instrumens dont les passions sont les cordes ; dans le fou, elles sont trop hautes et l'instrument crie ; elles sont trop basses dans le stupide, l'instrument est sourd. Un homme sans passions est donc un instrument dont on a coupé les cordes ou qui n'en eut jamais. N'est-ce pas sur elles, en effet, qu'il faut appuyer le levier pour faire mouvoir les hommes ? Il en est même qui prétendent que sans les passions l'homme ne peut être heureux. Selon Fourier, « le bonheur, sur lequel on a tant raisonné ou déraisonné, consiste à avoir beaucoup de passions et beaucoup de moyens de les satisfaire. » (Théorie des quatre mouvemens, p. 129.) Il y a loin de là au dessein de les guérir. Ajoutons qu'il y a une telle logomachie sur ce sujet qu'on distingue des bonnes et des mauvaises passions. Mais elles se touchent si bien que la ligne de démarcation est difficile à déterminer. C'est très passionnément qu'on peut aimer son pays, la gloire, l'honneur, sa famille, la vertu, etc. Les grandes passions

de la part de l'affection des bronches sur l'évacuation menstruelle. Les règles sont venues chez toutes ces malades à leur époque ordinaire, et si quelquefois il y avait un peu de différence dans la durée ou dans l'abondance de cette évacuation périodique, cela pouvait être toujours expliqué par des circonstances étrangères à la maladie. Ainsi, règle générale, cette modification n'a été observée que chez les malades auxquelles on avait pratiqué quelques saignées avant l'arrivée des règles ou chez celles qui avaient gardé le lit pendant toute la durée de l'évacuation menstruelle.

D'un autre côté, nous n'avons pas non plus remarqué que la menstruation eût jamais influé avantageusement sur la marche de l'affection des bronches. Toutes nos malades continuaient à tousser pendant les règles. Quatre ont déclaré avoir éprouvé plus de malaise et une augmentation dans la toux et l'oppression aux approches des règles et pendant les premiers jours de leur écoulement. Chez aucune malade l'affection n'a été jugée par cette évacuation.

Un des problèmes les plus difficiles à résoudre est sans contredit l'influence des phlegmasies aiguës intenses sur la marche de la menstruation et réciproquement l'influence que cette évacuation peut exercer sur ces phlegmasies. La difficulté augmente encore dans les affections, telles que des pneumonies, des pleurésies, etc., où très souvent on a recours aux émissions sanguines abondantes et répétées, lesquelles pourront déjà par elles-mêmes modifier singulièrement la marche de la menstruation et celle des maladies.

Il est indispensable de procéder dans cette circonstance à l'analyse des faits avec une extrême sévérité, *perpendendo semel observationes;* sans cela on risque d'attribuer à la maladie ou à la menstruation ce qui peut être le résultat du traitement. Aussi, pour ces affections, au lieu de nous borner à des conclusions générales, nous croyons devoir donner une description détaillée de plusieurs observations de pleuro-pneumonie capables de jeter quelque jour sur cette importante question.

Le premier fait est relatif à une femme de 19 ans, culottière, menstruée régulièrement tous les mois depuis l'âge de 10 ans. Ses règles donnaient ordinairement quatre à cinq jours et étaient assez abondantes. Sa maladie datait depuis quinze jours.

A son arrivée à l'hôpital (le 1er mars 1839), on a trouvé 104-108 pulsations et de la crépitation fixée au sommet du poumon gauche en avant et en arrière. Deux saignées de trois palettes furent pratiquées. Le lendemain cinq autres palettes furent retirées à l'aide de ventouses scarifiées. Le quatrième jour, un large vésicatoire fut posé sur le côté affecté de la poitrine.

Les règles sont venues dans la nuit du 5 au 6 mars. Nous avons constaté par nous-même l'existence de cette évacuation. Ayant examiné de nouveau la malade, nous avons trouvé que les crachats continuaient encore à être rouillés, et nous avons entendu distinctement de la crépitation. A partir de la deuxième saignée, il y a eu déjà une amélioration notable. Le 7 mars, on a commencé à donner du bouillon. Les règles ont cessé de couler le 7 au soir.

Cette observation est réellement fort intéressante. A elle seule, elle prouve déjà que les affections aiguës des organes respiratoires n'ont pas une influence aussi grande sur la menstruation, comme on est généralement porté à le croire. Ce qu'il y a encore de remarquable, c'est que l'évacuation menstruelle n'a pas été modifiée par des émissions sanguines assez abondantes et qu'elle n'a pas amené de changement notable dans la maladie.

La deuxième observation a pour sujet une femme de 40 ans, blanchisseuse, admise à l'hôpital le 24 avril 1839 le quatrième jour de sa maladie. Cette femme, de constitution moyenne, était bien réglée toute sa vie, depuis l'âge de 15 ans. Ses règles donnaient ordinairement deux à trois jours et étaient peu abondantes. Le deuxième jour de la maladie on pratiqua une saignée et on fit appliquer 15 sangsues sur le côté douloureux.

Le jour de son entrée à l'hôpital, nous avons noté 36-40 inspirations et 100-104 pulsations par minute, toux augmentant la douleur de côté, matité à la partie antérieure et externe du côté gauche. En arrière, la matité occupait toute l'étendue depuis l'épine de l'omoplate jusqu'en bas, et nous avons entendu distinctement le souffle bronchique et la bronchophonie avec un peu de crépitation fine. Le sommet du poumon droit était également malade; nous y avons trouvé de la matité; dans la fosse sus-épineuse, du souffle bronchique et de la bronchophonie. Les crachats étaient safranés, gélatiniformes. Une saignée d'une livre a été pratiquée au moment de l'arrivée à l'hôpital; le deuxième jour, une autre saignée de trois palettes et une application de ventouses scarifiées de trois palettes également. Le troisième jour, la malade allant sensiblement mieux, on s'est borné à l'application d'un large vésicatoire sur le côté gauche de la poitrine.

Le même jour, le 26 avril au matin, les règles sont venues à leur époque habituelle. Elles ont duré un peu moins que de coutume et se sont arrêtées dans la nuit du 27 au 28.

Le 28, on a donné un peu de bouillon, et la malade n'a pas tardé à entrer en convalescence.

La malade de la troisième observation est une femme de chambre, âgée de 19 ans, affectée depuis trois jours de pleuro-pneumonie du premier au second degré, à la base des deux poumons, mais surtout à gauche. A son entrée à l'hôpital, nous avons noté l'existence du râle sibilant en avant, des deux côtés; un peu de râle crépitant à la partie inférieure du poumon droit en arrière; résonnance faible à la partie postérieure et inférieure du poumon gauche, accompagnée de souffle bronchique et de crépitation bien distincte; crachats rouillés; 120 pulsations.

On a pratiqué à la malade, le jour de son entrée, une saignée de trois palettes; le lendemain, une autre saignée de trois palettes et une évacuation de trois palettes de sang à l'aide de ventouses. Le troisième jour, son pouls était encore à 120 pulsat., et il y avait encore 28-32 inspirations par minute; les crachats étaient albumineux, fortement spumeux; cependant il y avait une grande amélioration dans les signes locaux, et les règles sont arrivées dans la journée.

Le lendemain des règles, les crachats étaient encore spumeux, et il y avait 112-116 pulsations. Le troisième jour des règles, le mieux était notable. Les règles cessèrent vers la fin de la journée.

La quatrième malade était âgée de 30 ans, toujours bien réglée depuis l'âge de 14 ans. Il s'était déjà écoulé à peu près trois semaines depuis ses dernières règles, lorsqu'elle a été prise d'un point de côté à gauche, avec toux et crachats sanguinolens. Nous avons noté, le troisième jour de la maladie, l'existence de la matité du souffle bronchique et du râle crépitant à la partie postérieure du côté gauche. Deux saignées de trois palettes et une application de 40 sangsues sur le côté douloureux furent

---

font les grandes choses, et celles-ci les grands hommes. J'entends : il ne faut pas d'excès, sans doute, mais où est le point d'arrêt? Qu'on nous montre le *criterium*, le poids, le degré, la mesure qui indiquent qu'en deçà se trouvent la prudence, la santé ferme du bon sens, et qu'au delà soient la déraison, la folie, qu'on a donné le *demy-tour de cheville* dont parle Montaigne.

On ne se rend donc pas bien compte du but réel de l'ouvrage de M. Descuret; il n'est nulle part très nettement exprimé; et cette *grammaire des passions*, comme il l'appelle, serait une contradiction avec le titre. Toutefois il est aisé de voir qu'une intention formelle de thérapeutique a dirigé l'auteur. Il enseigne les moyens de guérir les passions, et ces moyens sont indiqués à chacune d'elles en particulier. C'est une belle entreprise d'autant plus qu'il y a trente siècles que les philosophes et les législateurs y ont à peu près échoué.

Gênés par le temps et l'espace, on concevra facilement que nous ne pouvons donner ici qu'une analyse très restreinte de cet ouvrage; disons seulement que l'auteur l'a divisé en deux parties principales. Il traite, dans l'une, des passions en général, et dans l'autre, des passions en particulier. Regardant avec raison ces mouvemens tumultueux de l'esprit et du corps, comme de véritables maladies, l'auteur, dans sa première partie, définit les passions; il en recherche le *siége*, il en examine les *causes*, puis la *séméiologie*, la *marche*, les *effets*, le *traitement*. Dans la seconde, il trace l'histoire de chaque passion en particulier, avec des observations à l'appui. Cette marche est très logique, et dans la confusion où nous sommes, elle permet de réunir, de coordonner une multitude de faits.

Les passions, considérées sous un certain rapport, sont non seulement des maladies par elles-mêmes, mais elles sont la source d'une infinité d'autres maladies. Sans leur violence, sans les terribles secousses qu'elles impriment à l'économie, l'homme jouirait presque d'une santé constante. Leur premier et déplorable effet est, au physique, d'exalter outre mesure la sensibilité; au moral, d'abaisser, d'étouffer la raison; celle-ci même, dans certains cas, se perd et s'éteint, la personnalité n'est plus, on est en démence. Ce n'est donc pas sans fondement qu'on regarde la folie comme l'exaltation des penchans et des passions de l'individu. Que de fois n'ai-je pas vu dans l'établissement du docteur Falret, établissement où les maladies mentales sont si bien étudiées, si bien comprises, si bien traitées, sous le triple rapport médical, hygiénique et philosophique; que de fois, dis-je, n'ai-je pas vu des infortunés dont l'orgueil, l'ambition, la vanité, se sont transformées en démence. Les passions avaient rompu et dépassé toute limite par leur excès même. Il y a un haut enseignement moral à puiser dans une maison d'aliénés.

Cependant, qu'est-ce que la passion en elle-même? L'auteur la définit, la *tyrannie d'un besoin*. D'après cela, tout besoin serait passion, ce qui n'est pas. Je crois donc cette définition peu fondée; on a pris évidemment ici l'effet pour la cause. La passion a des degrés, comme l'habitude; on peut d'abord la maîtriser, la contenir; mais laissez-vous aller à son impétueux courant, bientôt elle vous enlève, elle vous enveloppe, comme un mouvement violent, une force que rien ne peut ni diriger ni dompter. C'est alors que l'homme marche à la lumière de ses passions, car toutes ont leur adresse, toutes ont leurs sophismes; il y a un irrésistible besoin. Un passage de saint Augustin, que j'ai rapporté ailleurs (1),

(1) PHYSIOLOGIE ET HYGIÈNE DES HOMMES LIVRÉS AUX TRAVAUX DE L'ESPRIT, etc. Paris. Troisième édition.

faites les deux premiers jours de son séjour à l'hôpital. Le troisième jour le mieux était sensible ; les règles ont paru dans la journée et ont continué pendant trois jours.

A ces observations, nous pouvons en ajouter une cinquième, qui nous a été communiquée par M. Gauthier de Claubry, membre de l'Académie de médecine. Ce médecin distingué, après avoir prescrit un jour une saignée à une malade affectée de pleuro-pneumonie, a eu à lutter contre une énergique opposition de la part des parens de la malade, qui, sachant qu'elle se trouvait au moment des règles, avaient jugé la saignée inopportune. M. Cauthier de Claubry agit dans cette circonstance en praticien éclairé. Malgré cette apparente contr'indication, il fit pratiquer immédiatement la saignée, et la même opération fut répétée le lendemain matin. Cependant la menstruation n'a pas discontinué, et loin de produire les fâcheux effets que l'on redoutait, la conduite de notre habile confrère a été couronnée d'un plein succès. La malade n'a pas tardé à être entièrement rétablie.

Examinons actuellement quelques faits relatifs à l'inflammation de la plèvre.

Dans une de nos observations, il s'agit d'une domestique, âgée de 27 ans, habituellement bien réglée, malade déjà depuis deux mois. La malade s'est refroidie, ayant eu chaud, et a commencé à tousser. La toux, d'abord sèche et sans aucune douleur de côté, a été plus tard accompagnée d'une expectoration muqueuse et d'un point au-dessous du rein gauche. A son entrée à l'hôpital de la Charité (le 15 février 1839), nous avons constaté ce qui suit : résonnance généralement plus faible en arrière et à gauche qu'à droite, surtout en bas, bruit de frottement pleural, et de temps en temps un peu de râle sibilant ; 84-88 pulsations. La malade a eu deux saignées, une de trois et l'autre de 4 palettes, une application de ventouses scarifiées et un large vésicatoire sur le côté affecté.

Dans le commencement de la maladie, lorsque la malade était encore chez elle, les règles avaient déjà paru à leur époque ordinaire et avaient duré comme d'habitude. Elles ont reparu la veille de l'entrée de la malade à l'hôpital, et nous avons constaté leur existence à notre premier examen. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que, malgré de si abondantes saignées, la menstruation a duré trois jours, comme de coutume, et que nous n'avons remarqué aucune influence salutaire de la part des règles sur la marche de l'affection des organes respiratoires.

Dans une autre observation, il s'agit d'une portière, âgée de 34 ans, affectée depuis six jours de pleurésie, avec épanchement occupant la moitié inférieure du côté droit de la poitrine. Nous avons constaté chez elle : matité, avec absence de la respiration vésiculaire, et souffle bronchique près de l'angle inférieur de l'omoplate du côté droit. Cependant les règles sont venues le troisième jour de la maladie à leur époque ordinaire, et ont duré comme de coutume, sans avoir eu aucune influence favorable sur la marche de l'inflammation de la plèvre.

Une autre observation a pour sujet une femme âgée de 42 ans, toujours bien réglée. Sa maladie datait déjà depuis deux mois, mais elle est devenue évidemment plus aiguë depuis peu de temps. Nous avons trouvé chez elle de la matité dans le tiers inférieur du poumon gauche, avec souffle bronchique, égophonie et 100-104 pulsations par minute. Cette femme eut d'abord ses règles dans le commencement de sa maladie, et la seconde fois, le lendemain de son entrée à l'hôpital. L'évacuation menstruelle n'a montré, à aucune de ces deux époques, d'influence sensible sur la marche de la maladie. A la première époque, les règles ont duré comme d'habitude ; à la seconde, elles se sont supprimées, il est vrai, au bout de 24 heures. Mais ceci se laisse expliquer à la fois et par l'arrivée récente de la malade à l'hôpital et par des émissions sanguines qu'on lui avait pratiquées.

Le fait que nous allons rapporter n'est pas moins concluant que les précédens ; c'est par lui que nous allons terminer les observations relatives aux rapports de la menstruation avec les phlegmasies aiguës des organes respiratoires.

Au mois d'août 1837, nous fûmes mandé, par M. le docteur Payn, auprès d'une dame, demeurant rue de Latour d'Auvergne. Nous avons reconnu l'existence d'une pleurésie, avec épanchement remplissant le côté droit, datant depuis cinq jours. Il y avait 104-108 pulsations. Avant notre arrivée, on s'était borné à faire une application de 10 sangsues sur le point douloureux. Ayant essayé de pratiquer immédiatement une saignée, et une autre le lendemain matin, la malade nous fit observer que ses règles avaient paru le jour même, et elle voulait savoir si cette circonstance ne devait pas modifier notre prescription. Nonobstant cela, ces deux saignées furent pratiquées. Le lendemain, nous avons trouvé la malade dans un état fort satisfaisant. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que cette amélioration subite est survenue malgré que les règles se fussent supprimées après la première saignée.

Ainsi, la suppression de l'évacuation menstruelle regardée pendant longtemps comme une crise salutaire dans les maladies aiguës, n'a pas empêché, dans le cas dont il s'agit, la terminaison heureuse de la pleurésie.

A côté de ce fait, nous allons en citer un autre, que nous empruntons à Morgagni. Nous verrons, par l'examen de cette observation, que la réapparition des règles, supprimées d'abord au début des phlegmasies aiguës des organes respiratoires, n'a pas non plus la faculté de juger ces maladies, et qu'elle n'est pas capable de prévenir leur terminaison funeste.

« Une servante de 19 ans, fille un peu trop grosse et pléthorique, étant dans ses règles, qui déjà depuis trois mois avaient coutume de couler moins abondamment qu'auparavant, fut prise, après avoir été exposée à un vent froid, d'une douleur pongitive à la poitrine et d'une difficulté de respirer. Cette douleur restait fixe au-dessous de la mamelle gauche, et elle augmentait par le toucher, de sorte que le décubitus sur le côté était impossible.

» On a fait deux saignées à la malade ; après la deuxième saignée, il s'écoula le même jour par l'utérus un peu de sang, ou plutôt un peu de sérosité, très légèrement sanguinolente. Tout allant plus mal et le pouls étant devenu plus profond, comme si l'artère avait éprouvé une rétraction en dedans, elle mourut au commencement du septième jour, en rendant par la bouche une humeur semblable à de l'eau écumeuse, dans laquelle on aurait récemment lavé de la chair. »

Ce fait est d'un très grand intérêt pour la pratique. Les anciens, qui regardaient la menstruation comme une crise destinée à débarrasser l'économie de beaucoup de principes nuisibles, attribuaient souvent à tort une foule d'indispositions à la suppression de cette fonction. Comme nous le verrons plus bas, la suppression brusque des règles n'est, dans la plupart des cas, qu'une coïncidence des maladies qu'on lui attribue, et reconnaît avec elles une cause commune, telle que, par exemple, le re-

---

explique parfaitement cette idée : *Ex voluntate perversâ*, dit-il, *facta est* LIBIDO ; *et dum servitur libidini, facta est* CONSUETUDO ; *et dum consuetudini non resistitur, facta est* NECESSITAS, c'est-à-dire « la volonté en se déréglant devient *passion*, cette passion continuée se change en *habitude*, et faute de résister à cette habitude, elle se transforme en *besoin*, NECESSITAS. » Gradation aussi juste qu'ingénieuse, parce qu'elle exprime parfaitement ce qui se passe dans cet état violent de l'esprit et du corps, parce qu'elle montre le départ, le point d'attraction du tourbillon.

Comme tout est incertitude sur cet objet, et que, quand la recherche humaine veut s'étendre jusqu'à l'inaccessible, jamais elle ne prouve mieux son impuissance, on ignore absolument où est le siége des passions. Ce problème psychique est encore non résolu, bien entendu que les opinions, les systèmes sans preuves démonstratives, sont innombrables. M. Descuret, d'accord avec un grand nombre de physiologistes, place ce siége dans le système nerveux en général ; il admet « que les passions sont répandues dans tout l'organisme ; que leur siége réside dans les conducteurs de la sensibilité. » N'adoptant ni ne rejetant entièrement la doctrine de Gall, il tâtonne et reste à cet égard dans une complète irrésolution. On est vraiment étonné que cet auteur, ayant donné des preuves d'un esprit judicieux, éclairé, hésite à rejeter cette doctrine bizarre, espèce de vertige paradoxal, qui choque à la fois la vérité, le bon sens et la langue française. Comment croire que le MOI, un, indivisible, qui contient peut-être un million d'idées et de sentimens, va se fractionnant de plus en plus pour se loger en trente, quarante ou cent endroits du cerveau, et toujours à la périphérie pour les besoins de la crânioscopie? Cette *pluralité de cerveaux et d'intelligences* sera toujours inadmissible.

Le véritable siége des passions semble donc placé dans l'instinct, ou la pure animalité. Tout sentiment est instinct ; or, c'est ainsi que le désir est fils du besoin et le père du plaisir. Que ce sentiment soit ensuite excessif, exclusif, il y a passion, et celle-ci, prise dans une direction contraire à l'ordre social, n'est que l'égoïsme porté à l'extrême. Ainsi le MOI, presque toujours si hostile, si cruel, si blessant pour les autres, développé depuis la plus obscure des affections jusqu'à la perception et la production de la plus vive passion, est le ressort principal de celle-ci ; elle a donc son point de départ dans le système nerveux ganglionnaire, le premier et le plus constant chez tous les animaux. De là cette lutte signalée dans tous les temps entre les passions et la raison, les régions inférieures et les régions supérieures, où règne la lumière, entre les déterminations instinctives et les déterminations rationnelles ; de là encore ce duel implacable de la passion mal dirigée, contre la société, contre l'ordre général, contre l'individu lui-même, cette terrible loi de combat, dont l'homme cherche en vain l'insoluble *pourquoi*. Ce n'est pas que toute passion ne se rattache aux idées, au jugement même ; mais si celui-ci ne la maîtrise, elle finit par dominer entièrement. L'esprit lui-même s'animalise ; c'est là cette supériorité de la *bête humaine*, dont on a tant parlé à différentes époques. Dans le moyen âge, elle était respectée matériellement par *Satan*, être bizarre, immonde, ayant une forme humaine, avec les membres et les attributs d'une brute. Voici ce qu'on lit dans un livre tout à fait moderne : « Des femmes repentantes viennent consulter St-Dominique, et le saint, après leur avoir fait sur leur conduite passée de très-justes reproches, leur dit : voulez-vous voir le maître que vous avez servi jusqu'à présent ? Et d'un signe il fit paraître le diable sous la forme d'un *pourceau*. » (VIE DE SAINT Do-

froidissement. Il résulte des faits que nous venons d'examiner que le médecin qui, pour guérir la maladie principale, se hornerait, dans un cas pareil, à chercher à rappeler les règles, perdrait son temps et ne réussirait que rarement à sauver son malade.

En résumé, nous pouvons conclure de ce que nous avons dit dans ce paragraphe :

1° Que les phlegmasies aiguës des organes respiratoires n'exercent généralement aucune influence sur la marche des règles, et que, dans la plupart des cas, on voit l'évacuation menstruelle s'opérer comme à l'ordinaire, au début de ces phlegmasies.

2° Dans les cas où les phlegmasies aiguës des organes respiratoires débutent peu de temps après une époque menstruelle, les règles peuvent manquer ou être très peu abondantes à l'époque suivante ; mais ce résultat ne doit pas être attribué à la nature de la maladie, mais aux émissions sanguines et à l'affaiblissement occasioné par la diète. La même particularité se représente toutes les fois qu'on a l'occasion d'appliquer ce genre de traitement.

3° L'évacuation menstruelle qui arrive dans le cours des phlegmasies aiguës des organes respiratoires n'a aucune influence sur la marche de ces maladies ; par conséquent, on ne doit jamais dans ces maladies chercher à provoquer les règles ni à favoriser leur retour quand elles ont été supprimées, dans l'espoir d'obtenir une amélioration.

Il est vrai que quelques auteurs, et en particulier Forestus (1), et plus récemment M. Andral (2) ont cité des exemples de fluxions de poitrine qui se sont terminées heureusement immédiatement après des hémorragies utérines. Mais, comme le fait observer M. Andral lui-même, il faut se garder de confondre ces sortes de métrorrhagies, véritablement critiques, avec le simple flux menstruel, qu'on a souvent considéré comme jugeant différentes maladies.

4° Que les suppressions des règles, occasionées par des émissions sanguine, pratiquées pour combattre les phlegmasies aiguës des organes respiratoires, n'ont jamais été suivies de résultats fâcheux, et que, par conséquent, la présence des règles ne doit jamais servir de contr'indication pour les émissions sanguines lorsqu'on les aura jugées nécessaires.

§ II. — Affections chroniques.

Parmi les affections chroniques des organes respiratoires, les unes, comme la bronchite chronique simple, l'emphysème, ne diffèrent des affections que nous venons de passer en revue que par la lenteur de leur marche et par l'intensité moindre de l'inflammation ; d'autres, comme la phthisie tuberculeuse, en sont entièrement distinctes. C'est un des plus grands non-sens de l'école dite *physiologique* que d'avoir confondu des ffections aussi différentes et d'avoir regardé les tubercules pulmonaires qui résultent d'une altération profonde de l'économie entière, d'une véritable cachexie, comme une forme de l'inflammation chronique des organes respiratoires.

Une fois qu'on est pénétré de cette vérité, on doit trouver fort intéressant de savoir jusqu'à quel point la différence qui existe entre ces affections peut se traduire dans l'influence qu'elles exercent sur l'évacuation menstruelle.

Nous avons recueilli 44 observations relatives à la marche de la menstruation chez les femmes phthisiques. Rapporter ces observations avec tous leurs détails, ce serait nous exposer à nous attirer les reproches qu'on adresse généralement à beaucoup d'auteurs modernes, qui, pour faire ajouter plus d'importance à leurs travaux, les grossissent d'un grand nombre d'observations. Mais comme nous n'écrivons pas pour les gens qui se laissent prendre au leurre d'une pareille gloire, comme nous ne cherchons que les intérêts de la science, nous sacrifions à dessein la description de toutes les observations, qui n'auraient même probablement pas l'honneur d'être lues par personne, et nous nous hornerons à en rapporter les conclusions.

Sur 44 malades chez lesquelles nous avons constaté l'existence de phthisie tuberculeuse à différens degrés, nous avons noté chez 38 l'aménorrhée. Chez les six autres, la menstruation continuait à peu comme à l'état normal.

Une de ces malades ne nous a plus offert, il est vrai, de signes positifs des tubercules ; mais la persistance de la toux pendant un an, les hémoptisies assez souvent répétées, l'amaigrissement de plus en plus prononcé, etc., nous faisaient présumer qu'il y avait réellement une affection tuberculeuse des poumons. Les règles venaient tous les mois et duraient comme d'habitude ; leur abondance était également normale.

Chez la seconde malade, l'affection paraissait dater depuis un an ; nous avons reconnu l'existence d'une caverne au sommet du poumon droit. Au milieu de ces circonstances, les règles continuaient à revenir périodiquement à l'état normal.

Chez la troisième malade, nous avons également reconnu l'existence d'une excavation au sommet du poumon droit, et la maladie paraissait dater depuis au moins cinq mois, tandis que la menstruation n'avait pas encore éprouvé le moindre trouble.

Chez la quatrième malade, l'affection tuberculeuse datait déjà depuis près de 2 ans ; nous avons constaté l'existence d'une caverne au sommet du poumon droit. Les règles se sont supprimées une fois pendant quatre mois consécutifs ; mais depuis huit mois avant notre examen, elles avaient repris une marche ordinaire et revenaient tous les mois.

Chez la cinquième malade, l'affection tuberculeuse datait déjà depuis plus d'un an ; cependant la menstruation continuait ; seulement l'hémorragie était un peu moins abondante et le sang plus pâle que dans l'état de santé.

Chez la sixième malade, l'affection datait depuis plus d'un an ; nous avons noté l'existence de cavernes, et la menstruation n'a pas éprouvé le moindre dérangement dans le cours de la maladie.

Deux de ces malades quittèrent l'hôpital, et nous les avons perdues de vue. Chez quatre autres, le diagnostic a été entièrement confirmé par l'examen cadavérique.

Les faits exceptionnels que nous venons de citer prouvent que, malgré la grande tendance que présentent les tubercules pulmonaires à supprimer le flux menstruel, l'aménorrhée n'est pas cependant une conséquence absolue de la phthisie.

L'époque à laquelle arrive la suppression des règles n'est pas la même chez toutes les malades. Le tableau suivant indiquera sommairement les rapports entre le début de la phthisie et celui de l'aménorrhée.

(1) Lib. I, obs. XX, et lib. XVI. obs. XXXV.
(2) Clin. méd., 3e édit., tom. IV, p. 417.

---

minique ; par le père Lacordaire.) Il y a du vrai dans cette légende ou ce symbole. Il faut en conclure la nécessité de se surveiller continuellement, celle des habitudes bien reglées, et surtout d'une éducation sévère, afin de ne donner que le *moins possible à la nature*, comme on disait à Port-Royal. Qu'est-ce que la vertu ? L'*instinct* ou la passion subjugués ; le triomphe de soi est la consommation de toute philosophie.

Ceci, il faut l'avouer, serait bien difficile à concevoir avec le *fatalisme phrénologique*, qu'il est impossible de nier. On ne conçoit pas dès lors cette assertion de l'auteur : « La localisation des facultés, dit-il, ne me semble ni impossible, ni contraire à notre libre arbitre. » Outre que cette assertion, *ne me semble*, est bien vague, comment ne pas voir qu'on ne peut modifier réellement que des sentimens, des idées, et non des protubérances ; ensuite, comment concilier cette assertion avec ce qu'il a dit du siége des passions ?

Passant ensuite des causes, des effets et des signes des passions aux moyens curatifs, M. Descuret examine le traitement qui convient à ce genre de maladie. Il en parle presque toujours avec une assurance, une conviction, un aplomb véritablement étonnans, ni plus ni moins que s'il s'agissait d'un érysipèle, d'une pneumonie ou d'une simple fièvre intermittente. C'est pourtant là, à mon sens du moins, où il faut comprendre toute la petitesse, toute la faiblesse et la vanité de la science humaine. Non seulement ce qui se passe sous nos yeux le démontre clairement, mais l'histoire est la preuve énergique et vivante de l'impuissance des hommes à guérir les passions ; la philosophie, roulant sans cesse son rocher, reste écrasée par l'expérieuce de tous les temps.

L'auteur divise ce traitement en médical, législatif et religieux ; c'est là un cercle immense, d'autant plus impossible à parcourir, que les deux tiers sont en dehors de notre science. D'ailleurs, y a-t-il un traitement législatif ? Non sans doute ; car la pénalité établie par la loi punit les actes faits avec conscience, mais elle ne remonte pas plus haut. Elle ne guérit donc pas les passions, elle les réprime, les contient quand elles tendent à troubler l'ordre social. La religion, à la vérité, va plus loin, elle condamne le crime *pensé*, comme le crime *commis* ; elle combat les passions, les subjugue en vue de récompenses éternelles. Aussi est-ce une couronne de martyr qu'elle promet à celui qui a vaincu la nature dans la passion. Mais cette doctrine est tout à fait en dehors de la science, et certes, l'homme vraiment religieux n'a pas besoin d'autres secours ; la voie est ouverte, douloureuse ou non, il y marche avec confiance. Reste donc la thérapeutique médicale ; on ne saurait nier tout à fait ses effets sous le rapport hygiénique ; mais combien cette influence est bornée, combien de cas où elle se trouve tout à fait insuffisante ! Dites à un homme, dont le cœur est trempé au feu d'une passion dévorante, de prendre tel aliment plutôt que tel autre, de suivre un régime spécial ; en supposant qu'il y consente, pensez-vous qu'il y ait grand espoir de réussir ? Puis, qu'on nous dise le régime à adopter contre l'envie, contre la haine, contre l'hypocrisie, etc. L'auteur se félicite d'avoir combattu des habitudes fâcheuses par un *exutoire* ; dans le traitement de l'amour, il veut qu'on donne des boissons acidulées, une alimentation légère, rafraîchissante, composée en grande partie de viandes blanches, de légumes, de fruits, etc. Dans l'ambition, l'alimentation devra être légère ou rafraîchissante, il faudra tâcher de prolonger le sommeil du malade, recourir aux bains tièdes, aux frictions, etc. Allez maintenant proposer un tel régime à César, à Mahomet, à Cromwell, à Napoléon, à la tourbe

PREMIÈRE CATÉGORIE : TUBERCULES DISSÉMINÉS SANS EXCAVATIONS.

Ancienneté de la maladie.	Ancienneté de l'amenorrhée.
7 mois.	2 mois.
3 ans	2 »
8 mois.	3 »
1 an.	4 »
11 mois.	3 »

DEUXIÈME CATÉGORIE : TUBERCULES AVEC EXCAVATIONS.

15 mois	10 mois.
11 »	10 »
3 »	2 »
2 ans.	18 »
18 mois	16 »
10 »	5 »
6 »	4 »
9 »	2 »
1 an.	1 an.
5 mois.	5 mois.
4 »	4 »
2 »	2 »
6 »	4 »
2 ans.	3 »
1 an.	1 an.
16 mois.	7 mois.
6 »	3 »
19 »	10 »
1 an.	2 »
5 mois.	5 »
4 »	4 »
2 ans.	5 »
7 mois.	5 »
2 »	1 »
3 »	3 »
1 an.	3 »
5 mois.	4 »

Il résulte de ce tableau que, dans la plupart des cas, la suppression des règles ne commence que plus ou moins longtemps après les premiers symptômes de la phthisie.

Cinq malades seulement avaient rapporté à la même époque le commencement de la toux et la suppression des règles. Trois malades furent enceintes à l'époque de l'origine de la toux, et la menstruation ne reparut point depuis leurs couches.

Chez toutes les autres malades, la suppression des règles arrivait ordinairement d'autant plus tard que la marche de la maladie était plus lente, et que l'affection tuberculeuse était moins profonde. Ainsi, en prenant la moyenne des faits de la première catégorie, c'est-à-dire celle où les tubercules étaient encore disséminés, nous trouvons trois mois d'aménorrhée pour quatorze mois de tubercules, c'est-à-dire que, règle générale, la suppression des menstrues n'arrive, dans des cas semblables, que vers le onzième mois de la maladie. L'examen des faits de la deuxième catégorie nous donne au contraire comme moyenne 5 à 6 mois ($5 \frac{24}{33}$) d'aménorrhée pour un peu plus de 9 mois ($9 \frac{14}{33}$) de maladie; c'est-à-dire que, dans l'affection tuberculeuse qui suit une marche ordinaire et qui offre dans l'espace de quelques mois les signes du ramollissement, la suppression des règles arrive généralement vers le quatrième mois de la maladie.

Chez une seule malade, l'aménorrhée a précédé environ de deux mois la toux. Cette malade était d'une constitution délicate et d'un tempérament lymphatique.

Une seule malade attribuait l'affection de poitrine à la suppression des règles occasionnée par la peur. Mais comme la malade n'a été soumise à l'influence de cette cause que plusieurs jours après sa dernière époque menstruelle, il nous semble qu'il ne serait pas rationnel d'admettre son explication, et que, dans ce cas encore, il faudra regarder l'aménorrhée plutôt comme le résultat que comme la cause de l'affection tuberculeuse.

Cependant, nous sommes loin de vouloir nier d'une manière absolue que la suppression subite des règles ne puisse jamais favoriser le développement de la phthisie. Tous les jours on voit la suppression brusque de l'évacuation menstruelle occasioner des congestions dans les différens organes, et en particulier dans les poumons; or, nous ne voyons pas pourquoi des congestions de ce genre ne pourraient pas quelquefois faire éclater la phthisie tuberculeuse chez des femmes qui seraient déjà précédemment disposées à cette affection. Ce que nous avons voulu constater, c'est que, parmi les malades qui se sont présentées à notre observation, la phthisie n'a jamais été l'effet, mais toujours la cause de l'aménorrhée.

Dans la plupart des cas, la suppression des règles chez les femmes phthisiques s'opère lentement et progressivement. D'abord, c'est la quantité du sang qui diminue; plus tard, le sang devient plus pâle que de coutume; il survient ensuite quelques irrégularités, enfin l'évacuation menstruelle est entièrement supprimée.

L'aménorrhée étant un des résultats les plus communs des tubercules pulmonaires, nous avons cru qu'il devait être intéressant de rechercher les rapports qui unissent si intimement ce trouble de la menstruation à la phthisie.

La marche chronique des tubercules pulmonaires suffirait-elle pour expliquer l'aménorrhée? N'y aurait-il là rien autre chose que ce qu'on voit ordinairement dans toutes les maladies de longue durée où les malades sont soumis pendant longtemps à des évacuations plus ou moins abondantes et à un régime affaiblissant? Telle était la question qui s'est présentée en premier lieu à notre esprit.

Ce qu'il y avait de mieux à faire, selon nous, pour répondre à cette question, c'était de comparer l'influence qu'exerce sur la menstruation la phthisie, avec celle qu'exercent sur cette fonction d'autres affections chroniques des organes respiratoires. Nous avons recueilli dans ce but six observations de catarrhe chronique, avec emphysème plus ou moins prononcé. Quatre malades furent obligées de recourir aux émissions sanguines pour trouver du soulagement. Une d'elles avait gardé le lit pendant un mois, avait eu deux applications de vésicatoires sur la poitrine, et avait pris pendant huit jours le tartre stibié. Nous ne vîmes, chez aucune de ces malades, de suppression totale de la menstruation. Chez cinq, les règles avaient continué à revenir, pendant tout le cours de la maladie, comme à l'état de santé. Une seule a offert une suppression de trois mois. Cependant, ses règles avaient repris ensuite leur marche ordinaire, et avaient continué ainsi encore pendant un an jusqu'à l'âge de 45 ans, époque où elles ont entièrement cessé. Tout nous porte à croire que la suppression de trois mois que nous avons notée dans cette circonstance était

---

inférieure des ambitieux, à quiconque, bourdon ou guêpe de la ruche sociale, écrase les faibles, s'élève à leurs dépens, et vous verrez les résultats obtenus. S'agit-il de la *jalousie* ; dans le plus grand nombre de cas, l'alimentation devra être douce, rafraîchissante et végétale; on conseillera l'eau pure pour boisson habituelle; on peut prescrire en même temps du petit lait, des émulsions. Au contraire, dans la *paresse*, on conseillera une alimentation légèrement aromatique, des viandes rôties ou grillées; on joindra un peu de vin généreux, des tisanes amères, le café, etc. Qui ne conçoit la faiblesse, l'inutilité d'un pareil traitement? L'auteur, à la vérité, recommande les moyens moraux, et surtout religieux; d'accord, mais, encore une fois, n'est-ce pas sortir de l'orbite médicale? Ce qui est sensible et matériel dans l'homme est dirigé par le *besoin*, ce qui est intellectuel et moral est régi par des *principes*; or, les passions sont dans ce dernier cas, quoique nées du besoin. Sans nier, dans un bien petit nombre de cas, l'efficacité médicale, il est certain qu'il faut recourir aux grands remèdes de l'âme, la religion et la philosophie. Qui n'est pas guéri par ces deux puissans moyens ne le sera jamais. Je les place sur la même ligne, car, au fond, sous ce rapport, il n'y a pas deux choses dont l'une soit la philosophie, et l'autre la religion; ce sont deux besoins co-éternels de l'esprit humain.

L'auteur a consacré, dans son ouvrage, un chapitre aux passions des animaux; malheureusement ce qu'il en dit n'est qu'une paraphrase d'assertions déjà connues et plus ou moins justes. Ceci est d'ailleurs moins un reproche qu'une remarque. En effet, cette question des animaux est, à mes yeux, la plus ardue, la plus formidable de toutes les questions philosophiques. Quand on a la prétention de la résoudre, mille difficultés se présentent, toutes insolubles, toutes dangereuses, en ce qu'elles se rattachent à d'autres questions d'un ordre supérieur. Aussi nul système de philosophie n'a pu s'accommoder des animaux, ni le pur idéalisme, ni la doctrine de Locke et de Condillac, la philosophie de la *table rase*; il y a ici des charbons ardens sur lesquels on n'ose marcher. Il en résulte qu'on fait, des animaux, tantôt des automates, Malebranche tue sa chienne d'un coup de pied, parce que ce n'est qu'une *machine*; tantôt on leur donne une intelligence, sinon égale, au moins identique avec la nôtre, et l'on dit, avec Dupont de Nemours : *les animaux nos frères*. Le plus communément on les met à part, comme si, à une certaine échelle, des êtres ayant des sensations, des perceptions, des idées, des sentimens, par conséquent susceptibles d'éducation, de perfectionnement, étaient indignes de toute psychologie. Sans se prononcer dans ces grandes questions, M. Descuret admet, comme tout le monde, de la mémoire, de la prévoyance, des passions dans les animaux, et il en rapporte quelques exemples. S'il eût consulté le célèbre ouvrage de George Leroi (LETTRES SUR LES ANIMAUX), il en aurait trouvé de très remarquables, et observés avec autant de finesse que de profondeur. Il se serait dispensé surtout de citer des faits trop vulgaires; c'est ainsi qu'il rapporte une anecdote qui en est au moins à sa centième édition, celle d'un grand chien qui lâche son urine sur un roquet pour le faire taire. M. Descuret a vu aussi, dans la rue Mouffetard, un crapaud apprivoisé qui ne voulait pas quitter le grabat sur lequel gisait le corps d'un malheureux vieillard dont il était depuis longtemps l'unique société (p. 267). Voilà un crapaud bien sentimental.

Mais arrêtons-nous, le temps et l'espace nous manquent. Contentons-nous de dire, en jetant un coup-d'œil sur ce livre, que c'est l'œuvre d'un homme instruit,

due tout simplement à l'influence de l'âge climatérique. Il n'est pas rare de voir cette sorte d'irrégularité dans la menstruation aux approches de l'âge critique.

Il résulte de ce que nous venons de dire que l'influence exercée par la phthisie tuberculeuse sur les règles diffère complètement de l'influence qu'exercent sur cette fonction d'autres affections chroniques des organes respiratoires, et que par conséquent la marche seule de la phthisie ne suffit pas pour rendre compte des troubles de la menstruation chez les femmes affectées de cette maladie.

Selon M. Louis, dans les cas où la phthisie avait une marche lente, on n'a pas pu trouver la cause qui retardait ou accélérait la suppression du tribut périodique; mais quand elle arrivait au terme fatal en moins d'une année, cette suppression coïncidait dans la plupart des cas avec le début de la fièvre, c'est-à-dire avec une époque à laquelle l'influence de la maladie principale sur les fonctions des différens organes devenait plus évidente et plus réelle (1).

Nous avons été plus d'une fois à même de constater la justesse de l'observation de M. Louis. De même que ce médecin distingué, nous avons remarqué que chez la plupart des femmes phthisiques qui avaient continué à être réglées pendant les premiers mois de leur maladie, la menstruation se supprimait entièrement à l'époque où la fièvre hectique prenait plus d'intensité. Mais, d'un autre côté, il est également bien démontré pour nous que, dans d'autres cas, au moins aussi nombreux, la menstruation se trouve troublée pour ainsi dire dès le commencement de la maladie, quoiqu'il n'y ait encore qu'à peine un léger mouvement fébrile.

Si à ces faits nous en ajoutons d'autres, tels que les exemples de phthisies développées aux approches de la puberté, et qui empêchent constamment l'éruption des règles, nous sommes forcés de reconnaître que c'est plutôt dans la nature même de la phthisie tuberculeuse, et non dans la forme de sa marche, qu'il faut chercher la raison de l'aménorrhée qu'on observe si souvent dans le cours de cette affection chez les femmes pubères.

Nous avons appris également par nos recherches que les ovaires, que nous regardons comme organes très étroitement liés à la menstruation, sont toujours chez les phthisiques plus ou moins atrophiés. Nous n'avons trouvé dans aucune autre affection une atrophie aussi prononcée que dans la phthisie tuberculeuse. On reconnaît cet état à l'extérieur, à l'aspect très ridé et à une sensation de dureté presque cartilagineuse qui fait un contraste avec l'élasticité des ovaires à l'état normal.

D'un autre côté, chez presque toutes les femmes phthisiques qui ont succombé après une aménorrhée plus ou moins prolongée, nous avons remarqué des cellules très petites en grande partie vides et pâles au lieu de vésicules ovariennes.

A ces altérations, nous devons ajouter l'anémie générale des organes génitaux. Les parois de l'utérus incisées ne font sortir généralement que très peu de sang à la pression et leurs sinus paraissent presque vides.

Enfin, chez plusieurs femmes qui ont succombé à la suite de la phthisie tuberculeuse, nous avons noté une altération des cellules ovariennes semblable à celle qu'elles subissent à l'état normal à l'époque de l'âge critique.

Il résulte de ce que nous venons de dire qu'il y a une grande différence entre l'influence qu'exercent sur la menstruation la phthisie et les différentes formes de catarrhe chronique. La première de ces affections donne lieu presque constamment à l'aménorrhée, tandis que les affections purement catarrhales occasionnent rarement des suppressions permanentes des règles. Ce caractère distinctif pourrait par conséquent servir de moyen de diagnostic dans certains cas où les signes physiques ne suffiraient pas pour décider la question.

Pour terminer ce que nous avions à dire des rapports qui existent entre la phthisie et la menstruation, il nous reste à examiner quelle peut être l'influence des règles sur la marche de l'affection tuberculeuse.

Nous avons vu plus haut que parmi les femmes dont nous avons recueilli les observations, il y en avait quelques-unes chez lesquelles la menstruation continuait pendant tout le cours de la maladie, et d'autres chez lesquelles l'aménorrhée ne se manifestait qu'à une époque plus ou moins avancée de l'affection des poumons. Nous avons cherché avec la plus grande attention quelle pouvait être, dans tous ces cas, l'influence de cette hémorrhagie périodique, et nous sommes arrivés à cette conclusion qu'elle n'exerce pas la moindre influence salutaire sur la marche de la phthisie. Nous ferons remarquer que chez plusieurs femmes qui avaient continué à être réglées, les désordres locaux étaient plus profonds que chez d'autres, chez lesquelles il y a eu aménorrhée.

Deux femmes nous ont assuré avoir constamment éprouvé une augmentation sensible dans la toux et l'oppression aux époques des règles.

Une malade a vu reparaître ses règles une fois après quatre mois d'aménorrhée. Cependant il n'en est résulté aucun bien, et la maladie avait continué ses ravages. Que conclure de ces faits, sinon que les malades que l'on voit souvent réclamer instamment l'administration des emménagogues dans l'espoir de guérir après le retour des règles, s'abusent sur leur position, et que toutes les tentatives de ce genre seraient absolument inutiles sinon dangereuses.

M. Brière de Boismont paraît sous ce rapport plus heureux. « Deux fois, dit cet honorable médecin, on constata des phénomènes absolument analogues à ceux qui signalent la présence des tubercules; la menstruation se rétablit et les femmes guérirent. »

Nous regrettons vivement que M. Brière de Boismont n'ait pas donné une description détaillée des phénomènes qui, selon lui, étaient absolument analogues à ceux qui se présentent dans la phthisie. La chose en valait bien certainement la peine; car les exemples de guérison de la phthisie sont par trop rares pour que la science ne les recueille pas avec empressement. Tout nous porte à croire que notre honorable confrère s'est laissé induire en erreur par l'apparence des symptômes généraux ou par l'absence de signes locaux suffisamment accentués. Les erreurs de ce genre ne sont pas très rares; mais souvent elles passent inaperçues. Il y a quelques années on a vu publier un grand nombre d'observations comme exemples de guérison de la phthisie par des fumigations chlorurées. Or nous croyons avoir pour ainsi dire mathématiquement démontré, dans le travail qui a obtenu une médaille l'année dernière à l'Académie royale de médecine, qu'il n'y en a aucune parmi ces observations qui soit relative à la phthisie. Aujourd'hui nous croyons également devoir maintenir nos conclusions à l'égard de l'influence des règles sur cette affection, et nous défions qu'on puisse nous citer un

(1) Louis, Recherches sur la phthisie.

d'un médecin studieux, qui a médité sur ce que tant d'autres négligent avec un superbe dédain. Malheureusement cet ouvrage renferme trop d'objets, et, malgré son étendue, n'en approfondit aucun. Ajoutons que, dans ce genre de travaux, sur lequel se sont exercés tant d'esprits supérieurs, le lecteur cherche bien vite quelque pensée qui ne forme pas écho, quelques lueurs qui ne soient pas un reflet, mais c'est en vain dans l'ouvrage dont nous parlons; il se compose de réminiscences et non de créations. Qui ne voudrait un principe général, une idée-mère et féconde, auxquels il soit possible de rattacher les faits, les observations, les inductions? On trouve, dans ce livre, ce que donnent la recherche, l'étude, la lecture, le temps, la patience, nullement ce que produisent l'observation sagace, l'inspiration élevée, l'étendue, la variété des aperçus, ce qui constitue le problème médico-philosophique des passions dans toute sa puissance et ses difficultés. Ce livre manque donc d'une empreinte profonde, d'un cachet particulier, en un mot, d'originalité.

Le style mérite aussi quelques remarques. C'est une chose importante, surtout dans les ouvrages qui touchent aux limites de la philosophie. Celui de La médecine des passions est clair et correct; on n'y trouve rien de ce caractère métaphysico-prétentieux affecté par quelques écrivains; mais ce style manque de force et d'élégance; il est traînant, pâle, froid, sans la moindre animation. Nous savons bien que, dans un ouvrage scientifique et philosophique, l'inspiration doit être calme et sereine, qu'il faut éviter les élans de l'imagination, que le style essoufflé et boursouflé, la rhétorique écolière et impétueuse, est peut-être plus ridicule qu'ailleurs; mais nous savons aussi qu'on est éloquent par le bon sens et la vérité, par la force, par la clarté, par la justesse pratique des idées. Un peu de verve ne messied pas non plus dans ces matières; elle prouve l'étendue de l'intelligence et l'habileté de la mise en œuvre; elle donne à l'expression cet heureux mélange d'exactitude scientifique et de grâce d'élocution qui aident à la conviction sans trop séduire l'esprit. Le style n'est-il pas la physionomie de la pensée? Celui des grands philosophes, anciens et modernes, et même des médecins les plus célèbres, a des formes toutes particulières de vigueur et d'éclat. Sans doute, il n'est pas donné à tout le monde de s'élever si haut, mais au moins doit-on s'efforcer de les imiter. Si nous avons bien compris le genre d'esprit et de talent de l'auteur du livre, objet de cet article, il peut, avec de nouveaux efforts, étudier et suivre de pareils modèles; son livre, déjà utile, n'en acquerra que plus de valeur.

R. P.

— Par ordonnance royale en date du 13 juin, rendue sur le rapport de M. le ministre de l'instruction publique, M. Cruveilhier, professeur de la Faculté de médecine de Paris, a été promu au grade d'officier dans l'Ordre royal de la Légion-d'Honneur.

— Recherches sur les propriétés médicales des eaux minérales, thermales et froides de Chaudesaigues (Cantal); par J. Teilhard, D. M. P., médecin de l'hospice de Murat (Cantal). — Paris, 1842, 1 vol. in-8°. Prix : 3 f. 50 c. Chez Fortin, Masson et comp., éditeurs, place de l'Ecole-de-Médecine, 1.

---

seul exemple authentique de phthisie pulmonaire jugée par l'évacuation menstruelle.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

RÉSUMÉ STATISTIQUE DE LA CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HÔTEL-DIEU (SERVICE DE M. LE PROFESSEUR ROUX) PENDANT L'ANNÉE 1841; par MM. MAUNOURY et THORE, internes des hôpitaux et membres de la Société anatomique.

(Suite. — Voir le numéro 23.)

FRACTURES DES CÔTES.

Nous en avons observé 12 cas, 8 à gauche et 4 à droite. Elles ont toutes été causées par un choc direct; aussi y avait-il contusion des parties molles. En général ce sont les fractures les plus difficiles à constater; une pression rapide et brusque l'indique souvent; ce qui ne peut avoir lieu par une pression réfléchie et un peu forte. Du reste, elles n'ont rien présenté de remarquable; du côté des organes de la respiration, aucun accident grave. Dans un cas, il y eut un emphysème du tissu cellulaire inter-musculaire et sous-cutané du thorax.

Quelques anti-phlogistiques au moment de l'entrée des malades à l'hôpital, une compression méthodique de la poitrine au moyen d'un bandage, tels sont les moyens qui ont constamment réussi.

FRACTURE DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE.

Nous avons eu en 1840 plusieurs cas intéressans de fracture de la mâchoire inférieure. Cette année les deux fractures que nous avons observées n'ont rien présenté de remarquable.

L'une du bord alvéolaire au niveau des incisives; l'autre du condyle gauche.

FRACTURE DE LA CLAVICULE ET DE L'OMOPLATE.

Au nombre de 7, toutes du côté gauche, toutes sans complication de plaies; une seule était accompagnée de fracture de trois côtes du même côté et d'une fracture du péroné.

Sur 6, la fracture existait plus ou moins à la partie moyenne de l'os, 1 en dehors des ligamens coracoïdiens.

Sur 4 dont la fracture existait en dedans de ces ligamens, elle était oblique de haut en bas et de dehors en dedans, de sorte que la saillie était assez considérable et le fragment externe s'abaissait entraîné par le poids du bras.

Sur 2, l'obliquité était du haut en bas et de dedans en dehors; alors le déplacement était presque nul; le fragment externe étant retenu par le biseau du fragment interne.

Chez 6, on a employé le bandage de Desault; mais le quatrième ou cinquième jour, malgré la perfection avec laquelle il était appliqué, il y avait relâchement; par conséquent son utilité était douteuse.

M. Blandin applique le même appareil dextriné; dans un cas seulement il est survenu une gêne de la respiration telle, qu'on fut obligé de couper l'appareil immédiatement.

Sur le septième, M. Maisonneuve employa un appareil imaginé par M. Récamier.

A l'instar du sac militaire, on place sur le dos un oreiller rempli de balles d'avoine; deux alèzes pliées en cravates, attachées préalablement par un de leurs chefs à cet oreiller, passent sur les épaules en guise de bretelles, et viennent se croiser, en contournant l'aisselle, sur la face postérieure du sac, de manière que le second chef de l'alèze gauche se trouve à droite, et la droite à gauche; alors deux aides tirent avec force sur ces deux chefs, les croisent au devant de la poitrine et les ramènent derrière l'oreiller, auquel ils sont attachés au moyen d'épingles. Il résulte de là qu'une des alèzes appuie fortement sur les fragmens de la fracture et semble les retenir en place.

Nous ne l'avons vu appliquer qu'une fois dans une fracture de la clavicule, elle était oblique en bas et en dedans, le déplacement était trop peu considérable pour pouvoir apprécier exactement l'efficacité de ce bandage.

Il présente plusieurs inconvéniens :

1° Comme celui de Desault, il comprime fortement la poitrine;

2° Pour qu'il puisse agir avec avantage, il faut que le malade, pendant la nuit, reste couché le sac au dos; position très gênante;

3° Il s'est relâché comme tous les autres bandages; aussi le troisième et le quatrième jour, on pouvait passer les doigts au-dessous de l'alèze et constater l'état de la fracture, ce que les élèves de la Clinique ne manquaient pas de faire sur notre individu.

Dans l'appareil de Desault, il y a encore un bras de libre; dans l'appareil de M. Récamier, l'épaule saine est réduite à subir le même sort que l'épaule malade; et comme le bandage est très serré au-dessous de l'aisselle, cette compression peut déterminer des excoriations de la peau.

L'indication dans les fractures de la clavicule est d'écarter l'épaule, de relever le bras et le fragment externe jusqu'au niveau du fragment interne, et de les maintenir en contact; l'appareil de M. Récamier, au contraire, semble servir à abaisser, par sa pression, le fragment interne sur le fragment externe; mais celui-ci s'abaisse aussi d'autant plus qu'il est plus comprimé, de sorte qu'il est toujours écarté du fragment interne.

Il en est donc de ce bandage comme de tous les autres, leur utilité ne compense pas la gêne qu'ils causent aux malades; aussi plusieurs chirurgiens, en désespoir de réussite, se contentent-ils d'abandonner le membre fracturé au repos, et appliquent une simple serviette.

Il n'y a eu qu'un seul cas de fracture à l'angle inférieur de l'omoplate droite.

FRACTURE DE L'HUMÉRUS.

7 cas, 4 à droite et 3 à gauche, suivant le siége,

1 au col chirurgical; 2 à la partie supérieure du corps, à la réunion du quart supérieur, avec les trois quarts inférieurs; 2 à la partie moyenne de l'os: 1 de ces 2 était compliqué de fracture de l'olécrâne du même côté; 2 immédiatement au-dessus des condyles; chez l'un de ces deux derniers, le fragment supérieur faisait saillie à travers la peau; le malade qui était tombé d'un lieu très élevé avait en même temps une fracture de la base du crâne, et succomba peu de temps après sa chute.

Indications thérapeutiques; deux espèces de bandages; dans les trois premiers, bandage de Desault pour la clavicule: pour cette fracture, il faut que le bandage soit bien appliqué et bien surveillé; car s'il se relâche les fragmens ne sont plus en contact; et en général la fréquence de son application est toujours nuisible; car le bras doit être écarté du corps pour passer la bande sous l'aisselle, et ces mouvemens retardent toujours la consolidation.

Pour les 4 derniers, bandage roulé sur des cartons ou des attelles; tantôt le bras reste fléchi, tantôt étendu, suivant le siége de la fracture. Elles se sont toutes bien consolidées; dans la première il y eut longtemps une raideur très considérable de l'articulation de l'épaule. Il est entré au mois d'avril une jeune fille pour une pseudarthrose à la partie moyenne de l'humérus. Voici les circonstances principales qu'a présentées son observation.

FRACTURE PAR CAUSE INDIRECTE DE L'HUMÉRUS DROIT A SA PARTIE MOYENNE, AVEC PLAIE DES PARTIES MOLLES; SUPPURATION ABONDANTE; NON CONSOLIDATION PAR SUITE DE L'INTERPOSITION D'UNE ESQUILLE ENTRE LES DEUX FRAGMENS; EXTRACTION DE CETTE ESQUILLE RUGUEUSE; APPLICATION D'UN SÉTON ENTRE LES DEUX FRAGMENS; PAS DE CONSOLIDATION APRÈS CINQ MOIS; NOUVELLE APPLICATION DU SÉTON; FORMATION D'UN CAL CARTILAGINEUX ET OSSEUX; GUÉRISON; IL RESTE SEULEMENT UNE RAIDEUR DANS LES ARTICULATIONS DU COUDE ET DES DOIGTS.

OBS. — Perriaot, 22 ans, domestique, d'une constitution forte, d'un tempérament sanguin, dans une chute de la hauteur de 2 mètres sur le coude, se fractura la partie moyenne de l'humérus droit; la fracture était compliquée d'une plaie profonde qui pénétrait jusqu'à l'os.

Le premier jour, le bras fut maintenu dans un appareil provisoire peu méthodique; ce ne fut que le lendemain, à son entrée dans un hôpital, que les fragmens furent ramenés à une bonne position et maintenus au moyen d'un bandage simple avec des attelles de bois.

Tous les jours, il fallait panser la plaie; par conséquent imprimer au membre des mouvemens indispensables.

Après un laps de trente jours, il n'y avait pas le moindre signe de consolidation; application d'un bandage dextriné et fenêtré au niveau de l'ouverture; de cette manière on pouvait nettoyer la plaie qui suppurait beaucoup, et laisser le membre continuellement dans la même position. L'introduction d'un stylet faisait reconnaître une esquille mobile entre les deux fragmens; aussi, pour provoquer la sortie spontanée, on introduisait chaque jour une mèche de charpie jusqu'au fond de la plaie.

La malade était depuis quatre mois et demi à l'hôpital; elle éprouvait des douleurs très intenses au niveau de la fracture; désespérant de son état, elle sortit malgré les avis du chirurgien. Elle resta six semaines chez elle, en proie à de vives souffrances. Elle entra à l'Hôtel-Dieu le 24 avril 1841, dans le service de M. Roux; l'accident était survenu le 14 novembre 1840.

Elle avait conservé son embonpoint, la figure respirait la santé; le membre droit, surtout le bras, était légèrement atrophié; au côté externe, une ouverture fistuleuse donnait issue à une quantité peu considérable de pus.

En imprimant des mouvemens au bras, on déterminait de la douleur et on sentait une grande mobilité entre les deux fragmens; on constatait, au moyen d'une sonde, la dénudation de l'os. M. Roux choisit de suite la méthode du séton, que la malade avait refusée à l'hôpital où elle avait d'abord été traitée.

OPÉRATION. — Incision au niveau de la fistule; on tomba sur une virole osseuse très faible, qui céda au moindre choc d'une pince; ce fut dans cette virole, ou plutôt dans celte coque osseuse, qu'était placée l'esquille interposée entre les deux fragmens; extraction facile de cette esquille, très rugueuse et complètement dénudée du périoste. Une mèche à séton fut passée à travers le bras, entre les deux fragmens, et laissée pendant huit jours. Suppuration assez abondante; bandage inamovible pendant quatre mois sans aucun résultat avantageux. Cependant il existe entre les deux fragmens un tissu fibreux de nouvelle formation; la plaie est bien cicatrisée, mais le membre se plie toujours en deux; il n'y a aucune action musculaire.

Sortie pour un mois, elle rentre le 10 octobre. M. Maisonneuve, chargé du service, sans se désespérer sur l'application inefficace du premier séton, a recours à un second beaucoup plus gros que le premier.

La présence de cette mèche pendant quinze jours détermina une tuméfaction générale du membre et la formation de pus au niveau de la plaie.

Le séton enlevé, l'inflammation et la suppuration disparaissent rapidement, le membre est retenu au moyen d'une attelle coudée.

Le 30 décembre, la mobilité n'existe presque plus.

Le 26 janvier, la malade a la sensation d'une consolidation. Elle sort le 17 mars 1842, sans pouvoir élever encore le bras; mais les douleurs ont disparu, et la continuité entre les deux fragmens est bien établie.

Nous avons revu cette jeune malade le 10 avril; on sentait un cal osseux solide; seulement il reste une raideur dans les articulations du coude et de la main.

Les pseudarthroses du bras sont moins fréquentes que celles de la cuisse, à cause de la vitalité plus considérable de l'os, le vaisseau nourricier de l'humérus étant proportionnellement plus volumineux que celui du fémur.

Nous avions affaire à une fracture grave de l'humérus, car elle était compliquée de plaie et l'extrémité des fragmens baignait dans le pus; malgré tous les soins employés pendant les quatre premiers mois, malgré un traitement méthodique, la suppuration avait diminué; mais elle n'était pas tarie; absence complète de consolidation. Que fallait-il faire? Ce que le premier chirurgien ne put essayer par le refus et la sortie de la malade de l'hôpital; M. Roux l'exécuta; il employa la méthode de Physick, de Philadelphie; un séton fut introduit; c'est au moment de cette opération qu'on put se rendre compte de l'état des parties et de la cause probable de la non consolidation. L'esquille fut enlevée immédiatement; on a peut-être trop compté sur l'ablation de cette esquille; le séton resta trop peu de temps entre les deux fragmens. Aussi ne fallait-il pas désespérer de l'application d'un nouveau séton plus gros et plus irritant.

FRACTURES DE L'AVANT-BRAS.

1° Fracture de l'olécrane, 2 cas.

Un est remarquable par la consolidation parfaite; on l'observa chez un jeune homme de 14 ans.

2° Fracture des deux os de l'avant-bras, 4 cas (3 à gauche, 1 à droite).

3° Fracture du radius, 12 cas (4 à gauche, 8 à droite).

Dans les fractures de l'extrémité supérieure du cubitus, on de l'extrémité inférieure de l'humérus, il est difficile, dans les premiers jours, de pouvoir bien apprécier l'état des lésions; le gonflement est toujours considérable; on peut craindre aussi un déplacement des surfaces articulaires; fort heureusement les fractures et les luxations du coude n'arrivent presque jamais en même temps; car les fractures dans cette région sont toujours le résultat d'un choc direct, et les luxations, d'une chute sur la main; cette règle cependant n'est pas générale.

Dans les fractures de la partie moyenne de l'avant-bras et de l'extrémité inférieure du radius, M. Roux applique toujours l'appareil simple, avec des compresses graduées dans l'espace inter-osseux; il recommande de ne pas trop serrer le handage, car les veines principales du membre étant superficielles, elles sont facilement comprimées; la circulation à sang noir est ralentie, et la gangrène peut survenir. C'est pour cette raison qu'il redoute l'application de handes mouillées à l'avant-bras; dans sa longue pratique, il a eu à déplorer ainsi un accident de cette nature; c'est aussi pour cette raison qu'il n'emploie pas l'appareil dextriné pour les membres supérieurs. Cette année, nous avons vu ses craintes se réaliser chez un enfant, sur l'avant-bras duquel on avait appliqué un appareil mouillé. La gangrène survint, il fallut recourir à l'amputation.

OBS. — Cet enfant avait 12 ans, d'une constitution délicate; il s'était cassé les deux os de l'avant-bras en tombant d'une voiture; le médecin appliqua l'appareil ordinaire, qu'il avait préalablement humecté avec l'eau blanche; cet appareil serré causa des souffrances horribles au petit malade pendant quatre jours; après ce temps, le médecin le remplaça par un appareil amidonné, qui fut moins serré que le premier, de sorte qu'il était plus facilement supporté; cependant, deux jours après, il y avait des vésicules noirâtres à l'extrémité des doigts; et à la main, couleur livide, insensibilité complète; absence de chaleur; application inutile de son grillé sur l'avant-bras; la gangrène de l'extrémité du membre était bien caractérisée; c'est alors qu'il entra à l'Hôtel-Dieu, le 12 septembre 1841.

Le 13, amputation de l'avant-bras; suture des lambeaux; application sur le moignon d'un gant de Baudruche, dans lequel on avait fait le vide.

Le lendemain, ablation du gant; application de bandelettes; on s'aperçoit qu'un des lambeaux était sphacélé.

Depuis, il n'est survenu aucun accident; cicatrisation complète le 10 novembre; sortie le 11.

Cet enfant a été évidemment la victime de la compression trop forte d'un handage mouillé et d'un second amidonné; la fracture était simple, sans plaie, elle se serait facilement consolidée.

La gangrène d'une portion d'un lambeau est probablement le résultat de sa non limitation à l'endroit de l'amputation.

FRACTURES DE LA CUISSE.

13 cas, 2 du col du fémur, 11 du corps (7 à gauche, 4 à droite).

Les deux fractures du col ont eu lien chez deux vieillards; c'est la fracture la plus fréquente à cet âge; les raisons anatomiques en sont bien connues; en examinant le col du fémur de vieillards, nous avons trouvé une particularité singulière de la modification de ce col sous l'influence de l'âge: le tissu osseux se condense, et un canal rempli de moelle se ferme au centre; cette transformation en os canaliculé lui donne une grande friabilité. Nous ne parlons que de cet état, car nous ne l'avons pas trouvé indiqué dans les auteurs.

Nos deux malades ont succombé après un séjour très prolongé à l'hôpital; dans les deux cas, il y avait consolidation, et cependant la marche était impossible; par suite du décubitus continuel sur le dos, il survint chez tous les deux une pneumonie hypostatique, et la mort. Dans un des cas, le col faisant office de coin, s'était enclavé entre les deux éclats du graud trochanter, et s'était ainsi consolidé; nous avions déjà été témoins d'une fracture semblable par enfoncement du col dans le grand trochanter; c'était chez un adulte; il mourut huit jours après sa fracture; nous pûmes, par une section de l'os suivant sa longueur, constater cette espèce singulière de fracture.

On abandonna les deux malades au repos.

Dans les fractures du corps du fémur, M. Roux n'emploie jamais la demi-flexion, mais le bandage de Scultet; dans quelques cas, si la jambe est trop courhée, il la redresse au moyen de l'appareil à extension continue de Boyer.

Il laisse ordinairement le malade soixante jours dans l'appareil, quelquefois plus longtemps; c'est surtout pour les fractures du corps du fémur que les causes directes ont une influence fâcheuse sur le résultat ultérieur de la consolidation; en général, c'est dans ces fractures que le malade et le médecin doivent rivaliser, le premier, de docilité, le second, de précaution et de soins.

FRACTURES DE LA ROTULE.

Nous n'avons observé que deux cas de fracture de la rotule; l'une, chez un tailleur de pierre, se produisit dans une chute; malgré le handage contentif, il y eut un écartement très considérable; un tissu fibreux s'était interposé entre les deux fragmens; l'articulation était très raide; impossibilité de la flexion; dans un mouvement trop brusque pour déterminer cette flexion, les fibres du ligament inter-fragmentaire se rompirent; on réappliqua de nouveau le handage unissant, et le malade sortit, ne pouvant marcher qu'avec des béquilles.

FRACTURES DE JAMBE.

Divisées 1° en fractures de jambe ou des deux os,

17 à gauche
6 à droite
—
23

et 2° en fractures du péroné :

11 à gauche
4 à droite
—
15

D'après ce tableau, les 3 quarts des fractures de jambe sont du côté gauche; frappés de cette différence énorme, nous allions nous demander quelle en était la cause. En raison de sa faiblesse plus grande, faiblesse due à l'infériorité de sa puissance musculaire, le corps a-t-il une tendance dans les chutes à se porter du côté gauche plutôt que du côté droit? S'il en est ainsi, nous devons trouver cette même différence pour les entorses du coude-pied. Nous avons fait la statistique de toutes les entorses entrées dans le service de M. Roux; le nombre s'est élevé à 48; elles étaient plus ou moins compliquées, quelquefois il n'y avait qu'une légère douleur sans gonflement apparent.

Sur ces 48 cas,

23 étaient du côté droit,
14 du côté gauche,
11 dont le côté n'est pas désigné.

Ici l'avantage est pour le côté droit; mais n'ayant pas noté le côté chez 11 individus, nous avions besoin de nouvelles preuves; car ici, malgré la statistique, nous restions dans le vague.

Dans les tableaux du mémoire de Dupuytren sur la fracture du péroné, nous avons trouvé tous les renseignemens positifs que nous désirions.

En 1815, sur 52 entorses, il y avait,

33 pour le pied droit
11 pour le pied gauche

E 1816, pour les femmes, il y avait :

Total : 45

25 pied droit
10 pied gauche

En 1816, pour les hommes ;

Total : 59

36 pied droit
13 pied gauche

En résumé, les 7/10 étaient à droite,
les 3/10 étaient à gauche.

Ce résultat, contraire au nôtre, pour les fractures de la jambe relativement au côté gauche et au côté droit, est une leçon pour nous; il nous indique que si les études statistiques sont un des principaux leviers de la science, il ne faut pas en abuser pour la théorie; quand on n'a pas un chiffre imposant, il faut être sobre de déductions.

Les fractures de jambe qui sont les plus nombreuses sont aussi souvent celles qui présentent les complications les plus graves en tant que fracture. Elles existent souvent avec plaie des parties molles, et quelquefois les fragmens paraissent au dehors; nous avons observé 6 cas de fractures de cette espèce. Chez 2 malades, il y eut guérison complète et consolidation; 2 succombèrent peu de temps après aux suites de la fracture; enfin, chez les deux derniers, on fit l'amputation du membre; le premier succomba peu d'instans après; chez le second, au bout de trois mois, la plaie, commençait à se cicatriser; elle avait un bel aspect; tout à coup elle devint blafarde, l'extrémité osseuse se tuméfia; il sortait de temps en temps de petites esquilles; il fallut recourir à l'amputation de la jambe au lieu d'élection; la guérison survint rapidement.

Les deux individus qui ont succombé ont présenté des circonstances dignes d'être rapportées.

FRACTURE DU TIBIA; ISSUE DU FRAGMENT SUPÉRIEUR A L'EXTÉRIEUR; COMMUNICATION DU FOYER AVEC L'AIR; PUTRÉFACTION RAPIDE DE LA JAMBE AU NIVEAU DE LA PLAIE; DÉVELOPPEMENT CONSIDÉRABLE DE GAZ DANS LE TISSU CELLULAIRE DU MEMBRE; MORT SUBITE.

OBS. — Charretier, 36 ans, très robuste, entra le 17 mars à l'Hôtel-Dieu; le passage d'une roue de voiture pesamment chargée lui avait fracturé la jambe à la réunion de ses 3/4 supérieurs avec son quart inférieur, contusion, plaies des parties molles, issue du fragment supérieur par la plaie.

Immédiatement après son entrée à l'hôpital : coaptation des fragmens et application d'un bandage de Scultet avec cataplasme sur toute la jambe.

Les 18, 19, 20, on pansa tous les matins la jambe, on détergeait la plaie; l'inflammation n'était pas considérable.

Le 21, au matin, la jambe et la cuisse étaient très tuméfiées par le développement considérable de gaz; l'appareil, qui était attaché très lâchement, devint trop serré; la peau qui entoure la plaie était bleuâtre; le malade ne s'était pas plaint dans la journée; il avait été bien tranquille, lorsque sur les trois heures de l'après-midi (un de nous était de garde : il a pu observer le moment de son agonie rapide), il est très agité; anxiété considérable; un poids lui pèse sur la poitrine à la région précordiale; il boit beaucoup; le pouls fréquent et petit, la face bleuâtre, écume à la bouche; il balbutie quelques mots inintelligibles. Il succombe un quart d'heure après l'apparition subite des symptômes.

On n'eut que le temps de constater la tuméfaction énorme du membre inférieur. A la suite de trois larges incisions, il s'exhale une grande quantité de gaz qui distendaient la peau outre mesure.

AUTOPSIE. — Fracture du tibia seulement; le péroné est intact; grande quantité de gaz dans tout le membre; sang épanché dans toute la partie postérieure de la cuisse. Il n'y a pas de lésion de l'artère crurale ni de la poplitée.

Pas d'abcès métastatiques dans le foie ni dans les poumons; les cavités du cœur contiennent des gaz, mais elles ne sont pas distendues.

Les poumons sont sains; il n'y a pas de sérosité dans les cavités pleurales; à la partie postérieure des poumons il y a une légère congestion sanguine, mais la crépitation existe. L'estomac contenait des liquides; il n'était pas distendu par des gaz.

Le désordre le plus grand est surtout dans la rate; le ramollissement est complet; elle s'écoule en détritus sous la moindre pression, et ce détritus n'offre plus de trace d'organisation. Rien de remarquable dans le cerveau.

Nous ne pouvions expliquer la rapidité de cette mort que par l'introduction de gaz dans les veines et leur passage dans le cœur, gêne de la circulation et de la respiration, comme dans l'introduction de l'air dans les veines. D'après l'observation nécroscopique le cœur n'était pas gonflé outre mesure par des gaz; il en sortit une médiocre quantité au moment de sa ponction dans l'eau.

A part la diffluence de la rate, nous n'avons rien trouvé qui puisse nous expliquer l'intensité des symptômes et la rapidité de la mort.

FRACTURE PAR CAUSE DIRECTE DE LA CUISSE DROITE A SA PARTIE MOYENNE SANS PLAIE, ET DE LA JAMBE DU MÊME CÔTÉ A SES TROIS QUARTS INFÉRIEURS AVEC PLAIE CONTUSE ET ISSUE DU FRAGMENT SUPÉRIEUR DU TIBIA AU DEHORS; INFECTION PURULENTE; ABCÈS MÉTASTATIQUES DANS LE POUMON DROIT; PLEURÉSIE PURULENTE; MORT.

OBS. — Carel, 25 ans, carrier, bien constitué, travaillait dans une carrière le genou fléchi et appuyé à terre et la jambe droite étendue; il survint un éboulement de pierre; la jambe droite et la cuisse reçurent le choc; de là, fracture simple de la cuisse et fracture de la jambe avec issue du fragment supérieur du tibia au dehors; il fut apporté immédiatement à l'Hôtel-Dieu.

Le membre était gonflé, douloureux; la cuisse formait un arc à concavité interne; le côté interne était contus, et une ecchymose s'étendait jusqu'au scrotum. Il y avait peu de fièvre.

Le membre, sur lequel on appliqua un large cataplasme, fut de suite placé dans un appareil.

Le quatrième jour, la plaie commença à suppurer; les tégumens, quoique moins tendus, étaient œdématiés; il éprouvait des douleurs lancinantes dans la jambe, indice de la formation du pus autour des fragmens.

Le neuvième jour, on le change de lit, sans accident et sans mouvement brusque. Immédiatement après il eut un frisson pendant trois heures; une douleur vive à l'endroit de la fracture de la jambe toute la journée et toute la nuit.

Les dixième et onzième jours, il s'ajoute au frisson un affaissement et une altération des traits de la face.

Le douzième, il se plaint d'un point de côté assez violent, gêne de la respiration. Le lendemain, matité intense dans la moitié inférieure de la cavité droite du thorax.

Il meurt, 25 jours après son accident, des suites de sa pleurésie purulente, une saignée au début, le tartre stibié et un large vésicatoire furent employés pour la combattre.

AUTOPSIE. Abcès métastatiques très nombreux dans le poumon droit; pleurésie avec épanchement purulent qui remplit toute la cavité pleurale. Pas d'abcès dans le poumon droit ni dans le foie.

Il n'y avait pas encore de travail de consolidation dans les fragmens de la cuisse; dans l'épaisseur de la jambe pus sanieux, au milieu duquel baignait l'extrémité des fragmens du tibia et du péroné.

La veine saphène interne, la poplitée et la crurale étaient vides en partie; elles ne contenaient pas de caillots adhérens, organisés; le pus avait probablement fusé par les veines du diploé et de la membrane médullaire.

Ce malade a succombé aux suites d'une infection purulente qu'il était impossible de prévenir; elle a débuté par des frissons et une altération caractéristique des traits; à la suite de ces frissons irréguliers, la douleur vive du côté droit, la gêne de la respiration, la matité, ne firent que confirmer la gravité de l'affection et son siége définitif sur le poumon droit.

Nous ne voulons pas traiter ici la question de l'infection purulente à la suite des plaies; des observations intéressantes nous permettront de l'examiner plus en détail.

Chose remarquable, il ne s'était établi pendant vingt-cinq jours aucun travail de consolidation entre les deux fragmens du fémur; il est vrai, le déplacement était considérable et avait encore augmenté par les mouvemens immodérés qu'on imprima au cadavre.

Enfin, chez le dernier, qui eut une fracture de jambe compliquée, il survint à l'extrémité inférieure du tibia et du péroné une altération organique du tissu osseux, altération qui nécessita l'amputation du membre.

OBS. — Caboche, 22 ans, maçon, eut la jambe gauche fracturée dans une rixe, il fut apporté immédiatement à l'Hôtel-Dieu, le 9 août 1841. Gonflement très considérable des tégumens; la peau est tendue, noirâtre; le tibia fait saillie sous la peau; on est obligé de débrider pour diminuer la tension; quelques jours après, abcès au côté externe, ouverture de cet abcès et décollement de la peau au-dessus du calcanéum, de sorte qu'il y eut deux vastes plaies, l'une vers la malléole externe, l'autre vers la malléole interne.

Pendant quatre mois, on maintint le membre dans un appareil, soit le bandage de Scultet, soit l'appareil dextriné, soit l'appareil par les bandelettes de diachylum; il n'y eut pas de cicatrisation.

Maintenant, le 18 novembre, il sort de temps en temps de petites esquilles; la suppuration est très abondante; un mouvement fébrile survient tous les soirs; amaigrissement.

L'amputation, proposée par M. Roux, est faite le 19 novembre, à 5 pouces au-dessous de l'articulation du genou; réunion par première intention.

EXAMEN DE LA PIÈCE.—La surface de la plaie était formée par un tissu spongieux faisant office de périoste; l'os auquel il adhérait lâchement était rugueux, très gonflé, très volumineux; la malléole interne fracturée n'était pas consolidée. Le cal du péroné était peu solide, difforme par suite du chevauchement des fragmens; esquilles dans l'articulation; ankylose du tibia et de l'astragale; les tissus

environnant l'articulation étaient tuméfiés, fongueux; il existait une tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne.

Les suites de l'opération furent d'une simplicité merveilleuse; quinze jours après, il y avait cicatrisation complète.

De même que pour celles des parties molles, les altérations organiques des os à la suite de leur solution de continuité sont rares; la constitution délicate de ce malade, l'étendue de la plaie, la spongiosité du tibia à son extrémité inférieure, rendent raison de la modification morbide survenue dans le cal même.

Cette année nous avons été témoins, chez un malade de 75 ans, d'un fait semblable; cet homme était tombé de sa hauteur sur le parquet de sa chambre : fracture du fémur à sa partie moyenne; soixante jours après, le cal était volumineux et semblait résistant; au quatre-vingtième jour il voulut se lever, impossibilité du mouvement du membre; enfin, après un temps plus long, on s'aperçut qu'il était survenu dans le cal même un ramollissement, et que la marche serait désormais impossible.

Chez d'autres individus, nous avons observé des plaies contuses de la peau; elles étaient superficielles, produites par les chocs qui avaient déterminé la fracture, ou bien consécutives à des phlegmons très circonscrits qui surviennent à la suite des phlyctènes. En effet, dans les fractures de la jambe, soit par cause directe, soit par contre-coup, une tuméfaction quelquefois légère, quelquefois intense, apparaît au deuxième ou troisième jour; constamment ou presque constamment des phlyctènes surviennent en grand nombre sur la peau, et M. Roux considère leur présence, dont il ne peut encore se rendre compte, comme un signe pathognomonique d'une fracture et non d'une simple contusion. On applique sur ces plaies superficielles du diachylum, ou un linge cératé, puis un large cataplasme sur la jambe tuméfiée, et les fragmens sont maintenus au moyen d'un bandage de Scultet; tous les jours le cataplasme est renouvelé; par conséquent l'état du membre est examiné jusqu'à ce que la tuméfaction ait disparu presque complètement; c'est alors que les bandelettes sont imbibées d'eau végéto-minérale. Enfin, quinze jours ou trois semaines après l'accident, on applique l'appareil dextriné. C'est seulement dans la fracture de jambe que M. Roux fait usage de cet appareil; autant il en apprécie les avantages dans cette région, autant il redoute ses inconvéniens dans les autres régions; et malgré la prudence et la réserve qu'il met dans son emploi, il a été quelquefois témoin d'accidens graves survenus à la suite de son application.

Deux faits observés dans le service nous rendront circonspects sur l'opportunité de son application dans les cas en apparence très simples.

FRACTURE SIMPLE DU PÉRONÉ DROIT A SA PARTIE MOYENNE, CHEZ UN HOMME ROBUSTE; APPAREIL AMIDONNÉ LE CINQUIÈME JOUR; ÉRYSIPÈLE PHLEGMONEUX; DÉNUDATION ET MORTIFICATION DE LA PEAU DANS UNE GRANDE ÉTENDUE; SUPPURATION TRÈS ABONDANTE; APPLICATION DES BANDELETTES DE SPARADRAP PAR LA MÉTHODE DE BAYNTON; CICATRISATION COMPLÈTE.

OBS. — Espolard, 41 ans, d'une constitution très robuste, avait été renversé et comprimé par une voiture; il ne put nous rendre compte de la manière dont l'accident est arrivé. On constata à son entrée à l'Hôtel-Dieu, le 8 mai 1841 :

1° Une fracture de la clavicule à la réunion du tiers interne avec les deux tiers externes. Les fragmens faisaient une saillie considérable sous la peau.

2° Fractures des trois dernières côtes sternales.

3° Fracture du péroné droit à son tiers inférieur.

Il y avait gonflement du membre, mais les tégumens n'avaient éprouvé aucune contusion.

Pendant quatre jours, on appliqua des cataplasmes et l'appareil ordinaire; la tuméfaction avait disparu; la fracture paraissait si simple, que, le 12 mars, M. Roux employa l'appareil amidonné; l'empois était très liquide, d'une consistance à peine convenable; aussi l'appareil, longtemps mou et humide, comprimait à peine.

Le 14, fièvre, langue saburrale, anorexie.

Vomitif : Poudre d'ipécacuanha.	1 gramme.
Tartre stibié.	5 centigrammes.

Vomissemens assez abondans; le mouvement fébrile disparut; absence de douleur dans le membre fracturé.

Le 22, il y eut un malaise général; enfin, le 24, on aperçoit une tache de pus sur l'appareil, qu'on enlève aussitôt; alors on constate un vaste abcès dans toute la hauteur de la jambe, à sa partie externe; la peau est détruite dans une assez grande étendue, et décollée dans une étendue plus grande encore; on retranche toute la peau mortifiée; pansement à plat avec des plumasseaux enduits de cérat. Jusqu'au 2 avril, suppuration très abondante, détersion de la plaie; recollement de quelques lambeaux de peau; état général devenu satisfaisant; apyrexie; alors on panse suivant la méthode de Baynton, avec des bandelettes de diachylum, seul moyen efficace et susceptible de cicatriser une plaie aussi vaste.

En effet, le 17 avril, elle diminuait avec rapidité, mais le 19 elle présenta, sans cause connue, un aspect grisâtre; on comprima alors la jambe au moyen de bandelettes de sparadrap de Vigo.

Le 24 juin, elle est réduite de moitié. Enfin, ce malade quitte l'hôpital le 16 août, la plaie étant complètement fermée; maintien de la cicatrice au moyen d'un bas lacé.

Nous avions affaire ici à une fracture simple du péroné; la peau était intacte, le gonflement et la douleur nuls, lorsqu'on appliqua un bandage amidonné très peu résistant.

C'est deux jours après que survinrent les prodrômes généraux de l'érysipèle; le malade ne souffrait pas dans la jambe, les autres fractures pouvaient être la cause de ce malaise général; il ne régnait pas, à cette époque, d'épidémie dans la salle; après un laps de douze jours, la présence d'une gouttelette de pus entre deux bandelettes mit sur la voie du désordre qu'avait produit le bandage amidonné; en effet, la peau décollée était mortifiée dans une étendue considérable, et ce qui doit étonner le plus, c'est l'absence complète de douleur dans le membre.

S'il existait chez cet individu une cause prédisposante de l'érysipèle, l'application du bandage fut certainement la cause occasionnelle de son apparition subite.

Quoi qu'il en soit, cette observation nous a montré quelle ressource la chirurgie possède dans les bandelettes de diachylum comme moyen de cicatrisation dans les plaies superficielles et très étendues; en effet, sans leur emploi, le malade était voué à une mort certaine par l'abondance de la suppuration. L'action tonique des bandelettes de vigo a été d'une nullité incontestable à une certaine époque de la formation de la cicatrice.

Nous passons sous silence toutes les fractures des os du pied et de la main; elles ne nous ont présenté rien de remarquable, c'est la plaie qui en fait toute la gravité; les exemples de fracture simple des os du tarse, du métatarse, se sont guéris avec une grande facilité par l'application d'un simple bandage imbibé d'eau végéto-minérale; cependant nous avons une observation remarquable de broiement des deux calcanéums à la suite d'une chute sur les pieds.

OBS. — Un homme de 50 ans, dans un accès de désespoir, se précipite d'un quatrième étage; il est apporté immédiatement à l'Hôtel-Dieu; la connaissance, qu'il avait perdue après la chute, était revenue. Nous constatons un broiement des deux calcanéums et probablement d'autres os tarsiens, et une fracture du radius droit à son extrémité inférieure; chose singulière, les os longs des membres inférieurs n'avaient éprouvé, dans une chute si élevée, aucune solution de continuité; il y eut pendant quelques jours une paraplégie incomplète du mouvement, et une hémoptysie due probablement à la rupture de quelques vaisseaux capillaires des poumons.

On se borna à deux saignées générales; on employa pendant plusieurs jours les irrigations froides; le malade sortit complètement guéri, au physique et au moral.

Nous nous hâtons d'arriver aux amputations et aux résections.

AMPUTATIONS.

Nous nous proposons de revenir plus tard sur ce sujet, qui demanderait un plus grand espace pour être convenablement traité, et nous nous bornerons à donner un court résumé des amputations faites dans le service de la clinique chirurgicale pendant les deux années qui viennent de s'écouler.

AMPUTATIONS DE CUISSE.

En 1840.	8	Guérisons.	4	Morts.	4
En 1841.	8	Guérisons.	2	Morts.	5
Total.	16		6		9

Nous ferons remarquer qu'un des malades a subi l'amputation des deux cuisses à un mois d'intervalle : il succomba vingt-quatre jours après la seconde opération.

AMPUTATIONS DE JAMBE (LIEU D'ÉLECTION).

En 1840.	2	Guéri.	1	Mort.	1
En 1841.	5	Gueris.	3	Morts.	2
Total.	7		4		3

AMPUTATIONS SUS-MALLÉOLAIRES.

En 1840.	4	Guérisons.	3	Morts	1
En 1841.	1	—	»	—	1
	5		3		2

AMPUTATIONS DE BRAS.

En 1840.	3	Guérisons.	1	Morts	2
En 1841.	»	—	»	—	»

AMPUTATIONS D'AVANT-BRAS.

En 1840......	1	Guérisons.....	1	Morts	»
En 1841......	3	—	3	—	»
	4		4		»

Ces deux années nous donnent 35 grandes amputations, et pour résultat : 16 morts, 18 guérisons.

Ce résultat est favorable, relativement à celui des années précédentes, puisque, depuis l'année 1836, il s'est fait, à l'Hôtel-Dieu et dans tous les service de chirurgie réunis, 178 amputations, dont 104 morts et 74 guérisons.

Sur ces 178 ampntations, on compte 63 amputations de cuisse, dont 43 morts et 20 guérisons.

Quant au degré de gravité que comporte chaque opération, nous voyons que, pour les deux années qui nous ont plus spécialement occupés, on peut établir cette progression de l'amputation la plus dangereuse à la moins grave : bras, cuisse, jambe et avant-bras. Nos chiffres sont d'ailleurs trop peu nombreux pour qu'il soit permis d'en tirer de bien rigoureuses inductions. La différence pour la mortalité entre les amputations de cuisse et de bras n'est pas bien grande : elles sont plus graves que celle de la jambe. L'amputation de l'avant-bras et de jambe au-dessus des malléoles entraîne rarement la mort ; cependant nous en avons vu un exemple qu'il est bnn de noter en passant.

Une circonstance qu'il importe d'indiquer pour le pronostic, c'est l'état aigu ou chronique de la lésion qui rend nécessaire l'ablation du membre.

LÉSIONS AIGUES : PLAIES PAR ARMES A FEU, ÉRYSIPÈLE PHLEGMONEUX, GANGRÈNE, ETC.

11 amputations.	Cuisse.....	4	Morts...	4	Guérisons...	»
	Jambe.....	3	— ...	3	— ...	»
	Bras	2	— ...	2	— ...	»
	Avant-bras.	2	— ...	»	— ...	2
		11		9		2

LÉSIONS CHRONIQUES : TUMEURS BLANCHES, AFFECTIONS ORGANIQUES DES OS.

24 amputations.	Cuisse.....	12	Morts...	5	Guérisons...	6
	Jambe.....	9	— ...	2	— ...	7
	Bras	1	— ...	»	— ...	1
	Avant-bras.	2	— ...	»	— ...	2
		24		7		16 (1)

RÉSECTIONS.

Il n'y a point en France de chirurgien qui ait fait autant d'efforts que M. Roux pour répandre et mettre en faveur la résection, opération trop négligée aujourd'hui, et qui cependant devrait être substituée à l'amputation toutes les fois qu'il serait possible de le faire. Cette fâcheuse prévention s'explique par les difficultés qu'on lui suppose ou qu'on exagère, par la longueur du manuel opératoire et le temps pendant lequel il faut attendre un résultat définitif, une complète guérison. Tous ces inconvéniens, en supposant qu'ils existent, ne sont point aussi grands qu'on pourrait le croire ; et d'ailleurs, ne seraient-ils pas pleinement compensés par l'immense avantage de conserver un membre, ou d'enlever une maladie naguère au-dessus de toutes les ressources de l'art? Cette prévention s'est autorisée de l'emploi trop étendu d'une opération qui a aussi ses limites, et qui doit être faite dans des circonstances indiquées, quand on veut la voir couronnée de succès. Enfin, et pour ne parler que des résections d'extrémités articulaires, elle ne doit être appliquée qu'à quelques-unes et non à toutes. Aussi, elle est en général peu utile et souvent d'une extrême gravité pour le membre inférieur. Au membre supérieur, elle peut rendre au contraire d'immenses services. M. Roux ne veut pas nuire par l'exagération du bien à une cause que, depuis si longues années, il défend par une foule de succès aussi solides que brillans. C'est après l'avoir employée dans presque toutes les circonstances possibles, qu'il a dû restreindre son application aux cas les plus convenables. C'est au coude qu'il a le plus souvent fait la résection. Trois ont été pratiquées cette année, deux l'année précédente. Nous avons été témoins de toutes ; nous avons suivi les malades avec autant de soin que d'intérêt. Il a de plus, dans l'année 1840, réséqué l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil, pour une carie déjà fort avancée, et avec un entier succès. Cette année il a, chez un jeune homme de 18 ans, enlevé une portion de côte aussi cariée, dans l'étendue de 4 à 5 centimètres. Après avoir découvert aussi complètement que possible la côte malade, et introduit la scie à chaînettes, en la faisant agir de dedans en dehors, il avait enlevé la portion d'os malade sans avoir éprouvé la moindre difficulté.

Cependant, peut-être une portion déjà envahie par la carie avait-elle échappé à l'instrument, peut-être la maladie a-t-elle continué à s'étendre malgré l'opération ; car la plaie, après avoir marché rapidement vers la cicatrisation, et présenté pendant quelque temps un fort bon aspect, est devenue blafarde, s'est couverte de fongosités, et le travail de la cicatrisation a été brusquement arrêté. Ce jeune homme a quitté l'hôpital dans un état peu satisfaisant.

Sur 3 résections du coude faites cette année, 2 ont réussi ; la mort est arrivée chez le troisième opéré au seizième jour, à la suite d'un érysipèle très étendu.

L'année précédente, deux autres résections de l'articulation huméro-cubitale avaient pleinement réussi.

Dans l'année 1840, une femme avait subi cette opération aussi avec le plus grand succès. Nous l'avons revue depuis, quoiqu'elle ait quitté l'Hôtel-Dieu depuis deux ans, les mouvemens sont presque totalement rétablis et la cicatrice est très solide.

Un heureux hasard a aussi ramené à la Clinique une femme qui, âgée seulement de 19 ans, avait subi cette même opération il y a quatorze ans, et qui se sert de son bras avec une force et une adresse vraiment remarquables.

La proportion de 1 mort sur 6 opérés ne donne rien qui doive bien effrayer ; peut-être ces heureux résultats sont-ils dus à une modification importante faite par M. Roux depuis le mois d'août 1840, et qui consiste à remplacer l'incision en H, employée par presque tous les chirurgiens depuis Moreau, de Bar, qui a décrit ce procédé, par une incision en T, faite sur le côté du membre. Cette modification rend les pansemens faciles sans déplacer le membre, sans lui imprimer le moindre mouvement. L'un de nous se proposant de revenir avec plus de détails sur ce sujet, que les limites de ce mémoire ne permettent point de traiter d'une manière assez complète, nous nous contenterons de donner ici le résumé des six observations que nous venons de mentionner.

RÉSECTION DU COUDE.

N. 1. Carie de tous les os de l'articulation du coude gauche chez une femme de 41 ans. M. Roux pratique la résection pour la première fois par un procédé nouveau qui a été employé chez tous les autres ; la réussite a été complète. Rétablissement des mouvemens. Elle a été opérée dans le mois d'août 1840.

EN 1840. — N. 2. Tumeur blanche du coude droit, avec abcès, fistules nombreuses. Jeune homme de 22 ans ; résection de tous les os de l'articulation ; succès très remarquable.

N. 3. Un homme âgé de 59 ans subit aussi, dans l'année 1841, la résection du coude gauche, pour une tumeur blanche de cette articulation, accompagnée d'abcès, de fistules, de fongosités énormes ; succès.

EN 1841. — N. 4. Résection de l'articulation huméro-cubitale du côté droit pour une carie des trois os. La malade meurt seize jours après l'opération, des suites d'un érysipèle très étendu.

N. 5. Tumeur blanche du coude gauche ; résection ; réussite complète chez un homme de 26 ans.

N. 6. Le 9 août 1841, M. Roux pratique la résection du coude chez un homme de 40 ans, pour une tumeur blanche fort grave du coude droit. Le malade est encore à l'Hôtel-Dieu. La plaie n'est pas encore tout à fait cicatrisée.

Nous devons rapprocher des faits de résection l'ablation sous-cutanée d'une exostose très volumineuse du fémur, et dont l'un de nous a publié l'observation dans l'EXAMINATEUR (n° 16, t. II, 1842.)

(La suite à un prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 20 JUIN.

RAPPORTS DES TROMPES AVEC LES OVAIRES CHEZ LES ANIMAUX.

M. le docteur RACIBORSKI lit un mémoire intitulé : DES RAPPORTS DES TROMPES AVEC LES OVAIRES CHEZ LES MAMMIFÈRES ET PARTICULIÈREMENT CHEZ LES ANIMAUX DOMESTIQUES. Règle générale, dit l'auteur, les pavillons des trompes sont disposés, chez les animaux domestiques, de manière à pouvoir envelopper

(1) V. pour plus de détails : M. Maunoury, THÈSE 1842, RECHERC. STATIST. SUR LES AMPUT. POUR SERVIR A L'ÉTUDE DU PRONOSTIC.

l'ovaire en entier aux époques destinées à la reproduction. Chez la femme, au contraire, le contact de ces organes n'a lieu que dans une très petite étendue.

Lorsque, chez les animaux, les pavillons n'ont pas par eux-mêmes assez d'étendue, le péritoine leur prête des appendices membraneux formant des sacs plus ou moins complets qui renferment à la fois et le pavillon de la trompe et l'ovaire. Il résulte de cette curieuse disposition que les œufs s'engagent forcément après la fécondation dans les trompes, sans pouvoir se perdre dans le péritoine.

Au lieu d'attribuer d'une manière absolue les grossesses extra-utérines abdominales aux émotions éprouvées par la femme pendant l'acte de la génération, on procéderait donc plus rationnellement en en recherchant une cause physique dans la disposition anormale des pavillons des trompes. Ceux qui expliquent l'aberration de l'ovule humain par une forte impression morale, n'ont peut-être pas suffisamment réfléchi que cette cause empêcherait plutôt la fécondation que la gestation, puisqu'elle mettrait obstacle à l'application du pavillon contre l'ovaire pendant l'acte fécondateur même.

D'un autre côté, la race canine est certainement une de celles où la copulation est le plus fréquemment et le plus violemment troublée. L'on ne voit pas cependant que la grossesse extra utérine abdominale y soit commune. Peut-être même n'en existe-t-il chez elle aucun exemple bien constaté. C'est donc à la disposition, signalée plus haut, du pavillon et du péritoine qu'on doit attribuer la rareté de ces grossesses extra-utérines chez les femelles des animaux domestiques.

Commissaires : MM. de Blainville, Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire et Milne Edwards.

EFFETS THÉRAPEUTIQUES DU CALORIQUE APPLIQUÉ SUR LA PEAU.

M. Gondret adresse la communication suivante : La flamme d'une allumette en ignition étant instantanément appliquée sur la peau produit une douleur assez vive, qui s'évanouit aussi rapidement qu'elle a été produite. Cette flamme forme sur la peau une petite marque rougeâtre, qui, au bout de quelques jours, ne laisse pas de traces.

Presque toujours l'usage instantané de la flamme d'une allumette dissipe assez promptement la douleur rhumatismale, goutteuse ou d'une autre espèce. J'en fais personnellement l'expérience depuis plusieurs années. Je constate aussi chaque jour ce résultat chez les malades contre les douleurs naissantes ou chroniques. On peut encore l'employer dans les asphyxies, en attendant qu'on puisse appliquer les remèdes plus spécialement appropriés. Plusieurs fois j'ai plus ou moins complètement dissipé les douleurs et les contractions convulsives de l'*aura epileptica;* par ce moyen j'ai empêché ou considérablement retardé l'invasion de l'accès épileptique.

Les effets physiologiques de cet agent me paraissent à beaucoup d'égards comparables à ceux que j'obtiens de l'électricité. Ayant asphyxié des lapins par des chocs imprimés sur l'occiput, la flamme d'une allumette promenée avec intermittence le long de la colonne vertébrale a rétabli l'état normal dans l'espace de quelques secondes. Ce résultat est identique à celui que, dans les mêmes circonstances d'asphyxie, j'avais déjà obtenu soit du galvanisme soit de la ventouse scarifiée.

Commissaires : MM. Biot et Breschet.

COMPOSITION DE QUELQUES PRINCIPES IMMÉDIATS ANIMAUX.

M. Bouchardat lit un mémoire sur la composition immédiate de la fibrine, sur le gluten, l'albumine et le caséum. Les deux conséquences les plus importantes qui découlent de ce travail sont les suivantes :

1° La fibrine, exempte de matières grasses, est composée de quatre principes immédiats, en proportions variables : une matière identique avec l'albumine pure non coagulée, pour laquelle M. Bouchardat propose le nom d'*albuminose*. Cette albuminose liquide est emprisonnée dans le réseau d'un tissu composé de *gélatine* et d'un principe présentant toutes les propriétés de la formation épidermique pour lequel, par cette raison, il propose le nom d'épidermose.

Je n'insisterai pas ici, dit l'auteur, sur les conséquences qui découlent de cette composition complexe de la fibrine; je me contenterai de faire remarquer que voilà deux principes fondamentaux des tissus des animaux, la gélatine et l'épidermose, dont on n'admettait pas l'existence dans le sang et qui se trouvent dans ce fluide.

2° Le principe fondamental qu'on trouve dans l'albumine de l'œuf, dans le sérum du sang, dans le gluten des céréales, dans le caséum du lait des animaux, est toujours identique; c'est de l'albuminose, mélangée ou combinée soit avec des matières terreuses, phosphate de chaux et de magnésie, soit avec des sels alcalins, soit avec des matières grasses qui en masquent les propriétés essentielles. Vient-on, par une proportion vraiment inappréciable d'acide, à détruire cette combinaison éphémère, la solution d'albuminose se présente alors avec des propriétés identiques, réactions chimiques exactement pareilles, action sur la lumière polarisée s'exerçant dans le même sens, déviation à gauche constante et dont l'énergie est, toutes choses égales d'ailleurs, proportionnelle à la quantité pondérale de substance dissoute.

L'identité chimique du caséum, du gluten, de l'albumine contenue dans le blanc d'œuf ou dans le sérum du sang est donc établie, à moins qu'on ne veuille supposer, ce qui, selon l'auteur, serait inadmissible, que de l'eau rougissant à peine le tournesol, n'ayant pas de saveur acide bien sensible, pût une réaction chimique assez puissante pour transformer à la température ordinaire tous ces corps en un même principe.

COMPOSITION ÉLÉMENTAIRE DES MATIÈRES ORGANIQUES AZOTÉES.

M. Dumas communique à l'Académie les résultats d'un travail auquel il s'est livré, conjointement avec M. Cahours, sur la composition élémentaire des matières azotées de l'organisation. Les deux auteurs ont trouvé par un grand nombre d'expériences :

1° Que l'albumine du sérum, celle des œufs et l'albumine végétale ont toujours la même composition;

2° Que le caséum offre la même composition que l'albumine, soit qu'on le prenne dans le lait, soit qu'il provienne des plantes;

3° Que la fibrine, tant celle du sang que celle des plantes, contient toujours plus d'azote et moins de carbone que l'albumine ou le caséum;

4° Qu'il existe dans les amandes, les pois, les haricots, etc., une matière analogue au caséum par quelques propriétés, mais encore plus azotée que la fibrine et moins riche qu'elle en carbone.

Lorsque la fibrine a été dépouillée de tout principe soluble dans l'eau bouillante, elle laisse un résidu identique par sa composition avec l'albumine et le caséum, circonstance que de nouvelles et importantes remarques de M. Bouchardat expliquent parfaitement.

NOUVEAU PROCÉDÉ POUR L'OPÉRATION DU BEC-DE-LIÈVRE.

M. le docteur Faure adresse à l'Académie un dessin linéaire représentant le tracé des deux incisions qu'il propose de substituer à l'opération vulgairement en usage pour la guérison du bec-de-lièvre.

Dans le procédé de M. Faure, chacune des incisions latérales se compose de deux lignes droites d'inégale longueur, formant entre elles un angle droit dont le sinus serait tourné en dedans. (Voir, pour plus de détails, le n° 14 de la Gaz. Méd., p. 218, où nous avons décrit, d'après le journal de médecine de Saint-Pétersbourg, un procédé exactement semblable à celui-ci.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 21 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. FOUQUIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance manuscrite comprend deux observations de fractures du fémur traitées avec succès par M. le docteur Mauriat, à l'aide de l'appareil qu'il a imaginé pour la cure des fractures en général.

OBSÈQUES DE M. DOUBLE.

M. Nacquart : La proposition que j'ai faite dans la dernière séance, et que l'Académie a adoptée, en suspendant ses travaux en signe de la sensation produite par la mort de M. Double, cette proposition, dis-je, a été généralement accueillie par le corps médical de Paris comme un témoignage de regrets, bien dû à la mémoire d'un de nos plus honorables collègues. Mais je dois dire que, en vous la soumettant, j'étais bien loin de vouloir, ainsi qu'on l'a supposé, instituer un précédent qui dût se répéter à l'occasion de chaque nouveau décès. De pareils hommages ne peuvent être dictés que par un sentiment profond; ils sont donc nécessairement spontanés, et ce serait en quelque sorte en profaner le caractère que de vouloir les décerner d'avance et par une mesure prévisionnelle.

—M. Double sera remplacé dans les commissions dont il faisait partie, savoir : dans celle des médecins voyageurs, par M. Castel; et dans celle de la répression du charlatanisme, par M. Honoré.

M. Pariset lit le discours suivant, qu'il a prononcé, au nom de l'Académie de médecine, sur la tombe de M. Double :

Messieurs,

Que pourraient ajouter mes faibles paroles à l'apologie si naturelle et si vraie que vous venez d'entendre? et qui est tout à la fois pour nous une source de consolation et d'amertume? Qu'un esprit élevé, qu'un cœur droit et généreux rende un hommage solennel aux nobles qualités du confrère que nous avons perdu, quoi de plus propre à tempérer la douleur de cette perte; mais aussi quoi de plus propre à en aigrir le sentiment que des éloges si justes, que des louanges si bien méritées? Oui, Messieurs, tout ce qu'on vient de dire de Double, Double l'a été. En le peignant à vos yeux sous des couleurs si attachantes, M. Roux a été moins inspiré par sa vive amitié pour lui que conduit par la vérité elle-même. La vie de Double, cette vie si pleine et si entière, vous la connaissez maintenant; vous savez quels ont été ses talens et ses travaux; vous savez de quels titres il a été revêtu, et quelles dignités semblait lui réserver l'avenir. Souffrez que dans ce tableau, si parfait d'ailleurs, je jette encore quelques traits peu connus que j'ai eu le bonheur de recueillir, et qui vous feront voir jusqu'où Double a porté la patience, la fermeté, le courage, ainsi que la tendresse et le dévouement pour sa famille. Dès l'enfance, il avait appris de son père à n'avoir comme lui de volonté que pour le bien. Il fut privé de cet excellent père à l'âge de 15 ans, c'est-à-dire à l'époque où la France entrait dans ce torrent de calamités politiques qui ont été l'effroi du monde. Il avait un frère, ecclésiastique, aujourd'hui évêque de Tarbes. Ce frère fut jeté dans les prisons. Double s'y fait jeter avec lui. Bientôt les deux frères sont déportés; ils vont en Espagne. Heureux exil! on chaque banni retrouve, pour ainsi dire, toute une patrie dans son frère!

Des temps plus doux rappellent Double en France. Livré à lui même, il se rend à Toulouse, se loge chez un fabricant de cages, et, dans cette humble demeure, il reprend seul toute son éducation, étudie sans relâche les auteurs latins, suit des cours de médecine, et frappe de l'éclat que jetait alors l'école de Montpellier, il va dans cette ville, se remet dans les mains des plus habiles maîtres, et reçoit à 20 ans les honneurs du doctorat.

L'école qui les lui avait conférés était pour lui l'objet d'une sorte de culte. Mais pour les jeunes cœurs épris des charmes de l'étude, qui ne sait quel est l'invincible attrait de la capitale; de ce sanctuaire des sciences, des lettres, des arts; de ce foyer d'opulence, de ce centre de tous les pouvoirs? Double cède à cet attrait; il vient à Paris; il y vient sans auxiliaire et sur la seule foi de son étoile; je veux dire, sur la foi de son énergie, de son savoir, de l'appui de Barthès, et n'ayant de fortune que les modiques épargnes que lui avait ménagées sa

pauvre mère, et qui l'avaient soutenu jusque-là. Vous savez le reste, Messieurs. C'est à de si faibles commencemens que remonte une des plus brillantes carrières qu'ait jamais parcourues un homme de notre profession. De même que Linnée en Suède, et Pierre Franck en Allemagne; de même que Dupuytren, Chaussier, Fourcroy, Vauquelin, parmi nous, Double a été dans une profonde indigence : il n'en est sorti que par le travail. C'est de son travail, et du travail le plus opiniâtre, qu'il a tout obtenu. Il n'a rien dû au hasard; il n'a rien dû à l'intrigue, ni à la faveur; et n'eût-il laissé qu'un tel exemple à la jeunesse contemporaine, j'ose dire que dans la postérité la plus reculée sa mémoire sera honorée et bénie; elle le sera surtout encore pour l'exemple d'intrépide oubli de soi qu'il donna plus tard, et dans le sein même de sa prospérité, lorsqu'au milieu des désastres du choléra, et chargé de l'ambulance du Gros-Caillou, il allait chaque jour, et jusque bien avant dans la nuit, porter des soins et des secours à des centaines de malades. Ses amis s'alarmaient de tant de zèle et de fatigues : je suis sur la brèche, leur disait-il, et je dois mourir à mon poste. On admire les ouvrages des grands écrivains; mais les belles actions sont aussi des ouvrages, et des ouvrages plus respectables que les premiers. C'est le plus saint héritage que les générations puissent se léguer l'une à l'autre. Dirai-je enfin, Messieurs, qu'au fort de sa détresse, Double avait rencontré une riche et puissante famille de Pologne, qui voulait se l'attacher en qualité de médecin, et lui assurait les plus solides avantages. Mais, s'il avait préféré Paris à Montpellier, que pouvait-il préférer à Paris? Et ne trouvait-il pas dans le travail et la liberté l'équivalent de tous les biens imaginables?

Du reste, si c'est au travail qu'il a dû sa fortune, c'est à son caractère, à ce caractère loyal, généreux, désintéressé, bienfaisant et serviable jusqu'à l'excès; c'est à la sagesse, à la rectitude, à la fermeté de son esprit, qu'il a dû l'estime du public, celle de ses confrères des deux Académies, et cet ascendant qu'il obtenait d'une parole sur ses auditeurs attentifs, lesquels, saisis de la justesse de ses idées, soumettaient presque toujours leur raison à la sienne. Pourquoi faut-il que, dans un moment suprême, cette raison l'ait pour ainsi dire abandonné? Frappé du trait qui nous l'a ravi, il ferma l'accès à tous les conseils, et ne voulut suivre que les siens. Peut-être qu'avec trop de foi dans l'art divin qui nous anime, il en avait trop peu dans l'art qu'il exerçait lui-même, et qui souvent, il est vrai, n'est, à l'égard du premier, qu'une dangereuse parodie. Cette préoccupation a entraîné des délais funestes: capables, dans le principe, de réagir contre le mal, les organes essentiels se sont comme lassés de résister et de vivre, et dans leur défaillance, ils ont fléchi sous le poids qui les surchargeait. Faute déplorable, si pourtant c'en est une, et la seule peut-être que jamais Double ait commise contre lui-même, contre nous, et contre l'Académie, dont il était un des plus précieux ornemens.

REMÈDES SECRETS.

M. Villeneuve fait un rapport sur plusieurs propositions de remèdes secrets.

Les conclusions défavorables sont mises aux voix et adoptées.

MÉCANISME DU TACT ET DES SENSATIONS.

M. Gerdy lit un travail ayant pour titre : Sur la sensation du tact et sur les sensations cutanées. Les diverses impressions produites par le contact des corps avec la peau, dit l'auteur, ne sont pas toutes des sensations tactiles. Il en est qui ne méritent pas ce titre, et je les distingue sous le nom de sensations physiques générales. Ainsi, le choc d'un corps, l'action d'un caustique, le contact d'une substance très chaude ou très froide, comme le mercure congelé, par exemple, ne réveillent dans l'esprit aucune notion propre à faire reconnaître la nature de l'agent qui engendre ces sensations. Tout le monde sait en effet qu'en voulant juger d'un corps par le simple contact, on confond très souvent une sensation de froid avec une sensation de chaleur.

Si nous envisageons un autre ordre de phénomènes, il n'est pas moins certain qu'un cheveu promené sur les lèvres, la main passée sur la plante des pieds ou sur d'autres régions, donnent lieu à des effets également spéciaux, également distincts des sensations proprement dites; car celles qui nous révèlent le nombre, la forme, la direction, les connexions, etc., des corps, sont bien différentes de celles-ci. C'est donc à la propriété de percevoir les impressions de ce dernier ordre qu'il faut réserver le nom de sensibilité tactile. Il est vrai toutefois que la sensation tactile s'accompagne toujours d'une impression toute physique; et il ne pouvait en être autrement, puisque c'est nécessairement le contact d'un corps avec la surface tégumentaire qui est l'excitant de la sensation.

M. Virey : Les observations de M. Gerdy sont généralement très exactes. Je crois cependant que, en considérant le tact dans les différentes espèces d'animaux, on trouverait beaucoup d'effets que l'auteur n'a pas signalés. Ainsi, les polypes exercent certainement leur tact de manière à percevoir la lumière; car, bien qu'ils n'aient pas d'yeux, ils se montrent cependant sensibles à des variations qui ne portent que sur la manière dont les objets sont éclairés. La fièvre, le sommeil, produisent aussi des espèces de sensibilité tactile tout à fait particulières. Les divers modes suivant lesquels cette fonction s'exerce tiennent donc en très grande partie à l'état variable où se trouve le système nerveux.

M. Rochoux : Il m'est bien agréable d'avoir à faire l'éloge des vues ingénieuses que M. Gerdy vient de développer. Mais j'aurais attendu d'un professeur aussi érudit une mention plus étendue des résultats qui appartiennent aux auteurs de l'antiquité. C'est ainsi qu'il aurait pu trouver dans Epicure une définition très exacte de la sensibilité tactile, et en particulier de ce qu'on doit entendre par la solidité des corps. Je me borne à cette observation, et elle me conduit naturellement à dire que tout ce qu'il y a, en physiologie, d'un peu d'important, se trouve dans Epicure. Je prends l'engagement de le prouver.

M. Royer-Collard : Le travail de M. Gerdy contient des choses très intéressantes, des choses qui appellent la discussion; mais, malgré toute l'attention que j'ai prêtée à sa lecture, je déclare qu'il me serait impossible, après une simple audition, de m'en rappeler assez le sens pour en apprécier les principes. Ne serait-il pas possible d'obvier à cet inconvénient qui se reproduit chaque jour? N'y aurait-il pas moyen de faire en sorte qu'une discussion approfondie, sérieuse, pût s'engager sur des travaux aussi importans que ceux-ci? (Interruption...)

M. Adelon : Les communications faites par les membres de l'Académie n'entraînent pas de droit une discussion, encore moins une solution. Lorsqu'un de nos collègues nous présente le résultat de ses recherches, nous sommes parfaitement libres de le laisser passer, ou d'ajourner notre examen jusqu'à ce que son travail ait été imprimé; et ce serait, j'ose le dire, un grand malheur non moins qu'un usage tout à fait vicieux, si nous nous croyions, à toute occasion, obligés de discuter et de prononcer.

M. Gerdy : Il paraît qu'il n'y a aucune objection à faire contre mon mémoire.... (M. Adelon : Dites seulement qu'on ne veut pas en faire pour le moment.) M. Virey, continue M. Gerdy, m'a cependant fait observer qu'il existe des sensations tactiles particulières chez les animaux. Je le sais; mais je me propose d'en parler dans un autre mémoire. Il n'entrait pas non plus dans l'objet de ce travail de traiter ici des sensations qui se produisent dans l'état morbide.

M. Virey : Il est cependant certain qu'un homme qui a eu les yeux crevés éprouve comme un éblouissement lorsqu'il reçoit un coup violent sur la face. On dit même, dans le langage populaire, qu'il voit alors trente-six chandelles. Voilà bien certainement une sensation produite en l'absence de son organe.

M. Gerdy : Il n'y a là qu'une illusion de l'intelligence. Dès que la personne aura été avertie par l'expérience, la méprise ne se renouvellera plus.

M. Royer-Collard : Il ne me paraît pas que tous les auteurs aient confondu, ainsi que le dit M. Gerdy, le rôle des organes avec l'action du cerveau, dans le mécanisme de la sensation : la plupart d'entre eux, au contraire, distinguent très bien l'impression, sa transmission au cerveau, et enfin la perception. S'il n'y a eu qu'une impression de produite, la sensation n'existe pas. On retrouve aussi dans les mêmes ouvrages une distinction bien tranchée entre la sensibilité générale et les sensations spéciales, ou autrement dites sensorielles.

M. Guéneau de Mussy : Je n'ai à faire, au sujet du travail de M. Gerdy, qu'une seule observation. Elle porte sur le passage suivant : « Il ne peut pas y avoir de sensation sans attention. » (M. Gerdy fait remarquer qu'il n'a pas exprimé cette proposition d'une manière aussi absolue.) Quoi qu'il en soit, continue M. Guéneau de Mussy, il arrive souvent qu'une personne s'endort au bruit d'une lecture faite d'une voix monotone, et qu'elle se réveille à l'instant où la lecture cesse. Il en est de même pour le meunier, que l'uniforme tic-tac de son moulin assoupit, et qui s'éveille dès que ce murmure s'arrête. Dans ces cas, le dormeur entendait donc le bruit qui se passait autour de lui. Et cependant, peut-on dire qu'il y prêtât son attention?

M. Gerdy : Je répondrai à l'observation de M. Guéneau de Mussy que les personnes dont il parle ne dormaient pas profondément. Quant à ce que vient de dire M. Royer-Collard, j'affirme de nouveau que, parmi les philosophes, il n'en est aucun qui n'ait fait confusion entre les mots impression, sensation et perception.

M. Royer-Collard : M. Gerdy a cité Reid parmi les philosophes auxquels il reproche d'avoir confondu tous les élémens de la sensation. Je me rappelle cependant parfaitement avoir lu dans la philosophie de cet auteur qu'il distingue l'action qui s'accomplit dans le cerveau d'avec celle qui a eu lieu dans les organes. Tous les physiologistes, et notre collègue M. Adelon entr'autres, ont posé la même distinction. Le seul point qui reste en discussion est donc la détermination du degré auquel l'âme intervient dans la sensation. Pour les uns, son office ne contribuerait qu'à achever, qu'à compléter la sensation. Pour d'autres, c'est l'âme qui la constitue tout entière à elle seule.

M. Ferrus : Quoique les philosophes et les physiologistes aient presque tous établi en principe cette distinction, il n'en est pas moins vrai que quelques-uns confondent les expressions. Pour moi, je me bornerai à faire une seule question à M. Gerdy : admet-il qu'une modification de tissu affectant un organe sensorial, celui-ci porte au cerveau une impression fausse, d'où résulte une sensation également fausse? admet-il des hallucinations, en un mot?

M. Gerdy : Oui.

M. Bouillaud : Il existe certainement beaucoup de confusion dans le langage des auteurs qui ont écrit sur ce sujet; mais M. Gerdy n'en introduit-il pas lui-même une tout aussi dangereuse lorsqu'il appelle du nom de *sensation* ce que tout le monde nomme *impression*, c'est-à dire l'effet produit sur un organe par un corps? Une pareille dénomination ne serait-elle pas de nature à faire croire, contrairement à toutes les idées reçues, qu'il peut s'opérer une sensation sans l'intervention de l'âme ou de la conscience?

M. Gerdy : Les mots de sensation et d'impression sont employés à chaque instant comme synonymes par tous les auteurs. Je n'ai donc fait qu'user de mon droit en donnant la préférence, pour désigner l'action d'un corps sur nos organes, au terme de sensation, qui, étymologiquement du moins, est le plus satisfaisant des deux.

M. Royer-Collard : M. Gerdy a parfaitement bien fait de distinguer la sensibilité-douleur de la sensibilité normale. Mais lorsqu'il dit que le cerveau n'est pas sensible, je ne puis plus être de son avis. Il est vrai que, dans les vivisections, cet organe ne se montre pas sensible aux piqûres, aux incisions, etc. Mais M. Gerdy l'a dit lui-même, ce n'est là qu'un mode particulier de sensibilité; et de ce qu'elle paraît manquer dans le cas où on l'interroge de cette manière, il ne serait pas rationnel de conclure que le cerveau en est entièrement dépourvu. Il possède la sensibilité normale, naturelle. Cela est incontestable, puisque c'est par le cerveau seulement que nous jouissons de la faculté de percevoir les sensations, et que lorsqu'il est détruit toute faculté de sentir est absolument abolie.

M. Gerdy : Tous les gens du monde sentent par leurs organes. Les philosophes seuls disent qu'ils sentent par le cerveau. La propriété que M. Royer-Collard attribue au cerveau est d'une tout autre nature que la sensibilité. C'est la perception qui s'y exerce et non la sensation. Ce dernier mot doit être réservé pour désigner l'action produite sur les organes.

M. Virey : Quelle est la source générale de toute sensibilité, si ce n'est le cerveau, ainsi que son prolongement rachidien ? On ne peut soutenir le contraire sans se jeter dans les subtilités de la logomachie.

M. Royer-Collard : Cette discussion soulève deux questions : une question de mots et une question de physiologie. Quant à la première, sa solution est on ne peut plus facile. M. Gerdy veut appeler sensation ce que j'appelle impression. Je préfère la seconde dénomination, parce qu'elle est généralement en usage et n'est entachée d'aucun vice. Sur ce point donc, chacun est parfaitement libre de garder sa manière de voir. Mais je ne transigerais pas aussi aisément sur la question de physiologie. M. Gerdy prétend que c'est la main qui sent. C'est là une hérésie, et je soutiens avec tous les physiologistes connus que le cerveau est seul l'organe de la sensibilité.

La séance est levée à cinq heures et quart.

BIBLIOGRAPHIE.

Recherches expérimentales sur les propriétés et les fonctions du système nerveux dans les animaux vertébrés ; par P. Flourens. — Seconde édition, corrigée, augmentée et entièrement refondue. — 1 vol. in-8°. Paris 1842, chez J.-B. Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Pour quiconque s'isole un instant du mouvement intellectuel de notre époque, afin d'en mieux juger le caractère et la portée, il est impossible de n'être pas frappé de la révolution qui s'opère aujourd'hui dans les esprits au sujet d'une méthode d'investigation que la physiologie contemporaine pourrait presque revendiquer comme sienne, tant elle a contribué à en étendre le domaine, à en réglementer l'emploi, à en vulgariser le maniement. Les vivisections, que beaucoup d'auteurs rejetaient encore naguère, semblent avoir enfin conquis dans la science la place d'où un entêtement aveugle menaçait de les tenir éloignées longtemps encore. Et ce qu'il y a de glorieux pour la méthode et de rassurant à la fois pour son avenir, c'est que, ce rang élevé, elle ne le doit ni à l'ascendant de l'autorité, ni au patronage de noms célèbre ; mais bien et uniquement aux services qu'elle a rendus. Ses seuls titres sont des découvertes. Avec de pareilles armes, on peut sans doute marcher sans avoir besoin de calculer le nombre et la qualité de ses partisans. Aussi, malgré les objections que l'ignorance ou la paresse avancent encore de temps en temps contre elle sous le masque d'une sensiblerie affectée, doit-on considérer l'expérimentation comme définitivement admise au nombre des voies les plus légitimes et les plus fécondes de recherches scientifiques ; et, de nos jours, pour publier un livre, pour hasarder une hypothèse, il est absolument nécessaire de faire ou tout au moins de dire qu'on a fait des expériences sur les animaux.

La faveur qu'a obtenue parmi nous l'art des vivisections, considérées comme moyen de vérification, tient à des causes multiples et complexes. Rappelons d'abord, et le lecteur l'aura déjà remarqué, que nous parlons ici des *expériences* et non de l'*expérience*. Plus variée dans ses moyens, mais plus sûre aussi dans ses corollaires, la méthode expérimentale proprement dite n'a jamais été attaquée que par ceux qui ne l'avaient point comprise ; elle n'a donc nul besoin d'être défendue. Quant aux expériences sur les animaux, on leur a adressé plus d'un reproche. Le principal se réduit à élever le doute que l'expérimentateur puisse jamais réunir autour du fait qu'il va provoquer toutes les circonstances où se trouve l'organisme, au moment où il produit le phénomène qu'on prétend imiter. L'objection est forte assurément ; nous avouerons même, nous qu'on ne soupçonnera pas de partialité contre les expérimentateurs, que jamais peut-être il ne sera donné, sur aucun point de physiologie, de la résoudre d'une manière complète. Mais il n'en est pas moins vrai, et les adversaires de la méthode le reconnaîtront eux-mêmes, qu'il existe à présent dans la science moderne infiniment plus de moyens d'échapper à ces causes d'erreur que n'en possédaient les anciens. Soit que, négligeant les grandes découvertes d'ensemble, on s'attache de préférence aujourd'hui à un seul fait bien déterminé, et plus facile par conséquent à isoler et à reproduire dans toutes ses conditions ; soit qu'une connaissance approfondie des agens physiques et chimiques permette d'en faire une application plus exacte aux organes de l'économie animale ; soit enfin que les progrès de l'anatomie, de la pathologie, de la physiologie elle-même mettent l'observateur plus en garde contre les accidens qui viennent compliquer les phénomènes artificiels, et lui enseignent à ne plus prendre une imitation grossière de la nature pour la reproduction fidèle de ses actes, toujours est-il que notre siècle n'a pas été témoin de ces grands cataclysmes scientifiques, de ces ruines de systèmes dont nos devanciers avaient eu si souvent à subir le décourageant spectacle. Répétons-le donc, avec quelque fierté pour l'époque présente, c'est principalement au perfectionnement de la méthode que sont dus les fruits qu'on lui a vu porter. Aucune branche de la science n'est demeurée stérile sous ce rapport. Partout s'est fait sentir l'influence vivifiante exercée par cet esprit de disquisition, de décomposition des élémens, de discernement des causes les plus minimes, d'analyse des moindres circonstances, qui a rendu à l'art des vivisections le double service d'en fixer les bases et d'en faire jaillir des déductions si importantes.

Mais c'est surtout dans l'étude des fonctions du système nerveux que l'effet de ces changemens, de cette réparation de l'instrument de travail, si je puis ainsi parler, s'est montré avec toute son influence. C'est sur ce point difficile que les expérimentateurs modernes ont concentré leurs forces ; comme s'ils avaient voulu, par un exemple frappant, donner à la fois une idée de la puissance et des avantages de la méthode régénérée. Là, comme sur tous les autres points, la nature interrogée a répondu ; et l'uniformité constante de son langage a surabondamment prouvé que ses interprètes n'avaient rien mis du leur dans les solutions qu'ils livraient en son nom. Chaque découverte réalisée, chaque travail entrepris dans ce sens, est donc en même temps un service rendu à la science et un hommage à la sûreté de la méthode. Les noms les plus célèbres de notre époque déposent hautement à l'appui de cette vérité.

L'ouvrage de M. Flourens, dont nous annonçons aujourd'hui la seconde édition, peut passer pour un argument non moins péremptoire en faveur de l'expérimentation ; et l'on peut affirmer qu'il en prouve d'une manière incontestable les avantages, au point de vue de l'utilité, par l'importance des résultats qu'il contient, au point de vue de la certitude, par la netteté des conclusions où ceux-ci se trouvent exprimés. Sous ce double rapport, on pourrait donc recommander la lecture de ces mémoires aux hommes qui conservent encore, sur la valeur des vivisections, les doutes et les préjugés d'une autre époque. Jamais réplique plus irréfutable, jamais démenti plus positif ne leur a été donné sous une forme plus scientifique ; et l'on est heureux de pouvoir, d'un seul coup-d'œil, embrasser l'explication des insuccès de la méthode entre les mains de ses anciens partisans, l'indication précise de ses règles et des services qu'on doit rationnellement en attendre, enfin, les exemples, souvent formulés en découvertes capitales, de son utilité en physiologie. L'ouvrage de M. Flourens a donc un double intérêt comme un double but. Non seulement il établit et délimite avec précision les propriétés et les fonctions du système nerveux, mais il développe aussi les considérations générales qui lui ont servi de point de départ pour arriver à cette détermination si difficile. Non content de dire ce qu'il a obtenu, l'auteur veut qu'on sache comment il l'a obtenu ; et cette marche auquel il s'est constamment astreint dans tout son ouvrage est à nos yeux un de ses plus beaux titres, parce qu'elle est susceptible de se prêter à une application générale. L'exposé de principes présenté par M. Flourens deviendra, nous n'en doutons pas, le code obligé de tous les expérimentateurs, et nulle recherche sur le système nerveux n'amènera désormais de résultat rigoureux qu'à la condition expresse de se conformer aux sages préceptes qui s'y trouvent formulés. Nous n'exagérons point ici : quelque favorable que puisse sembler cette appréciation, le passé est là pour en montrer la justesse, et l'avenir se chargera de prouver qu'elle n'a rien de trop flatteur. Mettons cependant, en quelques mots, le lecteur à même de la ratifier dès à présent.

Ainsi que toute méthode philosophique, le procédé d'expérimentation que M. Flourens s'est donné comporte un principe, un but, et des moyens spéciaux. Le principe est que les diverses parties de l'encéphale (cerveau, cervelet, tubercules bijumeaux, moelle allongée, moelle) ont des fonctions distinctes quoique se combinant ordinairement entre elles dans l'exercice de la vie. Le but qu'il s'est proposé a été d'isoler, dans ses expériences, ces parties les unes des autres, et de porter ainsi séparément sur chacune d'elles, une action dont l'influence fût bien connue et ne se compliquât pas de l'effet d'autres causes accessoires. Les moyens de réaliser ce but, enfin, consistent : 1° dans le choix des animaux ; 2° dans celui des agens destinés à opérer la lésion ; 3° dans le soin d'éviter, le plus possible, la perte de sang qui précipite la mort et amène des épanchemens susceptibles de masquer les résultats obtenus ; 4° dans la dénudation préalable des parties, afin de pouvoir les isoler, et de prévenir les épanchemens de sang et plus tard les exubérances de la substance encéphalique ; 5° dans l'ablation des parties, employée, comme moyen de déterminer leurs fonctions, de préférence à la ponction, à l'irritation, soit chimique, soit physique, à la compression surtout ; procédés qui ne donnaient et ne pouvaient donner qu'incertitude et obscurité, à cause de l'impossibilité où l'on était de préciser les limites exactes où s'était bornée leur action.

Ce système d'isolement des parties, le seul rationel, le seul proposable quand on cherche à déterminer les fonctions de chaque segment de l'arbre cérébro-spinal, explique à la fois les résultats précis qu'a obtenus M.

Flourens, et le vague, l'obscur, le contradictoire des différens travaux sur la même matière, qui avaient précédé le sien. Dire que les causes d'erreur signalées et évitées par lui étaient presque toutes méconnues par les anciens expérimentateurs, c'est appliquer aux recherches de ceux-ci un jugement bien sévère peut-être, mais qui ne paraîtra sans doute que sévère à ceux qui ont eu occasion de chercher la lumière à travers ces matériaux confus, ces conclusions incertaines, ces faits variables à l'infini dont se composait naguère encore toute l'histoire physiologique du système nerveux. On connaît, d'après ce qui précède, le mode d'investigation de M. Flourens, et l'on a pu voir d'après ces explications, combien il est supérieur aux grossières pratiques de vivisection usitées avant lui. C'est maintenant par ses résultats que nous allons le faire juger.

Une méthode aussi rigoureuse devait naturellement conduire à des déductions précises. Tel est aussi le caractère le plus remarquable des conclusions que pose l'auteur; et si l'on arrive un jour à les contester, si l'on cherche à les infirmer par le raisonnement ou par des expériences contraires, nul ne pourra du moins lui reprocher de s'être retranché dans les faux-fuyans d'un langage ambigu. Abordant de suite les questions les plus élevées de physiologie psychologique, il distingue dans le système nerveux trois propriétés essentiellement tranchées, l'une de percevoir et de vouloir, l'autre de sentir et enfin de mouvoir; propriétés qui diffèrent par leur siége comme par leur action, et dont une limite précise sépare les organes respectifs. Or, les effets qui suivent la section d'un nerf, celle de la moelle, l'ablation des tubercules bijumeaux, de la moelle alongée, des pédoncules cérébraux, prouvent que ces parties possèdent la propriété d'exciter immédiatement les contractions musculaires, et celle de ressentir les impressions. Quant à la perception et à la volition, la même méthode établit rigoureusement que ces fonctions sont dues aux lobes cérébraux. Il existe une spécificité d'attributions bien réelle, dévolue à chacune de ces portions de l'arbre nerveux; et quoique la distribution des fonctions aux organes soit parfois difficile à établir et demande une sagacité éprouvée dans celui qui prétend ainsi pénétrer l'intimité du mécanisme de la vie, elle n'en est pas moins, dans sa plus grande généralité, très évidente et très susceptible d'une démonstration expérimentalement incontestable. Les organes des sens offrent l'exemple le plus frappant peut-être de cette influence multiple qu'exerce le système nerveux, et dont les divers élémens proviennent de sources si distinctes. Ainsi pour la vue, M. Flourens pose en principe que la perception réside dans le cerveau, et que les mouvemens de l'iris ont, pour principe d'excitation les tubercules bijumeaux. Eh bien, il enlève les deux lobes cérébraux, et l'animal perd la vue des deux côtés, quoique la contractilité de l'iris persiste au degré normal; et la pupille ne perd sa mobilité qu'après l'ablation des tubercules. Il y a dans ce fait un type curieux et instructif de la manière dont les fonctions peuvent s'associer et se dissocier; et l'expérimentation touche de bien près, ce nous semble, à la solution des plus grands problèmes de l'organisme, lorsqu'elle peut ainsi séparer des phénomènes que la nature, dans l'état normal, dérobe toujours à nos recherches sous le voile d'une coïncidence trompeuse. Ici encore, isoler c'est deviner; et il n'est pas d'esprit qui ne sente au premier abord tout ce que la science peut gagner à voir ainsi décomposer les principes distincts, que l'observation même la plus attentive de l'homme vivant se laisse trop souvent encore entraîner à confondre dans une manifestation commune.

Les fonctions du cervelet et celles des canaux demi-circulaires, ainsi que des fibres opposées de l'encéphale, ont été déterminées par la même voie. M. Flourens attribue au premier organe la faculté de régler, de coordonner les mouvemens, aux autres celle de les modérer. La science moderne a adopté presque unanimement cette doctrine des usages du cervelet qui appartient à notre auteur, et, en lisant le résumé des expériences sur lesquelles il l'a établie, on ne peut guère que partager cette adhésion générale. On s'y trouve même d'autant plus disposé que sa théorie n'a rien d'exclusif, et que, sans l'abandonner, sans faire à ses adversaires la moindre concession, il est facile d'expliquer avec elle une grande partie des faits qu'invoquent les hypothèses contraires, celles de Rolando et de M. Foville, entre autres.

Telles sont les principales lois suivant lesquelles l'influence nerveuse émane de ses divers organes. La plupart de ces conclusions, à la vérité, étaient déjà connues et avaient même cours dans la science; mais on n'en fera pas, nous l'espérons, un sujet de reproche à M. Flourens, ni un motif pour déprécier son œuvre. Trop souvent, en physiologie, l'amour du vrai a été sacrifié à l'engouement pour le nouveau. Sachons apprécier les systèmes par leurs preuves, non par leur physionomie plus ou moins brillante. Mieux vaut asseoir sur des bases inébranlables une vérité dès longtemps pressentie, que d'élever ces hypothèses dont le siècle passé fut si avide, et dont heureusement le nôtre commence à sentir toute l'inanité. L'ouvrage de M. Flourens d'ailleurs n'est point un travail de seconde main, abondant en preuves, mais stérile en idées originales. Outre que la plupart des explications qu'il renferme avaient déjà été émises par lui depuis longues années, et n'ont aujourd'hui cours dans le domaine public que parce qu'il les y a fait entrer, cette seconde édition contient d'abord un supplément vraiment remarquable d'expériences et de considérations à l'appui des anciens faits, puis un grand nombre d'idées nouvelles dont l'occasion de donner connaissance au lecteur se présentera d'elle-même en continuant l'analyse de cette suite de mémoires.

Relativement aux fonctions du cerveau, M. Flourens établit expérimentalement que les facultés intellectuelles dépendent de tous les hémisphères à la fois. Quand l'une est perdue, toutes le sont. Dès qu'une faculté est abolie par l'enlèvement des lobes cérébraux, toutes disparaissent. Cependant les divers organes des sens n'en ont pas moins chacun dans la masse cérébrale un aboutissant distinct et séparé. Déjà nous avons vu que le principe de l'action de la rétine et du jeu de l'iris dérive des tubercules bijumeaux. Pareillement les sens du goût, de l'odorat et de l'ouïe tirent leur origine du renflement particulier qui donne naissance à leurs nerfs. On peut donc, en détruisant séparément chacune de ces origines particulières, détruire séparément chacun des quatre sens qui dérivent d'elles; et l'on peut, au contraire, détruire, sinon tous les sens, du moins leur résultat, d'un seul coup, par la seule destruction de l'organe central où leurs sensations se transforment en perceptions. Le physiologiste et le médecin ne sauraient trop méditer cette lumineuse distinction, susceptible de plus d'une application utile dans le diagnostic et la thérapeutique des maladies du système nerveux.

C'est également au point de vue pratique, et comme donnant aussi la solution d'un des problèmes les plus controversés de physiologie pathologique que nous recommandons le chapitre suivant: DÉLIMITATION DE L'EFFET CROISÉ DANS LE SYSTÈME NERVEUX. Dans cet article, ainsi que dans celui qui est relatif à la théorie des paralysies, le savant, découragé par le peu de consistance et de précision des effets observés sur l'homme, verra avec plaisir qu'il n'est point de phénomène si bizarre, de symptôme si inexplicable pour la seule raison, que l'expérience ne parvienne à reproduire, et dont elle ne puisse déterminer la cause.

Outre les mouvemens volontaires et ceux que détermine l'irritation des parties directement excitatrices de la contraction musculaire (telles que la moelle et les nerfs), il en est un autre ordre qui, par sa nature comme par son principe, semble former une classe tout à fait à part. Sous le nom de mouvemens de conservation, M. Flourens décrit particulièrement les divers actes respiratoires dont il place le principe dans un point de la moelle allongée, situé au voisinage de l'origine des pneumo-gastriques. C'est là du moins ce qui ressort des expériences auxquelles il s'est livré; mais il est vrai de dire que l'auteur va un peu plus loin dans les attributions qu'il accorde à cette partie de la moelle allongée; car, dit-il, dès qu'on touche à la moelle allongée, l'action de toutes les autres parties des centres nerveux s'éteint; elle constitue donc le point réellement central, le lien commun, le *nœud* qui les unit toutes entre elles.

A notre avis, M. Flourens est ici dans le vrai, et ses paroles ne sont que l'expression d'un fait qu'il est aisé de constater par l'expérience. Mais il n'en importe pas moins de donner quelques explications, afin qu'on ne soit pas tenté d'attribuer à la moelle allongée une action dont elle est plutôt le conducteur que le point de départ. Selon nous, il n'y a rien dans cet organe de ce pouvoir mystérieux, de cette suprématie, en quelque sorte providentielle, dont on a voulu le rendre le siége. Son influence vient tout simplement de la situation topographique qu'elle occupe au dessus de la moelle, à laquelle elle transmet les influences réunies du cerveau et du cervelet, tout comme, d'un autre côté, elle est aussi traversée par les impressions sensitives qui lui arrivent de la périphérie. La considération dont elle jouit aux yeux de certains physiologistes n'est donc due, on peut le dire d'une manière figurée, qu'au hasard de sa position; car son influence rigoureusement analysée est celle d'un intermédiaire bien plus que d'un principe d'action. Il est vrai toutefois qu'elle exerce par le pneumo-gastrique une influence directe sur les mouvemens respiratoires; et l'intégrité de la respiration elle-même étant indispensable à la vie de tous les organes, on conçoit comment, prenant l'effet pour la cause, beaucoup d'auteurs placent dans la conservation de la moelle allongée la condition obligée de la continuation de l'existence, proposition fort juste en elle-même, mais qui demandait, comme on le voit, à être expliquée.

Quoi qu'il en soit de ces réflexions, il n'en demeure pas moins établi que l'action nerveuse, ou la vie, est abolie dès qu'on coupe la moelle allongée au niveau de la huitième paire. Qu'il y ait en ce point un principe particulier, ou que sa destruction n'agisse, au contraire, comme le veut M. Marshall-Hall, qu'en supprimant à la fois l'action du cerveau et celle des pneumo-gastriques (les deux mobiles, suivant lui, des mouvemens respiratoires), toujours est-il que la respiration et par conséquent

la vie cesse au moment où la section est pratiquée (1). M. Flourens, répétant ces expériences, avait reconnu que la décapitation n'est pas suivie d'une mort aussi prompte chez les animaux à sang froid. L'anatomie comparée a expliqué cette différence en montrant que, chez eux, le point de la moelle où siége le principe des mouvemens respiratoires, est placé presque hors du crâne, et échappe par conséquent le plus souvent à l'action de l'instrument tranchant qui sépare la tête du tronc.

L'influence du système nerveux sur la circulation est beaucoup moins directe; elle ne s'exerce même, suivant M. Flourens, que d'une manière médiate. Mais, pour n'être qu'accessoire, son pouvoir n'en est pas moins réel; et notre auteur en a déterminé l'étendue et le degré par de nombreuses expériences. Il a même reconnu deux sortes d'action distinctes : l'une de tout le système nerveux sur toute la circulation, par l'effet de laquelle celle-ci se concentre, s'affaiblit et s'éteint à mesure que l'encéphale est divisé, retranché en partie ou tout à fait enlevé : l'autre, qu'on pourrait appeler action de correspondance, et qui fait que, lorsqu'une région déterminée du système nerveux est seule détruite, c'est toujours dans les seules parties correspondantes à cette région que la circulation se montre surtout affaiblie.

Le système nerveux vit comme tous les autres organes; il offre donc à étudier, non seulement des fonctions, mais aussi des propriétés; distinction bien simple et qui eût épargné plus d'une erreur à nos devanciers s'ils l'avaient eue toujours présente à l'esprit. Amené, par la suite naturelle de ses recherches, à traiter quelques-unes des questions les plus obscures qui se rattachent aux propriétés de la substance encéphalique, M. Flourens les a résolues par la même voie et avec le même bonheur que les précédentes. C'est ainsi qu'en déterminant des épanchemens de sang dans le crâne des animaux, il est parvenu à préciser les conditions qui sont nécessaires pour qu'ils puissent produire les effets de la compression cérébrale. On savait bien d'une manière vague qu'un amas de liquide ne causait de symptômes fâcheux que lorsqu'il avait acquis un certain volume. A cette donnée si manifestement insuffisante, M. Flourens substitue des principes basés sur l'appréciation scrupuleuse de toutes les circonstances qui peuvent faire varier le phénomène. Ainsi, les épanchemens n'agissent qu'au-delà d'une certaine limite. Même à ce degré, ils ne surmontent la force de ressort du cerveau, et conséquemment ne troublent ses fonctions qu'autant qu'ils sont comprimés par le crâne ou la dure-mère. L'ablation de ces enveloppes neutralise, à elle seule et indépendamment de l'évacuation de la matière épanchée, l'action compressive des liquides déposés à la superficie du cerveau. Dans tout épanchement cérébral, il faut donc tenir compte de sa quantité, de la pression qu'il éprouve de la part du crâne ou de la dure-mère, et de la rapidité qu'il a mise à atteindre le degré où il a vaincu le ressort du cerveau. Ou nous nous abusons, ou le seul énoncé de ces propositions, abstraction faite de leur originalité et de leur importance sous le rapport pratique, offre une rigueur bien propre à fixer sur elles l'intérêt et les méditations de tout esprit positif.

C'est encore par des expériences variées que M. Flourens a été amené à cette conclusion, savoir : que, dans l'état naturel, le cerveau fait sans cesse effort contre ses enveloppes qui, à leur tour, le repoussent ou le répriment sans cesse. D'où il suit que, dès que cette répression du cerveau par ses enveloppes manque ou cède dans un point donné de son étendue, il se forme aussitôt, et par cela seul, en ce point, une exubérance. Ce n'est pas seulement à expliquer le mécanisme des exubérances, si communes après les plaies de tête et les opérations de trépan, que M. Flourens fait servir cette loi sur le balancement d'action et de réaction entre les parties contenantes et les parties contenues; il en tire également une interprétation, pour le moins fort rationnelle, du mouvement (ou de l'un des mouvemens) du cerveau, qu'il attribue à l'expansion de la substance cérébrale par l'impulsion excentrique du système vasculaire qu'elle contient dans son intérieur. Si, en effet, dit-il, cette force impulsive qui, dans le cas d'épanchement, pousse le sang entre le cerveau et ses enveloppes, est la même qui pousse sans cesse le sang dans le tissu de cet organe, il est évident que, parvenant dans l'épanchement à déprimer le cerveau de dehors en dedans, à l'affaisser, elle doit de même, dans l'état naturel, le déprimer en sens inverse, de dedans en dehors, le gonfler, le distendre; de là son mouvement alternatif d'expansion isochrone aux pulsations artérielles. C'est ici la physiologie qui a mis la physiologie sur la voie; et quoique le problème des mouvemens du cerveau n'ait point été abordé sous toutes ses faces, on reconnaîtra sans doute que les indications puisées dans l'observation de l'homme malade ne sont ni moins sûres, ni moins rigoureuses que celles de l'expérimentation.

La dilatation des artères est, dans cette hypothèse, le fait par lequel on explique le soulèvement de la masse encéphalique; mais cette dilatation elle-même est-elle un fait démontré? M. Flourens ne pouvait admettre, comme raisons valables pour y croire, les expériences incomplètes d'Harvey et les assertions sans preuves de Galien. Pour mettre hors de doute l'existence du phénomène ou plutôt pour s'assurer s'il a réellement lieu, il a fait construire de petits anneaux d'acier brisés très minces, embrassant exactement une artère, et ayant assez de flexibilité pour céder au moindre effort. Or, en appliquant un de ces anneaux autour de différentes artères, il les a toujours vus s'ouvrir et se fermer alternativement, coïncidemment avec la diastole et la systole. On conviendra que peu d'expériences apportent avec elles une conviction plus irrésistible et plus complète; et cette question si controversée de la dilatation des artères paraîtra sans doute à tout le monde jugée désormais d'une manière définitive.

Nous aurions encore d'intéressantes découvertes à signaler, et parmi les plus dignes d'attention, celles surtout qui sont relatives AUX CONDITIONS FONDAMENTALES DE L'AUDITION ET A L'ACTION DÉTERMINÉE OU SPÉCIFIQUE DE CERTAINES SUBSTANCES SUR LE CERVEAU. Mais nous n'avons point la prétention de reproduire ici tous les résultats importans qui abondent dans cet ouvrage. Si nous avons pu donner une idée de la méthode qui a guidé l'auteur, et faire juger de la valeur par quelques exemples choisis parmi les plus saillans, notre but sera rempli. Le nombre et l'importance des aperçus soulevés par M. Flourens sont d'ailleurs trop considérables pour que son nom ne se rattache pas de la manière la plus étroite à l'histoire du système nerveux et même à la physiologie tout entière. A ce point de vue, nous sommes donc autorisés à dire que l'analyse de son livre, à peine ébauchée dans cet article, sera nécessairement complétée plus tard; car il n'y a pas, dans la science de l'homme, une seule question où l'occasion d'utiliser ses travaux et l'opportunité, par conséquent, pour nous d'en parler avec plus de développement, ne se présente naturellement.

Un mot en terminant sur le style de cet ouvrage. M. Flourens avait à y exposer et des expériences et des conclusions. Précis et serré dans celles-ci, toujours fidèle à la sévérité d'expressions que commandait et que facilitait d'ailleurs si bien la simplicité des résultats qu'il avait à énoncer, il a su, dans le récit des vivisections, se tenir à égale distance du ton simplement affirmatif, et des détails qui fatiguent l'esprit sans entraîner la persuasion. Ces descriptions minutieuses, dont on s'est du reste fatigué si promptement de nos jours, ont rarement l'avantage qu'on en espère. C'est du nom de l'auteur, non de l'abondance des détails, que naît la conviction; et presque toujours celui qui pense avoir fait preuve d'exactitude en énumérant les moindres circonstances ne parvient qu'à prouver qu'il a voulu être cru exact.

(1) La respiration continue au contraire pendant quelque temps encore, lorsque, au lieu de couper la moelle allongée, on a enlevé le cerveau et divisé les deux pneumo-gastriques; d'où M. Flourens conclut à l'existence d'un principe particulier, moteur de la respiration, et résidant dans la moelle allongée. Mais y a-t-il tout à fait parité entre les conditions matérielles où se trouve le système nerveux dans l'une et l'autre de ces deux expériences? Nous ne saurions l'admettre : car celle où la moelle allongée est divisée en travers supprime brusquement et l'influence de la volonté, et celle des pneumo-gastriques. Elle doit donc naturellement porter à la respiration une atteinte plus subite que celle où, coupant les pneumo-gastriques après avoir retranché le cerveau, on ne détruit que successivement les deux influences. Notons que, dans les deux cas, on laisse intacts les nerfs spinaux, dont l'action excito-motrice explique bien la persistance de la respiration dans la seconde expérimentation, où les puissances respiratoires n'ont pas subi un choc assez violent pour ne pouvoir pas continuer quelque temps avec le seul secours des paires spinales, dont M. Marshall-Hall, d'ailleurs, a bien indiqué le mode d'intervention dans cette fonction.

— TABLEAUX ÉLÉMENTAIRES D'ANATOMIE HUMAINE : OSTÉOLOGIE ET MYOLOGIE; par J.-C. WERNER, peintre du Muséum d'histoire naturelle. Prix : tabl. color., 5 fr.; en noir, 3 fr. 50 c.

Paris, Hocquart et comp., éditeur, rue de la Harpe, 64.

Le succès de cet ouvrage a dépassé nos prévisions. Il en a été vendu plus de 200 exemplaires depuis sa publication.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 27. (TOME X. — 1842.) SAMEDI 2 JUILLET 1842.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des Hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

RECHERCHES SUR LES LÉSIONS ANATOMIQUES DU SYSTÈME NERVEUX, A LA SUITE DU TÉTANOS CHEZ L'HOMME ET LE CHEVAL; par M. Imbert Gourbeyre, interne à l'Hôtel-Dieu.

Il est des maladies dont le nom seul est une cause d'effroi pour les praticiens les plus expérimentés, en raison de l'impuissance des moyens thérapeutiques que l'on peut diriger contre elles : le tétanos est de ce nombre. Or, l'impuissance de l'art implique, pour tous ceux qui le cultivent avec ardeur, la nécessité d'efforts soutenus et persévérans, dans le but d'éclairer chaque point de l'histoire de la maladie inconnue. Sans doute, ces recherches ne sauraient mener immédiatement à la solution du problème thérapeutique qui est posé aux médecins; mais il suffit que des indications précises puissent être déduites des connaissances acquises sur le siége et la pathogénie d'une affection pour que ces connaissances deviennent précieuses.

Telles sont les considérations qui m'ont déterminé à publier ce travail. A une observation que j'ai recueillie dans le service de M. Breschet, j'ai joint plusieurs faits analogues, que j'ai empruntés, les uns à la médecine humaine, les autres à la médecine vétérinaire. Ce rapprochement était tout naturel, le tétanos étant commun à l'espèce humaine et à l'espèce chevaline.

TÉTANOS TRAUMATIQUE.

Obs. — Délétau (Marie-Louise), âgée de 22 ans, brunisseuse, est entrée à l'Hôtel-Dieu (salle St-Charles, service de M. Breschet), le 22 décembre 1841.

Le jour même de son entrée, elle s'était jetée par la fenêtre d'un troisième ét... Diverses peines morales avaient provoqué cet acte de désespoir. A son arrivée, ... constate une fracture des deux os de la jambe droite, à son extrémité inférieure, fracture à fragmens multiples. Il y a eu en même temps une plaie contuse ... région fessière gauche, et quelques plaies superficielles à la face. L'absence ... plaie extérieure à la jambe droite et la difficulté même de constater l'état de l'articulation tibio-tarsienne font espérer la conservation du membre. En conséquence la jambe est pansée avec l'appareil de Scultet et soumise aux irrigations ... continues (20° Réaumur environ). Au début il y a eu peu de douleur et de tuméfaction; le membre a toujours conservé une bonne chaleur; point d'accidens généraux.

Dans les premiers jours de l'année 1842, époque à laquelle je vis la malade pour la première fois, les irrigations tièdes continues marchant toujours, même la nuit, il se forma en dehors de la malléole externe et du calcanéum une escarre de près de trois pouces de diamètre; cette escarre, en se détachant, entraîne avec elle deux esquilles, dont la plus grande a un pouce de hauteur et semble appa...

Feuilleton.

CANDIDATURES MÉDICO-CHIRURGICO-ÉLECTORALES.

Nous ne sommes pas de ceux qui ne voient dans la candidature de dix à douze médecins aux prochaines élections qu'une bouffonnerie de plus à ajouter à toutes celles dont nous nous régalons mutuellement dans notre république médicale. Quelques-unes de ces candidatures sont, à la vérité, superlativement ridicules, et il est telle circulaire de ces futurs honorables qu'on croirait dictée par Arnal en personne. Mais il en est plusieurs qui compensent et au-delà les inconvéniens des autres. Au reste, quoi qu'il en soit des hommes, la chose a en elle-même un côté sérieux qui mérite d'être apprécié.

Une vérité bien triste, mais par malheur bien constatée, c'est la décadence relative de la profession médicale à notre époque. Les causes en sont si nombreuses et si compliquées que les plus habiles ont à peu près désespéré de trouver un remède à ce dépérissement, et on se contente en général de répéter le cri de détresse des causes perdues : *O tempora! ô mores!* Par momens, et lorsque la profondeur du mal se trahit par quelque symptôme éclatant, on s'émeut tout à coup, on s'agite, on demande du secours à tout le monde, aux Chambres, aux Facultés, aux Académies, aux associations, au gouvernement; on remet à neuf les anciens projets de réforme, on en invente d'autres destinés au même sort; et après beaucoup de bruit, beaucoup de déclamations et de grands mots, les choses restent ce qu'elles étaient. Si telle est la situation depuis tant d'années, si l'impuissance des moyens proposés jusqu'ici est indubitablement constatée, il est évident que le salut commun dépend uniquement de quelqu'un de ces coups imprévus qui, dans les affaires humaines, décident inopinément les questions réputées insolubles. Or, ne serait-il pas possible que cette levée de boucliers électorale fût précisément, sans que nous nous en doutions, une de ces inspirations d'en haut qui président aux grands dénoûmens des choses de ce bas monde? Ne serait-ce pas notre bon génie, si longtemps endormi, qui nous aurait soufflé tout à coup ces velléités politiques pour notre bien? A la vérité, le choix de ses premiers instrumens est en partie passablement incongru et grotesque, mais cela ne fait rien au fond de l'affaire. La Providence cache toujours son jeu; et la pièce peut très bien être sérieuse, quoique les personnages ne le soient guères. Le fait jusqu'à présent inoui parmi nous d'un si grand nombre de candidatures à la députation indiquerait qu'il s'est opéré dans notre intérieur quelque mouvement latent dont ces résolutions simultanées et non concertées sont la manifestation, et dont les conséquences peuvent aller fort loin.

C'est un axiôme aujourd'hui que, par le temps qui court, un homme n'est rien ou presque rien, s'il n'est député; il suit par conséquent de là qu'il faut que les médecins se fassent députés s'ils veulent être quelque chose. Ce raisonnement nous semble sans réplique. Nous ne pouvons donc qu'admirer la saga-

venir au bord antérieur et inférieur du tibia, tandis que l'entre paraît être une portion de la malléole externe. La chute de cette escarre met à nu tout le côté externe de l'articulation tibio-tarsienne, et l'on sent de petites esquilles encore adhérentes au fond de la plaie. Au-dessus de l'article, il existe une très grande mobilité entre les fragmens; mais les chairs en ce point sont encore en bon état. Une quantité assez notable de pus vient par fusées de l'espace interosseux qui se trouve au niveau de la fracture des deux os de la jambe, et s'échappe par la plaie nouvelle. Du reste, pas d'accidens généraux.

Tel était l'état de la malade lorsque, le 6 janvier, elle se plaint de ne pouvoir abaisser complètement la mâchoire. On constate, en effet, un resserrement incomplet de la mâchoire inférieure, qui ne peut parcourir en bas son arc entier, le quart inférieur environ. Il y a en même temps un peu de gêne dans la déglutition. Ce commencement probable de trismus étant attribué au froid des irrigations continues, qui sont loin d'avoir été toujours maintenues à la même température, par la négligence des infirmiers, on les supprime immédiatement, et le membre, enveloppé de cataplasmes chauds, est toujours contenu dans l'appareil de Scultet comme auparavant.

Le 7 janvier, le resserrement de la mâchoire n'augmente pas; mais la malade s'est plainte de s'être mordu plusieurs fois la langue entre les dents en dormant. Même gêne dans la déglutition. On lui donne les deux pilules suivantes :

Extrait gommeux d'opium. .	0,05
» d'aconit.	0,03
» de belladone.	0,03

Du 8 au 10, le resserrement de la mâchoire a augmenté. On applique sur les masséters deux petits vésicatoires, qu'on panse avec de l'acétate de morphine (0,05); mêmes pilules.

Le 11, le resserrement de la mâchoire a encore augmenté; les muscles masséters sont durs et rigides; l'ouverture entre les arcades dentaires permet à peine d'y introduire un tuyau de plume, et la mâchoire ne peut se mouvoir que dans cette petite portion entr'ouverte. Le tétanos est uniquement borné aux élévateurs de la mâchoire; la malade étend et fléchit la tête très facilement. (Mêmes pilules; 2 bains de vapeur à la face.)

Le 12, la mâchoire, encore plus resserrée, peut à peine exécuter de petits mouvemens; la nuit a été mauvaise. Dans la matinée, contractions spasmodiques de la mâchoire et morsures de la langue, laquelle cependant n'offre point de plaies. La malade peut à peine avaler ses boissons et se plaint de la raideur de son cou; elle souffre en arrière à la nuque, même sous la pression des doigts; sa jambe lui cause peu de douleur. (Même traitement.)

Le 13 et le 14, la mâchoire offre le même état de resserrement, qui lentefois varie dans son degré par momens. Elle est encore le siége de quelques contractions spasmodiques; la raideur du cou est plus prononcée, quoique les muscles ne soient pas complètement rigides; il y a déjà un commencement d'opisthotonos. La jambe offre toujours beaucoup de mobilité entre les fragmens; la suppuration par la plaie externe est peu abondante. La gêne de la déglutition est peu forte. La malade parle très nettement, quoiqu'entre les dents; la parole, du reste, n'a jamais été embarrassée jusqu'à la fin. On remplace ses pilules, qu'elle a toujours très mal prises à raison de sa dysphagie, par un julep au sirop de morphine. (Julep avec sirop de morphine, 60 grammes; 2 bains de vapeur.)

Le 15, la raideur du cou est complète; les doigts de la main droite exécutent des mouvemens continuels et involontaires, mouvemens qui ont persisté jusqu'à la fin. La malade a du reste toute son intelligence; les liquides passent assez facilement; c'est la seul aliment qu'elle ait pris dans le courant de sa maladie. Les extenseurs du cou sont rigides et douloureux à la pression. (Même traitement.)

Les 16 et 17, la malade se plaint beaucoup depuis quelques jours de la plaie qu'elle porte sur la fesse gauche depuis son accident, et sur laquelle elle repose habituellement. Cette plaie offre un large foyer de 3 pouces de diamètre environ, très profond, qui communique à l'extérieur par un orifice large environ comme une pièce de 5 fr. Cette plaie, qui a toujours été très soigneusement pansée, semble avoir concentré toute la sensibilité de la malade; elle ne s'est plainte presque que de cela pendant tout le temps de sa vie. (Même traitement.)

Le 18, la malade est prise de quelques accès d'étouffemens de peu de durée. Elle éprouve des secousses involontaires dans les membres à la fin de ses momens de sommeil. La déglutition est plus difficile. Les muscles dorso-lombaires sont pris de rigidité tétanique; le tronc forme en arrière un arc prononcé; le pouls est peu développé et très fréquent; les battemens du cœur sont précipités; il y a absence de chaleur à la peau. (Julep avec acétate de morphine, 0,05 par 30 grammes; 2 bains de vapeur; 2 lavemens avec 8 gouttes de laudanum.)

Le 19, elle se plaint beaucoup des secousses qu'elle éprouve dans les membres. Tous les extenseurs de la tête et du tronc et le sterno-cléido-mastoïdien gauche sont rigides; les muscles du cou en arrière et à gauche ont toujours été plus rigides que leurs congénères. (Même traitement.)

Le 20, la mâchoire, qui jusqu'à présent avait toujours joui d'un peu de mobilité, présente l'immobilité la plus complète. La tête et le tronc forment une seule barre rigide et inflexible. La déglution, quoique difficile, n'est pas impossible; insomnie; même fréquence du pouls sans chaleur à la peau. Le traitement, depuis le 18, a été constamment le même jusqu'à la fin.

Le 21, elle se plaint beaucoup de son siége; la raideur du cou persiste; la malade boit assez facilement; mais, quand elle a fini de boire, elle tousse et éprouve à la gorge un léger sentiment de constriction. Le pouls est toujours précipité, sans chaleur fébrile à la peau. Elle éprouve des secousses dans la jambe malade. La mâchoire est moins resserrée.

Le 22, elle se plaint davantage du sentiment de constriction à la gorge, quand elle avale; cependant elle boit assez facilement. Les muscles sous-hyoïdiens sont un peu raides et le larynx est moins mobile.

Le 23, il y a eu insomnie. La malade ne fait plus attention à sa jambe; l'état de son siége est le sujet continuel de ses plaintes; elle dit souffrir beaucoup au niveau du sternum et au ventre. Les muscles abdominaux sont un peu rigides; le pouls est toujours petit et très précipité, quoiqu'il n'y ait pas de chaleur anormale à la peau. La déglutition est difficile; les doigts de la main droite sont toujours en mouvement continuel et involontaire.

Dans la soirée, les pommettes sont vivement colorées, et il y a une chaleur très marquée à la peau.

Le 24, elle ne souffre plus au sternum, ni au ventre, et les muscles abdominaux sont sans raideur. La fièvre persiste; il y a des accès d'étouffemens dans toute la journée; sa jambe est toujours dans le plus fâcheux état. Un abcès s'est ouvert par deux ou trois points en dedans de la jambe et au niveau de la fracture des deux os, qui offrent en ce point la plus grande mobilité. La suppuration n'est pas très abondante.

Le 25, les accès d'étouffemens ne se renouvellent pas. Le resserrement moindre de la mâchoire permet d'introduire le petit doigt entre les arcades dentaires. La fièvre est tombée. Au traitement ordinaire, on joint le galvanisme. Une aiguille est appliquée sur chaque masséter pendant cinq minutes avec une pile très faible. Le galvanisme augmente le resserrement de la mâchoire pendant quelques heures seulement après l'opération.

Le 26, l'écartement de la mâchoire est presque aussi considérable qu'hier. La malade boit toujours assez facilement. Les doigts de la main droite persistent dans leurs mouvemens. Il y a de la douleur à la pression dans les muscles du cou. L'opisthotonos offre le même degré. Pas d'application de galvanisme.

Le 27, la mâchoire est beaucoup moins resserrée. La malade peut sortir complètement sa langue; son siége est dans le plus mauvais état; le foyer s'agrandit: autour de l'ouverture il y a beaucoup d'érythème et d'excoriations. De là les plaintes continuelles de la malade. Outre le traitement ordinaire, on fait une seconde application de galvanisme. Deux aiguilles sont placées l'une à la nuque, l'autre aux lombes. La douleur causée par leur piqûre atteste la sensibilité de ces régions. La séance ne dure que cinq minutes avec une pile forte de 30 couples. Le galvanisme est assez bien supporté; il paraît même avoir diminué la rigidité des muscles du dos. Il n'y a pas eu d'accès d'étouffemens.

Le 28, le resserrement plus fort de la mâchoire ne permet plus la sortie de la langue. La nuit a été mauvaise; le pouls est toujours précipité, mais sans chaleur à la peau. La malade depuis quelques jours fléchit un peu la tête en avant. A trois heures de la soirée, la malade est immobile, comme plongée dans un

---

cité de ces intelligens confrères qui se sont mis bravement en avant les premiers pour attacher le grelot; leur entreprise est d'autant plus méritoire qu'ils doivent s'attendre à peu près tous, à moins qu'ils n'aient perdu l'esprit, à n'être pas nommés. Mais ils auront rompu la glace, les journaux politiques retentiront de leur nom, prénoms et qualités, et le monde saura enfin qu'il y a dans le corps médical beaucoup d'hommes payant cinq cents francs d'impôts, ce qui ne peut manquer de réhabiliter immédiatement la profession dans l'estime publique. C'est là le premier avantage que nous promettent les candidatures, abstraction faite de leur résultat. Nous voilà posés socialement; cela suffit pour le moment.

Que si, par un surcroît de bonne fortune, une demi-douzaine seulement de ces candidatures arrivaient à bien, la plus riante perspective s'ouvrirait aussitôt devant nous. Il y a lieu d'espérer, en effet, que nos honorables, après avoir fait, comme de juste, leurs affaires propres et celles de leurs commettans, voudront bien se considérer et agir à l'occasion comme représentans de la médecine. Quand cela ne leur arriverait qu'une fois à chacun d'eux dans la durée d'une session, nous aurions lieu d'en être reconnaissans. Le premier résultat qu'il faudrait attendre de leur intervention serait la présentation de ce magnifique projet de réorganisation médicale aussi fameux par ses mésaventures que la liquidation des arriérés de la légion-d'honneur. Nous aurions enfin la satisfaction de voir ce volumineux travail, tiré des caverneux cartons des ministères, être apporté solennellement sur le bureau de la chambre. Il est tout simple que ce projet ait excité peu d'attention tant qu'on n'a eu affaire qu'au vœu du corps médical tout entier et aux savantes admonitions des Facultés, de l'Académie, de l'association; mais il est facile de comprendre qu'il en serait plus de même s'il se présentait sous les auspices de six hommes armés de boules noires. On sait que rien ne résiste à ces petits projectiles d'invention moderne. Nous présumons que nos représentans en sauraient faire usage; c'est une manœuvre qui s'apprend avec la plus grande facilité. Nous devons aussi compter, comme adjuvant, dans cette occasion ainsi que dans toute autre, sur l'éloquence des dits représentans. Il en est un parmi eux qui ne craindrait pas de s'aligner avec Mirabeau, et pour qui M. Thiers ou M. Guizot ne pèseraient pas une once. Parmi les grands plaisirs de cœur et d'esprit que l'avenir nous réserve, nous plaçons au premier rang celui d'entendre cet ardent orateur développer à la tribune ses grandes et originales idées, et déployer à son aise, sur cet immense théâtre, ses puissantes facultés, misérablement étouffées jusqu'ici entre les quatre murs de notre Académie. On annonce qu'il parlera de préférence sur les questions de politique extérieure, de haute diplomatie et de finances, parce qu'il a à proposer sur ces grands objets des vues dont on n'a pas eu jusqu'à présent le moindre idée. Cela ne nous étonne point; car c'est toujours sur les matières étrangères à ses études, qu'il s'exerce le plus volontiers et avec le plus de succès. Politiquement, la profession de foi de ce même candidat le classe tout à fait à part. Il ne sera ni de la gauche, ni de la droite, ni d'aucun des centres; il n'est ni ne veut être d'aucun parti. Ce sera un député *sui generis*. Il récuse même d'avance l'appui des journaux de toute couleur. Nous ne savons pas comment les journaux politiques, que cela regarde, prendront cette sauvagerie d'indépendance; mais la GAZETTE MÉDICALE fera, quoi qu'il en ait, violence à sa modestie, et dès aujourd'hui le recommande à ses abonnés électeurs, en attendant de pouvoir annoncer son triomphe. Nous serions heureux de pouvoir aussi bientôt proclamer en même temps celui du candidat

sommeil soporeux; les doigts de la main droite ont cessé leurs mouvemens. Les traits sont rétrécis, les extrémités froides; quelques réponses incohérentes viennent accuser du délire; le resserrement de la mâchoire, qui du reste a beaucoup varié depuis le matin, est plus fort.

A sept heures, la malade est prise de convulsions et d'étouffemens; la déglutition est impossible; elle rejette en écume sa boisson. Cet accès est de peu de durée.

A neuf heures, la malade a toute sa connaissance; elle dit qu'elle étouffe. Les doigts de la main droite ont repris leur mouvement habituel. L'auscultation ne révèle aucun râle sur la partie antérieure de la poitrine. La face est décomposée; le pouls est petit et très fréquent.

Le 29, elle peut sortir toute sa langue; elle se plaint d'étouffemens, et n'ose pas boire, parce qu'elle rejette ses boissons. Elle dit ne pas sentir sa jambe malade. Elle pousse souvent des gémissemens plaintifs et étouffés. Les doigts de la main droite persistent dans leurs mouvemens. Même traitement sans application de galvanisme.

Le 30, morte à cinq heures du matin, sans avoir éprouvé de convulsions pendant la nuit.

Autopsie. — Elle n'a pu être faite que 50 heures après la mort, à raison d'une enquête judiciaire. Le long intervalle de temps pourrait faire regarder comme phénomènes cadavériques certaines altérations que nous avons trouvées, celles de la moelle en particulier; mais la description détaillée de ces altérations prouvera amplement l'impossibité d'une telle explication, du reste la saison était rigoureuse, et le tissu cellulaire sous-cutané du sujet était rigide et presque congelé.

Le cadavre offre une rigidité cadavérique assez prononcée.

Examen du canal rachidien. Il existe en dehors de la dure-mère rachidienne une collection d'un liquide sanguin, noir, sans caillots, occupant 5 ou 6 pouces du canal vertébral dans sa partie inférieure.

Face externe de la dure-mère rachidienne. Dans la portion correspondant à la queue de cheval, la dure-mère, considérée à l'extérieur, offre une coloration rosée générale, avec des injections capillaires parallèles. Dans l'espace angulaire que forment les nerfs les plus élevés de cette queue, en se détachant de la dure-mère, il existe de petites injections avec ecchymoses.

Au niveau du renflement lombaire, les ecchymoses et les injections capillaires existent toujours dans l'aisselle des paires rachidiennes de chaque côté. Dans le reste de la portion dorsale les injections capillaires et les ecchymoses forment un cercle complet au point d'émergence des paires de nerfs. Cette disposition existe à des degrés différens; mais elle est moins marquée à gauche qu'à droite, où les ecchymoses se réunissent pour former une ligne d'un rouge pâle qui occupe tout le côté droit antérieur de la portion dorsale de la dure-mère. Dans la région cervicale, les injections capillaires et ecchymoses sont moins marquées au point d'émergence des nerfs, quoiqu'elles existent encore.

Face interne de la dure-mère rachidienne. Comme la face externe, elle présente une coloration rosée générale marquée surtout dans les points où elle se trouve traversée par les paires rachidiennes.

Moelle épinière. La dure-mère est incisée dans toute sa hauteur en avant; les lambeaux sont rejetés en dehors et la moelle est examinée, entourée de la pie-mère et du feuillet viscéral arachnoïdien. La moelle est affaissée sur elle-même dans ses deux tiers supérieurs, tandis qu'elle a conservé sa forme cylindrique dans le reste de son étendue.

Les vaisseaux spinaux antérieurs sont moins distincts dans sa portion affaissée et aplatie que dans sa portion cylindrique. Dans cette dernière portion, ils sont gorgés de sang, qu'on fait refluer de bas en haut par une légère pression. Ce reflux du sang détermine une ecchymose au niveau de la portion dorsale ramollie, comme si les vaisseaux étaient perforés ou détruits. Il existe également sur chaque nerf de la queue de cheval, à sa face antérieure, un vaisseau longitudinal, plein de sang qu'on peut faire aussi refluer dans les vaisseaux spinaux antérieurs.

Les nerfs rachidiens qui naissent directement de la moelle sont légèrement rosés et moins consistant qu'à l'état normal.

Dans toute la portion affaissée de la moelle, il existe un ramollissement notable, presque crémeux en certains endroits, en même temps qu'une coloration légèrement jaunâtre. Ce ramollissement est peut-être plus marqué sur les faisceaux antérieurs. La moelle est blanche à l'intérieur. Ses sillons ont presque complètement disparu. Dans cette portion ramollie, on ne peut enlever la pie-mère de la moelle sans enlever en même temps de la substance médullaire. Ces adhérences se rencontrent sur toute la circonférence de la moelle. La pie-mère et le feuillet viscéral arachnoïdien paraissent épaissis. Le liquide céphalo-rachidien est en abondance normale.

Le tiers inférieur de la moelle qui a conservé sa forme cylindrique offre aussi une diminution de consistance, mais moindre que dans les deux tiers supérieurs. Les faisceaux postérieurs sont également moins ramollis.

Vue par dedans, la pie-mère est légèrement rosée, parsemée de petits vaisseaux capillaires injectés. Toute la partie postérieure de la pie-mère et du feuillet viscéral arachnoïdien est très injectée sans trace d'ecchymose.

Encéphale. La dure-mère qui l'enveloppe offre ses sinus gorgés de sang. Elle adhère intimement aux lobes antérieur et moyen gauches qui sont ramollis.

Le ramollissement de la moelle épinière se continue au niveau du trou occipital et se limite au-dessous des pyramides antérieures. Le bulbe rachidien n'est point ramolli, tandis que les faisceaux qui limitent le calamus scriptorius le sont.

Les hémisphères cérébelleux sont mous et flasques; la protubérance annulaire et les pédoncules cérébraux ont leur consistance normale, ainsi que les éminences nales et testes, tandis que les processus à cerebello ad testes sont très ramollis.

Hémisphères cérébraux. Sur toute leur surface externe, et principalement au niveau du lobe moyen droit, il existe une pie-mérite très marquée avec vascularité et suffusions sanguines des membranes, piqueté persistant, et ramollissement de la surface des circonvolutions. La pie-mérite est moins marquée à la face interne verticale et à la base des hémisphères. Les lobes antérieur et moyen du côté gauche sont ramollis et presque diffluens. Les vaisseaux de la scissure de Sylvius sont très injectés; les *insula* de Reil sont ramollis. Les vaisseaux des deux ventricules latéraux sont pleins de sang et gorgés de sang; ces cavités offrent très peu de sérosité. Les couches optiques ne sont point ramollies à leur surface; mais elles le sont un peu en dedans. La substance grise de la corne d'Ammon est aussi ramollie.

Les noyaux supérieurs des corps striés ne peuvent s'enlever sans se déchirer, mais ils ne sont nullement diffluens; leur section offre un aspect plus rosé et moins gris. Le noyau gris inférieur du côté droit est très injecté, laissant suinter du sang à la section. Le noyau gris inférieur gauche contient moins de vaisseaux, ne laisse pas suinter de sang, mais il paraît plus ramolli.

Nerfs sciatiques. Ils ont été coupés tous les deux à leur sortie du petit bassin d'un côté, et au creux poplité de l'autre.

Le nerf sciatique du côté droit, c'est-à-dire du membre fracturé, offre dans la région fessière une ecchymose avec caillot sanguin dans le tissu cellulaire ambiant et dans le névrilème lui-même, ecchymose qui a plus d'un pouce d'étendue. Dans ce point, le nerf est légèrement rosé, plus mou et moins consistant que le nerf sciatique gauche. Après avoir enlevé le névrilème général du nerf et examiné en détail les filamens secondaires, nous trouvons çà et là des changemens de coloration, des injections capillaires souvent linéaires, et de temps en temps de petites ecchymoses, pas plus grandes que la piqûre d'une puce et de la même couleur que l'auréole qui entoure cette piqûre. Partout la consistance du nerf est notablement diminuée; il n'a plus sa couleur transparente et nacrée; mais il est terne. On constate facilement ces caractères en le comparant avec le nerf sciatique du côté gauche qui est sain. Il présente aussi à la coupe transversale une surface ramollie, où l'on distingue difficilement les divers filamens nerveux. Ces mêmes filamens se déchirent facilement par la moindre traction et semblent avoir subi une longue macération. Dans certains points, en déchirant le névrilème, il y a hernie de la substance nerveuse.

Le nerf sciatique gauche, nerf du membre non fracturé, est ferme, consistant, d'apparence nacrée, et demi-transparente dans toute son étendue. Il offre çà et là

---

de Cahors qui, du reste, est, à notre avis, le seul candidat sérieux parmi les nouveaux venus. Il suffit de lire sa proclamation pour voir la supériorité de son coup d'œil et de son expérience des affaires. A moins que les gens de Cahors n'aient décidément perdu le sens, sa nomination est assurée. Il en sait autant à son début que les plus vieux praticiens en ce genre, et surtout beaucoup plus que ces innocens débutans, ses confrères, qui d'ailleurs, pour des motifs étrangers à l'élection, ne voudront certes jamais aller à son école.

Nous ne pensons pas qu'il y ait parmi les gens du roi quelque tête assez mal avisée pour s'imaginer que nous parlons politique, parce que nous parlons élection. Pour prévenir cependant tout vilain quiproquo à cet égard, nous déclarons que tout ce qui précède et ce qui suivra n'est qu'une simple conversation sur nos affaires d'intérieur, où personne n'a rien à voir; et il y a aussi peu de politique ici que dans une discussion de pharmacie ou de géométrie. Si nous nous intéressons au succès de candidats, ce n'est point à titre d'hommes politiques et pour un intérêt politique, mais comme médecins et pour un intérêt de profession. Il nous importe aussi peu de savoir ce qu'ils pensent de la question d'Orient, du droit de visite, du recensement et autres, que de connaître leur opinion sur la dynastie des Lagides et sur la théogonie des Indous. Qu'il s'assoient à droite, à gauche, ou ailleurs, c'est là l'affaire de leurs commettans; pour nous, il suffit qu'ils nous fassent faire une bonne loi sur l'enseignement et l'exercice de la médecine, et qu'ils crient à l'occasion contre leur patents, qui est aussi la nôtre. Ceci entendu, suivons tranquillement le fil de nos raisonnemens.

On sait que les électeurs du 10e arrondissement de Paris étaient venus spontanément offrir la députation à notre célèbre et à jamais regretté confrère M. Double. On sait aussi qu'il s'était, par des motifs personnels élevés et dignes, dérobé à cet honneur. On dit que parmi les candidats appelés à disputer les suffrages du même arrondissement se trouve M. Crémieux. M. Crémieux n'étant pas médecin, mais avocat, et excellent avocat, comme personne ne l'ignore, nous n'avons rien à dire de sa candidature. Nous saisissons seulement cette occasion de signaler à la reconnaissance du corps médical de Paris les généreux et nobles procédés de M. Crémieux, qui, appelé en plusieurs circonstances, par des médecins, et notamment pour l'affaire Thouret-Noroy, à nous prêter à tous l'appui de son beau talent dans des procès où les intérêts et l'honneur de la profession étaient en cause, n'a jamais voulu accepter la rémunération qui lui était due à tant de titres. Ces précédens nous assurent qu'il connaît très bien nos affaires, et que nous le retrouverions à la Chambre tel que nous l'avons trouvé au barreau; nous avons en outre lieu de croire que, dans les questions qui nous regardent, nos futurs députés feraient bien, quelle que soit la haute opinion que nous avons de leur éloquence, de le prendre pour chef de file.

Nous ne croyons pas nécessaire de citer les noms des médecins candidats. Il y en a de très considérables, il y en a d'insignifians, il y en a de crians, il y en a de bouffons. Ce sont peut-être ces derniers qui dominent. Mais comme c'est la première démonstration régulière de nos projets d'invasion politique, il ne faut pas être trop scrupuleux. Il n'est pas étonnant que, dans une première campagne dans un pays étranger et presque inconnu, il y ait à l'avant-garde quelques étourdis. L'essentiel aujourd'hui n'est pas de savoir si nous aurons tels ou tels députés, mais seulement si nous aurons des députés, et surtout beaucoup de députés. Le point capital est que la profession s'installe tôt ou tard en force à la

de petits capillaires isolés et injectés, qui paraissent bornés au névrilème général du nerf.

Le nerf médian du côté droit, c'est-à-dire du membre qui, à son extrémité digitale, a offert des mouvemens continuels, a été trouvé sain.

Plaie de la région fessière gauche. Cette plaie, que s'est faite primitivement la malade dans sa chute, présente une grande profondeur; par un orifice d'un pouce de largeur, on pénètre dans un large foyer dont le fond est formé par le quart postérieur de la face externe de l'os iliaque complètement dénudée, et par toute la gouttière saine gauche également dénudée. L'articulation sacro-iliaque est détruite dans ses ligamens et jouit d'une certaine mobilité. En traversant l'écartement des surfaces articulaires, on arrive sur les parties molles du bassin, lequel, considéré à l'extérieur, offre une coloration noirâtre dans toute sa partie postérieure, due à la gangrène du tissu cellulaire sous-péritonéal correspondant.

Etat de la jambe fracturée. Il existe une fracture des deux os de la jambe à son quart inférieur, fracture oblique. Les fragmens n'offrent aucune trace de travail de consolidation; ils sont violacés, noirâtres et baignent dans un pus fétide. L'extrémité inférieure articulaire du tibia est broyée en 7 à 8 esquilles à surface gri-e noirâtre. Sur l'articulation astragalo-calcanéenne en dehors, il existe de petites esquilles appartenant au calcanéum et à l'astragale. La surface articulaire tibiale de l'astragale est détruite, corrodée et noirâtre.

Etat des viscères. Le cœur droit contient un caillot sanguin très consistant; le cœur gauche est contracté et revenu sur lui-même. Les poumons paraissent entièrement sains à leur partie antérieure; ils ne sont pas examinés plus amplement. Le foie est assez malléable, sans aucune traces d'abcès métastatiques. Les autres viscères n'ont pas été examinés.

Nous allons mettre en regard de l'observation précédente les recherches anatomo-pathologiques qui ont été faites dans ces derniers temps par MM. Leblanc et Gellé sur le tétanos chez le cheval. On lit dans le Dictionnaire de médecine vétérinaire, de M. Hurtrel d'Arboval, art. *Tétanos*, t. vi, p. 65 :

« A l'époque où nous publiâmes notre première édition, on n'avait point encore procédé d'une manière méthodique à l'autopsie des animaux morts victimes du tétanos. Nous recommandions alors à ceux qui en trouveraient l'occasion d'explorer le canal rachidien, le cerveau, les muscles et le système nerveux. Nos vœux ont été exaucés. On doit à MM. Leblanc et Gellé des ouvertures de cadavre faites avec le plus grand soin.

» Les observations de M. Leblanc ont été faites cinq heures après la mort de l'animal. Le système musculaire était décoloré. Dans la plupart des interstices de l'encolure, du dos, des lombes, de la croupe et des côtes, il y avait des sortes d'ecchymose; on trouvait épanchée une substance gélatiniforme, rouge en majeure partie, et citrine autour de la partie rouge; on aurait dit que les muscles, pendant leur contraction permanente, avaient exprimé du sang, qui s'était ainsi séparé en partie cruorique et en partie incolore; ces hémorragies interstitielles se voyaient surtout de chaque côté des apophyses épineuses du rachis. Les viscères thoraciques et abdominaux étaient à peu près à l'état normal. Le sang était liquide même dans le cœur et les gros vaisseaux. Les vaisseaux de l'encéphale et de la moelle épinière étaient très injectés. Le canal rachidien contenait une grande quantité de tissu graisseux; le liquide céphalo-rachidien n'était pas plus abondant que dans l'état normal. La substance du cerveau et du cervelet était ferme et pointillée en rouge; la moelle était aussi très ferme dans deux points opposés. Au niveau de la cinquième vertèbre cervicale, il y avait un ramollissement de la longueur du corps de la vertèbre, et qui intéressait les deux tiers supérieurs de l'épaisseur du prolongement rachidien. L'autre correspondait aux quatrième, cinquième et sixième vertèbres dorsales; ici la presque totalité de la moelle était lésée; il n'y avait guère qu'une couche d'une demi-ligne d'épaisseur à la partie inférieure, qui eût conservé sa densité ordinaire. Dans les deux régions, la portion la plus ramollie était vers le point central. C'était une bouillie d'un blanc sale. Les nerfs qui émanaient de ces régions ramollies ne paraissaient pas malades. C'était vers les points correspondans aux ramollissemens que les ecchymoses citées plus haut étaient le plus abondantes.

» Les indications fournies par M. Gellé sont plus explicites encore. Le cheval était mort du tétanos après la castration. Système musculaire ayant la couleur de chairs lavées, sans consistance et facile à déchirer. Epanchement de sérosité sanguinolente dans l'abdomen; injection du péritoine, des mésentères et de l'épiploon. A partir de la portion du cordon spermatique, où avaient été placés les billots, et remontant vers la région lombaire, en suivant ce cordon, il existait des traces d'inflammation manifestée par la rougeur; les rameaux nerveux étaient rouges et infiltrés; de petites pétéchies noires étaient parsemées sur les diverses parties de ces cordons, mais elles se montraient sous la forme de larges plaques pointillées et noires aux régions sous-lombaires et iliaques; la séreuse enlevée, on reconnut qu'elles consistaient en un épanchement sanguin sous-séreux, communiquant à des ramifications vasculaires de capillaires injectés. Les reins étaient phlogosés, ainsi que la vessie, et le foie gorgé de sang; le sac gauche de l'estomac ulcéré, le sac droit injecté et pointillé en rouge; l'intestin parsemé d'injections ramiformes nombreuses, le cæcum et le colon pointillés en rouge; le poumon hépatisé, le cœur décoloré, sans consistance, la surface de sa partie veineuse d'un rouge foncé, l'enveloppe des nerfs pneumogastriques colorée en rouge de distance en distance; tout le faisceau inférieur de la moelle épinière, surtout du côté gauche, était ramolli, et la substance blanche était pointillée avec des traces rouges disséminées; toute la moelle épinière était donc ramollie, mais d'une manière moins sensible à la région cervicale qu'à la portion lombaire et sacrée, où elle ressemblait à du fromage de Brie ramolli, ou elle était sans consistance et se déchirait au moindre attouchement. Les racines qui partent du faisceau inférieur étaient colorées en rouge jaunâtre, les supérieures ne paraissaient pas altérées. Le cerveau était ramolli et pointillé de rouge, ainsi que le cervelet.

» Déjà auparavant M. Gellé avait été témoin, à Alfort, d'une ouverture de cheval mort de tétanos, chez lequel on avait rencontré le nerf trisplanchnique gorgé de sang noir qui avait rompu les parois des vaisseaux et s'était épanché dans le tissu cellulaire unissant entre eux les filamens du nerf; le plexus solaire présentait aussi des traces d'hémorragie, de même que les plexus lombaire et sacré; mais ici l'extravasation n'existait que partiellement et formait plusieurs ecchymoses, dont les plus apparentes existaient à la sortie des nerfs rachidiens. Le plexus brachial présentait les mêmes lésions que les deux précédens, mais à un degré moins marqué. On n'examina ni la moelle épinière, ni le cerveau.

» Plus tard, ayant eu encore l'occasion d'ouvrir un autre cheval, qui avait également succombé au tétanos après la castration, il trouva dans le rachis, au lieu de la graisse qui s'y rencontre ordinairement, une matière jaune rougeâtre, tremblante comme de la gelée et entourée de sang noir, liquide. La moelle avait perdu de sa consistance; le ramollissement

---

Chambre, et que la profession y soit numériquement représentée dans une proportion relativement correspondante à celle dont jouissent déjà tant d'autres professions libérales ou classes de la nation, comme la magistrature, le barreau, l'armée, la haute science, l'industrie et le commerce; résultat qui ne s'est jamais vu dans nos Chambres depuis qu'il y a des Chambres, et qu'il est à la fois naturel et légitime d'espérer dans un avenir peut-être peu éloigné.

— Par ordonnance du 3 juin ont été nommés dans le corps des officiers de santé de la marine, savoir :

Au grade de chirurgien-professeur, M. Roux (Jules);

Au grade de chirurgien de 1re classe, MM. Sagot, Signoret, Laure, Lharidon;

Au grade de chirurgien de 2e classe, MM. Delaporte, Richaud, Lallour, Lemaître, Lamotte, Fournier, Bolloré, Terret, Riou, Walther, Franquet, Le Sever, Plagne;

Au grade de chirurgien de 3e classe, MM. Lebreton, Gantier, Allain, Gallerand, Lenée, Robert, Gras, Carof, Broc, Massiou, Langellier-Bellevue, Riou de Kerprigent, Lozach, Plom, Lelessier, Pestre;

Au grade de pharmacien de 2e classe, M. Fontaine;

Au grade de pharmacien de 3e classe, M. Delavaud.

— Dans son discours nécrologique sur M. Doublo, M. Roux avait omis, par inadvertance, de citer M. Caventou comme partageant avec M. Pelletier l'honneur d'avoir découvert le sulfate de quinine et d'avoir ouvert, avec son savant collègue, une nouvelle voie à la recherche des alcalis végétaux. Nous nous empressons de réparer cette omission, comme M. Roux s'est empressé de le faire lui-même dans l'édition de son discours distribuée à l'Académie de médecine. Cette rectification avait sans doute été faite par tout le monde; car il n'est personne qui ignore les noms des auteurs d'une des plus précieuses découvertes pharmacologiques de la chimie moderne, et la part égale qu'y ont prise MM. Pelletier et Caventou.

— Souscription pour le monument du professeur Sanson. — M. Desjardins et plusieurs autres médecins du Hâvre, 35 fr. — Plusieurs médecins de Limoges, par l'entremise de M. Codet de Saint-Janien, savoir : MM. Codet, 20 fr. — Bouteilloux, 20 fr.—Catinaut, 10 fr.—Guiltemot, 5 fr.—Buisson, 5 fr.—Tuilier, 10 fr.—Dépéret, 5 fr.—Bardinet, 10 fr.

MM. Adelon, 50 fr.—le prof. Moreau, 100 fr.—J. Cloquet, 50 fr. —Orfila, 50. —le prof. Andral, 50 fr.—Charlron, 10 fr.—Bisson, 10 fr.—Castro de Constantinople, 10 fr.—Daveine, 10 fr.

était plus sensible dans la substance grise, mais il était égal aux faces supérieure et inférieure. Les racines des nerfs rachidiens n'étaient pas ramollies, mais les inférieures avaient toutes une teinte jaune, au lieu de la couleur blanche des supérieures. »

Nous avions à cœur de citer textuellement ces travaux, citation dont on nous pardonnera la longueur, vu son importance relative; on voit que les résultats nécropsiques de MM. Leblanc et Gellé ont la plus grande conformité avec les nôtres, principalement sur l'existence de liquide sanguinolent dans le canal rachidien, sur le ramollissement des faisceaux médullaires, les antérieurs surtout, sur les injections capillaires et sur les ecchymoses au point d'émergence des nerfs rachidiens.

Mais il est d'autres faits connus dans la science qui doivent trouver naturellement place ici. Ils sont empruntés à la pathologie humaine.

On trouve dans les BULLETINS DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE (an 1826) deux observations de tétanos communiquées par M. Monod. Le malade, sujet de la première observation, fut pris de tétanos à la suite de pustule maligne, auquel il succomba au bout de six jours. L'autopsie révéla des épanchemens sanguins en dehors de la dure-mère rachidienne, un ramollissement de la moelle depuis la quatrième vertèbre cervicale jusqu'à la cinquième dorsale. Les racines des nerfs étaient colorées par le sang. La branche du nerf sciatique, qui s'en détache au sortir du bassin et se distribue aux muscles adducteurs dans la région où se trouvait la pustule maligne, était environnée d'un lacis vasculaire très développé, qui se propageait sur le nerf sciatique. Ce dernier offrait une teinte rougeâtre depuis le point de jonction du nerf précédent avec lui jusqu'à son origine.

Il est dit dans la seconde observation, qui est aussi un cas de trismus, que tous les nerfs présentaient une teinte rouge très remarquable résistant au lavage.

L'auteur conclut que ces deux malades sont morts d'une inflammation des membranes du rachis, en particulier de la membrane propre avec commencement de myélite et forte irritation du nerf sciatique dans le premier cas et de la totalité des nerfs dans le second.

L'observation la plus remarquable qui ait été publiée sur ce point est certainement celle du docteur Poggi d'Udine, observation qui remonte à 1828 et qui a paru dans les ANNALES d'OMODÉI. Il dit avoir trouvé sur une femme, morte de tétanos, un ramollissement de la moelle épinière, borné uniquement aux faisceaux et racines antérieurs; en outre, la pie-mère était plus injectée en avant qu'en arrière, et les racines antérieures d'un blanc jaunâtre se détachaient avec la plus grande facilité du cordon rachidien. L'auteur trouve dans ce fait la confirmation de la doctrine de Ch. Bell sur les nerfs sensitifs et moteurs, puisque la lésion était bornée uniquement aux faisceaux et racines antérieures, et que la perturbation des mouvemens avait seule existé sans altération aucune de la sensibilité. Il en conclut que les faisceaux et racines antérieurs président au mouvement, et les postérieurs au sentiment. Le médecin italien rappelle encore d'autres observations dues à Bergamaschi et Brera qui affirment avoir trouvé dans des cas de tétanos des lésions non seulement de la moelle épinière, mais encore des nerfs correspondant aux surfaces blessées.

MM. Combette et Bouillaud ont cité chacun un cas analogue à celui du docteur Poggi, dans lesquels ils ont trouvé le ramollissement de la moelle épinière borné uniquement à ses faisceaux antérieurs.

M. Larrey a insisté principalement sur l'existence de sérosité rougeâtre dans le rachis.

On trouve dans la GAZETTE MÉDICALE, de 1837, un mémoire du docteur Matuszinski sur le tétanos des nouveau-nés. L'auteur, sur 20 autopsies, a trouvé 16 fois un épanchement abondant d'un sang noirâtre et liquide ou demi-coagulé, occupant tout le long du canal rachidien l'espace compris entre la dure-mère et le canal lui-même. La pie-mère était presque constamment très injectée et souvent épaissie. Deux fois la moelle était très rouge, une fois ramollie, une fois indurée. Dans tous les autres cas, malgré la présence de l'épanchement, la texture, la consistance et la couleur de la moelle étaient sans altération. L'auteur s'appuie encore de 19 observations avec épanchement sanguin et ramollissement de la moelle, publiées par Siebold, Hinterberger, d'Outrepont et Billard.

La GAZETTE MÉDICALE de 1838 donne l'analyse d'un mémoire sur le tétanos traumatique publié en Allemagne par le docteur Friederich. Dans plus de 30 observations, accompagnées d'autopsies faites avec soin, l'auteur a trouvé des traces d'inflammation sur les nerfs.

Enfin, la GAZETTE MÉDICALE de 1840 rapporte encore une observation de tétanos traumatique, avec la forme de pleurosthotonos gauche, dans lequel il y avait un ramollissement de la moelle allongée au niveau des pyramides antérieures, injection notable à l'origine du pneumogastrique, du glosso-pharyngien et du spinal, surtout du côté gauche, excepté dans la région lombaire, et ramollissement de la moelle dans la région cervicale du côté droit.

Que conclure maintenant des observations que nous venons de grouper ensemble? Ne tendent-elles pas toutes à prouver l'existence de lésions véritables dans le tétanos? Peut-être serions-nous portés à croire que l'examen cadavérique n'a pas été fait avec tout le soin possible dans les cas d'ailleurs peu nombreux et surtout peu détaillés où l'on prétend avoir trouvé une absence totale d'altérations? Mais est-on en droit de suspecter ainsi les observations d'autrui? Je ne le crois pas.

En résumé, nous pouvons réduire les lésions observées à la suite du tétanos aux faits suivans : ramollissement de l'axe cérébro spinal, ramollissement portant surtout sur la moelle et principalement ses faisceaux et racines antérieurs, épanchement d'un liquide sanguinolent dans le canal rachidien; comme troisième lésion, nous devrions encore ajouter les lésions inflammatoires des nerfs qui se distribuent aux surfaces blessées et aux muscles pris de rigidité tétanique, lésions caractérisées par les injections capillaires, les ecchymoses, l'aspect terne et le ramollissement du nerf. Le nerf sciatique de la jambe fracturée, chez la malade qui a été le sujet de cette observation, a présenté ces lésions. Bergamaschi, Brera, M. Monod et le docteur Friederich en ont cité d'analogues.

Un certain nombre d'observations parle de l'altération des racines des nerfs rachidiens, principalement des antérieures; nous avons nous-même appelé l'attention sur les injections capillaires accompagnant les nerfs rachidiens à leur point d'émergence de la dure-mère.

Nous avons dit, et nous répétons avec M. Gellé, que le ramollissement de la moelle épinière affecte principalement les faisceaux antérieurs et les racines correspondantes. Les observations de ce médecin vétérinaire, celles de MM. Poggi, Combette et Bouillaud, et même celle que nous avons rapportée, justifient cette opinion; mais parmi les observations que nous ayons citées, il en est d'autres où il existait un ramollissement complet des faisceaux antérieurs et postérieurs. L'existence de ces lésions s'explique encore très bien dans la doctrine de Ch. Bell. Ne sait-on pas, en effet, que, quoique le tétanos agisse principalement sur la motilité qu'il dénature, la sensibilité est aussi plus ou moins affectée dans cette maladie? car ne doit-on pas considérer comme lésion de sentiment cette exaltation de sensibilité, ces vives douleurs qui siègent dans les muscles pris de rigidité tétanique?

D'après ces recherches, quel serait le siége du tétanos, quelle serait la nature de cette maladie?

Je crois que tous les médecins s'accorderont unanimement à localiser le tétanos dans le système nerveux. Nous ne pourrions que confirmer cette opinion.

Quant à la nature du tétanos, on ne saurait être trop réservé. En effet, voir là une névrose, c'est ne rien voir de positif et en même temps nier des lésions bien réelles. D'un autre côté, dire que le tétanos est une phlegmasie, c'est devancer les faits, quand même on supposerait que ceux dans lesquels on n'a pas constaté de traces d'inflammation n'offrent pas toutes les garanties désirables.

Il y a, dit-on, pour chaque partie de notre corps ou tout au moins pour chaque tissu, des maladies spéciales, qui échappent aux cadres nosologiques actuels; ceux-ci s'appliquent surtout aux maladies communes à toutes les parties, à tous les tissus; et il faut être bien accommodant pour se sentir l'esprit satisfait, quand on a rangé une maladie dans la classe des *névroses* ou dans la classe des *lésions organiques*. Le tétanos est-il une maladie *sui generis* du système nerveux, comme la chorée en serait une autre? *Quod principum est, principes judicent.*

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

I. HUFELAND'S JOURNAL DER PRACTISCHEN HEILKUNDE;

Continué par OSANN.

Les cahiers de novembre 1840 à juillet 1841 contiennent : 1° *Surdité survenue pendant un accès d'épilepsie*; par le docteur Steinthal. (Guérie par un traitement antiphlogistique.) 2° *Sur la nature et la guérison des fièvres exanthématiques*; par le docteur Roesch. (Idées vraies mais connues.) 3° *Observations sur les médicamens nouveaux*; par le docteur Schneider (Suite.) 4° *Remarques sur la blennorrhagie*; par le docteur Siemon-Dawosky. (Rien de saillant.) 5° *Sur l'emploi des eaux minérales*; par le docteur Seydel. (Le but de cet article est d'appeler l'atten-

tion des médecins sur une manière particulière d'administrer les eaux minérales qui, dans certaines circonstances, pourrait être très avantageuse ; elle consiste à boire l'eau par doses réfractées dans le courant de la journée. L'eau ainsi employée pourrait même souvent être utile dans les maladies aiguës, dans lesquelles jusqu'aujourd'hui on n'en fait guère usage.) 6° *Sur la peste;* par le docteur Vetter. (Extraits de mémoires connus.) 7° *Aphorismes sur les bains;* par le docteur Bruck. 8° *Remarques sur la plique polonaise dans la haute Silésie;* par le docteur Loewe. 9° *Sur les bains de Salzbrunn pendant l'année* 1840; par le docteur Zemplin. 10° *Sur la constitution médicale de Fulda pendant* 1840; par le docteur Schneider. 11° *Sur les sources des pustules préservatrices contre la variole;* par le docteur Lichtenstein. 12° *Sur la mortalité minime à Londres et en Angleterre;* par le docteur Zink. (Voyez sur cette matière un travail bien plus positif dans la Gaz. Méd., n° 13, 1842.) 13° *Observation d'un cancer à l'estomac;* par le docteur Schupmann. (C'est un nouvel exemple prouvant qu'il n'existe pas de symptômes pathognomoniques de cette maladie, et que son diagnostic est très difficile surtout au début.) 14° *Sur les principales sources d'eaux minérales dans le grand-duché de Nassau;* par le docteur Kastner. 15° *Observation d'une commotion générale du corps;* par le docteur Busse. 16° *Sur les animaux articulaires parasites sur le corps humain;* par le professeur Bernhardi. (Énumération détaillée de ces parasites, décrits par les auteurs.) 17° *Sur la goutte intestinale fixe;* par le docteur Landsberg. 18° *Sur la cure radicale des hernies;* par le docteur Sigmund. (Toutes les observations de guérison communiquées par les journaux, dit l'auteur, ont été rendues publiques trop tôt. Son expérience lui a prouvé que toutes les opérations tentées jusqu'à l'époque de la publication de son travail, pour guérir radicalement les hernies, ont été infructueuses et souvent dangereuses.) 19° *L'action de l'eau-de-vie dans l'ivrognerie;* par le professeur Schultz. 20° *Sur la connexion des mouvemens respiratoires avec les fonctions d'excrétion;* par le docteur Dann. (Idées très connues.) 21° *Observation d'une hypertrophie squirrheuse du foie et du pancréas;* par le docteur Schupmann. (On a trouvé une concrétion calcaire dans le conduit pancréatique. L'individu, qui fait le sujet de cette observation, avait longtemps souffert de la goutte.) 22° *Guérisons d'hydrencéphale aiguë par l'hydriodate de potasse;* par le docteur Koeser. 23° *Empoisonnement par de la viande gâtée;* par le docteur Sigg. 24° *Le fœtus considéré sous le rapport médico-légal;* par le docteur Droste. 25° *Quelques mots sur la syphilis;* par le docteur Reinhold. (Remarques pratiques, mais connues.) 26° *Sur les muqueuses;* par le docteur Droste. (Considérations anatomiques sur ces membranes.) 27° *Empoisonnement de plusieurs personnes par la viande d'un chevreuil pris dans des filets;* par le docteur Roeser. (C'est un nouvel exemple de la production d'un poison très nuisible dans le corps d'un animal mis dans un état de fureur et de terreur.) 28° *Sur les inflammations du foie;* par le docteur Schmidtmann. (Rien de saillant.) 29° *Observations recueillies pendant une épidémie de coqueluche qui a régné à Warth (canton de Thurgovie);* par le docteur Lenz. 30° *Notice sur les eaux de Carlsbad, considérées sous le rapport physique;* par le docteur Poeschmann. 31° *Sur la constitution médicale de Fulda pendant* 1841; par le docteur Schneider. 32° *Remarques pratiques;* par le docteur Kuntzmann. (Entre autres faits, l'auteur dit avoir remarqué chez un individu affecté d'un rhumatisme au bras que les ongles de la main du côté malade ne croissaient pas, mais bien au côté sain. Il se loue des frictions avec du lard contre les sueurs nocturnes des phthisiques.)

Remarques sur la plique polonaise dans la haute Silésie; par le docteur Loewe.

Cette maladie, autrefois très fréquente dans ce pays, devient toujours plus rare et a perdu de sa gravité; elle s'observe le plus souvent sur des individus d'origine slavonne, pourtant aussi sur d'autres races et principalement dans les endroits baignés par la Vistule. L'auteur n'a pas constaté qu'elle soit franchement héréditaire, ni contagieuse, ni qu'elle soit due à un principe scrofuleux; mais ordinairement elle est liée à un état de prédominance du système nerveux. Il fait suivre ces réflexions par une observation d'une femme qui, après avoir beaucoup souffert de fièvre intermittente, fut atteinte de plique polonaise. Elle coupa ses cheveux, et aussitôt elle eut des douleurs dans tout le corps, surtout dans les extrémités, où elles furent si vives que le plus léger attouchement causait des défaillances. La peau était sèche et chaude; l'appétit et le sommeil nuls; le pouls fréquent (130) et faible; les selles nombreuses et liquides, la langue sèche, la soif forte, l'urine claire, parcimonieuse; des taches bleuesse présentèrent sur tout le corps, et les veines formèrent des cordons bleuâtres et durs sur la peau. La malade mourut. L'autopsie ne fut pas faite.

Sur les sources des pustules préservatrices contre la variole; par le docteur Lichtenstein.

Dans cet article très intéressant, l'auteur fait un historique savant de la vaccine, et passe en revue les différentes sources auxquelles on a puisé de la matière pour inoculer les pustules préservatrices de la variole, telles que la vaccine prise sur la vache, la vaccine prise sur l'homme; la variole inoculée à la vache et reportée sur l'homme; les eaux aux jambes des chevaux, le claveau des moutons, etc., et arrive enfin à des expériences qu'il a faites avec les pustules produites par le tartre stibié. Nous les donnons sans commentaire. De la lymphe bien limpide des pustules qu'on obtient par des frictions avec le tartre stibié, inoculée sur des individus non encore vaccinés, donne des pustules qu'on ne peut pas distinguer de celles de la vaccine. Elles paraissent garantir aussi bien que ces dernières contre la variole, et peuvent être transplantées d'individu à individu et produire des pustules parfaitement analogues à celles de la vaccine, et elles sont accompagnées des mêmes symptômes.

C'est ainsi que, depuis 1836, l'auteur dit avoir fait 31 vaccinations et revaccinations avec de la lymphe prise sur des boutons produits par le tartre stibié; de plus, les individus ainsi vaccinés se sont trouvés dans des rapports très intimes avec d'autres affectés de la variole pendant une épidémie, sans l'avoir contractée.

Sur la goutte intestinale fixe; par le docteur Landsberg.

Il n'est pas question dans ce mémoire de la goutte dite remontée dans les intestins, mais bien d'un état morbide particulier du canal digestif caractérisé principalement par une constipation opiniâtre. L'auteur dit avoir compulsé un grand nombre d'ouvrages tant anciens que modernes, et nulle part il n'a trouvé cette maladie mentionnée que chez P. Franck (Epit. lib. vi, pars ii, p. 213).

Cette affection, quoique très rare, a été observée par M. Landsberg huit fois dans dix ans. Les symptômes sont les suivans: à la suite de ces causes qui donnent lieu communément à une attaque de goutte chez des individus prédisposés à cette maladie, il survient au milieu d'un état de santé florissante, ordinairement vers le soir, un besoin d'aller à la garde-robe sans pouvoir y satisfaire. Il arrive quelquefois qu'au commencement les malades ont encore une selle et que cependant le besoin d'y aller continue. Le malade s'aperçoit bientôt que cette constipation n'est pas ordinaire, et il devient inquiet; les extrémités, surtout les inférieures, se refroidissent; la température du ventre n'offre rien de particulier; il y a insomnie, accompagnée d'agitations. Le malade se met souvent sur la chaise percée sans avoir de selle. Le ventre se tuméfie; il survient des douleurs lancinantes plus ou moins fortes qu'augmentent encore les mouvemens du corps: elles ne manquent jamais; la tête et la poitrine restent libres. La sécrétion de l'urine est normale; il y a soif, mais pas de fièvre; peu à peu le bas-ventre devient si douloureux qu'il ne supporte plus le moindre attouchement; il proémine comme dans une hydropisie et la fluctuation est manifeste; souvent on observe dans la région épigastrique une tumeur dure, sensible à la pression; la soif devient plus forte, et souvent il y a des éructations, jamais des vents par le bas; l'urine est d'un rouge pâle, avec un léger nuage; le pouls est fréquent, dur. Des sueurs abondantes, froides, fugaces, surviennent sans augmentation de la température du corps; la langue humide, couverte d'un enduit muqueux sale. Des anxiétés précordiales, une respiration difficile, des battemens de cœur s'y joignent souvent.

Il arrive quelquefois que l'excrétion de l'urine est difficile, comme dans le spasme de la vessie; les éructations deviennent plus nombreuses et se changent en vomissemens, qui ne soulagent pas le malade. Tous ces symptômes, survenant dans la soirée chez un individu qui était encore tout à fait bien portant dans la matinée, s'exaspèrent pendant la nuit, et présentent des rémissions au retour du jour; mais la constipation persiste. Le malade se sent alors très fatigué; il est pâle, abattu et n'a pas d'appétit, ne dort pas, lors même que les douleurs sont calmées. Le sang tiré de la veine ne présente pas de couenne et n'amène aucun soulagement; il n'y a pas de sueur et pas de fièvre. Les lavemens, les purgatifs, les antiphlogistiques, sont ordinairement employés sans résultat; les lavemens ne sont pas rendus et les purgatifs ne passent pas.

La *marche* de la maladie est souvent intermittente, jamais périodique; on n'y observe pas de crise. Aussitôt que les selles reprennent leur cours

naturel, la guérison a lieu sans qu'il survienne des métastases sur les articulations.

La durée de la maladie peut être de 4, 8 jours à six semaines, et même plus.

Quant à la nature, c'est une véritable goutte qui se fixe sur les tuniques des intestins et en dérange les fonctions, comme la goutte ordinaire altère celles de la peau; de plus, il paraît s'y joindre un spasme aux deux extrémités de l'intestin, au sphincter de l'anus et au pylore. Le vice goutteux se fixant fréquemment sur le système de la veine porte, il arrive que la goutte intestinale se rencontre de préférence chez des individus en proie depuis de longues années à des symptômes qui dénotent une paresse dans les voies digestives.

Cette maladie peut être le plus facilement confondue avec la colique de plomb, l'ascite, la tympanite, les rétrécissemens organiques du canal digestif, les invaginations, les hernies, l'entérite, la goutte remontée et le rhumatisme intestinal.

Le traitement consiste dans l'emploi des remèdes réputés anti-arthritiques. Ceux qui ont le mieux réussi à l'auteur sont: la résine gaïac, l'oxide d'antimoine, l'éthiops antimonial, le soufre, la rhubarbe, le camphre et l'extrait d'aconit. Le moyen par excellence, c'est le bain alcalin, dont un seul suffit quelquefois pour dissiper le spasme de l'intestin et provoquer des selles.

L'ACTION DE L'EAU-DE-VIE DANS L'IVROGNERIE; par le professeur SCHULTZ.

Aucune des théories émises par les auteurs sur cette question n'a pu satisfaire le savant physiologiste de Berlin. Il croit avoir trouvé la solution du problème dans l'action de l'alcool sur la bile et sur la matière colorante du sang, ainsi que sur les membranes des vésicules du sang. En mêlant de l'alcool à la bile, celle-ci perd la propriété de se coaguler par le vinaigre, l'acide sulfurique étendu, l'acide hydrochlorique, oxalique ou phosphorique; de plus, l'expérience démontre que le suc gastrique des lapins, des chiens et des bœufs ne précipite plus la bile mêlée à de l'alcool et que l'acidité du suc gastrique ne peut plus être neutralisée par l'addition de la bile contenant de l'alcool. De ces expériences, M. Schultz se croit autorisé à admettre qu'une partie de l'alcool ingéré dans l'estomac y est absorbée et passe directement dans le sang, mais que la partie la plus forte arrive dans le duodénum, et y altère la bile, et lui enlève la propriété de neutraliser les acides des matières alimentaires et de la perversion de la chylification. Il peut se faire qu'une portion de l'alcool, refluant par le canal cholédoque, ou traversant les pores des membranes de l'intestin et du foie, neutralise le suc de la bile dans la vésicule biliaire et dans le foie, il résulterait donc de cette théorie que ce sue ne serait pas la formation du chyme, qui serait modifié, mais bien celle du chyle; bien plus, la première serait facilitée et se continuerait dans l'intestin grêle, en sorte que celui-ci deviendrait un second estomac, et de là ces éructations aigres si fréquentes chez les buveurs. D'un autre côté, les principes de la bile, n'ayant pas été précipités par les acides dans les intestins, ne sont pas entraînés par les fœces, mais peuvent être résorbés et rentrés dans le torrent de la cicatrisation; de là les ictères et le teint jaune des buveurs.

Voyons maintenant ce qui se passe dans le sang des buveurs, dans lequel la chimie démontre aussi la présence de l'alcool; d'après M. Schultz, ce sont moins les élémens chimiques, comme on l'admet généralement, que les élémens microscopiques, qui sont changés. Par l'addition de l'alcool au sang, la coloration de ce liquide change; les vésicules colorées qui nageaient dans le plasma incolore perdent leur couleur et l'abandonnent au plasma lui-même; en sorte qu'après l'addition de l'alcool, c'est le plasma qui est rouge et les vésicules qui sont sans couleur. Suivant l'auteur, ce changement est dû à l'action de l'alcool sur les membranes des vésicules, lesquelles membranes perdent leur résistance et laissent échapper leur matière colorante, et cela d'autant plus facilement que les vésicules sont plus jeunes, tandis que les vésicules vieilles et plus fortement colorées résistent plus longtemps; c'est pourquoi aussi les jeunes sujets, dans le sang desquels abondent davantage aussi de jeunes vésicules, supportent bien moins l'alcool que les adultes et les vieillards. D'après cela il est clair que, les qualités du sang étant altérées, les fonctions de la respiration et de l'assimilation doivent s'en ressentir, ainsi que les sécrétions. La quantité de l'urine, de la sueur et de la bile est plutôt augmentée que diminuée, jusqu'à ce que, par une surexcitation des organes par la matière colorante dissoute dans le plasma et par l'épuisement, qui en est la suite, les organes de la sécrétion finissent par être paralysés. En outre, le sang est encore altéré par la perversion de la digestion, dont nous avons parlé plus haut; de là un chyle et une lymphe mal élaborés sont introduits dans le torrent de la circulation et agissent directement sur les glandes, surtout le foie et la rate, si souvent hypertrophiée chez les buveurs.

En deux mots, le délire des buveurs est dû à une perversion des élémens du sang, et non à une irritation directe du système nerveux.

GUÉRISON D'HYDRENCÉPHALE AIGUE PAR L'HYDRIODATE DE POTASSE; par le docteur ROESER.

Le premier cas concerne un enfant de deux ans et demi, sur lequel on a observé tous les symptômes de l'hydrencéphale, même la paralysie; les applications de sangsues, la glace sur la tête et le calomel à l'intérieur étaient restés sans effet, lorsqu'on eut recours à l'emploi de l'hydriodate de potasse, un gros dans une demi-once d'eau distillée; à donner toutes les heures 30 gouttes dans un verre d'eau. Peu à peu les symptômes graves diminuèrent, et l'enfant se rétablit au bout de quelques jours. Mais une circonstance remarquable, et qui a peut-être eu la plus grande part au rétablissement du petit malade, c'est que, près de cent abcès, ressemblant à des furoncles, et dont plusieurs avaient acquis le volume d'une noix, se sont montrés à la tête, au cou et à la poitrine.

Dans la seconde observation, il est question d'un enfant phthisique, âgé de deux ans et demi, qui avait manifesté quelques symptômes d'hydrencéphale; l'hydriodate de potasse parait avoir dissipé les symptômes du côté de la tête; une éruption de tumeurs purulentes a eu lieu, comme dans le premier cas. L'enfant a succombé à la phthisie.

La troisième observation a été communiquée à l'auteur par le docteur Veit de Mergentsheim. Chez un enfant de 7 ans, affecté d'hydrencéphale jusqu'à la paralysie, les sangsues, l'application de glace sur la tête, le calomel, avaient été employés sans succès, lorsqu'on eut recours à l'hydriodate de potasse à l'intérieur, et qu'on fit des frictions de tartre stibié sur la nuque. L'enfant guérit.

Le quatrième cas se rapporte à un enfant chez lequel la maladie a été très légère.

EMPOISONNEMENT PAR DE LA VIANDE GATÉE; par le docteur BESS.

Le mémoire dont nous nous occupons ici est d'une importance telle, sous le rapport de l'hygiène publique, que nous ne pouvons pas nous dispenser d'entrer dans quelques détails. Dans une fête populaire, qui a eu lieu à Andelfingen, dans le canton de Zurich, en juin 1839, plus de 600 personnes se sont trouvées réunies sous une baraque en planches, où eut lieu un repas, qui consistait principalement en veau rôti froid et en jambons. Vers la nuit, les convives retournèrent chez eux, les uns à pied, d'autres sur des charrettes, tous gais et contens de leur journée. Mais déjà, avant d'arriver à destination, plusieurs eurent des vomissemens; le lendemain, un plus grand nombre se plaignit de malaise, de vomissemens et de diarrhées, et au bout de 8 à 10 jours, presque tous ceux qui avaient assisté à la fête se trouvaient alltés.

La marche de la maladie était la suivante: du premier, mais principalement du cinquième au dixième jour après la fête, les malades se plaignirent de malaise, d'une grande lassitude dans les membres et dans le dos, d'une céphalalgie plus ou moins forte, de légers frissons, de perte d'appétit; langue chargée, saveur métallique, renvois fétides, vomiturtions, et même vomissemens alternant avec de la diarrhée; faiblesse générale, insomnie, soif ardente, quelquefois tête prise, vertiges, troubles de la vue. Les symptômes durèrent six à huit jours, au bout desquels près d'un quart des malades se remit, le plus souvent sans traitement et à la suite d'une forte transpiration. Chez les autres, la fièvre devint plus intense, les symptômes du côté de la tête plus prononcés: hébétement, céphalalgie obtuse ou lancinante, pupilles dilatées, douleurs dans l'épine du dos, tiraillemens dans les membres, peau sèche et brûlante, constipation, souvent avec coliques, plus rarement six à huit selles dans les 24 heures, de couleur vert-noirâtre, fétides, liquides et très fatigantes. Chez quelques sujets, la face était rouge, la sclérotique injectée, le regard hagard, incertain.

Le soir: exacerbation de la fièvre avec délires; photophobie; pouls fréquent, dur et souvent plein; de temps en temps les malades se plaignaient de violentes coliques dans la région ombilicale, et la région épigastrique devenait souvent déjà alors sensible à la pression. Les sujets à constitution molle étaient couchés indolens et immobiles dans leur lit, avec figure pâle, plombée. Du neuvième au douzième jour, l'œil perdit sa sensibilité, la pupille resta dilatée, le regard devint hagard, nerveux. La langue tremblante était toujours très chargée, rouge au bord, la région du cœcum extrêmement sensible, très douloureuse au moindre attouchement; voix lente et creuse; amaigrissement général; beaucoup

d'inquiétude; gémissemens; sommeil rare, agité; soif toujours très forte; urine parcimonieuse, limoneuse; sueur fétide, acide; quelquefois aphthes dans la cavité buccale avec ulcères de mauvaise odeur sous la langue et aux lèvres; quelquefois salivation suite de frictions mercurielles sur le bas-ventre; muqueuse nasale sèche d'abord, puis laissant suinter de la mucosité; la menstruation se déclara à des époques indéterminées, sans soulagement.

Chez les malades le plus gravement affectés, il survint, du quatorzième au dix-septième jour, de l'enrouement, de l'oppression de poitrine et toux. Avec la diminution des symptômes abdominaux, l'amélioration commença, la langue devint alors humide, la peau moins brûlante, moins sèche, l'urine claire, le bas-ventre moins sensible, l'appétit et le sommeil revinrent, la fièvre, ainsi que les symptômes du côté de la poitrine, disparurent, et, vers la troisième et la quatrième semaine, la convalescence commença. Lorsque les malades succombèrent, les facultés intellectuelles devinrent toujours plus obtuses, la langue fuligineuse, la déglutition plus difficile, une éruption pétéchiale se déclara dans la cavité buccale, les narines devinrent pulvérulentes, la respiration fut plus laborieuse, la toux plus sèche et rare, la peau plus chaude et aride, le ventre tympanitique; les selles involontaires, fétides, souvent sanguinolentes; le facies hippocratique; il y eut des syncopes, et enfin un état paralytique termina la scène. Chez ceux qui n'ont pas succombé, la convalescence fut lente, et il y eut souvent des rechutes, surtout par suite d'écarts de régime.

Ce qui nous a le plus frappé dans l'autopsie faite sur quatre individus, ce sont des injections inflammatoires dans le canal digestif, et notamment dans l'estomac, l'iléon et le cœcum. Dans l'estomac, la muqueuse était ramollie et pouvait facilement être enlevée avec le manche du scalpel; dans l'iléon et le cœcum, il y avait, outre une rougeur pointillée et veloutée déjà visible au-dehors, des ulcérations de follicules. Les vaisseaux veineux étaient vides de sang d'une manière remarquable.

Quant à la cause de cette maladie, les rapports médico-légaux faits avec le plus grand soin conclurent à un empoisonnement par un commencement de décomposition de viandes rôties et de jambons.

Du 10 au 20 juin 1839, 444 personnes des 600 qui avaient pris part au repas sont tombées malades; sur ce nombre, 370 étaient de 20 à 50 ans, et 74 de 14 à 19 ans.

Pourtant beaucoup d'autres individus encore se sont trouvés indisposés sans avoir eu recours au médecin, en sorte qu'on pourrait bien admettre 550-600 malades de toutes les personnes qui ont assisté à la fête.

Neuf malades seulement sont morts. Tous ceux qui ont été le plus gravement affectés et qui ont guéri ont perdu leurs cheveux.

Plusieurs des individus qui ont soigné des malades et qui ont couché dans la même chambre ont aussi été alités au bout d'un certain temps et ont présenté les mêmes symptômes que les autres.

Le traitement consistait principalement dans l'emploi d'un vomitif, dans le principe, de l'eau chlorurée en potion, et surtout dans l'application répétée de sangsues sur le bas-ventre, et de frictions mercurielles à haute dose.

En jetant un coup-d'œil sur la description de cette épidémie, dont nous venons de donner une courte analyse, qui ne reconnaîtrait dans la marche de la maladie, dans ses résultats nécroscopiques et jusque dans sa contagion une fièvre typhoïde? Aussi cette dernière est-elle autre chose qu'une intoxication?

II. ORGAN FUR DIE GESAMMTE HEILKUNDE,

PAR NAUMANN, WUTZER ET KILIAN.

Le premier cahier du deuxième volume contient : 1° *Sur les centres nerveux*; par le docteur Birnbaum. (Article de physiologie.) 2° *Topographie médicale de la ville de Bonn*; par le docteur Ernsts. 3° *Sur les environs de Crefeld considérés au point de vue médical*; par le docteur Wenzel. (Article non achevé.) 4° *Sur la théorie de Stilling concernant l'irritation spinale*; par le docteur Zagmann, (Article de critique. GAZ. MÉD., p. 616, 1840.) 5° *Mélanges*.

PONCTION DE LA TÊTE POUR UN CAS D'HYDRENCÉPHALE CHRONIQUE; par le professeur WUTZER.

OBS. — L'opération fut pratiquée chez un enfant de 7 mois, sur la demande des parens, qui avaient vu échouer tous les moyens médicaux. Le trocart fut enfoncé à la profondeur de 5 lignes entre le coronal et le pariétal gauche, près de l'angle externe de la grande fontanelle, où la fluctuation paraissait la plus manifeste. Le sentiment d'une résistance vaincue et un craquement ne laissèrent pas de doute qu'on eût traversé la dure-mère. Il ne s'est rien écoulé à travers la canule, qui, retirée, fut trouvée obstruée par un peu de matière gélatineuse. L'enfant mourut six jours après.

A l'autopsie, on trouva le péricrâne gorgé de sang, ainsi que les vaisseaux de la dure mère. Au dehors du cerveau, fortement distendu, il n'existait pas de sérosité; mais une incision faite dans l'hémisphère droite, pénétrant à une profondeur d'un demi-pouce, ouvrit le ventricule, énormément distendu, et donna issue à 22 onces de sérosité. A l'endroit où la ponction avait été faite, la peau était recouverte d'une petite croûte; le péricrâne présentait une petite auréola rouge et le petit cercle inflammatoire s'étendait jusqu'à la dure-mère et même à la substance du cerveau.

QUELQUES MOTS SUR LA SECTION DES MUSCLES DE LA LANGUE CONTRE LE BÉGAIEMENT; par le docteur ROBERT, de Marbourg.

Le premier malade dont il est question fut opéré le 20 juin 1841 par la méthode sous-cutanée, en incisant les muscles génio et hyoglosses au-dessous du menton. L'amélioration fut instantanée, mais comme au bout de douze jours le bégaiement devint de nouveau très sensible, on répéta la myotomie le 12 août, un peu plus en arrière de la première incision. Depuis cette époque, la guérison est parfaite.

Le second individu opéré ne pouvait pas prononcer quelques voyelles, notamment *a*, et quelques consonnes, comme *l*, *m*, *n*; il était aussi géné lorsqu'il avalait, surtout des solides un peu volumineux. En examinant l'arrière bouche, on trouva les quatre piliers du pharynx trop courts. Le 15 juillet 1841, on fit la section des muscles glosso et pharyngo-palatins de l'un et de l'autre côté. La guérison était encore complète le 15 novembre.

III. ARCHIV FUR DIE GESAMMTE MEDICIN,

PUBLIÉ PAR LE DOCTEUR HAESER.

Le quatrième cahier du deuxième volume et le premier du troisième contiennent les articles originaux suivans : 1° *Sur Willis*; par le professeur Hecker. (L'auteur, en faisant l'éloge de Willis, créateur de la névrologie moderne, passe en revue les principales découvertes sur le système nerveux, depuis Erasistrate jusqu'à Ch. Bell; nous y avons lu que déjà Erasistrate admettait une différence entre les nerfs du mouvement et ceux de la sensibilité, et que, d'après Galien, il en avait indiqué les caractères anatomiques.) 2° *Critique des ouvrages les plus récens sur la dysenterie*; par le docteur Hauff. 3° *Deux cas d'anévrisme de l'aorte ascendante, de la grosse de l'aorte et du cœur, observés sur des individus arthritiques*; par le docteur Philippe. (Observations décrites avec une clarté remarquable.) 4° *Sur la métastase laiteuse*; par le docteur Volz. (L'observation qui fait le sujet de cet article concerne une femme de 27 ans, accouchée au commencement de décembre 1838. Elle n'a pas nourri son enfant, la menstruation s'est rétablie; quatre mois après (au commencement d'avril 1839), elle fut prise, sans cause connue, de symptômes de congestion cérébrale, et plus tard d'aberration mentale. Cet état ne cessa que vers la fin de mai. A cette époque, le sein droit devint douloureux, il s'y forma une tumeur dure qui bientôt suppura; pendant cette suppuration il s'écoula, chose remarquable, du lait par le sein gauche. Depuis, la femme est restée bien portante.) 5° *Sur l'histoire de la Faculté de médecine de Halle*; par le professeur Friedlaender. 6° *Sur les maladies considérées comme parasites, et sur la tendance de l'école médicale dite naturelle*; par le docteur Haeser. 7° *Article de polémique*; par le docteur Sieberl. 8° *Esquisse d'une nouvelle nosologie*; par le docteur Steinbeim.

IV. BERLINER MEDICINISCHE CENTRAL-ZEITUNG.

COMMUNICATION D'UN REMÈDE CONTRE LA RAGE AVEC HYDROPHOBIE RESTÉ SECRET JUSQU'AUJOURD'HUI; par le docteur BURCHARDT.

Il y a déjà dix-sept ans que l'auteur de cette communication est en possession d'un remède qui lui a été donné par un forestier nommé Jaenichen, qui, dit-on, a guéri plus de 100 individus mordus par des chiens enragés. M. Burchardt n'a pas communiqué plus tôt ce remède parce qu'il attendait toujours l'occasion d'en vérifier l'efficacité. Il consiste :

Prenez : Herbe de belladone, 25 centig.; fleurs de zinc, 1 gramme; æthiops antimonial, 2 grammes; miel, 15 grammes; élec. de thériaque, 30 grammes. S. à prendre les trois premiers jours une demi-cuillerée à café matin et soir, plus tard une cuillerée entière.

Prenez: Alco. vol. fluor., 15 grammes. S. à prendre trois fois par jour 10 gouttes dans une tasse de thé, de sureau.

Prenez : ong. basil., 15 grammes; ong. mercur. gris, 8 grammes;

beurre d'antimoine, 6 grammes; oxide de mercure rouge, 80 centig.; poudre de cantharides, 36 centig.; opium pur, 50 centig. M. a. à mettre sur la plaie, qu'on tiendra en suppuration pendant six semaines.

PASSAGE D'UN CALCUL BILIAIRE A TRAVERS LES TÉGUMENS DU BAS-VENTRE; par le docteur KLEMM.

OBS. — En mars 1840, M. Klemm fut appelé auprès d'une femme âgée de 70 ans, qui se plaignait depuis quelque temps de toux et d'une tumeur qui se trouvait au-dessous des fausses côtes droites; celle-ci, de la grandeur d'un œuf d'oie, était dure, mobile et adhérente aux tégumens externes du bas-ventre; au reste, la femme, d'une constitution forte, était bien portante, sans fièvre; toutes les fonctions étaient à l'état normal, l'appétit bon, la couleur de la peau et des yeux nullement ictériques. On appliqua des cataplasmes sur la tumeur qui devint bientôt fluctuante, et on l'ouvrit; il s'écoula à peu près 2 onces de pus jaune, sanguinolent. A un demi-pouce de profondeur, on découvrit un corps dur, qu'on pouvait circonscrire avec la sonde et qui dépassait encore 3 p. En agrandissant la plaie, il fut facile de retirer ce corps, qui n'était autre chose qu'un calcul biliaire du volume d'un œuf d'oie et de la forme d'une vésicule biliaire. Il était brun foncé en dehors, jaune clair en dedans et plus clair encore dans le centre, d'où partaient en tous sens des rayons brillans semblables à des cristaux; il était friable, brûlait à la chandelle en répandant une odeur particulière; il pouvait être dissous dans l'essence de térébenthine et l'ether sulfurique; il pesait 6 gros et 2 grains, et avait un poids spécifique moindre que l'eau. La femme a guéri complétement.

NOUVELLE OPÉRATION CONTRE LA DYSÉCÉE NERVEUSE; par le docteur WOLFF.

Il y a huit jours, le 18 février 1842, dit le médecin de Berlin, j'ai pratiqué la section sous-cutanée des muscles postérieurs et transverses de l'oreille contre une dysécée nerveuse déclarée incurable par un des médecins les plus renommés pour les maladies de l'oreille. Le succès ne fut pas immédiat; mais déjà, au bout de vingt quatre heures, il y eut de l'amélioration, en ce que le malade, qui avant l'opération n'avait pas entendu les battemens d'une montre appliquée sur l'oreille, les entendait maintenant à 6 pouces de distance, et à 9 pouces le lendemain, et même à 1 pied lorsqu'on mettait l'oreille en communication avec la montre par un corps dur. Cette amélioration ne dura pas longtemps et le malade retomba au bout de deux jours dans son premier état, après s'être exposé à l'humidité. Des douches de vapeur dirigées vers l'oreille amenèrent encore une légère amélioration.

N'est-ce pas là prodiguer sans motif et sans discernement la ténotomie?

V. WOCHENSCHRIFT FUR DIE GESAMMTE HEILKUNDE,

PUBLIÉ PAR CASPER.

ENTROPION GUÉRI PAR LA SECTION SOUS-CUTANÉE; par le docteur NEUMANN.

L'observation suivante donne encore une nouvelle extension à la ténotomie; le résultat qu'on en a obtenu a été des plus heureux.

OBS. Mathias Zacharski, âgé de 18 ans, de Strasbourg (Prusse occidentale), avait eu, à la suite d'ophthalmies scrofuleuses aux deux yeux, des entropions aux paupières inférieures et supérieures. Les cils tournés contre la cornée y ont produit une irritation telle, qu'à l'œil droit cette membrane était devenue presque entièrement opaque, et qu'à gauche il ne restait de transparent qu'un petit segment supérieur; à peine le malade pouvait-il encore voir en faisant des efforts et des contorsions horribles. M. Neumann chercha à le débarrasser de ses entropions par l'opération suivante: après avoir engagé entre la paupière supérieure et le globe de l'œil une plaque de corne pour protéger ce dernier, il enfonça un ténotome dans la tempe, à un demi pouce de l'angle externe de l'œil, puis il conduisit la pointe de l'instrument entre la peau et la face supérieure du muscle releveur de la paupière jusqu'à l'angle interne de l'œil; arrivé à cet endroit il tourna le tranchant de l'instrument en dedans et divisa le muscle releveur des paupières et tous les tissus appliqués sur la plaque de corne, et retira ensuite l'instrument par le point où il avait pénétré. Il coupa d'une manière analogue les muscles de la paupière inférieure en pénétrant par la plaie déjà existante à la tempe. Par cette opération, les cils de la paupière reprirent une direction normale, ils la conservèrent à l'œil gauche, mais à droite on se vit dans la nécessité de répéter l'opération au bout de trois semaines. A gauche, la vue fut complétement rétablie, mais à droite il n'y eut qu'une amélioration légère, à cause de l'obscurcissement de la cornée.

SUR UNE SYNCHONDROTOMIE, par le docteur DAMMANN.

Dans un cas de parturition où la tête, énormément grande, était déjà engagée dans le détroit supérieur d'un bassin de dimension normale, M. Dammann s'est décidé à faire la section du pubis. Les os de la tête étaient très durs, il n'y avait plus de grande fontanelle, la mère ressentait encore les mouvemens de son enfant. Par l'opération césarienne, il eût été aussi difficile de dégager la tête en la ramenant en haut que de lui faire traverser la filière du bassin; on ne pouvait pas se décider à la perforation du crâne, parce que, d'un côté, l'enfant paraissait vivre encore, et que, de l'autre, la dureté des os se serait opposée à la réduction de la tête après l'écoulement du cerveau, et les fragmens du crâne auraient rendu leur extraction dangereuse; il ne restait donc que la synchondrotomie; elle fut pratiquée d'après la méthode de Kilian; elle donna assez d'espace pour appliquer le forceps et retirer un fœtus monstrueux dont la tête était aussi grande que celle d'un enfant d'un an et demi; le diamètre antéro-postérieur avait 5 pouces et demi, le vertical 4 pouces et demi, et le plus grand 6 pouces. Le nouveau-né ne poussa que quelques cris faibles et succomba après quelques minutes. La mère se remit complétement au bout de six semaines.

VI. MEDICINISCHE ANNALEN;

PAR PUCHELT, CHELIUS ET NÆGELÉ.

Le premier cahier du huitième volume contient: 1° *Sur les eaux minérales de Kothenfels en 1841*; par le docteur Kraemer. 2° *Sur la pathologie et le traitement du strabisme*; par le docteur Vierordt (Rien d'inconnu.) 3° *Mémoire sur un cas particulier d'amaurose*; par le docteur Stamm. (Il y est question d'un peintre dont la vue s'était considérablement affaiblie, et qui avait fini par ne plus voir les lignes droites dans tout le champ de sa vision. Lorsqu'on traçait devant lui des lignes droites sur un tableau, il en voyait quelques-unes sous forme onduleuse, comme le deviendraient des lignes tracées sur une toile qu'on froncerait ensuite. De plus, le malade était atteint de diplopie. L'auteur entre dans une longue explication de cette affection, qu'il attribue à un plissement de la rétine causé par le tiraillement d'un corps probablement liquide se trouvant à la partie inférieure de la rétine.) 4° *Sur l'efficacité des eaux sulfureuses de Langenbrucken dans quelques maladies et surtout dans la phthisie pulmonaire*; par le docteur Rees. 5° *Sur la dilatation anévrismatique des valvules du cœur*; par le docteur Ecker. (C'est une nouvelle observation à joindre à celles déjà rapportées par les auteurs.)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOTE SUR QUELQUES POINTS D'AUSCULTATION; communiquée par le docteur A. NETTER, chirurgien sous-aide au Val-de-Grâce.

L'auscultation de la voix, pratiquée dans les différentes régions de la poitrine, n'a pas fourni des résultats aussi satisfaisans que les recherches analogues faites sur le bruit respiratoire. Cet insuccès dépend d'abord du peu de soin avec lequel on pratique en général cette partie de l'auscultation.

D'un autre côté, on a oublié de considérer que la parole n'avait lieu que pendant l'expiration, que dès lors les différentes modifications anormales du bruit respiratoire pendant l'expiration doivent elles-mêmes modifier la voix transmise dans la poitrine.

Pour éclairer cette partie de la science, il faudrait: 1° étudier les différentes nuances que prend la voix quand on ausculte la poitrine de personnes saines.

2° Rechercher quelles sont les modifications qu'éprouve le bruit respiratoire, mais seulement pendant le temps de l'expiration;

3° Examiner le rapport qui existe entre ces phénomènes de nature diverse.

Obligé d'interrompre momentanément des recherches que j'ai faites à ce sujet dans le service de M. le professeur Lévy, à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, je désire néanmoins livrer à l'appréciation du public médical les faits suivans, dont les uns se trouvent incomplétement indiqués dans les livres et dont les autres me paraissent nouveaux.

1° La voix, auscultée dans les différentes régions de la poitrine, s'accompagne d'une résonnance plus ou moins grande qui renforce en quelque sorte la parole; mais en lui ôtant de sa netteté, la voix perd de son

caractère de voix articulée; les mots sont ainsi rendus *moins compréhensibles*.

2° Cette résonnance de la voix est toujours en raison du frémissement vibratoire que perçoit la main, appliquée sur la poitrine d'une personne qui parle.

3° Dans les cas d'épanchement pleurétique, il y a à la fois absence de frémissement vibratoire à la main et de résonnance vocale; de plus, la voix s'entend plus nettement articulée du côté de l'épanchement que du côté sain. (Pour vérifier ces faits, il faut avoir grand soin de se boucher l'oreille qui n'est pas appliquée sur la poitrine, pendant que l'on ausculte de l'autre.)

4° Le murmure respiratoire, produit par l'expiration, quand il se prolonge et qu'il devient, comme on dit, rude, est souvent entendu en même temps que la voix, mais ne semble pas imprimer à la voix une modification nouvelle.

5° Le souffle bronchique qu'on entend souvent dans les épanchemens pleurétiques est beaucoup moins éclatant que celui de la pneumonie : il est perçu ordinairement pendant l'expiration.

6° Chaque fois que ce souffle existe, l'égophonie se produit en même temps. Mes propres observations sont confirmées sous ce rapport par celles de M. Bouillaud (Clinique médicale, t. ii, chap. 7, *Pleurésie*): dans ces observations, le souffle bronchique et l'égophonie sont cités presque toujours ensemble; bien plus, dans la deuxième observation, p. 264, il est dit que le décubitus sur le ventre a fait disparaître à la fois le souffle bronchique et l'égophonie que l'on percevait dans la région dorsale, ce qui démontre que les deux phénomènes sont produits par les mêmes conditions physiques.

7° L'égophonie est d'autant plus marquée que le souffle est moins prononcé.

8° L'égophonie se rapproche d'autant plus de la bronchophonie que le souffle bronchique devient plus intense.

9° Jamais je n'ai pu constater l'égophonie dans les cas où le souffle bronchique n'existait pas.

10° La coexistence constante de l'égophonie et du souffle bronchique dans l'expiration, le mécanisme de la formation des bruits analogues, voix de jeton, de chèvre, etc., l'auscultation elle-même pratiquée avec soin, me permettent d'affirmer que l'égophonie n'est autre chose que la voix elle-même mélangée d'un souffle fin.

OBSERVATION DE PNEUMONIE INTERMITTENTE, GUÉRIE PAR LE SULFATE DE QUININE; communiquée par M. Corbin, médecin à Orléans.

Obs. — Mad. L., de 26 à 28 ans, d'un tempérament lymphatique, et très grasse, eut, en avril 1838, une pneumonie, qui envahit les deux tiers inférieurs du poumon gauche. La respiration était fréquente, l'oppression assez forte, la fièvre modérée. Cette dernière circonstance, jointe au tempérament de la malade, me fit prescrire seulement une application de 15 sangsues sur le côté affecté.

La maladie parut céder, les crachats sanglans, qui en avaient signalé l'apparition, disparurent; et, dès le troisième jour, la convalescence sembla s'établir.

Le quatrième jour, au soir, il y eut un frisson, à la suite une recrudescence de l'oppression et de la toux, des crachats sanglans. Or, nous étions positivement dans la saison des fièvres intermittentes, et j'avais dans ma pratique de nombreux cas de ce genre. Quoique le frisson n'eût pas été suivi de chaleur vive ni de sueur, pas plus la seconde que la première fois, je crus reconnaître là le génie intermittent, et, plus occupé de ce caractère que de l'état inflammatoire, l'apyrexie venue, j'administrai moi-même le sulfate de quinine à la dose de 8 ou 10 grains (4 ou 5 décigrammes.)

Tout praticien connaît les oppositions des familles à la seule idée d'un traitement inusité. Sûr de mon fait, j'avais triomphé de ces résistances, et le lendemain, jour intermédiaire aux accès, pareille dose fut de nouveau administrée.

Au jour correspondant, l'accès revint, comme il arrive souvent dans les fièvres intermittentes; mais plus tard et avec si peu de toux et de crachats que l'action du remède était évidente. Le même traitement fut continué, et la malade se rétablit si promptement ensuite, qu'après le dixième jour, l'accès ayant manqué, je la laissai pour guérie, en prescrivant seulement, pour les jours suivans, des doses décroissantes de quinine.

On peut envisager ce fait de plusieurs manières; voici la mienne : La pneumonie était en voie de guérison; en d'autres termes, il existait encore dans le poumon une congestion sanguine, qui tendait à se résoudre : il y avait du râle crépitant. Sous l'influence de la constitution régnante survient une fièvre intermittente; et chaque frisson, en concentrant le sang à l'intérieur, double la congestion, fait reparaître la toux et les crachats sanglans. (Je regrette de n'avoir rien noté relativement au point de côté.) Le frisson passé, la congestion diminue de nouveau, et les crachats disparaissent. Latente dans les intervalles, la pneumonie redevient apparente dans les accès; et nous avons ainsi, par suite d'une complication, une pneumonie intermittente.

Cette manière de raisonner me semble conforme à toutes les notions admises sur l'action du frisson à l'égard du poumon. Cet organe fût-il sain, qui ne sait qu'on tousse presque toujours à l'invasion de la fièvre; et, comme le dit Broussais, qu'il faut avoir des poumons bien robustes pour n'être pas enrhumé par la fièvre? Que sera-ce si le poumon est actuellement malade? Il arrive alors ce qu'un excellent observateur, M. Nepple, médecin de l'hôpital de Montluel, a vérifié après d'autres et consigné dans le passage suivant, à la suite d'une histoire de fièvre asthmatique : « .... Presque toutes les fois que la fièvre intermittente se déclare chez un sujet atteint d'une phlegmasie, l'organe qui en est le siége appelle sur lui, pendant le paroxysme, la plus forte irritation, et fait monter, pendant celui-ci, la phlegmasie à un très haut degré. » (Nepple, Essai sur les fièvres rémittentes et intermittentes. Paris 1828, p. 91.)

Un cas rare en explique un autre. Ainsi, par analogie, en partant de celui-ci, on comprend cette observation de M. Arloing, publiée dans le Journal général de médecine, et fréquemment citée depuis, d'une pleurésie ou péripneumonie qui survint au second accès d'une fièvre intermittente tierce et fut guérie par le quinquina. Sans doute aussi c'est ainsi qu'on doit concevoir la fièvre pernicieuse pleurétique ou péripneumonique, si elle existe. Seulement, dans ces derniers cas, au lieu de renouveler simplement la phlegmasie, la fièvre lui donnerait naissance.

Quant à la thérapeutique, j'ai eu à me louer d'avoir donné le sulfate de quinine, et je n'hésiterais pas à recommencer en pareil cas; car la saignée me paraîtrait indispensable pour un sujet plus sanguin, ce qui ne m'empêcherait peut-être pas d'administrer le sulfate de quinine plus tard ou en même temps, suivant l'imminence du danger.

Administré seul, le sulfate de quinine a agi, suivant moi, comme antipériodique, et guéri la pneumonie en coupant la fièvre. D'autres penseront peut-être, avec une partie de l'école italienne, qu'il a guéri comme contre-stimulant, la pneumonie simple et sans intermittence étant journellement traitée en Italie par le sulfate de quinine, qui y réussit apparemment. A la bonne heure! autre climat, autres remèdes. En France, ce traitement ne saurait être qu'exceptionnel, comme le fait qui m'y a conduit après d'autres. Envisagé ainsi, j'ai cru que le cas était bon à faire connaître. J'aurais désiré en réunir d'autres analogues, et c'est pour cela que j'ai laissé écouler plusieurs années; mais la pratique ne m'a plus rien offert de semblable.

Note du Réd. — Nous sommes portés à croire contrairement à l'opinion de notre honorable confrère, qu'il a eu affaire à une véritable pneumonie intermittente, ou, si l'on aime mieux, à une fièvre intermittente pneumonique. Il existe beaucoup de cas analogues dans la science; et, entre autres, la Gazette Médicale a publié, il y a quelques années, un mémoire détaillé de M. le docteur Grifoulière sur ce sujet. Il n'est pas indifférent de se fixer sur la question de savoir si, dans ces cas, c'est la pneumonie ou l'affection intermittente qui est primitive; car le traitement doit varier en raison du diagnostic, et il pourrait y avoir quelque gravité à recourir préalablement à la saignée, surtout si la fièvre était de celles qu'on a justement appelées pernicieuses.

NOTE SUR UN NOUVEAU PROCÉDÉ POUR LE TRAITEMENT DE L'ASPHYXIE; communiquée par M. le docteur Cliet.

L'asphyxié sera placé sur une espèce de lit de camp peu élevé et assez étroit pour permettre une libre circulation sur ses deux côtés. Son abdomen, sur lequel des frictions sèches auront été exactement et rapidement opérées, *si l'asphyxie a eu lieu par submersion*, sera recouvert d'une large plaque agglutinative.

Cette plaque, faite en cuir, à bords souples et flexibles dans quelques centimètres de sa circonférence, et par conséquent plus épaisse à son centre, où seront superposées graduellement quelques rondelles de cuir, sera munie d'une poignée au milieu de sa face externe, et sa face interne sera enduite d'une légère couche de glu ou de poix résine, etc. (1).

---

(1) Des essais pratiques feraient, au surplus, bientôt reconnaître quel est, parmi le grand nombre de substances agglutinatives qui existent, ou que l'on peut créer, celle qui conviendrait le mieux pour enduire la surface interne de la plaque. Et si la nécessité en était ultérieurement démontrée, l'on pourrait tou-

Dans le cas où la substance qui formerait l'enduit de la plaque serait de nature résineuse, il y aurait alors nécessité de la soumettre préalablement à l'action d'une douce chaleur, pour la rendre suffisamment agglutinative.

Au moyen de la poignée de cette plaque, placée comme je viens de le dire sur les tégumens du ventre, l'on se hâtera d'exécuter, avec assez de force et de rapidité, des mouvemens alternatifs de pression de dehors en dedans et de bas en haut, et de traction en sens contraire.

Deux plaques du même genre pourraient être également appliquées avec quelque avantage et dans le même but sur les parties latérales et antérieures du thorax.

Ce procédé, qui n'exclut aucun des autres moyens consacrés par l'expérience, ou indiqués dans chaque cas particulier, permettrait au besoin, et à défaut de plaques thoraciques, l'emploi simultané de l'ingénieux bandage proposé en 1826 ou 1829 par M. le docteur Leroy-d'Etiolles. Seulement je dirai ici en passant que, ce bandage ne pouvant produire la dilatation des parois sur lesquelles il est appliqué, ne saurait par conséquent donner lieu qu'à de très obscurs mouvemens inspiratoires.

Une simple note m'interdisant tout développement scientifique sur mon procédé, je me bornerai à faire remarquer :

1° Que de tous les moyens mécaniques employés ou proposés jusqu'à ce jour, la *plaque agglutinative*, par le puissant *jeu de soufflet* qu'elle permet d'établir et de maintenir aussi longtemps qu'on le juge convenable, peut *seule* faire pénétrer, par *inspiration*, l'air dans les poumons de l'asphyxié ;

2° Que les mouvemens alternatifs de pression et de traction opérés plus ou moins longtemps sur l'abdomen au moyen de la plaque, doivent en outre faire nécessairement éprouver aux lobes inférieurs du poumon, au diaphragme, à l'aorte, à la veine cave, aux ganglions nerveux, au grand sympathique, au foie, à l'estomac, aux intestins, etc., une espèce de *massage* et des secousses dont les effets en pareil cas ne sauraient être qu'excessivement avantageux.

Un rapport présenté, le 20 janvier 1840, à M. le ministre du commerce par le conseil de salubrité, a cependant conclu *qu'il n'y avait pas lieu quant à présent à faire des essais pratiques du procédé du docteur Cliet.*

Voici en abrégé, mais presque textuellement du reste, les motifs sur lesquels cette conclusion est fondée :

« 1° L'état de la peau dans l'asphyxie par submersion doit s'opposer à l'adhérence de la plaque agglutinative.

» 2° Le degré de ramollissement de la substance agglutinative pourra être difficilement le même dans toute l'étendue de la plaque, et il serait très possible qu'on déterminât de la sorte des brûlures profondes et étendues du tégument.

» 3° Il serait difficile de conserver toujours convenablement préparées, dans les appareils de secours, les plaques de cuir.

» 4° L'emploi de ce moyen exige des précautions sans lesquelles il pourrait entraîner des accidens qui ne seraient pas sans gravité.

» 5° Enfin, les effets particuliers que l'auteur attribue à son procédé sont également obtenus par les moyens déjà prescrits. »

Je m'abstiens ici de toute réflexion.

LETTRE SUR LA DISSOLUTION DES CALCULS URINAIRES ; par M. le docteur LEROY-D'ÉTIOLLES.

M. Leroy-d'Etiolles nous a remis, il y a quelques jours, une lettre en réponse à celle de M. Petit. Son étendue ne nous permettant pas de l'insérer en entier, nous allons la donner par extraits.

Monsieur le rédacteur,

....

Il y a trois ans, M. Petit, prétendant pouvoir dissoudre les calculs urinaires en administrant de l'eau de Vichy à plus grande dose que ses prédécesseurs n'avaient osé le faire, provoqua la nomination d'une commission dans le sein de l'Académie de médecine; il s'est mis en demeure de prouver ses assertions par des faits; mais il ne put en fournir de concluans. Aussi le rapport adopté par ce corps savant se terminait par ces paroles : « Il n'est pas prouvé que des concrétions urinaires, assez considérables pour constituer de véritables calculs, aient été entièrement guéries par les eaux thermales de Vichy. »

De mon côté, j'avais porté la question devant l'Académie des sciences, et deux de nos premiers chimistes, MM. Gay-Lussac et Pelouze, furent chargés de l'examiner. Prenant en considération vingt-deux exemples d'insuccès que je leur ai fournis, les exemples plus nombreux relatés dans les auteurs anciens, les expériences de laboratoire qu'ils ont suivies pendant deux années, celles qu'ils ont fait faire à Vichy, les documens que leur a fournis M. Petit verbalement, par lettres et par ses livres, ces messieurs ont été conduits à exprimer l'opinion suivante : « Sans nier absolument la possibilité d'obtenir quelques guérisons, on peut dire en thèse générale que, si la pierre n'est pas très petite, elle ne sera pas détruite par les réactifs agissant d'une manière indirecte, c'est-à-dire pris en boisson et en bains. » Et ailleurs : « L'action des réactifs est toujours très lente, même en dehors de la vitalité. »

Ainsi l'Académie de médecine déclare que la dissolution des calculs *n'est pas prouvée*, et l'Académie des sciences ajoute *qu'elle n'est pas probable.*

Suit une dissertation sur le danger de pousser trop loin le traitement alcalin, sur les modifications apportées dans les sécrétions par ce traitement, sur les dépôts fournis par les phosphates terreux, le carbonate de chaux, l'acide urique même, sur l'indication des circonstances dans lesquelles des concrétions nouvelles peuvent en être le résultat; les raisons à l'appui de ces propositions, tirées des expériences de laboratoire, des faits pratiques observés par l'auteur, des opinions de MM. les commissaires de l'Académie des sciences, et des documens publiés par MM. les médecins de Vichy eux-mêmes.

Ce n'est pas là, ajoute M. Leroy-d'Etiolles, tout ce qu'enseignent les écrits de M. Petit; il serait bien surpris si je lui disais que, d'après ses expériences, on peut établir qu'il faudrait *dix années* pour dissoudre, par l'usage de l'eau de Vichy, un calcul de 24 millimètres (moins d'un pouce). Je vais essayer de le lui montrer, et c'est par ce petit exercice que je terminerai cette lettre.

Dans sa brochure de 1837, M. Petit donne les figures de 8 pierres qu'il a tenues plongées dans la source de la grande grille. La durée de l'immersion a été de 18, 18, 20, 20, 25, 30, 30, 30 jours; moyenne 24. La perte mesurée après l'immersion sur le plus grand diamètre a été de 2, 13, 6, 6, 4, 13, 6, 8 millimètres; total 58; moyenne 7 mil. 25 centièmes. Mais, au lieu d'agir sur des calculs entiers, M. Petit avait pris des fragmens de pierre, ce qui devait rendre l'action plus rapide; pour cette différence, je diminuerai seulement un sixième, et il restera 6 millimètres 05.

2° Il serait impossible d'admettre que la totalité du sel de l'eau minérale passe dans l'urine; je pense être libéral en portant à 1 gramme par litre la quantité de carbonate de soude dont se charge l'urine : l'eau de Vichy contenant 5 gram., c'est une différence de 4/5 à déduire, il nous restera 1 mil. 21 cent.

3° La température de la source de la grande grille est de 45°, celle de la vessie de 38, différence 1/6 à rabattre, reste 1-01.

L'effervescence et l'agitation produites dans la source de Vichy par le dégagement de l'acide carbonique contribuent puissamment à la désagrégation. En comparant avec les expériences de M. Petit celles de M. Henry, faites avec de l'eau de Vichy en repos, on trouve une différence de trois quarts, comme on peut le voir dans le rapport fait à l'Académie de médecine, car la durée de l'immersion a été double et la perte moitié moindre. Retranchant les 3/4 de 1 mil. 1 centième ou 75 cent., il reste 26 cent. de mil.

Si, dans 24 jours, la diminution est de 26 centièmes de millimètres, combien faudra-t-il de jours pour détruire une pierre de 24 millimètres ? Réponse 2215 jours ou *dix ans et un jour.*

M. Leroy-d'Etiolles invoque ensuite une série de causes qui doivent encore, selon lui, ajouter à la durée du traitement; ainsi : impossibilité de continuer pendant six ans le traitement, sans interruption; nécessité d'un repos d'une semaine sur trois, ce qui produit une addition de 739 jours, ou 2 ans et 1 jour, ce qui donne 8 ans et 34 jours; puis la vacuité fréquente de la vessie des calculeux qui urinent fréquemment; les dépôts de mucus qui retardent l'action des réactifs, les indispositions, les affaires qui pourraient faire perdre un mois chaque année, et l'on arrive, dit M. Leroy, à la durée de dix ans annoncée.

Je ne me lasserai pas de le répéter, dit en terminant M. Leroy, les eaux minérales alcalines sont une précieuse ressource dans les affections calculeuses ; seulement on ne peut leur appliquer ce dicton si cher aux gardes-malades et aux commères ; « Si ça ne fait pas de bien, ça ne peut pas faire de mal. » L'intervention de la médecine est indispensable pour surveiller leurs effets, et particulièrement les modifications parfois inattendues qu'elles apportent dans les sécrétions. Comme on le voit, mes efforts tendent à faire plus belle la part du médecin, puisque je substitue sa valeur personnelle et son intelligence à l'action empirique des eaux dans laquelle le public est déjà trop enclin à mettre sa confiance. J'avais espéré pour cela recevoir des remercîmens de M. Petit; il est difficile de manquer plus complètement son but.

J'ai l'honneur d'être, etc.

---

jours obtenir une adhérence suffisante de la plaque sur les tégumens, en ajoutant à sa force agglutinative l'action d'une ventouse établie au centre et dans l'épaisseur de sa surface interne.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 27 JUIN.

ORGANES URINAIRES DES OISEAUX.

M. le docteur MAYER, de Bonn, adresse à l'Académie un mémoire sur la vessie urinaire des oiseaux. C'est un dogme stéréotypé de l'anatomie comparée, dit l'auteur, depuis Blumenbach jusqu'à Cuvier, que les oiseaux manquent de vessie urinaire, ou du moins que cet organe est uni chez eux au cloaque. Cependant, pour les gallinacés au moins, on trouve cet organe réellement existant dans les premiers temps de leur évolution et dans les premiers jours de leur vie après leur sortie de l'œuf.

Chez le poulet, la vessie se rencontre, parfaitement développée entre le rectum et l'anneau ombilical. Son diamètre vertical est de 8 lignes, et sa largeur de 4, tandis que celle du rectum n'est que d'une ligne et demie. Ce réservoir est en communication avec le rectum par une ouverture ronde, qui se rétrécit plus tard et se ferme à la fin totalement, de sorte que la vessie se sépare du rectum, formant encore quelque temps une vésicule vide et gonflée, jusqu'à ce qu'elle se flétrisse et devienne tout à fait imperméable par la coalescence de ses parois, tandis que le rectum s'étend et forme à son extrémité une poche commune, sous le nom de cloaque.

Chez les oiseaux autres que les gallinacés, le décroissement de cet organe suit une autre voie. La communication entre la vessie et le rectum dans la paroi antérieure de ce dernier reste ouverte et s'agrandit même, de sorte que la cavité de la vessie et celle du rectum se réunissent. On trouve alors toujours une poche ou un *recessus* antérieur du rectum, qui forme la vessie urinaire, et qui contient presque toujours une quantité assez considérable de fluide urinaire calcaire.

DÉVELOPPEMENT DES ENTOZOAIRES.

M. MANDL envoie une note sur l'existence des œufs d'entozoaires dans les tissus des animaux.

A l'appui de la doctrine de la génération spontanée des entozoaires, on avait cité l'existence assez fréquente de l'*ascaris nigrovenosus* dans les poumons des grenouilles. M. Mandl est parvenu, avec le microscope, et en se servant d'un grossissement de 250 diamètres, à reconnaître les œufs colorés de ces entozoaires dans les poumons des grenouilles, sans qu'il y eût aucune trace de l'entozoaire lui-même dans cet organe.

Cette observation, ajoute-t-il, rend bien probable que ces petits œufs, dont le diamètre surpasse à peine quatre fois celui des globules du sang du même animal, ont été transportés dans les poumons, soit par la respiration, soit par une autre voie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 28 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. FOUQUIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

M. Denonvilliers se présente comme candidat à la place vacante dans la section d'anatomie et de physiologie.

CORRESPONDANCE.

La correspondance officielle comprend une lettre ministérielle, avec envol d'un rapport du médecin aux épidémies de Dôle, sur une fièvre miliaire qui a régné dans le département du Jura.

OBSERVATION DE PELLAGRE.

M. GIBERT, médecin de l'hôpital St-Louis, écrit à l'Académie qu'il a en ce moment dans son service, salle Napoléon, un malade atteint de pellagre, maladie extrêmement rare en France. Il propose de faire constater le cas aux membres qui voudraient aller visiter ce malade.

M. Emery est chargé par l'Académie d'aller vérifier la nature de l'affection.

— MM. Honoré, Husson et Bousquet sont désignés pour assister, au nom de l'Académie, au service qui sera célébré pour l'anniversaire de la mort d'Itard.

NOMINATION A LA PLACE VACANTE DANS L'ACADÉMIE.

M. BOUVIER, au nom de la section d'anatomie et de physiologie, lit un rapport sur le nombre des candidats à présenter pour la prochaine élection. Ce nombre ne pouvant être de moins de trois, ni de plus de six, la section a choisi le maximum, en regrettant de ne pouvoir le dépasser en cette circonstance. Elle propose donc de porter à six le nombre des candidats qui seront placés sur la liste de présentation.

Cette conclusion est adoptée par l'Académie. MM. les candidats sont priés d'adresser leurs titres au secrétariat de l'Académie dans le plus bref délai.

MÉCANISME DU TOUCHER.

M. ROCHOUX rappelle que, dans le troisième livre d'Epicure, on trouve une théorie sur l'action des sens, parfaitement conforme à celle que M. Gerdy a développée dans la dernière séance.

M. GERDY continue la lecture de ses recherches sur le mécanisme des sensations, en traitant du TACT ATTENTIF ET DU TOUCHER. Le toucher, dit l'auteur, n'est autre chose que le tact exercé avec attention, et ce ne serait que par erreur de langage que l'on voudrait proposer de le regarder comme un sens particulier. Les effets du toucher sont néanmoins essentiellement distincts de ceux du simple tact. Ce dernier est instinctif, s'effectue avec distraction, et ne donne que des notions vagues; le premier, au contraire est volontaire, suppose et nécessite la réflexion, et rapporte des connaissances beaucoup plus exactes sur les propriétés et les rapports des corps extérieurs. Le tact peut s'exercer par toutes les parties du corps; mais il n'en est aucune dont nous fassions un plus fréquent usage que de la main, qui effectivement est, de toutes, la mieux conformée pour cette fonction. Du reste, la faculté d'exercer le tact est très variable et se modifie presqu'à l'infini, suivant l'âge, le sexe, le climat, les habitudes, etc. Elle varie aussi dans les diverses espèces animales.

M. Gerdy termine par quelques remarques sur les différentes opinions qui ont régné au sujet de la suprématie qui serait dévolue au toucher relativement aux autres sens.

M. VIREY : Quoique j'approuve toutes les observations que M. Gerdy vient de nous présenter, il me paraît cependant que la partie de son travail qui traite du toucher chez les animaux est un peu écourtée, surtout en ce qui a rapport aux facultés tactiles des différens points de la face. Ainsi, il aurait pu dire que les chauves-souris doivent à des rameaux de la cinquième paire la sensibilité si vive de leurs oreilles. Les oiseaux à long bec ont un filet du trifacial qui longe dans toute son étendue le bec supérieur, et lui communique une sensibilité telle qu'ils parviennent très bien à distinguer au fond de l'eau les animaux qui peuvent leur servir de nourriture. Quelques espèces de poissons pourraient prêter à des considérations analogues.

M. CASTEL : Il est certain qu'une grande différence existe entre le tact et le toucher; c'est la même qui a lieu entre voir et regarder. Je rappellerai à ce sujet que Muller a dit que certains sens autres que le toucher peuvent donner lieu, dans quelques circonstances, à de véritables sensations tactiles. Ainsi, dit-il, l'ammoniaque, la moutarde, étant placés sous les narines, déterminent sur l'organe de l'olfaction une impression qui n'est qu'un phénomène de tactilité. Mais cet auteur se trompe, car il n'y a là de produit qu'une sensation d'olfaction. Seulement, elle est à un degré et d'une nature toute particulière.

M. Gerdy a récusé la prééminence que certains auteurs revendiquent pour le toucher, comparativement aux autres sens. Il a eu raison, au moins d'une manière absolue; car le sens le plus sûr, celui au jugement duquel on fait toujours un appel, en cas de doute, est le goût. Mais le goût lui-même est-il autre chose qu'une espèce toute spéciale de toucher?

M. ROYER-COLLARD : Je rends certainement autant que personne justice à la manière élevée et vraiment scientifique avec laquelle M. Gerdy a traité son sujet. Mais son talent même et l'autorité de son nom doivent nous empêcher de laisser passer sans discussion tout ce qui, dans ce travail, peut paraître contestable. M. Gerdy a commencé par distinguer le tact d'avec le toucher. En cela, je partage tout à fait son opinion; car l'un de ces phénomènes est actif, et l'autre est passif. Je ne crois pas qu'il soit juste de donner le nom de sensibilité tactile à la faculté de sentir volontairement et avec attention. Ce nom devrait plutôt être réservé pour désigner la sensibilité générale. M. Cerdy dit qu'on ne peut toucher une petite maîtresse sans la faire crier.... Mais ce n'est pas qu'elle a le toucher attentif qu'il entend parler ici; car tout le monde sait que ce sens, comme les autres, se perfectionne au contraire par l'usage. C'est toujours, vous le voyez, Messieurs, la même distinction que celle que j'avais posée dans la dernière séance. La sensibilité générale s'observe chez tous les êtres organisés. Très visible sur quelques végétaux, elle est manifeste chez les animaux, où elle suffit pour provoquer par réaction certains mouvemens qui servent à l'accomplissement des fonctions. Mais ces phénomènes, bien appréciés de tout temps, ne sont pas du domaine de la sensibilité tactile véritable. Il n'y a sensation, il n'y a tact, il n'y a sens, que lorsque l'attention est éveillée et agit. Et remarquez, en concordance avec ce que je viens de dire, que, dans tous les organes des sens, il existe, à côté les uns des autres, deux sortes de nerfs exécutant chacun une fonction différente, et présidant, celui-ci à l'acte sensoriel spécial, celui-là aux phénomènes de sensibilité générale. En définitive, je voudrais que le mot sensibilité tactile fût supprimé; car il occasionne la confusion dans le langage et dans les idées.

M. GERDY : M. Virey aurait désiré plus de développemens dans la partie de mon travail qui a rapport aux organes du toucher chez les animaux. Je dirai seulement que ce n'était pas là l'objet principal de mes recherches. Je répondrai simultanément aux observations de M. Castel et à celles de M. Royer-Collard. Lorsque je commençai à m'occuper de ce sujet, le premier fait qui me frappa fut que, lorsqu'on vient de faire une incision à un malade, la surface de la plaie est très douloureuse. La sensibilité générale y est donc très exaltée. Eh bien! introduisez entre ses lèvres un corps quelconque, et dites-moi si le malade pourra, à ce seul contact, reconnaître sa forme, ses dimensions, sa température? Certainement non. La sensibilité générale et la sensibilité tactile sont donc deux choses essentiellement différentes, puisque, là où l'une de ces facultés est au maximum, l'autre est totalement abolie. Un signe important sert encore à les distinguer entre elles : promenez un cheveu sur une plaie, comme pour la chatouiller, l'individu n'en aura pas conscience, et vous savez au contraire quelle sensation vive cette irritation réveille quand on l'exerce sur la peau. D'un autre côté, si vous versez du vinaigre sur une plaie, la douleur la plus aiguë éclatera, tandis que le contact de ce liquide avec la peau ne produirait absolument rien.

L'attention n'est point nécessaire pour que la sensibilité tactile transmette des notions positives sur les propriétés des corps. Ainsi un homme reçoit à l'improviste un coup de bâton sur le dos. Certes il n'était pas prévenu, et cependant il va vons dire à peu près exactement quel est le volume, quelle était la direction qu'a suivie l'instrument vulnérant. Un homme s'assied sur le sable, et rencontre sous lui un corps anguleux, il pourra bien certainement en indiquer la grosseur et la configuration. Et cependant l'attention agissait-elle dans ce cas? L'individu était-il averti qu'il allait en avoir besoin, pour la tenir prête à fonctionner au moment de l'accident?

Un mot encore. Je n'ai jamais dit que la sensibilité qu'on remarque dans certains végétaux soit de la sensibilité tactile; pour moi c'est là un effet de sensibilité générale. Puisque je suis sur ce sujet, je ferai remarquer, en passant, que, dans la dernière séance, M. Royer-Collard a employé le mot sensation dans trois acceptions bien différentes. Ainsi, il a dit que le cerveau sent. Mais, Messieurs, quand une atteinte mécanique est imprimée au cerveau, où donc est l'organe qui reçoit l'impression? où est le nerf qui la transmet? Vous n'en trouverez pas; car le cerveau n'est qu'un organe de perception, non de sensation. Je ne fais pas de ces observations le sujet d'un reproche personnel et direct à M. Royer-Collard, j'ai voulu seulement montrer comment le peu de précision du langage usuel pourrait conduire à des erreurs dans le fond des choses.

M. Rochoux : M. Gerdy a déclaré que le tact est passif. Mais n'y a-t-il pas dans cet acte une perception, et toute perception n'est-elle pas un phénomène actif? Quant aux sensations considérées en général, il est facile de prouver qu'elles se réduisent toutes à une seule espèce, au tact modifié de diverses manières, suivant la nature des agens qui doivent faire impression sur nos organes. Et ceci est facile à saisir; car entre les corps il ne peut pas exister d'autres relations que des relations de contact.

M. Royer-Collard : M. Gerdy soutient qu'avec la sensibilité générale on ne peut pas parvenir à distinguer les qualités des corps extérieurs. Il est cependant bien positif qu'au moment où nous éprouvons une douleur, il se produit dans l'organe lésé une certaine sensation qui conduit à reconnaître les propriétés de l'agent qui l'a déterminée. Il existe là un moment où l'état actif et l'état passif se confondent en quelque sorte; c'est un mystère difficile à pénétrer, et plus difficile peut-être à expliquer qu'à comprendre; mais il n'en est pas moins vrai qu'on peut toujours distinguer la sensibilité tactile de la sensibilité générale. Les exemples cités par M. Gerdy ne prouvent rien en faveur de sa doctrine. Un homme qui reçoit un coup de bâton devine le corps qui l'a frappé, et vous dites que c'est là une sensation produite sans le secours de l'attention! Mais quoi! l'attention n'était-elle pas en jeu à ce moment? Un coup de bâton n'est-il donc pas suffisant et bien au-delà pour la réveiller? (On rit.)

Les différentes espèces de sensibilité que M. Gerdy invoque pour justifier sa division ne sont autre chose que des espèces diverses de douleur. Tout le monde ne sait-il pas que les degrés et la nature de la douleur varient presqu'à l'infini?

M. Gerdy a attaqué la manière dont je m'étais servi du mot sensation dans la dernière séance. J'avais seulement dit, et je le maintiens encore, que toute sensation comporte trois actes distincts, l'impression, la transmission et la perception.

M. Gerdy : Un seul mot : Je persiste à distinguer la sensibilité générale d'avec les diverses sensibilités spéciales, parce que ces deux propriétés donnent chacune lieu à des notions d'ordres essentiellement différens. A ce sujet, je dois faire observer, contrairement à une assertion de M. Castel, que lorsqu'on place de l'ammoniaque sous les narines d'un animal, ce n'est réellement pas une odeur qu'il perçoit, c'est une sensation de tactilité générale qui s'exerce.

TRAITEMENT DES ANÉVRISMES POPLITÉS.

M. Laugier présente deux malades qu'il a traités avec succès d'anévrisme poplité, au moyen de la ligature faite suivant la méthode d'Anel. Au lieu d'essayer auparavant les réfrigérans, la compression, etc., il a pratiqué la ligature de prime-abord, et dans les deux cas, il n'y a pas eu le moindre trouble dans la circulation; la guérison a été prompte et complète. A ce sujet, M. Laugier s'est demandé si l'on ne devrait pas établir pour règle, de lier de bonne heure, dans le cas d'anévrismes récens, sans employer des moyens qui le plus souvent échouent. Outre les deux faits dont l'Académie a les résultats sous les yeux et qui militent en faveur de cette manière de voir, M. Laugier fait encore valoir la considération suivante. En opérant de bonne heure, on se priverait, il est vrai, de la dilatation des collatérales sur laquelle comptent ceux qui recommandent de ne lier qu'au bout d'un certain temps. Mais si cette condition pour le rétablissement de la circulation manque, ne trouverait-on pas une compensation bien suffisante dans la conservation des artères articulaires? En effet, on les rencontrerait encore perméables à cette époque de la maladie, tandis que, vu leur voisinage de la tumeur anévrismale, si on laisse celle-ci faire des progrès, elles sont exposées à subir des altérations d'où résultera leur oblitération. M. Laugier, du reste, n'émet cette manière de voir que sous forme de question.

La séance est levée à cinq heures.

ADDITION A LA SÉANCE DU 21 JUIN.

PUPILLE ARTIFICIELLE.

M. Robert présente un élève en médecine, âgé de 23 ans, dont l'œil gauche fut blessé, il y a quelques années, par un coup de fleuret, et chez lequel une inflammation, étant survenue sympathiquement à l'œil droit, détermina l'atrésie de la pupille de ce côté. La vision était complétement abolie dans l'œil gauche, et dans l'œil droit elle s'était graduellement affaiblie au point d'empêcher le malade de se livrer à aucun travail; il y voyait seulement à se conduire; la pupille droite, très étroite, était occupée par une fausse membrane blanche.

Voici comment M. Robert a procédé à l'opération : une incision, de près de 3 lignes, ayant été pratiquée à la partie externe de la circonférence de la cornée, avec le couteau lancéolé de Beer, la pellicule mince occupant l'espace pupillaire a été saisie, à l'aide de pinces fines à crochets, déchirée dans une partie de sa circonférence, entraînée hors du globe de l'œil et excisée. La pupille a paru immédiatement avec sa couleur noire; elle était seulement un peu alongée transversalement. Le cristallin était transparent derrière elle; il a été laissé. Au bout de quatre jours, la plaie de la cornée était cicatrisée, et au bout de huit jours les fonctions de l'œil étaient parfaitement rétablies. Dix-huit mois se sont écoulés depuis cette époque, et l'état de la vision n'a pas changé.

L'omission d'un mot a entraîné une erreur dans le compte-rendu de la dernière séance (n° 26, p. 413). A propos des effets produits par les altérations des sens, M. Ferrus avait demandé à M. Gerdy, non pas s'il admettait des hallucinations, mais s'il admettait des hallucinations *sensorielles*.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de physiologie comparée de l'homme et des animaux; par Ant. Dugès, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, etc.; orné du portrait de l'auteur et de 18 planches lithographiées, représentant 406 sujets, dessinés par M. Dugès. — Montpellier, chez Louis Castel, libraire-éditeur.

Il serait difficile de trouver deux sciences plus intimement liées l'une à l'autre que ne le sont l'anatomie et la physiologie; elles sont même dans une dépendance mutuelle si absolue qu'on pourrait les regarder comme ne faisant qu'une seule et même science, ou plutôt comme représentant l'une des branches les plus importantes de cette grande science de l'univers, que l'homme a déjà attaquée avec succès sur tant de points, mais dont l'origine et la fin lui sont encore cachés par un voile épais. L'anatomie sans la physiologie n'est qu'une science de mots et de faits, dont la mémoire fait tous les frais. Sans l'anatomie que serait la physiologie? Une collection d'idées spéculatives, et qui n'auraient d'application que dans l'imagination. Les progrès de l'une amènent ou suivent nécessairement les progrès de l'autre; c'est ainsi que les vastes conquêtes qu'a faites récemment l'anatomie comparée ont singulièrement élargi le champ que cultivaient les physiologistes. Leur science, au lieu d'être bornée à l'homme, et de ne s'occuper des autres êtres que pour éclairer quelques points de l'étude de ce dernier, comprend maintenant l'ensemble de tous les êtres organisés, depuis le plus simple végétal. Dans ce nombre considérable d'êtres, qu'on a représentés comme formant une chaîne unique, dont les anneaux iraient constamment et graduellement en se compliquant de nouvelles fonctions, chacun d'eux occupe maintenant une place à part et présente un sujet d'étude bien digne d'appeler l'attention. Si la physiologie de l'homme reçoit de cette étude de nouvelles lumières, c'est moins parce qu'il réunirait en lui, comme on l'a dit, tout l'ensemble de la série organique que par les nouveaux points de vue qui ressortent de cette étude et par la perfection que l'habitude donne à l'observation.

La physiologie comparée est donc aujourd'hui une science indispensable; sans elle, les immenses travaux d'anatomie comparée, les splendides collections qui se font de toutes parts seraient inutiles, et les lois qu'a suivies la nature dans la disposition et la formation de tous ces êtres resteraient éternellement inconnues. Ce n'est pas d'aujourd'hui pourtant que l'étude de la physiologie comparée a été commencée. Mais jusqu'ici on n'avait pas réuni en un corps de doctrines les divers élémens de cette science, qui existaient déjà, et le choix de ces élémens n'était pas aussi facile qu'on pourrait le penser. Quelques-uns des résultats, bien que reposant sur des faits constatés, avaient cependant pris dans l'expression, surtout chez un peuple voisin, une teinte métaphysique et un vague indéfinissable, qui ne s'accordaient pas avec la philosophie sévère et presque matérielle de notre époque. Dans d'autres cas, des analogies forcées, des ressemblances et des transformations, qui n'existaient que dans l'esprit des auteurs, avaient donné lieu à des systèmes qu'il fallait apprécier, et le plus souvent combattre. Burdach avait pu, écrivant pour un peuple qui se complaît dans les théories philosophiques, dans le vague des questions les plus abstraites, réunir dans son grand ouvrage de physiologie un mélange de panthéisme et d'idéalisme et les systèmes les plus bizarres, quelquefois même les plus inintelligibles pour ceux qui sont peu familiarisés avec le langage des pures abstractions, et même pour ses propres

compatriotes. Mais un travail de ce genre, quelque utilité qu'on lui reconnaisse comme recueil d'observations, comme répertoire des opinions les plus variées, ne pouvait suffire comme ouvrage élémentaire; aussi, la publication, en 1837, du premier volume de la traduction française de la PHYSIOLOGIE de Burdach, au lieu de détourner Dugès du projet qu'il avait formé de mettre au jour la rédaction des leçons orales qu'il avait faites bénévolement depuis six années pour les élèves de l'école, l'y confirma, au contraire, et en 1838 parut le premier volume de son TRAITÉ DE PHYSIOLOGIE COMPARÉE, dont nous allons rendre compte.

Cette publication est la dernière dont Dugès s'est occupé; le premier volume avait à peine paru quand la mort l'a frappé; mais le second volume était déjà imprimé, et le troisième, laissé en manuscrit et entièrement achevé par l'auteur, a pu être publié par ses amis qui se sont astreints à le donner au public tel que Dugès l'avait laissé.

Outre les difficultés inhérentes au sujet même et qui ne devaient causer qu'un médiocre embarras à l'esprit si riche d'instruction, si clairvoyant et si droit de Dugès, il en avait d'autres à surmonter, et qui dépendaient de la direction philosophique de l'école dont il était professeur, bien qu'appartenant par ses études à l'école organicienne de Paris. Voici comment il expose lui-même ces difficultés et la manière dont il les a résolues. « Toutefois, dit-il, à Montpellier plus qu'ailleurs, cette doctrine pourra rencontrer des obstacles; des hommes d'un grand mérite ont conservé leurs préventions contre l'étude comparative des animaux et de l'homme, leur mépris pour les détails minutieux de l'organisation et pour les conséquences qui s'en déduisent; ils ont conservé leur goût pour les conceptions abstraites; et l'organicisme est à leurs yeux ce que le matérialisme est à ceux des théologiens. Nous ne désespérons pas de leur prouver que rien n'est plus facile qu'une fusion entre ces deux doctrines si antipathiques; car nous aussi, nous admettons l'existence d'un principe vital....... et l'influence créatrice d'une intelligence suprême. »

Bien que Dugès ait fondé entièrement la physiologie sur des études analytiques, c'est-à-dire marchant du particulier au général, cependant il la présente, comme on doit le faire pour toute science constituée, sous forme synthétique. Nous allons indiquer le cadre dans lequel il a renfermé la science et les principales divisions qu'il y a établies.

L'ouvrage est divisé en six parties qui sont consacrées à chacune des questions suivantes : 1° généralités, 2° causes immédiates de la vie, 3° fonctions de sensation, 4° fonctions de manifestation, 5° fonctions de nutrition, 6° fonctions de propagation. Nous trouvons dans la première partie, sous le titre de généralités, quelques considérations sur la vie en général et les corps vivans, une classification du règne animal, l'histoire naturelle de la vie dans chaque individu et dans toute la série animale, et enfin la division qu'établit l'auteur dans la physiologie comparée en fonctions de sensation, de manifestation, de nutrition et de propagation et qui repose sur l'analyse de la vie étudiée chez les animaux.

Dugès qui, comme nous venons de le voir, avait fait, en face de l'école de Montpellier, sa profession de foi de vitaliste, ne tarde pas dès les premières pages à restreindre le vitalisme dans des limites qu'aucun organicien ne pourra repousser. Il n'admet pas la doctrine de la *vie universelle* adoptée par les plus anciens philosophes, et remise en honneur par M. Geoffroy de Saint-Hilaire, par plusieurs naturalistes allemands et par M. Rihes de Montpellier; et rejette également l'existence d'une matière organique à part, dont les décompositions ne seraient, suivant Buffon, Tréviranus et autres, que des transformations organiques. Sans repousser l'idée fondamentale et élémentaire des forces et des principes qui déterminent l'activité des corps, il reconnaît la nécessité d'étudier séparément les manifestations, le mécanisme de ces forces et de ces principes, et reserve le nom de vie pour l'activité spéciale des corps. La vie suppose donc l'organisation ou un arrangement spécial qui ne jouit pourtant de son activité que quand il est placé dans les circonstances convenables, et parmi ces circonstances, l'une des plus importantes et les plus indispensables, c'est l'*agent nerveux*, l'innervation, en un mot l'agent ou le principe vital qui est analogue, non identique à l'électricité dont il n'est peut-être qu'une simple modification « comme le galvanisme, le magnétisme, l'électricité du verre et de la résine ne sont que des modifications d'un même agent (p. 64). » Jusqu'ici Dugès ne nous paraît pas s'être beaucoup compromis par ces déclarations sur le principe vital qui lui-même n'est qu'un produit de l'organisation et probablement un résultat des contacts hétérogènes qui s'opèrent dans l'organisme (ibid.). Mais quel flambeau apportera l'étincelle nécessaire, quel moyen déterminera le premier de ces mouvemens qui, en se multipliant et en se combinant, amènent le développement de ces organes si variés, ces produits, ces phénomènes intellectuels si remarquables et même cette spontanéité d'action que Dugès refuse, nous ne savons pourquoi, aux corps vivans, c'est ce qu'il ne dit pas, ce dont il ne parle pas, s'abstenant même de signaler ce vide que laissent ces études, malgré l'engagement qu'il a pris dans l'introduction « d'indiquer aux travailleurs les points qui réclament encore de nouvelles recherches. »

Quelle que soit, au reste, l'opinion qu'on se fasse sur ce point si important de l'étude des êtres organisés, il n'en est pas moins vrai que c'est au système nerveux qu'appartient la prérogative de procéder à tous les détails de la vie. C'est aussi dans le système nerveux que Dugès cherche la base de sa classification. Dans la plupart des classifications modernes, la pensée de leurs auteurs a été de former une série naturelle, en suivant les dégradations dans l'organisation et dans les manifestations de la vie, et ils ont réussi d'une manière générale, sinon quant aux détails; car en parcourant les groupes principaux on trouve l'activité vitale successivement décroissante, et on passe par tous les degrés intermédiaires entre le point suprême, caractérisé par une existence intellectuelle d'un immense développement, et le dernier échelon où la vie toute nutritive se confond avec celle du végétal. Ce n'est pas cependant sur cette considération que Dugès appuie la nomenclature qu'il propose, mais sur une autre qui en diffère peu et conduit à peu près aux mêmes résultats, mais fournit des caractères plus saisissables, plus positifs. Cette considération, c'est que la vie se *centralise* de plus en plus, en passant des animaux inférieurs aux plus élevés, c'est que l'animal s'*individualise* de plus en plus, à mesure qu'il occupe un échelon plus élevé. Qui ne sait en effet que la vie est disséminée au même degré dans toutes les parties d'un polype, de sorte qu'un fragment peut être détaché du reste sans mourir et sans causer la mort du tout auquel il a été soustrait; tandis qu'un mammifère périt immédiatement si on lui enlève quelque partie centrale importante. Mais pour que le lecteur puisse se mettre au point de vue de l'auteur, nous devons rappeler que Dugès croit avoir démontré, dans un autre ouvrage, que tous les animaux, même les plus élevés, se composent d'élémens simples, qu'il nomme *zoonites*, et dont la fusion ou la coalition plus ou moins complète déterminerait le plus ou le moins de perfection de l'animal. Dans ce système, les zoonites tendent à se souder ou à se fondre en une masse commune, et à confondre leurs vies particulières en une seule, en même temps que l'être qu'elles composent tend à s'individualiser davantage, en passant des annélides et des myriapodes aux crustacés et aux insectes, et plus encore en montant des invertébrés aux poissons, des poissons aux reptiles, des reptiles aux oiseaux et aux mammifères. Ces détails suffisent pour faire connaître de quel point de vue Dugès considère les êtres organisés, et la base sur laquelle repose sa nomenclature, dans laquelle il s'est efforcé de placer tous les êtres sur une seule ligne, conservant entre eux, chacun avec ses voisins, le plus de rapports d'organisation possible. Le principe de la *multiplicité des organismes*, sur lequel repose son système, qui n'est pas nouveau, et la loi qu'il intitule *conformité organique*, et qui en découle, l'amènent donc à une nomenclature peu différente de celle de Cuvier, et qu'il a retracée dans un tableau auquel nous sommes obligé de renvoyer le lecteur. Nous passons à la troisième partie : *Fonction des sensations.*

Après avoir donné quelques généralités sur les sensations, leur origine, leurs analogies et leurs différences principales, et sur les sens, ainsi que leur nombre, l'auteur passe immédiatement au toucher, qu'il étudie d'abord chez les vertébrés, l'homme, les mammifères, les oiseaux, les reptiles et les poissons, puis chez les invertébrés. Sur l'homme, il a étudié avec soin à quelle distance devaient s'opérer, dans les diverses régions du corps, deux impressions simultanées pour être distinctes l'une de l'autre, distance qui varie depuis 2 lignes à la peau du crâne, des joues, à 1 ligne et demie à celle du front, à une demi-ligne au bout des doigts, et un quart de ligne seulement au bout de la langue. Il signale aussi à cette occasion l'erreur des philosophes qui ont voulu voir dans la disposition de la main de l'homme la cause de sa suprématie sur les autres animaux : exagération souverainement ridicule, dit-il, car la main de la grenouille est beaucoup mieux fournie de phalanges et de muscles; celle du singe ne le cède guère à celle de l'homme, et l'on ne saurait même lui refuser plus d'adresse, de précision et d'agilité qu'à nous. Au nombre des organes spéciaux du toucher chez les mammifères, il range les moustaches, auxquelles Cuvier avait déjà assigné cet usage, et chez ceux qui n'en ont pas : le nez et les lèvres; tels le chien, l'éléphant, et surtout les animaux à grouin : le cochon, la taupe, la musaraigne; la face inférieure de la queue chez ceux qui l'ont préhensile : les sapajous, les sarigues, le pied du cheval même; mais c'est dans les membranes légères qui forment les vastes ailes des chauves-souris qu'on trouve l'organisation la plus délicate pour le sens du toucher. « Ces toiles si minces et si larges, susceptibles de vibrations lorsqu'elles sont tendues, peuvent aisément palper l'air, juger de la liberté des passages, de la proximité des obstacles. » Chez les oiseaux, les pattes et le bec, malgré son enveloppe cornée, sont presque les seules parties externes chargées de pratiquer le toucher; mais

chez beaucoup, et surtout chez les granivores, la langue joue un rôle très actif dans les perceptions du même sens. Chez les reptiles, les pieds, la queue, tout le corps même, et spécialement le museau, sont de vrais organes tactiles. Quant aux poissons, leurs habitudes sont si peu connues qu'on ne peut rien établir de positif sur le degré de finesse du toucher chez eux, et sur les organes qui en sont spécialement chargés.

Chez les invertébrés, le toucher varie beaucoup. Le tégument corné ou calcaire d'un grand nombre d'*articulés* les empêche d'être très sensibles au contact; chez d'autres, les insectes et les arachnides, des poils élastiques raides et vibrans paraissent remplir le même rôle que les moustaches chez les mammifères; chez presque tous, les pieds, les palpes, les antennes, les cirrhes, représentent des organes tactiles spéciaux. La peau humide des *mollusques* est douée d'une vive sensibilité sur les points où elle n'est pas protégée par une coquille épaisse. Les expansions particulières que présentent beaucoup de ces animaux doivent leur servir à l'exploration tactile; les tentacules du limaçon, par exemple, paraissent lui être plus utiles comme organes du toucher qu'en qualité d'organes de la vue, car il n'évite les obstacles que quand son œil les a heurtés. Enfin, il n'est pas jusqu'aux monadaires chez lesquels l'auteur n'ait étudié le sens tactile auquel il rapporte aussi les phénomènes offerts par la sensitive et la promptitude avec laquelle les plantes volubiles entourent les corps qu'elles ont touchés.

L'analyse que nous venons de donner du chapitre consacré au toucher peut donner l'idée de la manière dont Dugès a fait l'histoire des cinq autres sens où nous regrettons de ne pouvoir le suivre. Nous dirons pourtant qu'il a réduit à sa juste valeur l'influence de la cinquième paire sur les sens encéphaliques qui avait été si exagérée par un physiologiste célèbre, s'appuyant même, dans cette occasion, sur une observation dont il est le sujet: « J'ai depuis longtemps perdu l'odorat, dit-il, mais le vinaigre, l'ammoniac, l'alcool rectifié, l'éther, le taba, occasionnent chez moi l'éternuement comme chez tout autre, excitent également le larmoiement, et tout cela par suite d'un picotement plus ou moins vif, selon la concentration et la volatilité de la matière; mais toujours à peu près identique. Le nerf olfactif est, je n'en doute pas, paralysé chez moi; mais tout me prouve que la cinquième paire a conservé l'intégrité de ses fonctions. »

Nous renvoyons donc le lecteur, pour les autres sens, à l'ouvrage de Dugès, après avoir toutefois signalé spécialement les recherches intéressantes qu'il a faites sur l'appareil de l'ouïe, et desquelles il conclut qu'il y a proportion, non pas infaillible mais constante, entre la voix et l'audition d'un même animal; celles sur l'appareil de la vision chez la taupe; la comparaison qu'il établit entre les yeux nombreux des insectes et ceux des vertébrés, qui diffèrent surtout en ce que les élémens nerveux sont disséminés chez les premiers, tandis qu'ils sont plus serrés et même confondus chez les seconds.

Sous le titre de sensations centrales, Dugès étudie avec beaucoup de développement les opérations centrales ou intellectuelles qui résultent du transport des sensations internes et externes jusqu'aux masses principales du système nerveux, et notamment à l'encéphale des vertébrés et de l'homme. Cette étude ne s'applique nécessairement qu'aux animaux à système nerveux centralisé. Que pourrait-on dire, en effet, de ceux dont toutes les molécules paraissent également nerveuses, sentantes et voulantes, si l'on peut parler ainsi? Les opérations intellectuelles qui, chez le polype, par exemple, se réduisent à ce qu'il *sent* sa proie, *veut* la saisir et *juge* qu'elle lui convient, sont des sensations bien obscures, des volontés et des jugemens réduits à leur plus simple expression. Ces opérations deviennent bien plus parfaites dès que la matière nerveuse s'isole; mais il y a encore de grandes différences, sous ce rapport, entre les divers animaux qui jouissent de cet avantage. C'est cependant sur ceux chez lesquels les centres nerveux sont confondus en une seule masse et qui occupent le premier rang dans l'échelle, que l'attention est surtout appelée, et nous devons reconnaître que dans la détermination de ce que la science possède sur les fonctions de chaque portion notable de l'appareil encéphalique, Dugès a fait preuve d'une critique éclairée. Ainsi, après avoir rapporté et examiné toutes les opinions sur les différentes conditions du cerveau auxquelles on attribue les fonctions qui se lient si intimement à l'existence de cet appareil, il arrive à cette conclusion, que le cerveau est l'organe de la centralisation dernière et principale, et la condition organique, matérielle de l'unité psychologique, et que c'est seulement en tenant compte des deux conditions, volume et complexité de structure avec augmentation de superficie, qu'on peut établir un parallèle valable entre la prépondérance du cerveau et la proéminence des facultés intellectuelles. Admettrons-nous maintenant avec lui que c'est dans les lobes cérébraux que ces sensations se changent en déterminations, en définitions, en jugemens, en volitions, qui se répètent dans les corps striés, les couches optiques, les pédoncules cérébraux, les faisceaux sous-spinaux, les racines nerveuses qui en émanent, jusqu'aux muscles qu'elles mettent en jeu? Nous ne le pourrons pas plus que nous ne pourrions admettre que dans le chapitre où il présente l'exposé complet des opérations mentales qu'on ne peut, dans l'état actuel de la science, rattacher à des organes spéciaux, il soit arrivé réellement à distinguer les actes chez les animaux qui dépendent d'un travail intellectuel, d'un jugement de ceux qui ne sont que le produit de l'instinct, c'est-à-dire d'une aptitude encéphalique innée, et que Cuvier considérait comme une sorte de fantôme perpétuellement présent à l'imagination de ces animaux.

Les fonctions de manifestation font le sujet de la quatrième partie, et par cette expression l'auteur n'entend pas tous les actes de la vie, mais seulement les manifestations extérieures de l'action nerveuse. Les phénomènes électriques présentés par certains animaux, et que Dugès désigne sous le nom de *zoélectricité*, l'occupent d'abord, et il démontre leur participation de l'électricité ordinaire et du galvanisme, puis il passe à la phosphorescence, que l'on observe surtout dans les classes les plus inférieures; cherchant à rattacher les faits qui s'y rapportent à deux ordres: l'un dans lequel la *phosphorescence* tient à une humeur sécrétée, qui enduit l'extérieur de l'animal et est le produit d'un phénomène purement chimique, d'une combustion lente; l'autre dans lequel la source de la lumière est fixe et enveloppée par l'épiderme, présentant l'effet d'une imbibition lumineuse dépendant aussi d'un fait chimique, mais sous l'influence vitale, bien que la chimie ne l'ait point encore établi par des expériences directes. Quant aux usages que l'on attribue ordinairement à cette phosphorescence de servir à la femelle pour avertir et attirer le mâle, rien ne démontre que cette explication soit entièrement satisfaisante.

Les différences des *colorations*, leur vivacité, leurs changemens, constituent chez les animaux un ordre de manifestations très tranchées dans certaines classes, et qu'il ne faut pas confondre avec les variations purement physiques que présentent les plumes de plusieurs oiseaux. L'auteur attribue l'irisation produite par la peau des lombrics et autres annélides à la finesse, à la grande transparence et à la grande densité de leur épiderme, qui agit, comme les lames minces de verre et de tôle, sur les rayons lumineux. Dugès nous paraît avoir oublié de tenir compte ici de l'influence de la vie privée des animaux domestiques sur les nombreuses variations de couleur qu'ils présentent, et qui disparaissent lorsqu'ils reviennent à l'état sauvage.

Les phénomènes de *caloricité*, si différens dans l'échelle des êtres, viennent ensuite et sont exposés avec tous les développemens que l'on peut désirer. L'auteur, s'appuyant sur les expériences de Dulong et Despretz, qu'il croyait exactes, repousse la théorie qui cherche dans la respiration la source de la chaleur animale, et tout en admettant que la caloricité doit dépendre des mouvemens moléculaires et des transformations chimiques qui s'opèrent continuellement dans l'organisme vivant, il la met cependant encore sous la dépendance de l'innervation. Les nouvelles recherches par lesquelles M. Dumas a constaté que toute la chaleur animale vient de la respiration, et peut être mesurée par le charbon et l'hydrogène brûlés, fussent-elles définitives et sans appel, l'opinion de Dugès relative à l'influence de l'innervation sur la caloricité n'en serait pas moins démontrée.

Les mouvemens *staminaux*, c'est-à-dire les mouvemens qui s'opèrent dans les organes d'une manière appréciable et sous forme d'expansion et de contraction, sont encore une manifestation de l'activité vitale. La théorie que propose ici Dugès pour l'explication de ces deux phénomènes est au moins fort ingénieuse : elle repose sur l'hypothèse que l'agent vital est, comme l'électricité, représenté par deux fluides, l'un positif et l'autre négatif, qui, par contact ou par *influence* de la fibre musculaire et de la fibre nerveuse, se séparent et s'accumulent, l'un dans le premier, l'autre dans le second de ces tissus, en y produisant une expansion plus ou moins notable. Dugès passe ensuite aux mouvemens *effectifs*, c'est-à-dire aux mouvemens considérés en grand et relativement à leur destination, et passant en revue toutes les formes de la locomotion et de l'expression dans toute la série des êtres organisés, présente successivement l'historique de la station, de la natation, du vol, du saut, puis des gestes et des habitudes, de la physionomie, de la phonation, de la parole.

Sous le titre de FONCTIONS DE NUTRITION, Dugès comprend la digestion, les absorptions, les circulations et la respiration, fonctions qui servent toutes essentiellement à entretenir le matériel de l'organisation et à l'accroître ou à le diminuer sans transformation ni création d'individus nouveaux. Chacune de ces fonctions, dont quelques-unes sont très complexes, est étudiée dans toute l'échelle animale et avec des développemens si nombreux et à la fois si minutieux qu'il nous est tout à fait impossible d'y suivre l'auteur, dont le travail n'est déjà qu'un résumé d'une science bien plus vaste et riche de faits et d'inductions. Dans cette partie importante, nous retrouvons la même critique judicieuse, le même esprit philosophique que dans les précédentes. Partout il fait une juste

part à l'action des causes chimico-physiques, et constate avec une exactitude rigoureuse le point où, dans l'état actuel des connaissances, elles peuvent fournir des explications aux phénomènes de l'organisme, attribuant les autres à l'action de qu'il appelle le principe vital, qu'il paraît regarder, nous l'avons déjà dit, comme un fluide impondérable, ayant une grande analogie avec le fluide galvanique.

Les dernières fonctions que décrit l'auteur, et dont l'historique occupe le troisième volume presque tout entier, sont celles qui sont relatives à la *propagation*, sujet fécond et auquel se rattachent tant de questions importantes, car elles comprennent tous les actes au moyen desquels les animaux se multiplient dans les milieux convenables à l'entretien de leur vie. La *spontéparité*, ou génération spontanée, paraît bien réelle à Dugès, quoiqu'il ne la croie possible que pour des animaux ou des végétaux placés assez bas dans l'échelle; il combat surtout l'abus qu'on en a fait en l'appliquant aux animaux supérieurs, à l'aide de la transformation successive et du perfectionnement graduel des espèces. La *fissiparité*, la *gemmiparité*, la *sexiparité*, l'occupent également, puis les actes où interviennent les deux sexes, les actes matériels, et enfin il termine par l'étude des phénomènes embryologiques, étudiant constamment les différens actes dont se composent ces fonctions dans toutes les classes; et disentant les lois qui ressortent de cette étude. Un résumé ou tableau rapide des phénomènes de la propagation, envisagés dans chacun des principaux groupes d'animaux connus, et destiné à épargner un travail difficile à ceux qui voudraient étudier cette fonction chez quelques ordres d'animaux à part, termine le troisième et dernier volume.

Après avoir fait connaître, au commencement de cette notice, sous l'influence de quelle doctrine Dugès avait entrepris et exécuté ce grand travail, et avoir indiqué les principales divisions qu'il avait adoptées, ainsi que la manière dont il avait rempli le cadre qu'il s'était tracé; nous ne pouvons terminer sans jeter un coup-d'œil général sur l'ensemble de ce travail et sur quelques-uns de ses caractères les plus tranchés. Le plan de la PHYSIOLOGIE COMPARÉE et la distribution de ses principales parties, bien qu'un peu arbitraire, repose cependant sur des points de vue qui paraissent vrais et propres à laisser de fortes impressions dans la mémoire. Comme critique, Dugès y a développé un grand talent d'exposition et de discussion; comme observateur, bien qu'il n'arrive pas à ces données larges, à ces points de vue élevés, qu'il n'est donné qu'à un petit nombre d'intelligences d'atteindre, les observations qui lui sont propres sont nombreuses, toujours justes et exposées avec cette clarté, cette précision, cet enchaînement dans les idées qu'on ne trouve guère que chez les auteurs de notre nation. Si son esprit, toujours lucide, s'arrête là où d'autres croiraient pouvoir aller plus loin encore, tout ce qu'il dit est net, paraît positif, et n'est jamais enveloppé dans les expressions d'une philosophie nébuleuse. Sans défendre toutes les expressions et toutes les locutions qu'il emploie, nous devons dire que son style est, comme ses pensées, toujours clair et précis. Dix-huit planches, presque toutes dessinées par lui, et qui font honneur à son crayon, donnent au lecteur la facilité de suivre une grande partie des explications et des expériences qu'il rapporte, et complètent ce travail, que la science attendait depuis longtemps, et qui a le double avantage d'être à la fois un ouvrage classique et une œuvre scientifique d'une grande valeur.

G.

VARIÉTÉS.

— Nous recevons de M. Blandin, en réponse à l'article de M. Tessier SUR L'INFECTION PURULENTE, une lettre dont l'abondance des matières nous oblige à renvoyer l'insertion au prochain numéro.

— MM. les étudians en médecine sont prévenus que M. Séguin, interne des hôpitaux de Paris, fait tous les jours de trois à quatre heures, au cabinet littéraire de M. Véret, rue des Francs-Bourgeois-St-Michel, 3, des Conférences sur l'anatomie pour préparer au deuxième examen.

Ces Conférences sont gratuites et seulement pour MM. les abonnés de ce cabinet.

NOUVEAU COMPENDIUM MÉDICAL A L'USAGE DES MÉDECINS-PRATICIENS, contenant : 1° les élémens de pathologie générale; 2° un abrégé de pathologie interne à la suite duquel sont groupées séparément les maladies des enfans, les maladies des femmes et les maladies de la peau; 3° un précis des maladies des yeux rangées par ordre alphabétique, avec le traitement où sont indiquées les formules les plus usitées; suivi d'un Dictionnaire de thérapeutique et de posologie; par A. Bossu, D. M. P. — 730 pages in-12. Paris, 1842, librairie des sciences médicales de Just Rouvier, rue de l'Ecole-de-Médecine, 8.

Ce titre nous dispense d'entrer dans de longs développemens sur les différentes parties que comprend le NOUVEAU COMPENDIUM MÉDICAL. Nous nous bornerons à dire qu'il eût été difficile de réunir plus de matériaux dans un espace aussi étroit, et que malgré l'opinion favorable et exagérée que l'auteur paraît avoir de son travail, cependant ce dernier n'est pas dépourvu de mérite, et, sous le point de vue de l'utilité pratique, est au-dessus de la plupart de ces manuels qui, il y a quelques années, étaient proclamés comme devant suffire pour tous les besoins, non seulement de l'étudiant, mais aussi du médecin-praticien, et qui encombraient toutes les bibliothèques. Pourtant M. Bossu a raison de dire que son livre ne doit pas servir à la méditation du praticien, car, dans un travail aussi vaste et aussi abrégé à la fois, il est impossible de considérer les maladies sous le point de vue pratique, ce qui exige de longues explications et de nombreuses citations de faits; mais nous pensons avec lui qu'il peut être utile à ceux qui débutent dans la carrière médicale, pour les familiariser avec les études que l'enseignement, les lectures et surtout l'observation clinique viendront compléter.

L'auteur n'a donné la préférence à aucun système, à aucune doctrine, à aucune nomenclature, et, sans s'inquiéter des distances qui le séparent il adopte telle ou telle doctrine, suivant qu'elle lui fournit des explications plus faciles, ce qui est d'une grande utilité dans une pathologie en miniature. De nombreuses formules placées à la suite de chacune des affections, qui sont disposées par ordre alphabétique, des formulaires spéciaux pour les maladies spéciales et un dictionnaire de thérapeutique et de posologie terminent ce petit ouvrage que nous croyons pouvoir être de quelque utilité à ceux qui ne s'en exagéreront pas l'importance et qui surtout n'y verront pas la médecine tout entière.

— Une maison de santé destinée au traitement des maladies nerveuses (aliénation mentale, etc.) vient d'être instituée à Paris, rue St-Dominique-St-Germain, 222. M. Leuret, médecin en chef des aliénés à l'hospice de Bicêtre, est chargé de la direction médicale de cet établissement.

— DES ANÉVRISMES DE LA RÉGION SUS-CLAVICULAIRE (thèse de concours pour la chaire de clinique chirurgicale); par ALPH. ROBERT, chirurgien de l'hôpital Beaujon. — In-8° de 134 p. avec une pl. représentant la région sus-claviculaire. Prix : 3 fr.

— DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DES TUMEURS DU SEIN (thèse de concours pour la chaire de clinique chirurgicale); par M. A. BÉRARD, chirurgien de l'hôpital Necker, membre de l'Académie de médecine. — In-8° de 180 pages. Prix : 3 fr. 50 c.

— TRAITÉ DE LA GASTRITE, DU RÉGIME ALIMENTAIRE DANS LES MALADIES AIGUES ET CHRONIQUES DES ORGANES DE LA DIGESTION, suivi d'un Mémoire sur l'emploi du musc dans la pneumonie et ses constitutions médicales; par A. PADIOLEAU, docteur en médecine de la Faculté de Paris, membre de la Société royale académique de la Loire-Inférieure. (Ouvrage couronné.) — 1 vol. in-8° de 350 pages. Prix : 5 fr.

— PRÉCIS DE MATIÈRE MÉDICALE ET DE THÉRAPEUTIQUE EXPÉRIMENTALE AU NIVEAU DE LA SCIENCE, d'après la nouvelle doctrine médicale du professeur GIACOMINI; par N.-X. GIVAUDAN, médecin. — In-8° de 260 pages. Prix : 4 fr. 50 c.

— NOUVELLE DERMATOLOGIE, ou précis théorique et pratique sur les maladies de la peau, fondé sur une nouvelle classification médicale; suivi d'un exposé des principes généraux pouvant servir de guide dans le choix des eaux minérales naturelles, applicables dans le traitement de ces maladies, avec un formulaire spécial et des planches coloriées; par P. BAUMÈS, chirurgien en chef de l'hospice de l'Antiquaille de Lyon. — Tome II et dernier; prix : 8 fr.

Prix de l'ouvrage complet (2 vol. in-8°) : 16 fr.

Ces cinq ouvrages se trouvent à la librairie médicale de Germer Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17, à Paris.

— GUIDE DU MÉDECIN PRATICIEN, ou résumé général de pathologie interne et de thérapeutique appliquées; par F.-L.-J. VALLEIX, médecin du bureau central des hôpitaux de Paris, etc. — In-8°. Tome 1er, 5e livr. L'ouvrage entier se composera d'environ 6 volumes.

Le prix de la souscription est de

Pour six mois ou trois livraisons, 6 fr.
Pour un an ou douze livraisons 12 fr.

A Paris, à la librairie de veuve Lenormant, rue de Seine, 8.

— QUELS SONT LES CAS OÙ L'ON DOIT PRÉFÉRER LA LITHOTOMIE A LA LITHOTRITIE, ET RÉCIPROQUEMENT; THÈSE PRÉSENTÉE ET SOUTENUE AU CONCOURS POUR LA CHAIRE DE CLINIQUE CHIRURGICALE VACANTE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS; par le docteur ALEX. THIERRY. — Prix : 2 fr. 50 c.

A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie royale de médecine, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

A Londres, chez H. Baillière, 219, Regent Street.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 28. (TOME X. — 1842.) SAMEDI 9 JUILLET 1842.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des Hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4° 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PHYSIOLOGIE.

OBSERVATIONS PHYSIOLOGIQUES EN RÉPONSE A LA LECTURE DE M. GERDY SUR LES SENSATIONS TACTILES; par M. Royer-Collard, membre de l'Académie (1).

Dans le travail que vient de lire M. Gerdy, j'ai remarqué plusieurs propositions contre lesquelles je ne saurais me dispenser de réclamer, au nom de la physiologie et des saines doctrines qu'elle a consacrées. L'erreur qui tombe d'une bouche vulgaire est ordinairement sans danger; mais lorsqu'elle est professée hautement et publiquement par les maîtres de la science, et avec la double autorité du talent et de la conviction, c'est pour nous un devoir de la signaler et de la combattre.

1° Suivant M. Gerdy, tous les auteurs se sont fait une idée confuse et inexacte du phénomène de la sensation. Ils ont donné ce nom de sensation à plusieurs faits complètement différens les uns des autres, l'appliquant tantôt à la modification qu'éprouvent les organes dans l'acte sensitif, tantôt à la perception qui s'accomplit dans le cerveau, tantôt au sentiment de douleur que produit la lésion d'une partie quelconque du corps vivant.

Je ne vois pas qu'il existe, à cet égard, la moindre confusion dans la pensée des physiologistes. Tous reconnaissent dans la substance vivante une propriété générale, qu'ils désignent sous le nom de *sensibilité*. C'est elle qui met en jeu tous les organes. On distingue ordinairement la sensibilité dite *organique*, et la sensibilité dite *animale*, selon qu'elle s'exerce avec ou sans conscience. Dans les cas où la sensibilité s'exerce avec conscience, on établit encore une différence entre la sensibilité générale, ou *cænesthesis* des Allemands, et la sensibilité spéciale ou *sensorielle* qui, localisée dans les organes des sens proprement dits, nous fournit des renseignemens d'une nature particulière sur le monde externe qui nous environne. Le phénomène du plaisir ou de la douleur, quelles qu'en soient les causes, est un phénomène de sensibilité générale, et n'a rien de commun avec le phénomène de sensibilité spéciale, lequel ne peut s'accomplir que dans des appareils déterminés.

Quant au mot de *sensation*, il s'applique à tous les cas de sensibilité avec conscience; par conséquent, il exprime indifféremment, ou bien le sentiment du plaisir ou de la douleur, ou bien la modification qui résulte en nous de l'exercice des facultés sensorielles. C'est un terme générique, et, dans le genre qu'il désigne, sont comprises les deux espèces de faits que je viens d'indiquer. Il n'y a pas plus de confusion ici que dans l'emploi d'un même nom pour désigner deux espèces d'un même genre en botanique.

En quoi consiste maintenant la sensation? Quelle est sa nature, c'est-à-

(1) N'ayant pu donner dans le compte-rendu de l'Académie qu'une analyse incomplète des remarques de M. Royer-Collard, nous sommes heureux de les communiquer à nos lecteurs telles qu'elles ont été rédigées par l'auteur lui-même.

Feuilleton.

FRACASTOR (JÉRÔME.)

(Fragment biographique.)

Ce médecin est du petit nombre de ceux dont la célébrité n'a rien perdu, dont les noms survivent aux révolutions de l'esprit humain, au mouvement perpétuel de la science. Cependant, il fut heureux pour Fracastor de naître à une époque où les sciences et les lettres étaient cultivées avec ardeur. Quelle que fût alors la puissance des princes et des grands seigneurs, un savant, un médecin illustre n'en jouissaient pas moins d'une immense considération. Quoi qu'on dise, il est certain qu'aujourd'hui un industriel enrichi aura plus de poids, d'estime, d'influence, dans la société que le médecin du plus grand mérite. On voit que le nivellement social, pris de très bas, n'a pas été le même pour tous.

Fracastor naquit à Vérone, en 1483; son éducation, son instruction furent aussi soignées que celles d'un enfant né dans l'opulence. A sa naissance, on remarqua que ses lèvres étaient réunies par une membrane; à peine y avait-il au milieu une ouverture suffisante pour admettre le mamelon, mais l'enfant ne pouvait crier. Ce fut un chirurgien qui, avec son rasoir, fit disparaître ce singulier défaut de conformation. Lorsque Fracastor devint célèbre par ses ouvrages et sa poésie, on ne manqua pas de rappeler cette circonstance de sa vie. J. Scaliger publia l'épigramme suivante, aussitôt traduite en italien par le cavalier Marin.

> Os Fracastori nascenti defuit; ergo
> Sedulus attenta finxit Apollo manu;
> Indè hausit, medicusque ingens, ingensque poeta
> Et magno facies omnia plana deo.

Ce ne fut pas le seul accident de son enfance. Sa mère le nourrissait, et un jour en se promenant elle le portait dans ses bras, un orage survient, la foudre éclate, tombe, tue la mère, et l'enfant n'éprouve qu'une légère secousse. Cet enfant était à coup sûr chéri des dieux, car la foudre l'avait épargné avant même que sa tête fût chargée de lauriers.

On ignore ce qui engagea Fracastor à étudier la médecine, mais il cultiva en même temps la philosophie, les belles-lettres, les mathématiques, l'astronomie et même aussi l'astrologie, selon le goût du temps. La médecine eut pourtant d'abord sa prédilection, et il faut nous en glorifier. C'était une de ces bonnes et heureuses natures que le ciel, dans les trésors de sa miséricorde, réserve pour honorer et faire respecter notre profession. Il eut le bonheur d'avoir deux excellens et spirituels amis, André Navagero et André Cotta, qui réveillèrent en lui le goût de la poésie. Fracastor était d'ailleurs né poète, *son astre en naissant* l'avait fait tel; mais s'adonnant à d'autres sciences, il avait négligé de cultiver le précieux don qui était en lui. A cette époque, personne ne s'étonnait de voir les médecins occuper des chaires dans les sciences les plus variées. On en vit qui enseignaient les langues savantes, la philosophie, les mathématiques; d'autres, la

dire quels sont les élémens dont elle se compose? Ici encore tous les auteurs me semblent être parfaitement d'accord.

En présence d'un objet extérieur, une impression est produite sur les organes; les nerfs transmettent au cerveau cette impression que les organes leur ont communiquée; le cerveau la reçoit à son tour. Là, quelque chose s'éveille, qui saisit cette impression, qui la distingue et qui s'en distingue. Il y a un élément actif qui entre alors en jeu, qui fait acte de propriété et qui se connaît. C'est cette appréhension de lui par lui qui constitue ce qu'on appelle la *conscience*, ou, selon le langage des philosophes, le *moi*, toujours distinct du *non moi*.

La sensation est donc un fait complexe. Elle se compose d'un phénomène passif, qui n'est que l'occasion de l'exercice de l'autre, qui lui fournit des matériaux, mais ne le constitue pas à elle seule, et, en outre, d'un phénomène essentiellement actif, qui s'oppose au premier et qui s'en distingue. L'un et l'autre de ces deux phénomènes sont unis par un troisième, avec lequel ils ne font qu'un : la transmission, également passive, de la modification produite primitivement dans les organes.

Pour qu'il y ait impression, il suffit qu'un excitant agisse sur une partie vivante; pour que la sensation s'accomplisse, il faut, de plus, que la modification produite dans la partie excitée soit conduite au cerveau par les nerfs, et là, perçue par l'âme, de manière à développer la conscience. La sensation commence donc dans les organes, elle s'achève dans le cerveau. C'est l'acte de perception qui la complète. Réduisez le phénomène à sa portie *objective*, c'est-à-dire à l'impression produite sur l'organe; la perception manque; il n'y a pas sensation. Réduisez-le, au contraire, à sa partie *subjective*, c'est-à-dire à la perception dans le cerveau, l'impression a manqué dans l'organe; il y a, si vous voulez, hallucination; il n'y a pos sensation.

Voilà ce qu'admet la physiologie. Elle appelle, par conséquent, du nom de sensation, la réunion en un seul fait de ces trois faits élémentaires : l'impression, la transmission et la perception. Rien n'est plus clair; c'est là l'opinion de tous les physiologistes.

Quant aux philosophes, ils ne méritent pas davantage les reproches que leur adresse M. Gerdy. J'ai lu Reid plusieurs fois, et avec grande attention. Je n'ai pas vu qu'il confondit jamais le fait de la perception avec l'impression qui s'exerce sur les organes. C'est précisément parce qu'il distingue ces deux phénomènes, qu'il réserve le nom de sensation pour les cas où la perception vient, comme je le disais tout à l'heure, terminer et compléter l'acte sensitif. Seulement, comme il n'y a point de sensation là où n'existe pas le fait d'activité qui se déploie dans la conscience, c'est ce fait d'activité qui, pour lui, constitue véritablement la sensation. Supposer que Reid a réduit la sensation tout entière à la perception, c'est donner à penser qu'on n'a rien compris au dessein général de son ouvrage. Quel est le but de cet ouvrage? Détruire, autant que possible, la doctrine de Condillac, que toutes les idées viennent des sens. Pourquoi la détruire? parce qu'elle donne à des actes immatériels de l'esprit une origine toute matérielle. Le philosophe spiritualiste ne peut accepter cette opinion. Donc, il reconnaît nécessairement que la sensation a son origine dans les organes, bien qu'elle devienne ensuite l'objet d'une opération intellectuelle.

2° M. Gerdy combat vivement ceux qui disent que la sensation s'accomplit dans le cerveau. « Comment, ajoute-t-il, le cerveau serait-il l'organe de la sensation, lui qui ne sent pas les piqûres, les incisions qu'on pratique directement sur sa propre substance? Il ne sent pas, et il sent! quelle contradiction! Non, le cerveau ne sent pas; il n'est pas plus l'organe de la sensation qu'il n'est le siége de la douleur dans les vivisections ou les blessures qui peuvent l'atteindre. Les organes de la sensation, ce sont les parties sur lesquelles l'impression s'exerce; c'est l'œil, lorsqu'il voit; l'oreille, lorsqu'elle entend; le doigt, lorsqu'il touche. Le langage vulgaire est ici le seul raisonnable; il dit que l'œil voit, que l'oreille entend, que le doigt touche. La physiologie doit s'exprimer dans les mêmes termes. »

C'est vainement, je l'avoue, que je m'efforce d'entrer ici dans la pensée de M. Gerdy, tant elle me paraît contraire à toutes les données de la science, à tout ce que nous révèlent d'une manière si éclatante l'observation, l'expérience et la raison! Comment peut-il dire que le cerveau ne sente pas? J'admets, si l'on veut, que ses piqûres ou déchirures ne causent aucune douleur, bien que cela ne soit vrai que pour quelques-unes de ses parties; mais qui ne sait que la faculté de sentir la douleur n'est qu'un mode particulier de sensibilité, et que cette faculté peut manquer dans certaines portions du cerveau, sans que celles-ci soient privées d'une sensibilité d'une autre nature, notamment de cette sensibilité spéciale par laquelle on reconnaît les qualités des corps? Un doigt affecté de panaris nous cause une vive douleur au moindre souffle, et il est alors impropre à exercer convenablement le toucher. De même, on peut inciser, brûler la rétine, sans qu'il en résulte aucune douleur; et pourtant elle nous donne la sensation de la lumière. Qui ne sait, en outre, qu'en interrompant toute communication entre le cerveau et les organes, on empêche la sensation des modifications imprimées localement à ces organes? Non seulement le cerveau sent, mais il n'y a réellement que lui qui sente; c'est lui qui, plongeant, en quelque sorte, dans les organes par les nerfs dans lesquels il se prolonge, voit dans l'œil, entend dans l'oreille, touche dans la main, odore dans les fosses nasales, sent la douleur dans les parties blessées ou malades. L'organe sensitif n'est qu'un instrument adapté à telle ou telle partie du cerveau, approprié par sa forme à la sensibilité spécifique de cette partie et communiquant avec lui par l'intermédiaire du nerf qui les unit l'un à l'autre. Ce sont là des faits certains, incontestables; le moindre doute ne saurait exister à cet égard.

Résumons cette discussion. Peut-être ne s'agit-il ici que d'une simple querelle de mots. M. Gerdy veut appeler sensation ce que, moi, j'appelle impression; permis à lui; qu'il dise de même, si bon lui semble, le *cerveau* au lieu de dire les fosses nasales, *un rhume de cerveau* au lieu de dire un coryza; il emploiera aussi, dans ce cas, le langage vulgaire, préférable, selon lui, au langage scientifique; c'est son affaire. Que si, au contraire, il prétend établir, comme un fait physiologique, que le cerveau, ainsi qu'il l'a avancé, n'est pour rien dans la sensation, et qu'elle s'accomplit tout entière dans les organes, cette opinion, je l'affirme sans hésiter, est une hérésie monstrueuse, contre laquelle s'élèvent et la science et le bon sens.

3° M. Gerdy, traitant du sens du toucher en particulier, avance que ce sens est plus développé chez les femmes et les enfans, en raison de leur irritabilité nerveuse très prononcée. « On ne peut, dit-il, toucher une petite maîtresse sans la faire crier. » Ici encore, il confond à tort la sensibilité qui nous fait éprouver la douleur avec la faculté sensorielle. Celle-ci est tellement distincte de l'autre dans le toucher, qu'on peut,

---

médecine proprement dite, mais comme faisant partie de la grande chaine des connaissances humaines. Un médecin était alors une encyclopédie vivante, et il en donnait souvent des preuves. Le célèbre Cardan en est un des exemples les plus remarquables. L'étendue, la variété de son savoir, frappent toujours quand on a le courage de lire ses nombreux écrits. A côté d'un préjugé, d'une folle assertion, d'un trait d'ignorance, jaillit une idée puissante qui projette une vive lumière sur des faits et des principes que le temps a ensuite ravivés et fécondés.

Fracastor peut être compté parmi les médecins qui se sont illustrés dans plus d'une science. Après avoir étudié la philosophie sous le célèbre Pomponezzi, ce platonicien fanatique qui fut pourtant accusé d'athéisme, il occupa, à 19 ans, une chaire de logique à l'Université de Padoue. Mais quelques années après, sa réputation comme médecin s'étant rapidement étendue, il se livra avec ardeur à l'exercice de cette profession. Sa célébrité le fit nommer archiâtre du pape Paul III, et, peu de temps après, médecin du concile de Trente, honneur regardé à juste titre comme le summum des dignités médicales. On assure pourtant que Fracastor, secrètement gagné par le pape, effraya les pères du concile sur l'insalubrité du pays, ce qui les détermina à transporter l'assemblée à Bologne. Mais qui donnera jamais la solution de ce problème historique? Quoi qu'il en soit, la réputation de Fracastor se soutint avec éclat, et il publia plusieurs ouvrages de médecine très remarquables pour l'époque. Mais qui les connaît aujourd'hui? Qui s'avisera de souffler la poussière où ils sont ensevelis? Comment les classer dans cette multitude de *non valeurs* médicales dont chaque âge accroît la masse informe? Parmi les principaux, on trouve son ouvrage DE CONTAGIONIBUS ET CONTAGIOSIS MORBIS, ETC., *libritus* où il donne des explications tout à fait inadmissibles maintenant. Puis HOMOCENTRICORUM, SIVE DE STELLIS, LIBER UNUS; quelques érudits assurent que, dans ce livre, Fracastor, en expliquant le parallaxe, parle déjà du télescope (sect. II, cap. 8). En tout cas, le passage est obscur. On distingue encore son ouvrage DE SYMPATHIA ET ANTIPATHIA RERUM, LIBER UNUS, qui eut trois ou quatre éditions. C'est dans ce livre que Fracastor présente une théorie ingénieuse, mais par trop subtile, des jours critiques. Il explique d'ailleurs les sympathies, comme l'ancienne secte des éléatiques, par le passage des atômes indivisibles d'un corps dans un autre (lib. I, cap. 5). Sans admettre de pareilles théories, l'inventeur n'en donne pas moins la preuve d'une sagacité d'une pénétration admirables. Fracastor était en effet un de ces esprits lumineux, hardis, enthousiastes, qui ne peuvent jamais jeter l'ancre dans le domaine du connu. Il faut l'avouer pourtant, ces ouvrages, ainsi que d'autres moins importans, n'auraient que très difficilement fait parvenir le nom de leur auteur à la postérité; mais un souffle de divine poésie a vivifié l'imagination de Fracastor, et son nom apparaît avec une brillante auréole; ce nom est à jamais sauvé de l'oubli, le médecin-poète a dès-lors conquis les honneurs et la pérennité du bronze. Non il n'est rien de plus constant que cette longévité, que cette impérissable jeunesse des belles œuvres de l'esprit, comme il n'est rien de plus doux que cette vie toute d'études, de dévouement, de croyances, de philosophie, que ces travaux exigent. Aussi Fracastor, d'une intelligence supérieure, montre-t-il toujours le rare accord d'une érudition profonde et d'une imagination créatrice, d'une ardeur extrême dans la recherche du vrai, comme dans les splendeurs de la poésie. C'était un de ces hommes complets comme le moyen-âge en offre de si fréquens exemples à nos recherches et à notre admiration.

comme on sait, la développer d'une manière toute particulière par l'exercice, et la perfectionner au moyen d'une certaine éducation.

4° M. Gerdy distingue le toucher actif et le toucher passif, autrement, le palper et le toucher, de même qu'on distingue les actions de regarder et de voir, d'écouter et d'entendre. Cette distinction est juste; mais les mots *toucher actif* et *toucher passif* ne conviennent pas; le toucher est toujours actif. Cette sensation est accompagnée de perception; or, toute perception est active. A la vérité, il y a des cas où l'attention active précède l'exercice du sens du toucher; il y en a d'autres où elle est provoquée par le phénomène objectif; ainsi, le cas cité par M. Gerdy, où un homme, frappé inopinément par un coup de bâton, reconnaît la direction on la forme de ce corps contondant; mais, dans tous les cas, l'attention est intervenue et s'est déployée d'une manière active dans la perception; sans quoi il n'y aurait point de perception, point de sensation; le coup de bâton, si imprévu qu'il soit, suffit, à coup sûr, pour réveiller l'attention.

5° Je ne saurais admettre sans explication les propositions dans lesquelles M. Gerdy désigne comme organes du toucher les poils ou soies que certains mammifères portent à leur lèvre supérieure, ou bien encore les tentacules des mollusques, les antennes des hexapodes, les appendices digitiformes des nageoires pectorales des trigles, etc., qui permettent à ces animaux de saisir les directions des courants atmosphériques, et de percevoir à distance l'existence des corps extérieurs. Appeler cela du toucher, c'est, à mon avis, forcer la signification des mots. Ces organes ne peuvent avertir le cerveau de la présence des objets que parce qu'ils sont modifiés eux-mêmes par les ondulations que ces objets déterminent dans l'atmosphère. Mais en quoi consistent les phénomènes produits par ces ondulations ? Si ce sont des phénomènes de sensibilité spéciale, des phénomènes sensoriels, on peut les considérer tout aussi bien comme relatifs à l'audition ou à l'olfaction; et alors les organes dont nous parlons ont autant des organes auditifs ou olfactifs que des organes de toucher; ou bien encore, et cette dernière opinion n'est pas moins plausible, il n'y a point là de toucher véritable; ce sont simplement des phénomènes de sensibilité générale, analogues à ceux qui se manifestent dans les végétaux, à ceux, par exemple, que le voisinage d'une corde vibrante détermine dans les feuilles de la sensitive. Ainsi envisagée, la sensibilité dont il est ici question ne mérite pas vraiment le nom de sensibilité tactile, à moins qu'on n'appelle ainsi la sensibilité générale.

Pour se faire une idée exacte de la physiologie des sens, il faut remonter à une vue générale qui domine toute la question. Nulle chose finie dans la nature n'existe qu'à la condition de certaines relations avec le monde qui lui est extérieur. Les propriétés des corps, en vertu desquelles s'exercent ces relations, sont d'autant plus simples que la substance est plus simple elle-même. Dans les corps inorganiques, c'est la force électro-chimique, l'affinité, la cohésion, etc., ou, si l'on veut, la sensibilité purement physique. La sensibilité organique des végétaux, disséminée dans toutes les parties de leur organisme ne diffère pas beaucoup de la précédente. Essayez maintenant de monter lentement les degrés de l'échelle zoologique, vous voyez apparaître les nerfs; mais, d'abord, point de centre véritable, seulement une série de ganglions, variables dans leur disposition; enfin, se forment peu à peu les centres nerveux, auxquels se rapporte, et dans lesquels se résume, pour ainsi dire, la sensibilité tout entière. Mais, à mesure qu'on s'élève d'êtres en êtres, cette sensibilité se décompose, se divise, comme je l'ai dit plus haut, en plusieurs sensibilités distinctes; elle se concentre, sous diverses formes, et avec des attributs spéciaux, dans des appareils isolés, qui sont des modifications de l'organe tégumentaire, des phanères, comme dit M. de Blainville, et qui reçoivent le nom de sens. Ce sont, en quelque façon, des départemens de la sensibilité générale, dans lesquels elle se spécialise d'une manière d'autant plus prononcée et plus distincte que l'animal est plus parfait dans son organisation. Je dis, d'une manière distincte; en effet, chez les animaux inférieurs qui ont déjà des sens, les facultés sensorielles sont encore incomplètement détachées les unes des autres; certains organes cumulent, si l'on peut s'exprimer ainsi, des attributions qui sont tout à fait séparées chez les animaux supérieurs; j'en citais tout à l'heure des exemples. L'homme, placé à la tête de la création, nous offre ces distinctions dans leurs caractères les plus marqués. Il rassemble en lui tous les genres et toutes les espèces de sensibilité; tous se produisent dans divers organes, au moyen des différens nerfs, et, en définitive, se donnent rendez-vous dans le cerveau. Chaque mode de sensibilité est, chez lui, si nettement déterminé, que nous voyons, dans tous les organes des sens, les uns à côté des autres, deux sortes de nerfs servant chacun à une sensibilité différente, et présidant celui-ci à l'acte sensoriel, celui-là aux phénomènes de sensibilité générale.

Du haut de cette doctrine physiologique la question des sensations se débrouille tout-à-coup et devient claire à tous les yeux. Il n'y a plus moyen de confondre telle sensibilité avec telle autre; les opérations qui s'accomplissent en particulier dans le sens du toucher nous sont parfaitement expliquées dans leur cause comme dans leur nature.

6° Je terminerai par une dernière observation. M. Gerdy m'a reproché plusieurs fois, dans le cours de cette argumentation, d'avoir appelé du nom de sensation le phénomène dans lequel *le cerveau se sent penser et vouloir*. Je ne me suis jamais servi d'une telle expression, je n'ai pas pu m'en servir; et la raison en est bien simple: je ne crois pas que ce soit le cerveau qui pense et qui veuille. L'opinion qui attribue au cerveau la faculté de penser et de vouloir est, suivant moi, une pure hypothèse en physiologie et une grave erreur en philosophie. Ma raison la repousse, et, par conséquent, me défend de tenir le langage que m'impute M. Gerdy.

MALADIES MENTALES.

DU TRAITEMENT DE L'ALIÉNATION MENTALE; par AUGUSTE MILLET, ancien interne de l'hospice de Bicêtre, lauréat de la Faculté de médecine, lauréat et membre correspondant de la Société médicale de Tours, etc.

Le traitement moral de la folie, que nous avons déjà préconisé et que nous préconisons encore aujourd'hui dans certaines circonstances, et non pas, comme on le répète sans cesse, indistinctement et dans toutes les occasions, vient d'être dernièrement encore le sujet de plusieurs attaques auxquelles nous allons répondre par de nouveaux faits.

M. Moreau (de Tours), médecin adjoint de l'hospice de Bicêtre, a le

On sait que le poème qui fait la gloire de Fracastor a pour objet une horrible maladie. En voici le titre exact : HYERONIMI FRACASTORIS, SYPHILIDIS SIVE DE MORBO GALLICO, LIBRI TRES; AD PETRUM BEMBUM. On est d'abord étonné du choix d'un pareil sujet, rien ne paraît plus étranger aux Muses. Un critique célèbre du 17e siècle dit qu'il est impossible de pardonner à Fracastor le poème qu'il a composé sur une méchante maladie, qu'il ne devait traiter qu'en médecin. Mais il faut se rappeler qu'à l'époque où Fracastor écrivait, la maladie dont il s'agit n'était pas très loin de son origine, qu'elle épouvantait l'Europe, et que les médecins s'occupaient sans cesse des moyens de combattre cette peste anti-vitale. Mais une fois le sujet accepté, on peut dire que Fracastor fut bien inspiré. Il l'a traité avec une délicatesse, avec une suavité, avec une pudeur très remarquable; ses tableaux sont tout à la fois chastes et palpitans de vérité. Chez lui l'inspiration ne semble jamais le produit d'un travail pénible, mais plutôt le jet spontané et vigoureux d'une merveilleuse organisation. Vif, lucide, coloré, ardent et mesuré, maître de sa pensée, de ses vers, de sa phrase, il saisit avec art le point difficile où finit la grâce et commence l'affectation. Jamais personne ne prouva mieux que dans le feu de l'imagination du vrai poète, il y a une force de sens et de raison qui constitue le chef-d'œuvre; c'est une véritable poésie virgilienne. Si les Muses latines avaient encore des adorateurs, ce beau poème si négligé, si peu lu aujourd'hui, seraient dans toutes les bibliothèques. En voici le début.

Qui casus rerum varii, quæ semina morbum
Insuetum, nec longa ulli per sæcula visum
Attulerunt, etc.

Le poète dit ensuite que l'espèce humaine par un cruel destin est seule affligée de cette honteuse affection.

Illa quidem non est muta maris, turbamque natantium
Non volucres, non bruta, altis errantia sylvis,
Non armenta boum, pecudesce, armentave a quo
Infecit, sed mente ingens ex omnibus unum
Humanum genus, et nostros pasta sub artus. (Lib. I.)

Cependant Scaliger, admirateur de Fracastor, le blâme d'avoir donné à l'homme cette triste préférence. Il dit avoir vu un chien affecté de ce mal pour avoir léché les emplâtres de son maître. Scaliger est il ou non dans l'erreur ? la question ne me paraît pas décidée.

On sait que cette maladie apparut en Italie pendant l'invasion des Français; c'est là ce que le poète déplore; il s'écrie;

O patria! o longum felix, longumque, quieta
Ante alias; patria, o divum, sanctissima tellus. (Lib. I.)

Passant en revue les moyens de combattre la maladie, il n'oublie pas le gaïac et surtout le mercure; il dit en parlant de ce dernier :

Miranda etenim vis insita in illo est. (Lib. II.)

Bien plus, il examine quelques préparations de ce métal et vante l'onguent qui en porte le nom. L'onguent mercuriel et les frictions devenues poétiques! qui s'y serait attendu ? (1)

(1) Avouons pourtant que la langue latine prête plus que la nôtre à de pareilles

premier voulu entrer en lice, et, dans un mémoire qu'il a publié (Gaz. Méd., n. 41 et 43, t. ix, 1841), il a prétendu que les hallucinations étaient presque toujours dues à une lésion matérielle du cerveau, que les moyens moraux dirigés contre elles étaient inefficaces, et qu'il fallait leur appliquer un traitement purement physique. Nous eussions désiré, puisque M. Moreau est si avancé en anatomie pathologique, puisque ses connaissances s'étendent si loin, qu'il prît au moins la peine de nous faire savoir ce que ses ouvertures de cadavres lui ont révélé sur la nature des lésions dans les cas d'hallucinations.

Selon M. Moreau « les désordres intellectuels dépendent essentiellement d'une lésion du système nerveux, ou plutôt de cette portion du système nerveux chargée de présider à l'exercice des facultés dites morales.

» Quelques idées que l'on se fasse de cette lésion, de sa nature intime, qu'on l'appelle *organique*, dynamique, il n'importe, elle existe; la nier, c'est nier l'existence même des phénomènes qui en sont l'expression, la traduction extérieure; c'est diviser ce qui, de sa nature, ne peut être divisé, l'organe et ses fonctions, la cause et l'effet; en d'autres termes, c'est être absurde. »

Comme on peut le voir par ce passage, M. Moreau aurait pu être moins emporté; du reste, peu nous importe, les boutades ne nous feront pas changer d'avis, car nous croyons que nos opinions valent bien les siennes.

Si M. Moreau voulait me permettre de lui présenter une malade dont je lui laisserais diagnostiquer et combattre l'affection, je lui dirais : Voyez vous cette belle jeune fille à la démarche chancelante, au timide maintien? voyez comme elle est pâle et abattue, comme ses yeux sont mornes et sans éclat, comme sa paupière est moite de pleurs. Quelle mise simple et négligée, elle autrefois si coquette! Combien elle se montre froide et indifférente aux jolies phrases que lui débitent une foule de jeunes hommes qui se pressent sur ses pas! comme elle reste muette et immobile aux sons enivrans de l'orchestre! Se voyez-vous, triste, refuser de se mêler aux gracieux tourbillons d'un bal? La voyez-vous, comme un roseau battu par la tempête, incliner négligemment son front soucieux? Pauvre jeune fille, les grâces du jeune âge semblent l'avoir abandonnée, elle ne compte encore que dix huit printemps : le sommeil, hélas! a fui loin de sa couche!... Comme sa poitrine est oppressée!... Quels soupirs s'échappent de son cœur!... Les mets les plus recherchés lui paraissent insipides : elle est toute à sa passion!... Sa peau est tantôt chaude et sudorale, tantôt froide et sèche. Ses artères battent tantôt avec violence, tantôt avec lenteur... Elle semble attendre, toujours attendre!... Hélas! il ne vient pas. La pauvre enfant!... mon Dieu!... Vous avez deviné sa maladie, quels remèdes emploierez-vous? Il y a de la céphalalgie, un abattement extrême, une prostration générale des forces, une tristesse profonde, de l'anorexie, des soupirs, des sanglots, de l'oppression, de l'irrégularité dans le pouls, etc. Je vous le demande encore une fois, Monsieur Moreau, que donnerez-vous à cette jeune fille qui semble mourante? Lui administrerez-vous un éméto-cathartique, un purgatif, un antispasmodique, des toniques; lui ferez-vous appliquer des sangsues, un vésicatoire? Non. Elle souffre cependant; plusieurs de ses organes ne fonctionnent pas régulièrement. Peu importe! vous lui rendrez l'homme qu'elle aime, et vous verrez aussitôt disparaître ce cortége de symptômes alarmans.

Voilà ce que vous feriez, vous, Monsieur Moreau, voilà ce que vous feriez, et vous agiriez d'une manière rationnelle!... Eh mon Dieu! si l'amour va jusqu'à causer du délire et des troubles aussi marqués que ceux que nous venons d'énumérer, pourquoi la frayeur, les idées politiques, religieuses, quelques idées exagérées ne viendraient-elles pas également causer un trouble de l'intelligence, une perturbation de certains organes, etc., état contre lequel des remèdes moraux bien appréciés seraient seuls efficaces!...

Revenons au mémoire de M. Moreau : « Quant au traitement des hallucinations, dit-il, la ligne de conduite est toute tracée, et il résulte de ce qui précède que c'est aux moyens physiques, absolument comme dans la thérapeutique ordinaire, que nous devons principalement recourir. Il n'est pas possible de sortir de là. Sans une modification réelle, profonde, qui porte sur l'organe lésé et non sur ses produits, modification directe et non de réaction fonctionnelle, il n'est pas possible de le replacer dans l'état normal dont il est sorti. Je ne connais point de guérison sérieuse et non simulée (car en médecine mentale les guérisons apparentes et feintes sont communes, et plus d'un s'y est laissé prendre). Je ne connais point de fait, dans la science, de fait bien authentique, incontestable, qui prouve le contraire.

Cette façon de parler est certainement étrange, car M. Moreau va jusqu'à suspecter la bonne foi des hommes qui se sont voués à la science, ou bien à les prendre pour des imbéciles : il n'y a pas de milieu! Malgré le talent que nous nous plaisons à reconnaître à ce jeune médecin, malgré toute sa sagacité, ne serions-nous pas à même d'élever, nous aussi, quelque doute sur les observations qui ont été consignées dans son mémoire? Celles qui ont été publiées sur le traitement moral ont, pour la plupart, été recueillies à Bicêtre, en présence de tous les élèves du service; celles de M. Moreau ont été prises à Sainte-Anne; en présence de qui? d'un infirmier! Tout s'est passé à huis-clos, et cependant nous croyons, nous, ce que M. Moreau a avancé; nous regardons comme véridiques les résultats auxquels il est arrivé; pourquoi donc le doute entrerait-il dans son esprit plutôt que dans le nôtre? La vérité, n'est-ce pas le but vers lequel doivent tendre tous les efforts des hommes; celui donc qui s'éloignerait à plaisir de ce but et qui imprimerait sciemment une erreur commettrait une action indigne et déloyale!

Restons-en là avec M. Moreau, et disons quelques mots de M. de Crozant.

Le 23 novembre 1841, M. de Crozant a publié, dans la Gazette des Hôpitaux, quelques observations sur le traitement physique de la folie; mais il l'a fait avec courtoisie et bon ton. Voici comment s'exprime notre ancien collègue : « Les médecins qui traitent selon les vieilles lois de la médecine, et j'entends par-là les préceptes de Pinel, d'Esquirol, de Broussais, ces médecins, dis-je, se contentent de guérir et se taisent. M. Double, dans son rapport lu il y a quelque temps à l'Académie de médecine, tout en rendant justice aux bienfaits du traitement moral et aux avantages qu'en peut retirer un médecin habile et infatigable, n'a pas consenti à renoncer au vieux système, et n'a pas voulu non plus qu'on oubliât les services nombreux qu'il avait rendus jusqu'à ce jour.

» C'est ce même esprit d'impartialité qui m'engage à dire ce que j'ai vu et à fournir ainsi la liberté du choix à ceux qui tiendront à se faire une opinion. »

Avant d'aller plus loin et de combattre les erreurs émises par M. de

---

His igitur totum obtinere atque obducere corpus,
Ne obscœnum, ne turpe puta; per talia morbus
Tollitur, et nihil esse potest obscœnius ipso.
Parce tamen capiti, etc. (Lib. II.)

Il recommande plusieurs précautions hygiéniques, et surtout la suivante :

Parce tamen Veneri, mollesque ante omnia vita
Concubitus; nihil est nocuum magis : et odit et ipsa
Pulchra Venus, teneræ, contagum odêre puellæ. (Lib. II.)

Une chose remarquable, c'est que cet ouvrage sur la syphilis est adressé à un prêtre, à Bembo, devenu depuis un cardinal illustre. Fracastor, dès le commencement de son poème, s'adresse à son ami et protecteur, *Bembe, decus clarum Ausoniæ*; et ces deux anciens vers sont encore en l'honneur du cardinal Bembo.

Et sat erit, si te Tiberini ad fluminis undam
Interdum leget, et referet tua nomina, Bembus. (Lib. III.)

descriptions. Il est très difficile d'exprimer en vers français tout ce qui tient à la médecine. J'ai lu dans un poème sur l'anatomie les deux vers suivans :

Le squelette est formé de trois cent soixante os,
En comptant les moyens, les petits et les gros.

Certes, il faut un *Pégase rétif* au dernier degré pour écrire et publier d'aussi misérables lignes rimées.

Au reste, le souhait que forme ici le poète fut accompli au-delà même de ses espérances. Non seulement l'Italie, mais toute l'Europe, admira les vers de l'illustre médecin; on les répétait dans la plupart des gymnases littéraires, c'était un concert universel de louanges. Il fut unanimement reconnu que cet ouvrage portait à la fois l'empreinte de l'inspiration poétique élevée, d'une raison profonde et d'une grande sagacité d'observation. On déclara que Fracastor était par excellence le poète de l'Italie. J. Scaliger fit des vers en son honneur, et sous le titre pompeux de Aræ Fracastoreæ. Zannazar, son contemporain et son émule ne craignit pas d'avouer que son poème, de Partu Virginis, qui lui avait coûté vingt ans du travail, était inférieur à celui de Fracastor. Il paraît que dans le moyen-âge l'énorme différence des sujets ne frappait personne; on ne s'occupait que de la beauté des vers.

Ravi et peut-être étonné de sa gloire, Fracastor continua de se livrer à la poésie. Ayant pris un vol plus élevé, au moins en apparence, il publia le commencement d'une espèce de poème épique, dont le sujet était Joseph, Josephus, *libri duo*, ad Alexandrum Farnesium. Mais cet ouvrage n'eut aucun succès; la verve du poète était éteinte, son inspiration sans grandeur. C'est ce qui fit dire au caustique Gabriel Naudé, en parlant de Joseph, que Fracastor avait fait moins d'honneur à ce saint personnage qu'à la vérole. Quoiqu'il en soit, la réputation poétique de l'auteur de la Syphilis se soutint toujours, et ce qu'il faut remarquer, c'est qu'elle ne nuisit en rien à la célébrité du médecin : on continua de toutes parts à demander des conseils à Fracastor, et, malgré son désintéressement, il acquit une fortune considérable. Que les mœurs diffèrent, que les temps sont changés! Un docteur poète! ne serait-ce pas aujourd'hui un bizarre phénomène?

Crozant dans les quelques lignes que nous venons de citer, entendons-nous bien, établissons convenablement les faits, nous discuterons ensuite.

Le traitement moral de la folie est l'emploi raisonné de tous les moyens qui agissent directement sur l'intelligence et sur les passions des aliénés. (Leuret, TRAITEMENT MORAL DE LA FOLIE, p. 156.)

Le traitement physique, au contraire, est celui par lequel on combat les idées fausses et les opinions délirantes des aliénés par des évacuations sanguines, des exutoires, des purgatifs, etc.

M. Leuret a recours au traitement moral, et à ce traitement seul, toutes les fois que la folie se montre isolée de tout symptôme physique.

Il emploie le traitement physique seul, toutes les fois que les aliénés sont atteints de paralysie, de fièvre, etc.

Il met en usage un traitement mixte, c'est-à-dire le traitement moral secondé par les moyens physiques, lorsque aux symptômes psychiques viennent se joindre des phénomènes tels que ceux-ci : apathie, agitation, loquacité, etc.

On voit donc que, pour ce praticien, le traitement moral n'est pas une médication exclusive, une médication qui à elle seule domine son esprit, régit ses actes et influence sa volonté. Le traitement moral pour lui, c'est une affaire de conscience. Il a compris mieux que ses devanciers le bien qu'une pareille méthode thérapeutique pourrait faire dans le traitement de la folie, et vite il s'est empressé de l'admettre. Il a caressé cette idée, il l'a choyée; mais en homme habile il a su s'en servir; il ne s'est pas laissé maîtriser comme l'ont fait jusqu'ici les inventeurs de système et de méthode; du reste ce n'est pas M. Leuret qui a inventé le traitement moral, il en a seulement été le rénovateur et a remis en honneur une thérapeutique préconisée il y a plus de quinze cents ans par Cœlius-Aurelianus.

D'après ce que nous venons de dire, d'après les courtes réflexions que nous venons de soumettre au jugement de nos lecteurs, d'après l'exposé du traitement qui doit être employé chez les aliénés, et qui est employé par le docteur Leuret, nous demanderons comment on doit interpréter le passage que nous avons cité, et dans lequel M. de Crozant rapporte des observations de folie guérie par le traitement physique, afin de mettre les praticiens à même de faire un choix entre le traitement moral et le traitement physique. Un choix, dites-vous, mais la chose est impossible... Dans telle circonstance, on ne peut, on ne doit employer que le traitement moral; dans telle autre, on ne doit mettre en usage que des moyens pharmaceutiques; dans quelques cas, on doit se servir et du traitement moral et du traitement physique, c'est-à-dire corroborer l'efficacité de l'un par la puissance de l'autre. M. de Crozant a donc eu tort de dire qu'il fallait opter entre l'une ou l'autre méthode.

Nous allons, du reste, livrer à l'appréciation du lecteur les effets du *traitement physique* chez le malade qui fait le sujet de la première observation de M. de Crozant.

LYPÉMANIE.

« OBS.—Lac., âgé de 37 ans, sans état, d'un tempérament bilieux, d'une assez bonne constitution, yeux et cheveux noirs.

» RENSEIGNEMENS FOURNIS PAR LUI-MÊME. — Il est malade depuis 4 ans. Nommé directeur d'un établissement de soieries en Géorgie, qui appartenait à l'empereur de Russie, il y resta plus d'une année. Ne trouvant pas son traitement assez considérable, il quitta pour entrer dans une maison du même genre, fondée par une société de commerçans. Son admission fut longtemps incertaine à cause de l'énormité de ses prétentions. Il y entra cependant avec un traitement annuel de 10,000 fr. Mais les vives contrariétés qui avaient précédé sa nomination, la crainte de se trouver dans le plus affreux dénuement, éloigné de sa patrie et de tous les siens, avaient déjà altéré sa raison. Il attribua les hésitations de la compagnie à la malveillance, à l'intrigue d'ennemis *imaginaires*, qui voulaient le faire passer pour un charlatan et un homme dont on devait se défier. Sa tristesse et ses craintes allèrent en augmentant; il se croyait sans cesse espionné, soupçonné d'infidélité, et il dut bientôt quitter cette maison où il se croyait méprisé. Il remplit pendant quelque temps, dans la même ville, la fonction d'instituteur; puis alla à Odessa toujours misérable, toujours tourmenté. Il crut qu'une influence secrète dont la nature lui est inconnue le poursuivait sans cesse, contrariait ses projets et le vouait à la misère; il quitta successivement Odessa, Constantinople, Smyrne, cherchant partout à échapper au sort qui l'accablait, revint en France, resta un an dans sa famille, toujours rêveur et poursuivi, et se décida à venir à Paris dans l'espoir d'y trouver le terme de ses souffrances. M. Leuret qu'il consulta lui conseilla d'entrer à l'hospice de Bicêtre, et son *numéro d'admission* l'envoya dans notre service le 11 septembre 1841.

» Le malade nous raconte ses chagrins, ses idées de tristesse qui n'ont pas cessé de l'obséder, ne se croit pas malade et regrette d'être entré dans notre service où certainement son mauvais génie l'a conduit; il se plaint d'avoir résisté aux idées de suicide qu'il nous dit avoir eues à Odessa; il se défie de tous ceux qui l'entourent, des infirmiers, des élèves, de M. Voisin. Un peu de céphalalgie, insomnies fréquentes, rêvasseries, pouls normal, pas d'embarras intestinal. (Limonade, 2 ventouses à la nuque qui donnent 200 grammes de sang.)

» Le 13 septembre, pas de mieux : il craint qu'on ne veuille l'affaiblir par les ventouses, et détruire sa santé, jusqu'alors assez bonne. (Limonade, un vésicatoire à chaque jambe.)

» Le 14 septembre, Lac... ne nous parle que de la douleur que lui ont causé ses vésicatoires, et renonce à croire M. Voisin *assez méchant pour le faire souffrir sans raison, et seulement pour obéir à des instigations malveillantes.*

» Sous l'influence des vésicatoires entretenus pendant six jours, le malade sent disparaître peu à peu cette disposition mélancolique, qui, malgré lui, dominait son imagination et son jugement, noircissait tout à ses yeux et le rendait le plus malheureux des hommes. Il comprend l'intérêt qu'on lui porte, sent l'efficacité du remède et demande lui-même qu'on fasse suppurer ses vésicatoires quelques jours encore. Son sommeil est bon; plus de rêves, plus de céphalalgie.

» Aujourd'hui Lac..., complètement guéri, occupe un emploi dont il s'acquitte avec intelligence.

« M. Voisin attache une grande importance à ce mode de traitement, qui lui a très souvent réussi chez les lypémaniaques. La préoccupation où se trouvent ces malades disparaît presque toujours sous cette influence, succès qui dépend à la fois de la révulsion physique opérée sur les membres inférieurs et de l'attention constante, inévitable que la douleur excite chez les malades. La réalité remplace les chimères, et quand, à son tour, cette douleur réelle disparaît, le malade, obligé de convenir du mieux qu'il éprouve, revient à la raison, et ne songe plus à ses souffrances imaginaires, que ce traitement à la fois physique et moral a dissipées. » (Loc. citato.)

Voici une des trois observations de guérison rapportées par M. de Crozant. Nous sommes forcés d'avouer que l'auteur est bien mal tombé, car le premier malade dont il parle dans son mémoire, c'est Lac..., et ce malheureux était le jour de sa sortie aussi fou que le jour de son entrée.

Un mot d'explication.

Aussi comme le pauvre médecin serait bafoué, moqué, jeté aux gémonies de l'opinion publique. Oublie-t-on que Haller, Zimmermann, Geoffroy, Kemer et tant d'autres hommes célèbres ont cultivé la poésie, sans cesser d'être illustres dans notre profession? Toutefois, s'il est des médecins persuadés qu'il y a quelque chose de sain et de fortifiant pour l'esprit dans les belles-lettres, bien plus, s'il en est que la fin, le poids de la réalité, l'étude du matériel écrasent et dégoûtent, qui, *portés sur les ailes de l'âme*, selon la magnifique expression de Platon, se livrent au doux commerce des muses, je leur conseille de goûter ces ineffables jouissances dans le plus profond secret du foyer domestique; et si, pour satisfaire un noble besoin d'effusion de sentiment, ils s'avisent de faire des vers, nous les en conjurons, que ce soit pour eux seuls, mais qu'ils se gardent bien *de les montrer aux gens*. Il faut maintenant abaisser son vol pour se rapprocher sans cesse des biens de la terre. L'intérêt particulier, le gain, le calcul, c'est là ce que l'on tolère, c'est ce qui fait l'homme sensé, raisonnable, rangé, en un mot, l'homme *positif*; A + B, voilà tout; le reste est sottise ou niaiserie.

A l'époque où vécut Fracastor, on ne croyait pas que ces deux choses fussent incompatibles, l'étude des lettres et la pratique médicale; cette dernière supposait même la première. Aussi sa réputation de médecin se soutint-elle toujours avec éclat. Ce n'est pas que Fracastor fût sans ennemis; l'envie cette démence du cœur, est de tous les temps. Il avait du mérite, de la célébrité, de la fortune, il fut donc attaqué ouvertement ou secrètement; l'infériorité puissante et insolente de la médiocrité s'exerça contre lui, mais ce fut en vain : Fracastor se garda bien de répondre à ses obscurs diffamateurs; rien ne paraît avoir troublé ni son repos, ni ses études. On aurait pu appliquer à sa philosophique indifférence ce qu'on a dit trois siècles après sur un grand poète dédaignant ses ennemis :

Attaqué par maint trait félon,
Jamais contre le noir frelon
Il n'employa ses nobles veilles;
Et, comme le roi des abeilles,
Il fut toujours sans aiguillon.

Cependant Fracastor, avancé en âge, abandonna l'exercice de sa profession pour se livrer entièrement aux belles-lettres et à la philosophie. Il se retira à Incaffi, maison de campagne qu'il possédait à quelque distance de Vérone. C'est là qu'étant à table, il fut frappé d'une apoplexie foudroyante, dont il mourut le même jour, 6 août 1553, âgé de 70 ans. En 1559, son fils et la ville de Vérone lui érigèrent une statue, dont voici l'inscription bien simple :

Hieronimo Fracastori.
Pauli-Philippi F.
A publica auctoritate.
Anno 1559.

La carrière de Fracastor a été une des plus belles parmi les médecins du moyen-âge. Il en est même bien peu qui puissent lui être comparées à toutes les époques. Quelques noms restent sur la toile vieillie du temps, quand le reste du tableau est effacé.

R. P.

Obs. — Le 2 décembre 1841, j'étais chez M. Leuret, à l'heure de sa consultation, lorsqu'on introduit Lac... dans son cabinet. Cet individu s'avance vers M. Leuret, et lui témoigne toute sa reconnaissance pour les excellens conseils qu'il a bien voulu lui donner avant son entrée à Bicêtre : puis la conversation suivante s'engage entre le médecin et le fou soi-disant guéri :

— Comment vous trouvez-vous maintenant? — Mais assez bien. — Vous n'êtes plus tourmenté comme vous l'étiez avant d'entrer à Bicêtre ? — Mon état est toujours le même, je suis toujours en butte à la persécution : ce n'est pas une personne seule qui a de la puissance sur moi, il y en a plusieurs; mais parmi toutes ces personnes, il en est une surtout qui emploie contre moi tous les moyens possibles : elle me prive de ma liberté d'agir et de penser; je suis moralement torturé. — Quels moyens met-on en usage pour vous persécuter ? — Je ne puis vous le dire, mais chaque fois que je donne essor à ma pensée, j'ai une punition morale immédiate, qui porte par tout le corps. — Je ne comprends pas. — Ah! ah! ils ne paralysent pas ma pensée, mais ils la corrompent. — Vous porte-t-on à quelques vices? — Non, pas précisément. — Dormez-vous bien ? — On trouble mon sommeil par plusieurs moyens. — Maintenant encore? — Oh! certainement ! Depuis quatre ou cinq ans, j'ai toujours été, et je suis encore sous le coup de leur influence. — Mais, pendant votre séjour à Bicêtre? — Toujours!... nuit et jour! .. toujours sous les coups incessans et immédiats de ces esprits invisibles. — Que ressentez-vous? — C'est une espèce de magnétisme. — On vous a mis un vésicatoire à Bicêtre? Oui. — Quels effets en avez vous ressentis? — J'ai dormi un peu plus tranquillement ; on n'agissait *plus autant* sur moi pendant la nuit ; mais je vous le confie, *l'espoir de partir m'a plus guéri que le vésicatoire*. Hier encore, Monsieur, hier j'ai été insulté : un homme m'a apostrophé, m'a parlé très durement dans le passage de l'Opéra, et je suis sûr que cet homme agissait d'après les instigations de mes ennemis. — Pourquoi donc êtes-vous venu en France? — Hélas ! je suis venu à Paris plein d'espoir et croyant qu'en France mes tourmens cesseraient ; il n'en a rien été, Monsieur, mes espérances ont été déçues. En arrivant à Paris, je me suis adressé aux Russes ; ils savaient bien, eux, pourquoi j'avais quitté la Géorgie, ils savaient bien que j'avais agi pour me soustraire aux persécutions d'un homme influent, que je ne voulais pas reconnaître pour mon maître; eh bien ! ils m'ont repoussé, ils n'ont pas voulu me procurer ce qu'ils auraient pu faire si facilement. Eux aussi ont agi sous l'influence de l'homme qui est en Géorgie.

Nous en étions là de ce curieux entretien, que je recueillis fidèlement et à l'insu du malade, lorsqu'un étranger vint nous interrompre. Je me retirai dans le salon avec Lac..., et je continuai à le faire causer. Il me dit que ce qu'il éprouvait était incompréhensible ; qu'il avait été trouver des personnes très haut placées, qu'il leur avait demandé comme une faveur de faire un voyage de long cours pour se soustraire à l'influence de son mauvais génie, et qu'on avait rejeté sa supplique; qu'on avait également refusé de lui fournir l'occasion de mettre son courage en évidence.

Je questionnai ce malade sur son mauvais génie, je lui demandai s'il l'avait jamais vu, quelle forme il avait, etc. Il me répondit que ce genie était invisible, mais que les souffrances qu'il lui faisait journellement endurer étaient incompréhensibles. Hélas! s'écria-t-il, j'aurais été bien plus heureux si j'avais mis en Géorgie mes projets de suicide à exécution. Quelle folie, lui dis-je; comment vous avez encore de pareilles idées? Non, non, me répondit-il, je ne me tuerai pas plus maintenant qu'autrefois, mais je regrette cependant de ne pas m'être débarrassé de la vie. — Que comptez-vous faire maintenant? — Aller en Algérie. — Que ferez-vous dans ce pays? — J'y chercherai un emploi, je ferai comme j'ai fait en Russie. — Mais croyez-vous trouver de quoi vous occuper? — Sans doute; puis les hôpitaux sont là.

M. Leuret vient nous rejoindre et cause de nouveau avec ce pauvre malheureux. Après quelques phrases échangées de part et d'autre, Lac... se lève et demande à M. Leuret la permission de correspondre avec lui. Cette proposition fut agréée. Ne voudriez-vous pas écrire, dès à-present, lui dit M. Leuret, quelque chose sur ce que vous avez éprouvé et sur ce que vous éprouvez encore. Volontiers, répondit Lac... Il se mit au bureau de M. Leuret, et écrivit ce qui suit ; je cite textuellement :

2 décembre 1841.

M. Theuil, que j'ai eu l'honneur de connaître en Géorgie, pourrait vous dire quelle est la personne qui me persécute et ses motifs.

Privé dès longtemps du libre exercice de mes facultés, je suis fondé à croire, et tout m'y porte, que M. Theuil est d'intelligence avec ceux dont je suis persécuté depuis quatre à cinq ans, et je ne sache pas avoir été une seconde sans avoir eu à subir quelque atteinte, jusqu'au moment où je suis entré à Bicêtre. Je ne ressens pas leur influence; je suppose néanmoins qu'elles existent toujours et qu'elles conservent toujours la même intention d'agir sur mes facultés physiques et morales.

La manière inqualifiable dont on a agi à mon égard m'a contraint de tout temps et me contraint encore aujourd'hui à implorer l'assistance de ceux dont le pouvoir pourrait me venir en aide pour recouvrer ma liberté.

A. Lac...

Un tel fait a-t-il besoin de commentaires? Ne parle-t-il pas assez haut de lui-même? Peut-on voir un homme plus déraisonnable que celui dont nous venons de continuer l'observation ; et cependant ce malade devait sortir et est sorti de Bicêtre *guéri* le lendemain du jour où nous avons pu l'examiner. Comment se fait-il que Lac... ait rempli les fonctions de veilleur pendant longtemps sans qu'on ait pris le soin de l'interroger et de s'assurer si la maladie persistait encore ?

« Parmi les nombreuses observations que j'aurais pu citer, dit M. de Crozant, j'en ai choisi trois qui présentent plus d'intérêt que les autres, tant par la gravité du mal que par la rapidité de la guérison. » Nous nous permettrons, nous, de retrancher du chiffre des guérisons le malheureux Lac..., tout en souhaitant à notre ancien collègue que ses deux autres malades se trouvent dans de meilleures conditions de santé et surtout de raison.

Laissant actuellement la discussion de côté, et abordant la question du traitement, nous rappellerons ce que nous avons déjà établi plus haut, que, pour nous, le traitement moral de la folie n'est et n'a *jamais* été exclusif, comme on nous l'a fait dire partout, et que le traitement physique a été employé toutes les fois qu'il s'est présenté une complication qui a nécessité son intervention. Dans les cas simples, le traitement moral seul a été mis en usage.

Nous diviserons donc ce travail en deux parties : l'une dans laquelle nous rapporterons les observations de malades traités seulement par des moyens moraux; l'autre dans laquelle nous exposerons l'histoire d'aliénés soumis à un traitement que nous appellerons *mixte*, c'est à dire à un traitement physique et moral.

Les catégories diverses de malades qui réclament un traitement physique seul ne nous occuperont pas ici.

PREMIÈRE PARTIE. — TRAITEMENT MORAL.

La folie n'est pas toujours une affection matérielle qui tombe sous les sens, et dont les ouvertures de cadavres peuvent révéler la nature à nos sens. Elle consiste quelquefois (malgré le dire de certaines célébrités médicales) en une aberration des facultés de l'entendement, produite par des phénomènes complètement étrangers aux lois générales de la matière : les *passions* et les *idées*. Mais contre des passions exagérées ou contre des idées perverties que peuvent des agens physiques? Les moyens moraux, il faut en convenir, sont les seuls agens qu'il soit réellement rationnel d'admettre et d'appliquer.

Dans un nouvel ouvrage qu'il vient de publier, M. Parchappe a résumé les autopsies de 38 cas de folie aiguë. Sur 22 cas de folie maniaque simple, il n'en a pas trouvé un seul qui ait été exempt d'une altération quelconque, et les altérations se sont montrées si diverses qu'il en conclut lui-même « qu'il résulte incontestablement de ces faits que la forme maniaque du délire ne dépend essentiellement et exclusivement d'aucune des altérations particulières de l'encéphale constatées dans les 22 cas. »

Sur 16 cas de lipémanie simple, M. Parchappe a trouvé un seul cadavre exempt de toute altération de l'encéphale. Dans les 15 autres cas, les altérations se sont présentées sous des formes tellement différentes que l'auteur s'écrie : « Il en est donc de la forme mélancolique comme de la forme maniaque; il n'y a pas d'altération encéphalique particulière qui en soit la condition essentielle et caractéristique. »

Des faits pathologiques recueillis et publiés par M. Parchappe dans la folie chronique ce praticien conclut qu'il résulte immédiatement et sans autre discussion qu'il n'existe pas plus pour la folie chronique que pour la folie aiguë une altération encéphalique essentielle et caractéristique, qui puisse être considérée comme la condition organique matérielle de cette forme, ou plutôt de ce degré de la maladie.

Il en résulte aussi que l'état pathologique de l'encéphale, qui correspond au trouble psychique, est de nature à ce qu'il soit possible qu'aucune trace de cet état ne subsiste après la mort. En effet, dans 7 cas, les altérations ont été nulles, ou presque nulles, et dans 11 autres cas, les altérations simplement hypérémiques ne peuvent rendre compte de l'existence de la folie chronique.

Les altérations du cerveau dans la folie paralytique, dit encore M. Parchappe, se distinguent de celles qui se rencontrent dans la folie simple aiguë ou chronique par leur constance, leur nombre et leur nature.

Si, mettant de côté les livres médicaux, nous ouvrons les livres sacrés, nous trouvons dans Bossuet : « Outre les altérations qui arrivent dans le corps par les maladies, il y en a qui sont causées par les passions, qui, à vrai dire, sont une espèce de maladie.

» Les passions, à les regarder seulement dans le corps, semblent n'être autre chose qu'une agitation extraordinaire des esprits ou du sang, à l'occasion de certains objets qu'il faut fuir ou poursuivre.

» Ainsi, la cause des passions doit être l'impression et le mouvement qu'un objet de grande force fait dans le cerveau. » Bossuet, (Introduction a la philosophie.)

D'après tout ce que nous venons de dire, et surtout d'après les nouveaux résultats publiés par M. Parchappe lui-même, nous ne comprenons réellement pas pourquoi il répugne à la plupart des praticiens d'admettre que la folie peut et doit être, dans certaines circonstances, une *maladie essentielle*.

Comment doit-on entendre le traitement moral? Nous croyons devoir donner quelques éclaircissemens à ce sujet. Ce n'est pas seulement par

l'emploi des travaux manuels, par les effets de la musique, par les bienfaits de l'instruction que les aliénés recouvrent la raison. Quoique ces moyens soient efficaces et qu'on ne puisse pas contester leur utilité, on aurait cependant tort de les regarder comme agissant seuls. Par sa logique, le médecin coopère vivement à la guérison de la maladie. Voyez, en effet, ce jeune homme, dont la physionomie pâle et anxieuse annonce une profonde tristesse; ce malheureux se persuade qu'on en veut à ses jours et qu'on met sans cesse du poison dans ses alimens; aussi la frayeur et la crainte ont-elles dérangé ses facultés intellectuelles; il ne parle plus que de poison et d'empoisonnement. Croyez vous que la musique, le travail des champs, etc., le guériront? Non, certes, et nous n'avons jamais rien avancé de semblable. Il faut, par la force du raisonnement, lui démontrer qu'il est dans l'erreur, que jusqu'alors on n'a fait aucune tentative d'empoisonnement sur sa personne, qu'il a été et qu'il est encore le jouet de son imagination, etc. Comme on le voit, c'est au médecin à engager le premier la lutte, à la soutenir vigoureusement; puis les moyens que nous avons énoncés lui viennent ensuite en aide.

Que de dévouement et que de patience! que de courage et de désintéressement dans l'exercice d'une pratique si pénible et si difficile! Que de persévérance il a fallu au médecin de Bicêtre pour établir ses doctrines et les faire triompher!

IVROGNERIE; HALLUCINATIONS DE LA VUE, DE L'OUÏE, DU TOUCHER; TRAITEMENT MORAL; GUÉRISON RAPIDE.

Obs. I. — S... (Louis), domestique, âgé de 42 ans, est entré à Bicêtre le 23 février 1841.

24. Ce malade était employé comme infirmier dans une maison d'aliénés, il avait la mauvaise habitude de dérober du vin et de s'enivrer; plusieurs fois, on lui fit des observations à ce sujet; il n'en tint aucun compte; on le mit enfin entre les mains de la justice, et il fut conduit à Sainte-Pélagie.

Il était à peine dans cette prison qu'il eut d'étranges hallucinations. Toutes les nuits, il voyait des individus pénétrer dans sa chambre; puis il les entendait causer entre eux et discourir sur les moyens qu'ils emploieraient pour le faire mourir; et lorsqu'ils avaient décidé à quel genre de mort ils s'arrêteraient, il voyait ces individus à longues moustaches prendre des pistolets, les charger et tirer sur lui plusieurs coups de suite. Il sentait les balles pénétrer dans ses chairs et il ne pouvait pas comprendre pourquoi sa constitution lui permettait de résister si longtemps à de pareilles tortures.

Amaigrissement extrême; le facies exprime la plus grande anxiété. Ce malheureux ose à peine parler et lever les yeux; il est encore tout tremblant de la nuit qu'il vient de passer. Un homme à moustaches rouges lui a apporté cette nuit une lettre qu'il n'a pu lire, et comme ses ennemis ont cru qu'il les méprisait, puisqu'il ne lisait pas cette lettre, ils l'ont assassiné. Céphalalgie, bourdonnemens dans les oreilles, peau chaude, pouls à 110, langue humide, peu d'appétit, selles régulières.

Il est marié et a plusieurs enfans.

M. Leuret lui fait des remontrances sur sa passion pour le vin, et lui démontre que c'est à son intempérance qu'il est redevable des tourmens qu'il endure pendant la nuit; que tous ces fantômes qui le poursuivent et qui l'obsèdent sont l'effet de son imagination malade. A mesure que M. Leuret lui parle de ses hallucinations et les traite de *visions*, de *rêves*, les traits de ce malade s'épanouissent, sa figure prend une expression de bonheur indicible, il respire plus à l'aise. (Travail, aller à la classe, la portion d'alimens sans vin.)

26. S... est beaucoup mieux; il a été plus tranquille; on n'est plus venu le visiter pendant la nuit; cependant il conserve encore quelques craintes et quelques appréhensions. Le facies est meilleur.

1er Mars. Il est entièrement guéri; il traite ses hallucinations de folies, et il les rejette bien loin de lui; il ne parle plus actuellement que de son vol. et désirerait qu'on pût intervenir pour étouffer cette malheureuse affaire. M. Leuret lui promet de s'en occuper. Depuis ce jour jusqu'au 21 mars, jour de sa sortie, la guérison ne s'est pas démentie une seule fois, et malgré tous les piéges que nous avons tendus à ce malade pour le faire retomber dans ses divagations, il s'est toujours tiré avec avantage des luttes que nous avons engagées avec lui.

IVROGNERIE; HALLUCINATIONS DE L'OUÏE; PRÉOCCUPATION EXTRÊME; TRAITEMENT MORAL PEU ÉNERGIQUE; GUÉRISON.

Obs. II. — Le 11 août 1841 est entré un malade nommé A... (Armand), âgé de 35 ans, charpentier. Il est bien proportionné; sa taille est au-dessous de la moyenne; ses cheveux sont noirs; son œil est vif et noir; la peau brune; le front est étroit; l'intelligence paraît peu développée.

Cet homme a l'air très occupé, très abattu. — Comment vous appelez-vous? — A... garde le silence. — M. Leuret lui pince le nez; A.., ouvre la bouche, et le médecin de s'écrier: Ah! il a une langue, il doit pouvoir parler, et il faudra bien qu'il parle. Comment vous appelez-vous? — A... — Votre nom de baptême? — Comme on voudra. — Votre âge? — Je ne veux pas vous le dire. — Votre profession? — Meunier. — Où habitez-vous? — Ici. — Vous avez demeuré ailleurs. A Paris, vous ne pouviez pas être meunier, il n'y a pas de moulins. — J'étais charpentier.

Voyant qu'on ne faisait pas attention à sa mauvaise volonté et qu'il n'avait rien à gagner à faire le mutin, il s'est décidé à répondre de bonne grâce et à nous raconter ce qui lui était arrivé. — Dans quelle rue demeuriez-vous? — J'ai demeuré dans plusieurs.—Combien y a-t-il de temps que vous êtes sans ouvrage? — Il y a assez longtemps. — Pourquoi ne travaillez vous plus? — Parce que *on m'appelait menteur, on me blaguait* continuellement, on me disait que je n'avais pas de courage, et je répondais que j'avais eu du courage étant jeune, et que j'en aurais longtemps. — Quel âge avez-vous? — Je suis né en 1806, calculez. — Vous êtes entré à l'Hôtel-Dieu, il y a peu de temps; de quelle maladie étiez-vous atteint? — J'y suis entré, parce que j'étais malade et souffrant; j'avais les mains tendues, je ne pouvais pas travailler; puis je voyais de travers tout ce que je regardais. — Vous êtes un ivrogne! (Cette brusque interpellation semble l'étonner et l'émouvoir.) — Je buvais quelques canons par-ci par-là. — Aimiez-vous mieux le vin que l'eau-de-vie? — Je buvais plus souvent du vin, quelquefois cependant de l'eau-de-vie; ça dépendait des circonstances.

Les infirmiers se plaignent de ce que A... a un peu crié cette nuit. — Pourquoi avez-vous crié, lui dit M. Leuret, pourquoi avez-vous troublé le repos des autres malades? — Je n'aime pas entendre geindre. (Bain, la portion d'alimens avec du lait, travail.)

13. A..., paraît fort agité. Je n'ai pas besoin de rouge, s'écrie-t-il, on me croise de tout côté. Quand je suis établi pour faire quelque chose, on vient me faire et me dire des *fantomeries*. — Mais quelles fantomeries vous dit-on? — Ah! on me poursuit à travers les champs, en me disant: tu fais mal, tu seras brûlé; quand je travaille, on me tourmente continuellement et pourtant j'ai du courage. — Que vous disent les voix que vous entendez? — Elles m'ont promis d'être roi. — Roi de quoi? — Je ne sais pas; puis elles se mettent à rire et me disent: tu seras enfoncé, tu seras en prison.—Pourquoi vous disent-elles cela?— Parce que j'ai des dettes. — Quels sont ces individus qui vous persécutent? Depuis combien de temps vous tourmentent-ils? Vous appellent-ils voleur, assassin? — Ils m'ont reproché de ne pas m'être noyé; d'ailleurs est-ce que j'ai besoin de me noyer; du reste, je sais nager. —Vous ont-ils dit d'aller voler? — Non, jamais.—Vous ont-ils défendu de travailler? — Non. — Vous ont-ils dit d'aller boire? — Non. — Vous ont-ils dit que vous étiez fou? — Oui. — Vous ont-ils dit que vous étiez fou à lier? — Non. — Avez-vous remarqué des femmes parmi les individus qui vous persécutent? — Oui, et ça m'entortille. — Avez-vous été reçu compagnon? — Non; mais je suis capable de l'être, *non pas pour l'extravague mais pour le bon style.*—Que vous disent ces voix maintenant? —Elles crient; cependant elles m'ont laissé un peu dormir.

Il y a peu de céphalalgie; le pouls donne 80 pulsations par minute; la langue est couverte d'un enduit blanchâtre, la bouche est pâteuse. Ce malade a crié hier et a refusé de manger. Comme on voulait le forcer à prendre quelques alimens, il s'est emporté contre les surveillans. —Pourquoi vous êtes-vous mis en colère? — Si je ne suis bon à rien qu'on me f.... en l'air, jusqu'à ce que je n'y voie plus. — Pourquoi n'avez-vous pas voulu manger? — Parce qu'ils me disent que je ne l'ai pas gagné. — Je veux que vous mangiez dorénavant, entendez-vous?— Je ne veux pas manger puisqu'ils me disent de me tuer et surtout de me pendre. — Vous êtes un niais.

Surveiller ce malade et lui donner le lendemain matin une bouteille d'eau de Sedlitz, puis du bouillon aux herbes.

15 A... est mieux; cependant il déraisonne toujours.

Du 18 août au 1er septembre. Ce malade est allé plusieurs fois au travail, et pendant tout ce temps il a eu des intervalles de calme parfait. (Le quart, des bains prolongés.)

15 septembre. Les hallucinations persistent; le malade entend toujours les voix; elles lui recommandent toujours de se tuer; elles l'appellent *fainéant, misérable*. M. Leuret profite de cette occasion pour faire quelques remontrances à A... Si vous travailliez, lui dit-il, vos ennemis ne crieraient pas après vous, ils ne vous interpelleraient pas de la sorte et vous laisseraient tranquille; vous seriez alors bien plus heureux que vous ne l'êtes maintenant, et vous pourriez bientôt sortir de l'hospice. Il consent à travailler. (La portion d'alimens, des bains.)

Jusqu'au 4 octobre, on ne remarqua aucune amélioration dans son état, ses hallucinations le tourmentèrent continuellement, et quoiqu'il travaillât, il criait jour et nuit. (Bain prolongé, avec eau froide sur la tête.)

6. L'agitation est moins prononcée; il fait quelques difficultés pour aller travailler; il finit cependant par céder. Il prétend qu'il ne doit pas manger parce qu'il a eu un peu de diarrhée. (Le quart.)

8. A... est joyeux; voyant passer un élève du service dans les cours de l'hospice, il s'avance vers lui et l'aborde en lui disant d'un air satisfait: Je *travaille* maintenant, je suis guéri. Ayez donc l'obligeance de parler à M. Leuret et de lui demander ma sortie. S'il ne voulait pas encore me renvoyer, priez-le de me faire travailler dans un atelier, car je voudrais bien me mettre à même de pouvoir sortir très prochainement. M. Leuret, qui voit et entend les bonnes dispositions du malade, l'engage à persister dans la voie qu'il a embrassée, lui demande ce qu'il pense actuellement des individus qui le tourmentaient, et s'informe si ces voix lui parlent encore. A... répond que ces voix n'existaient que dans sa tête, que d'abord il a eu de la peine à se convaincre de cette idée, mais qu'à force de se dire que c'étaient des *fantômeries*, il a fini par se persuader de cette vérité, et aujourd'hui il est parfaitement tranquille, et est bien sûr qu'elles ne reviendront pas.

Sa guérison s'est consolidée de jour en jour, et malgré les ruses que l'on a déployées pour le surprendre, il n'est jamais retombé dans ses idées folles. Il est sorti parfaitement guéri le 28 octobre.

J'ai eu occasion de rencontrer ce malade dans le courant de décembre, sa raison était toujours très bonne.

AMOUR CONTRARIÉ; ONANISME; LYPÉMANIE; TRAITEMENT MORAL PEU ÉNERGIQUE; GUÉRISON RAPIDE.

Obs. III. — J. (Félix), âgé de 34 ans, négociant, est entré à l'hospice de Bicêtre le 23 avril 1841.

24. Félix est d'une taille moyenne, ses yeux semblent fixer les objets sans les voir; il est dans un état de maigreur extrême. Sa physionomie, quoique assez

avantagensement caractérisée, annonce l'hébétude et la stupeur. Il se dit en prison, et tout, selon lui, concourt à l'entretenir dans cette croyance : ses vêtemens, les gens avec lesquels il se trouve, les grilles qui se trouvent aux fenêtres des cellules et des dortoirs. Cette idée l'attriste, il pleure. Sa vie passée, il l'a complètement oubliée; il ne sait plus que son nom et son âge, sa mémoire ne lui transmet rien autre chose, et à chaque question qui lui est adressée, il répond par ces mots : *Je ne sais pas*. (Donner des alimens en petite quantité et souvent.)

25. La physionomie est plus ouverte et moins anxieuse ; il a bien dormi et a bien mangé. Sa mémoire lui apporte de vagues souvenirs : ainsi, il se rappelle avoir une famille (des frères, des sœurs, mais il en ignore le nombre) Il ne sait plus en quel pays habitent ses parens. Il sait qu'il est établi à Paris, mais il ne peut dire ni dans quel quartier, ni dans quelle rue. Ses réponses sont monosyllabiques. Pris en particulier, interrogé avec soin dans une sorte d'intimité, questionné sur les idées fixes qui l'absorbent, il avoue qu'il pense sans cesse à une femme qu'il aime. Lorsqu'on lui parle d'elle, ses yeux s'animent, ses traits prennent une expression que nous ne lui connaissions pas encore ; il cause plus volontiers et avec plus de détails, il nous apprend que celle qu'il aime habite dans le Marais, qu'elle se nomme Mélanie, qu'elle est âgée de 20 ans, qu'elle est belle comme un ange, qu'elle a plus d'un titre à son amour, qu'elle est vertueuse, qu'elle a reçu une brillante éducation, qu'elle peint à ravir.

26. Sa raison est presque revenue; Félix cause avec un certain plaisir et réclame avec instances une pipe en porcelaine sur laquelle Mélanie a exercé son talent d'artiste, et qu'elle a ornée de délicieuses peintures. Pour lui, Mélanie est le bien suprême, c'est son idole, son dieu, il l'aime, prétend en être aimé, et ne désire rien plus ardemment que de vouer sa vie au bonheur de sa bien-aimée. Mais, contre-temps fâcheux, Melanie est artiste, et par conséquent peu favorisée des dons de la fortune, et les parens de Félix ne veulent pas entendre parler de cette union, qu'ils regardent comme déraisonnable. Tu es établi, lui disent-ils, tu as un bon fonds de commerce, il te faut trouver une femme riche. Ces tracasseries l'ont d'abord beaucoup tourmenté; peu à peu il a négligé ses affaires, n'a plus su régler ses comptes, payer ses commis; sa mémoire l'a de plus en plus abandonné; enfin la raison s'est égarée.

27. Le mieux persiste. Sa sœur et son beau-frére viennent lui donner quelques consolations; malgré les précautions qui ont été prises pour ménager cette surprise à notre malade, cette entrevue l'a vivement impressionné. Il a pleuré et a demandé à s'en aller. On est cependant parvenu à le consoler et à lui faire entrevoir que sous peu de jours on lui accorderait sa liberté.

28. Félix reçoit la visite d'un de ses fréres; il en est extrêmement joyeux; il est plus communicatif que ces jours derniers, et il nous apprend comment il a employé son temps depuis le moment où il est sorti de chez lui jusqu'à celui où il a été arrêté. Voici ce récit :

« Je suis sorti le dimanche au soir, 18 avril, sur les trois heures, pour me faire raser; mais au lieu de me rendre chez mon barbier, je me suis dirigé vers le Luxembourg où j'ai fait une promenade. Me rappelant alors que j'avais accepté une invitation à dîner dans le Marais, je revins chez moi à la hâte pour m'habiller; en arrivant, je me regarde dans une glace, et je m'aperçois que j'ai oublié de me faire raser. Je sors de nouveau, je marche machinalement et prends indistinctement les rues qui s'offrent à moi, oubliant complètement et mon invitation et mon barbier. J'arrive vers neuf heures du soir à Belleville, que je reconnais parfaitement ; je marche sans relâche, je parcours la campagne toute la nuit, et je me trouve le lendemain matin à St-Denis. Là, je me rappelle fort bien que j'ai été accueilli par une personne qui m'a donné un morceau de pain ; je sais encore qu'on m'a coupé les cheveux, et je crois même qu'on m'a enterré dans du fumier ; mais je ne me rappelle ces faits que confusément. Reprenant bientôt le cours de mes promenades, je suis entré dans l'église St-Denis que je n'avais jamais visitee. (Ce que notre malade y a vu a tellement frappé son imagination, que les souvenirs qu'il en a conservés dominent tout ce qui reste dans sa tête de cet étrange voyage. Il indique parfaitement les tombeaux qui ont surtout piqué sa curiosité.) Chassé de l'église à la chute du jour, je me remis en marche, je traversai St-Denis et me trouvai au milieu des champs, que je parcourus ainsi pendant une partie de la nuit. Cependant, harassé de fatigue, je fus forcé de m'arrêter, je me couchai le long d'une haie, je m'endormis, et lorsque je m'éveillai, j'étais glacé de froid et mouillé jusqu'aux os; je songeai alors à me mettre à l'abri, je franchis la haie et j'entrai dans un jardin ; j'y pris des paniers à jardinage que je mis à profit pour me proteger contre la pluie. L'aurore me surprit dans ce gîte improvisé ; au lever du soleil, après une ou deux heures de marche, j'aperçus dans le lointain un groupe de maisons et je reconnus bientôt la ville de St-Germain; j'y passai la journée du mardi à courir çà et là. A la chute du jour, je quittai St-Germain, je repris ma course à travers la campagne et j'arrivai au bout d'un certain temps à un endroit que je ne pus franchir : c'était une grille en fer. Je me décidai donc à passer la nuit à la belle étoile. Le lendemain matin, je vis que j'étais à Versailles. Je parcourus cette ville, je visitai la galerie des tableaux, je me promenai dans les jardins, et le soir je me remis en route, toujours sans avoir de projets arrêtés. Dans la nuit du mercredi au jeudi, je me couchai près d'une fontaine à laquelle je voue une sincère reconnaissance, car, mourant de soif, je m'y désaltérai avec bonheur. Le jeudi matin, je reconnus les environs de Sèvres et je me dirigeai vers Paris. En entrant dans les Champs-Elysées, je vis un tir au pistolet; j'y entrai, il pouvait être midi. Je fis charger des pistolets et tirai 28 coups. Le maître du tir, étonné de ma maladresse et de mon extérieur, refusa de me laisser tirer davantage et réclama ce que je lui devais. Je cherchai dans mes poches, hélas ! elles étaient vides, et je répondis à cet homme : Je n'ai pas d'argent. Voyez-vous, répliqua-t-il, j'en étais sûr; vous êtes entré ici avec de mauvaises intentions, votre mine me l'indiquait ; oser entrer dans un tir quand on n'a pas d'argent n'est que le fait d'un fripon, etc. Indigné de me voir injurier de la sorte, je prends un anneau que je portais au doigt et je l'offre en paiement; le maître du tir le refuse et me jette à la porte. Des Champs-Elysées, je viens dans la rue Royale, et là, exténué de lassitude et de besoin, je m'étends sur le trottoir et je m'y endors. » Ici se borne le récit de ses excursions; il ne se rappelle plus ce qu'il est devenu, comment il a été arrêté, ni comment on l'a conduit à Bicêtre.

Depuis cette époque jusqu'au 7 mai, jour de sa sortie, Félix a été de mieux en mieux; il a accueilli avec la meilleure grâce du monde les représentations et les conseils de M. Leuret ; il a compris que son amour pour Mélanie était ridicule, et qu'il devait renoncer à cette jeune fille. Du reste il est parfaitement guéri de ses idées tristes, et est bien décidé à rompre une liaison qui ne pouvait faire son bonheur.

Aucun membre de la famille de Félix n'a été aliéné. La vie de ce malade a toujours été celle d'un homme sobre et laborieux ; c'est à sa passion pour Mélanie qu'il faut s'en prendre pour expliquer le trouble survenu dans son intelligence. Il a avoué aussi, très confidentiellement, qu'il se livrait avec fureur à la masturbation, et que dans ses momens d'excitation et d'insomnie ses désirs brûlans l'avaient forcé d'aller chercher dans des bras étrangers un dernier secours contre les tourmens qui l'assiégeaient (1).

AMOUR MALHEUREUX; LYPÉMANIE; QUELQUES IDÉES DE SUICIDE; TRAITEMENT MORAL; GUÉRISON.

OBS. IV. — Un jeune homme, âgé de 26 ans, d'une petite taille, mais d'une constitution robuste, est entré à Bicêtre le 7 septembre 1841.

A la visite du lendemain, il paraît triste et abattu; sa tête est inclinée sur sa poitrine. C'est avec beaucoup de difficultés qu'il répond aux questions de M. Leuret.

Comment vous nommez-vous? — P... (Pierre). — Quel âge avez-vous? — 26 ans.—Quel état faites-vous? — Je fais des portraits sur ivoire. — Etes-vous marié? — Non. — Que gagnez-vous par jour? — A peu près 10 fr. — Combien cela fait-il en l'espace d'une année? — Je ne sais pas. — En l'espace d'un mois? Prenez une plume et faites-moi ce calcul.—P... prend la plume ; mais il la jette aussitôt en disant: cela m'ennuie, je veux m'en aller. — Où demeuriez-vous? — A la Courtille. — Etiez-vous bien logé? — Oui ; je demeurais au second ; j'avais deux pièces donnant sur la campagne, et je payais seulement 200 francs par an ; c'était Eugénie qui faisait mon ménage. — Qu'est-ce que c'est qu'Eugénie. — C'était ma maîtresse; je vivais avec elle depuis quatre ou cinq ans; nous nous aimions bien ; on m'a conduit ici pour me séparer d'elle, pour me priver de la voir. — Se conduisait-elle bien? — Certainement elle se conduisait bien, sans cela je ne l'aurais pas gardée.

En parlant d'Eugénie, P... s'anime, et répond avec un certain mouvement de colère aux dernières questions de M. Leuret. L'interrogatoire sur la moralité d'Eugénie semble l'avoir vivement piqué. — Comment avez-vous été arrêté? — Par une dame et non par des gendarmes. — Avez-vous encore vos parens? — Oui, j'ai mon père et un frère. — Que voulez-vous faire d'Eugénie? Voulez-vous l'épouser? — Je le veux bien. — Quelle est la personne qui vous a conduit à Bicêtre? — Je l'ignore. (C'était son père.) — Vous savez bien que vous êtes à Bicêtre? — Un monsieur fort aimable (un infirmier) m'a dit hier que j'étais à Bicêtre. Avant d'arriver, je suis resté longtemps en voiture ; puis, j'ai entendu des hommes crier bien fort, bien fort, mais je n'ai pu distinguer ce qu'ils disaient. (Il a couché dans la salle d'admission où se trouvaient plusieurs aliénés très agités.) — Avez-vous mal à la tête? — Non. — Dormez-vous bien? — Je ne puis dormir; je pense toujours à Eugénie ; je crains qu'elle ne s'ennuie. (Le pouls est régulier, peu dur et donne 68 pulsations.) J'ai faim, je voudrais manger. (Bain, travail, la portion.)

Son père nous a fourni les renseignemens suivans : Depuis un an, mon fils a quitté notre maison pour se rapprocher de l'endroit ou il travaille. C'est un bon ouvrier; il peint sur ivoire et gagne 4 à 5 francs par jour ; il boit quelquefois, mais ne s'enivre jamais. Il vit depuis quatre ans avec une jeune fille. Ils se sont déjà quittés plusieurs fois à la suite de quelques querelles. Il y a trois semaines, Eugénie s'est enfuie de chez lui. P... l'a cherché et a fini par découvrir le lieu où elle s'était retirée. Accompagné de sa mère, P... se rend chez Eugénie, et demande à lui parler. Ce fut le nouvel amant de cette fille qui les reçut. Dés que mon fils sut quel était cet homme, il entra dans un accès de colère impossible à décrire, provoqua son rival à se battre en duel. Celui-ci refusa et s'enfuit. P..., irrité et furieux de ce désappointement, eut une attaque de nerfs des plus violentes; il perdit connaissance environ pendant un quart d'heure, et répéta souvent le nom d'Eugénie. (P... a déjà eu plusieurs fois des attaques de nerfs de cette nature et sans écume à la bouche.) Lorsqu'il fut revenu à lui, il ne voulut reconnaître personne. Pendant qu'il venait à Bicêtre, il a aperçu un arbre, et s'est écrié : *Voilà la mort ; elle m'a dit de me jeter par la fenêtre.* P... a confié il y a quelques jours à l'un de ses amis qu'il se suiciderait s'il ne retrouvait pas Eugénie.

9. P... est blotti dans un coin, dans la position d'un homme profondément accablé. Il faut lui répéter plusieurs fois la même question avant d'obtenir une réponse. Je m'ennuie ici ; je ne m'y trouve pas bien, telles sont les seules paroles qu'il veuille proférer. M. Leuret, d'un air très grave et d'un ton brusque, lui dit: Avez-vous travaillé hier, monsieur, ainsi que vous me l'aviez promis? — Non, monsieur. — C'est très mal à vous, monsieur, d'avoir manqué à votre promesse: un homme d'honneur n'a que sa parole. — P... se souvient qu'il a écrit à l'école, et répond en souriant qu'il s'est un peu occupé. Il parle toujours d'Eugénie, nie qu'elle ait un autre amant, et paraît heureux de vivre dans cette croyance. Il ne se rappelle en aucune façon la scène dont son père nous a donné les détails. (Un bain et du travail.)

10. Il est toujours plongé dans une profonde tristesse; il nie avoir provoqué quelqu'un en duel, et prétend que tout ce qu'on a débité à ce sujet est mensonge et calomnie. (Même prescription.)

13. Il s'ennuie de ne pas travailler ; on l'engage à faire quelques dessins.

---

(1) Les notes sur lesquelles cette observation a été faite ont été recueillies par M. Bourguignon, interne du service.

15. Il a fait quelques petites têtes sur ivoire ; elles ne sont pas très bien ; mais il dit qu'il n'avait pas tout ce dont il avait besoin pour faire mieux. — Est-ce le portrait d'Eugénie que vous avez voulu faire ? — Non, je voudrais bien l'avoir. Il ignorait qu'il y eût un hospice du nom de Bicêtre. Il ne peut dire en quelle saison nous sommes ; cependant il se croit en été parce qu'il fait chaud. — Mais en printemps et en automne il fait également chaud ? — Vous voulez vous moquer de moi, dit-il en souriant. (2 bains et de l'eau froide sur la tête.) A peine s'il a entendu cette prescription, qu'il s'écrie : Oh ! oui, de l'eau froide sur la tête, cela me fait du bien et me rend les idées plus claires.

16. Il est à peu près dans le même état. Avez vous vu quelqu'un hier ? — Oui, une dame est venue m'apporter de l'ivoire. — Savez-vous quelle est cette dame ? — Je ne la connais pas. — Lui aviez-vous demandé cet ivoire ? — Non ; elle me l'a apporté pour que je travaille. — Cette dame ne serait-elle pas votre mère ? — Ma mère !... Non, elle est morte !... Je n'ai plus de parens !... Ils sont tous morts !... J'ai même été à leur enterrement. Cette nuit, j'ai vu Eugénie ; elle a causé longuement avec moi. — Était-elle seule ? — Oui. — Avez-vous vu d'autres personnes ? — Non. (Un bain et une douche.)

17. Hier, P... est allé au bain et a reçu la douche. Il l'a supportée près d'une demi-minute, a trouvé que cela lui avait fait beaucoup de bien, et a demandé qu'on lui en donnât une seconde.

19. Pas de changement notable, si ce n'est un peu moins de lenteur dans les réponses et moins de tristesse. Il travaille avec plaisir et avec goût. Les peintures qu'il a faites sont beaucoup mieux que les précédentes.

20. P... raconte qu'il a eu froid, qu'il n'a pas dormi et que l'on a mis 50 bottes de paille sur son lit pour le réchauffer. M. Leuret lui dit qu'il a rêvé cela. Le malade persiste dans son dire ; alors s'adressant aux surveillans et aux infirmiers, le médecin demande s'il est vrai qu'on ait mis de la paille sur le lit de P... Tous répondent par la négative. P... ne veut pas abandonner cette idée, et dit à M. Leuret : Vous ne pourrez pas me convaincre, je l'ai vu, j'étais là, et vous, vous étiez chez vous et non pas ici près de moi.

M. Leuret paraît mécontent de ce que P... s'en laisse imposer par un rêve ; il lui reproche son erreur avec bonté ; mais voyant que P... n'a pas l'air de l'écouter et joue avec ses doigts, il prend un air grave et sévère, le traite d'impertinent et de malhonnête. A cette brusque sortie, P... ne peut opposer que de la colère, mais il n'ose pas la faire éclater ; il baisse tristement la tête ; sa face est colorée et ses lèvres agitées d'un mouvement convulsif. Sur l'ordre de M. Leuret, il sort de la salle et se rend à la classe. En causant avec l'instituteur, il lui dit que *M. Leuret est un méchant*.

Les parens de P... sont venus pour le voir. M. Leuret fait demander ce jeune homme, et lui dit d'un ton solennel : M. P..., si vous ne voulez pas que je vous regarde comme un fou, vous allez de suite chercher ici vos parens qui ne sont pas morts : vous avez rêvé avoir assisté à leur enterrement, comme vous avez rêvé cette nuit qu'on vous réchauffait dans 50 bottes de paille. — P... se retourne, porte alternativement ses regards sur sa mère et sur son père : il ne les reconnaît pas. Il aperçoit son frère et se jette avec effusion dans ses bras. M. Leuret lui demande s'il ne reconnaît ni sa mère ni son père. Oh ! ne me trompez-vous pas, s'écrie-t-il : serait-ce bien mon père, serait-ce bien ma mère ; puis il les embrasse et les comble de caresses. A plusieurs reprises, il s'est écrié : Vous ne me trompez pas, n'est ce pas ? Ce sont bien mes parens ? Le pauvre P... était si heureux qu'il craignait qu'une parole ne vînt détruire toute sa joie, tout son bonheur.

M. Leuret lui donne la permission de se promener avec ses parens dans les cours de l'hospice.

21. Hier, P... s'est très bien conduit avec ses parens. En les quittant il est allé chez M. Cusco, l'un des internes du service, il a feuilleté plusieurs livres, a chanté quelques romances, puis a reconnu ses erreurs. — Savez-vous, lui dit M. Cusco, qu'il n'y a que quinze jours que vous êtes à Bicêtre, et non pas un an comme vous le dites ? — C'est bien possible, monsieur ; si je me suis trompé sur l'existence de mes parens, je puis bien me tromper sur la durée du temps que j'ai passé ici.

22. A la visite, P... paraît plus gai et plus ouvert que les jours précédens ; il répond très bien aux questions qui lui sont adressées et se rappelle être allé en Afrique et en Suisse.

Du 22 au 28. Il n'y a pas eu changement notable dans l'état de P... ; il a continué à bien aller.

29. Il est aujourd'hui plus triste que les jours précédens ; il n'a pas dormi pendant la nuit. (Hier, pendant la répétition d'une petite pièce dans laquelle P... a accepté un rôle qu'il joue avec beaucoup d'intelligence, il a vu tomber un épileptique ; P... l'a cru mort, et ce mort est venu lui dire cette nuit : *Tous ceux qui joueront la comédie mourront de suite*.) M. Leuret prouve à P... que ce malade n'est pas mort et qu'il a tout simplement eu une attaque d'épilepsie. P... sait ce que c'est que l'épilepsie et se console promptement.

5 octobre. Notre malade est assez bien, moralement parlant ; quant au physique, il y a un peu d'embarras gastro-intestinal. (Une bouteille d'eau de Sedlitz à prendre le lendemain matin.)

7. P... a pris son eau de Sedlitz hier et n'a cependant pas été à la garderobe. Il a passé la nuit près d'un bouquet de fleurs qui lui avait été apporté par ses parens, et ce matin il a la tête embarrassée. Il dit ressentir des douleurs à l'estomac et prétend que ces douleurs sont occasionnées par des sangsues qui se trouvaient dans son eau de Sedlitz. — Voulez-vous que je vous dise ce qu'il y avait dans votre eau de Sedlitz, M. P.... il y avait..., il y avait 50 bottes de paille. P... rit et renonce à son idée extravagante. Il ne veut pas prendre de lavement. (0,60 calomel dans du riz ; orge ; miel.)

12. Il paraît toujours un peu triste ; M. Leuret le questionne, lui demande s'il est plus raisonnable, puis lui raconte brièvement ce qui lui est arrivé. P... écoute M. Leuret avec dédain, refuse de prendre un bain et dit que toutes les personnes qui l'entourent sont de mauvaises gens. On l'envoie aux colonnes neuves, comme punition.

13. P... est honteux de la punition qui lui a été infligée ; il est toujours constipé. M. Leuret lui permet de retourner à l'infirmerie.

14. Il a bien dormi, ne pense plus aux sottises qu'il nous a débitées, parle de ses aventures et demande à M. Leuret quelle est la personne qui lui a donné tous les détails avec tant de précision et d'exactitude. P... demande à sortir. M. Leuret lui dit qu'il n'est pas guéri, puisque hier encore il parlait de retourner avec Eugénie dès qu'il serait sorti de l'hospice. — Ce serait beau de votre part d'aller reprendre une fille qui vous a quitté pour un autre ; vous n'auriez pas de cœur si vous faisiez une chose pareille. — P... promet qu'il ne retournera jamais avec Eugénie.

15. P. est très gentil, il ne pense plus à sa maîtresse et ne veut plus entendre parler d'elle. Il nous raconte que souvent, après un accès de colère, il a été pris d'attaques de nerfs. — Il faut savoir vous modérer, mon ami, lui dit M. Leuret, et ne plus faire comme vous avez fait l'autre jour. Croiriez-vous, Messieurs, qu'il y a quelques jours, P... s'est violemment emporté, parce que je voulais qu'on mît un séton à un malade indocile : et si ce jour-là je vous en avais fait mettre un à vous, M. P..., qu'eussiez-vous dit ? — Monsieur, je n'ai pas besoin de séton. — N'est-ce pas, P..., que je ne devrais pas tourmenter mes malades comme je le fais, et que j'agis fort mal à leur égard ? — Non, Monsieur. — Vous avez cependant dit qu'il vaudrait mieux les laisser croupir dans leur état que de les tourmenter. — Non, Monsieur. — Vous l'avez dit. — Oh ! alors j'ai eu tort.

La santé de P... s'est toujours soutenue, et ce malade est sorti parfaitement guéri le 18 octobre.

Dans le courant de décembre, P... est venu à Bicêtre ; il est allé voir M. Cuséo et M. Florimond Rouger, et a laissé à ces deux Messieurs quelques peintures sur ivoire, comme témoignage de sa reconnaissance.

MONOMANIE ; CROYANCE A DES PERSÉCUTIONS CONTINUELLES ; ACTES DE CRUAUTÉ ; TRISTESSE PROFONDE ; TRAITEMENT MORAL ; GUÉRISON.

OBS. V. — Le 28 avril 1840, un homme de 47 ans, sans profession, nommé V... (Jean), maigre, sec, atteint d'emphysème du poumon, de catarrhe bronchique, sujet à éprouver comme des secousses électriques dans la région du cœur, fut envoyé à Bicêtre par la préfecture de police, pour cause d'actes de violence et de fureur non motivée, lesquels actes avaient été commis dans un hôtel garni où le malade s'était réfugié après avoir abandonné sa famille. Sur presque tous les sujets il était raisonnable, mais il montrait une grande aversion contre sa famille, et notamment contre sa femme, qu'il accusait de s'être livrée à une débauche effrénée. Ces idées lui étaient venues après avoir éprouvé un chagrin violent occasionné par la perte d'un emploi qui lui était nécessaire pour soutenir sa famille. Vu le mauvais état de sa poitrine, M. Leuret n'entreprit que faiblement de le détromper, parce qu'il craignait d'aggraver son état ; il se borna à lui donner des conseils bienveillans ; il lui procura une occupation analogue à ses goûts, et temporisa, sans prévoir s'il viendrait un temps où il pourrait recourir à des moyens plus actifs.

Depuis le jour de son admission jusqu'au 19 septembre 1840, c'est-à-dire pendant quatre mois et demi, il ne s'opéra aucun changement dans sa santé, et comme alors il pria avec instance M. Leuret de lui accorder sa sortie de l'hospice, ce médecin l'engagea à lui faire connaître, par une note détaillée, ses dispositions actuelles à l'égard de sa famille et ses projets pour l'avenir.

Il remit cette note. Après avoir dit combien il avait eu d'estime et d'amour pour sa femme pendant de longues années, il l'accusait de l'avoir trompé, d'avoir mené une conduite infâme, même alors qu'elle paraissait honnête, de l'avoir empoisonné ou fait empoisonner à différentes reprises, de lui avoir donné la fièvre, et d'avoir exercé contre lui des persécutions de toutes sortes. Il n'ajoutait pas, mais nous le savions d'ailleurs, que pour faire expier à sa femme l'inconduite qu'il lui attribuait, il avait exercé contre elle d'atroces violences, qu'il l'avait terrassée, ainsi que sa belle-mère, brandissant sur elles un bâton noueux dont il menaçait de les assommer ; qu'il avait torturé un de ses fils, jeune garçon de 13 ans, plein de douceur et de gentillesse, qu'il accusait d'être le complice de sa mère. Nous savions tout cela ; nous savions aussi que, bien portant, il avait toujours été un excellent homme, que sa femme n'avait jamais cessé de mener une conduite irréprochable.

19 septembre 1840. M. Leuret fait conduire V... au bain, et lui dit : Vous craigniez, étant à Paris, d'être empoisonné ; votre crainte était indépendante de votre femme et de vos enfans, et cependant vous avez frappé ces faibles créatures, vous les avez rendues responsables de vos folies ? — C'est vrai, monsieur. — De ce que ces idées folles se soient emparées de vous, s'en suit-il qu'elles soient justes ? — Non. — Avez-vous frappé votre fils aîné ? — Je ne l'ai jamais frappé, on vous a trompé. — Je vous demande pardon, monsieur V..., vous avez frappé votre fils aîné, vous avez abusé de votre force physique et de votre position de père ; c'est mal ; car si vous aviez eu affaire à un homme robuste ou à un mauvais fils, vous n'auriez pas été tenté de recommencer ; c'est mal, monsieur, et ce que vous avez fait est le propre d'un homme injuste et lâche.

Après ces quelques paroles, M. Leuret lui dit : Avez-vous torturé votre fils aîné ? Sur son hésitation à répondre, M. Leuret fait approcher le baigneur et menace V... de la douche. — V... répond : J'ai eu tort de le torturer. — Les idées que vous aviez étaient-elles justes, oui ou non ? — Non. — Vos interprétations étaient-elles également fausses ? — Je conviens que ma belle-mère et ma femme sont très honnêtes, que telle a été mon opinion toute ma vie, et que j'ai eu des momens d'emportement envers mon fils, mais que je l'ai beaucoup aimé. J'ai eu tort, monsieur, j'ai eu grand tort — Vos craintes d'empoisonnement étaient-elles fondées ? Avez-vous eu tort ou raison de frapper votre fils ? — J'ai eu tort de frapper mon fils ; je crois que mon fils aîné ne m'empoisonnait pas ; je crois maintenant que j'étais dans l'erreur. — Vous êtes sûr de n'avoir pas été empoisonné ? — J'en suis sûr. — Êtes-vous dissuadé ? — Oui, monsieur. — Eh

bien! il faut alors que par votre repentir vous rachetiez ce que vous avez fait souffrir à votre femme et à vos enfans — Oui, monsieur.

Durant ce colloque, le baigneur se tenait debout derrière le malade, toujours prêt à tourner le fatal robinet; aussi V..., dit-il à M. Leuret : Je crois et je suis persuadé que vous me portez de l'intérêt; mais pourquoi me menacer de la douche; vous m'en donneriez *cinquante* que cela ne me ferait rien. — Cela vous guérirait.

M. Leuret poursuit intrépidement son interrogatoire; V... nie plusieurs choses; harcelé et ne sachant plus que répondre, il s'écrie : Je voudrais qu'on m'eût empoisonné. — Ah! vous le voudriez ! parce que vous pourriez faire tomber sur votre femme et sur vos enfans votre courroux et vos craintes d'empoisonnement.

Il reçoit la douche.

— Vous avez eu raison de terrasser votre mère et votre femme, d'avoir cherché à les assassiner, et ce sont là de beaux sentimens, n'est-ce pas, monsieur ? Y a-t-il rien au monde de plus sacré qu'une mère ? Et cette scène, la faire devant des enfans, de pauvres enfans qu'il faut tant respecter et qu'un pareil spectacle peut rendre fous, épileptiques!... (A cette brusque sortie, V... reste stupéfait.) Si vous aviez agi avec raison, je vous dirais : Monsieur, il n'y a pas au bagne un homme si coupable et si criminel que vous, il n'est pas monté sur l'échafaud d'homme plus infâme que vous!...

20. M. Leuret le fait mettre à la salle d'admission et lui enjoint de lui écrire une lettre raisonnable dans laquelle il aura soin de rétracter toutes ses erreurs. V... ne dit rien et se contente de sourire. M. Leuret insiste et se fâche. V... consent.

Je vais le trouver dans la journée et je me range un peu de son parti, sans toutefois abandonner celui de M. Leuret, mais au contraire dans l'intention de corroborer ce qu'il a fait, tout en ayant l'air de plaindre le malade sur ce qu'il a dû souffrir.

Il me lit la lettre suivante qu'il destine à M. Leuret.

« Après avoir réfléchi sur les observations de M. Leuret, et me conformant à l'ordre que j'ai reçu de lui transmettre mes nouvelles pensées sur la note confidentielle que je lui ai remise et sur celle qu'il a reçue sur les causes de mon arrestation, je crois, conformément à ses réflexions, que les peines que j'ai éprouvées dans le cours de ma vie et de pénibles souvenirs ont dû naturellement exercer sur mon esprit une fatale influence et me faire présumer ou croire à des faits qui n'étaient point fondés. Je dois même être convaincu que quelques expressions dont s'est servi ma belle-mère ont été mal comprises ou mal interprétées par moi et contribuer sans intention de sa part à notre séparation.

» M. le docteur Leuret, comme médecin, doit savoir que de longues maladies peuvent affaiblir les forces physique et altérer la raison, sans qu'un homme soit pour cela dans un état complet de folie, c'est-à-dire que l'affaissement de nos facultés intellectuelles peut nous porter à une interprétation contraire à nos intérêts et à la vérité sur une foule de circonstances qui s'offrent à la vue, dans l'intérieur d'une famille, à chaque instant du jour.

» Je ne dois pas douter que je ne sois dans ce cas, puisque j'ai toujours eu pour ma famille la plus vive affection pendant quatorze année, sans que le moindre soupçon injurieux de part et d'autre soit venu troubler l'harmonie qui régnait entre nous, harmonie fondée sur la plus entière confiance de ma part et sur les qualités les plus éminentes qu'un homme ait pu reconnaître dans sa belle-mère et sa femme.

» En voyant la profonde conviction de monsieur le docteur Leuret sur les faits que je lui ai communiqués, après avoir écouté attentivement le rapport qu'il a reçu sur les causes de mon arrestation, et qui sans doute lui a été communiqué par des hommes honorables dont le témoignage ainsi que celui de monsieur Leuret doit puissamment contribuer à entraîner ma conviction, je reste convaincu que j'ai été dans l'erreur sur toutes les idées que j'avais émises; que les maladies de ma jeunesse avaient mis mes facultés intellectuelles dans un état qui devait malheureusement me rendre accessible à toutes les impressions et admettre trop facilement une foule de circonstances et de faits qui n'auraient eu aucune importance aux yeux de tout homme moins malheureux, mais qui doivent trouver leur excuse dans une organisation physique et morale à l'influence de laquelle je n'ai pu me soustraire.

» Bicêtre, le 21 septembre 1840.   V... »

21. Après avoir lu cette lettre, M. Leuret lui dit; Mais, monsieur, ce papier n'est pas signé; puis ces détails ne sont pas assez circonstanciés; probablement en faisant cet écrit vous avez encore fait vos réserves; prenez garde, monsieur, prenez garde!

Je vais auprès de lui dans la journée, portant avec moi la lettre écrite la veille; je la lui fis dater et signer, et j'obtins que pour complément de cette lettre il écrirait à sa femme ; d'abord il rejeta mes raisonnemens ; mais je devins si pressant (j'avais déjà toute sa confiance) qu'il me donna sa parole d'honneur qu'il écrirait. Je fus bien heureux alors, car je regardai dès ce moment sa guérison comme parfaite. J'attendis le lendemain matin avec bien de l'impatience; il remit en effet une lettre à M. Leuret. En voici le contenu :

« Madame,

« Voilà plus de deux années que nous sommes séparés, ignorant entièrement quelle a été votre existence pendant ce laps de temps, et celle qui vous attend, car enfin nous avons des enfans, et vous ne devez avoir qu'une seule pensée, celle de vivre pour eux; c'est la seule qui m'occupe et qui m'a donné la force de supporter des maux qui m'avaient été inconnus jusqu'à ce jour.

» Vous n'ignorez point que j'ai été arrêté et envoyé à Bicêtre; voilà cinq mois que j'y suis détenu, ignorant le jour où je serai mis en liberté et quelle sera mon existence.

» Les hommes aliénés ou considérés comme tels jusqu'à la décision du médecin, seul juge compétent aux yeux de la loi, sont soumis au régime reconnu par lui comme le plus convenable pour les rendre à la liberté et à la raison. J'ai donc été interrogé, il y a quelques jours, sur les causes de notre séparation : M. le docteur Leuret n'a pu comprendre comment, après avoir vécu pendant quatorze ans dans la plus parfaite intelligence j'avais pu admettre aussi légèrement que je l'ai fait des soupçons offensans pour vous et votre mère ; qu'il était bien convaincu que j'étais dans l'erreur et que les renseignemens qu'il avait eus étaient à ses yeux des témoignages irrécusables de votre innocence et de mon erreur.

» Les réflexions de M. Leuret, empreintes d'une profonde conviction, m'ont enfin éclairé et m'ont inspiré de vifs regrets d'avoir accueilli trop légèrement les soupçons qui ont provoqué notre séparation. Je vous reconnais innocente des soupçons que j'avais conçus contre vous, et vous prie de les oublier; vous le ferez, j'en suis convaincu ; vous avez toujours été si bonne pour moi, vos soins délicats, votre sollicitude dans mes maladies et celles de nos enfans, tout me rappelle cette femme que j'ai tant aimée, et pour laquelle j'avais un attachement qui allait jusqu'à la vénération. Je sais que vous le savez, et que la main sur votre cœur vous me répondriez que vous n'en avez jamais douté. Vous savez aussi que les maladies de mon enfance ont disposé mon esprit à des impressions que je ne puis éviter, et que cette situation mérite un peu d'indulgence pour des torts qui trouvent leur excuse dans une affection qui était devenue pour moi la source de tout le bonheur que je pouvais espérer sur la terre.

» Vous savez encore, et vous en feriez le serment sans crainte d'en imposer à votre conscience, que j'aime nos enfans et que je ne cesserai jamais de leur conserver la plus vive tendresse ; veuillez bien le leur dire, et assurer Anatole qu'il peut me venir voir sans crainte. Pourquoi aurais-je de la haine contre cet enfant ? Il est étranger aux malheurs de notre famille, et ce serait à mes yeux un crime de compromettre son avenir et celui de ses frères, si je les rendais responsables des maux qui ont accablé mon existence. Je désire donc les voir, et vous prie, si vous le pouvez, de me procurer cette satisfaction.

» Veuillez donc oublier, ainsi que votre mère, vos motifs de plainte contre moi, comme j'oublierai mon séjour à Bicêtre. En pensant à nos enfans, je ne dois pas oublier que je suis leur père, et vous, vous devez vous rappeler sans cesse que vous êtes leur mère ; que l'un et l'autre nous leur devons toute notre sollicitude, toute notre tendresse.

» Recevez l'assurance bien sincère du désir que j'ai de vous savoir heureuse, ainsi que votre mère.

» Bicêtre, 22 septembre 1840.   V...

Hospice de la vieillesse (hommes),
5e division, salle d'admission.

Je lui fis donner de la tisane pectorale, de la pâte de lichen et un julep diacodé parce qu'il se plaignait de la poitrine.

25 Sa femme vient avec ses trois enfans. M. Leuret fait appeler le malade et le fait conduire vers un appartement où il était attendu. Par qui donc, s'écrie le malade, par qui donc suis-je attendu ? Et sans lui répondre, M. Leuret lui montre sa femme et ses trois enfans. Il les dévora de caresses ; il tint longtemps près de lui celui de ses fils qu'il avait tant frappé, et pendant qu'il parlait au plus jeune, celui-ci qui ne le connaissait pas, car depuis trois ans il ne l'avait pas vu, oublieux des recommandations de sa mère, l'ayant appelé *monsieur*, lui fit, par cette seule parole, cruellement sentir qu'il avait longtemps négligé ses devoirs de père et d'époux.

26 Son fils aîné vint le voir et demanda la permission d'aller se promener au-dehors avec son père. (Accordé.)

27. Il nous paraît gai, son visage est épanoui ; il nous dit ne s'être jamais si bien porté: Ah! Monsieur Millet, il y a plus de cinq ans que je n'ai dormi comme les nuits précédentes. Craignant que ce sommeil ne fût attribué au julep diacodé, je le fis suspendre; le bien-être et le sommeil persistèrent.

Tous les jours on lui accordait la permission d'aller se promener au-dehors avec sa famille ; il était enchanté du spectacle de la nature, *tout lui paraissait nouveau, il respirait à son aise.*

M. Leuret devant faire une absence de quelques jours, je profitai de cette occasion pour prendre V... à part et lui dire que le départ de M. Leuret pourrait bien prolonger son séjour à l'hospice pendant un temps assez considérable. Je lui donnai cet avis confidentiellement, il s'en servit avec beaucoup d'adresse et alla demander sa sortie au médecin en lui avouant qu'après tout ce qui s'était passé, il n'osait pas demander à retourner dans sa famille, que cependant c'était là son seul desir, et que là seulement il pouvait être heureux.

Quelques jours après il quittait Bicêtre, se portant parfaitement quant au moral.

M. Leuret l'a revu plusieurs fois après sa sortie : il était toujours mal portant au physique, souffrant de la poitrine, sujet à des palpitations, ayant encore éprouvé quelques secousses au cœur, respirant avec difficulté, dormant peu, mais n'attribuant pas ses infirmités aux personnes de sa famille et n'ayant conservé aucun doute injurieux contre sa femme.

Le 3 août 1841, V... est rentré à Bicêtre. Je le vis le lendemain de son arrivée et causai assez longuement avec lui. Son visage est épanoui, il prétend avoir bien dormi cette nuit ; je le gronde un peu de le retrouver à l'hospice. — Monsieur Millet, me dit-il, je ne suis pas venu ici comme malade, mais plutôt comme convalescent. — Vous auriez dû faire votre convalescence chez vous ; vous avez été très probablement au-devant de la maladie. C'est alors que V... me raconta ses tourmens et tout ce qu'il a fait pour les vaincre ; il croyait être électrisé et ressentait un brisement général, il se tenait tout courbé, ne pouvait marcher qu'en s'appuyant sur les meubles, etc., etc., ses plaintes continuelles tourmentaient vivement sa famille ; il est donc entré pour recevoir nos soins.

Cette fois il n'a maltraité ni sa femme, ni ses enfans ; il n'a conçu contre sa femme et sa belle mère aucun soupçon blessant. Il est dans une position bien différente de celle où il se trouvait lorsqu'il est entré à Bicêtre pour la première fois.

Il demande de l'ouvrage, M. Leuret lui permet d'aller travailler dans les bureaux.

6. V... a changé de salle et son sommeil en a un peu souffert. M. Leuret lui demande quelques détails sur son état avant son entrée à l'hospice. — Monsieur, répondit-il, voici ce que j'ai éprouvé : une simple cloison séparait ma chambre de celle d'un individu que je ne connais pas, et lorsque cet individu mouchait sa chandelle ou bien laissait tomber quelque chose sur sa table de nuit, le bruit que cela produisait me répondait au cœur. — Vous voyez pourtant bien, M. V.. que ce sont là des niaiseries? — Oui, je le sais bien, aussi je ne pense plus à tout cela.

7. Il renie son électricité et les picotemens qu'il a éprouvés. Je n'ai jamais été électrisé qu'une seule fois, aux Champs-Elysées; mais depuis je ne l'ai pas été et je n'ai pas souvenance d'avoir prétendu que j'avais été électrisé; du reste, j'ai dit tant de choses ridicules, que j'en ai Dieu merci oublié une grande partie, pour ne pas dire toutes. — C'était peut-être dans l'eau qu'on faisait arriver de l'électricité? — Je ne le crois pas; est-ce que j'ai réellement eu de pareilles idées? — Oui, mon cher ami. — Ce qui me fatiguait surtout, c'était de ne pas dormir. — Comment voulez-vous dormir, vous restiez couché plus de 23 heures sur 24.

Il dort bien actuellement, sa figure est bonne et exprime la tranquillité.

12. V... va très bien.

26. Cette nuit il a éprouvé des chatouillemens et des picotemens sur la face et sur toutes les parties du corps. M. Leuret lui dit qu'il a d'excellens moyens pour faire passer ces sensations, que le remède qu'il va lui administrer est infaillible, et que si M. V... éprouvait encore la nuit prochaine les mêmes phénomènes, c'est qu'il n'aurait pas pris exactement ce médicament. (3 pilules de *mica panis*.)

31. Depuis que V... prend les pilules, il n'a plus rien ressenti; il dort parfaitement. La dose des pilules de *mica panis* a successivement été augmentée et portée jusqu'à 6.

9 septembre. V... va toujours bien. Depuis huit jours environ, il a cessé de prendre des pilules.

10. Cette nuit, les picotemens et les chatouillemens ont reparu. (3 pilules de *mica panis*.)

26. Les accidens ont cessé immédiatement après l'ingestion des fameuses pilules.

27. Réapparition des phénomènes que ce malade a déjà éprouvés. Cette fois il les attribue au magnétisme animal, et prétend que toutes les fois qu'un infirmier ou qu'un malade a passé devant son lit pendant la nuit, il a ressenti de violentes secousses. Ces accidens nerveux paraissent le préoccuper vivement. M. Leuret lui fait observer que l'infaillibilité de ses pilules ne lui fera pas défaut, mais que, pour prévenir toute récidive, il les continuera plus longtemps qu'il n'a fait jusqu'ici, et qu'il lui en fera prendre quelques-unes de temps en temps. (3 pilules de *mica panis*.)

Dès lors, V... n'a plus ressenti aucun accident; il est très gai et très bien portant. M. Leuret lui a confié, dans le courant de novembre, une place de veilleur, qu'il remplit avec beaucoup de zèle et d'intelligence. Il se plaint cependant que cela le fatigue un peu. Il a bonne mine, le teint frais, le sourire sur les lèvres. Il désire quitter Bicêtre et s'en aller dans son pays, où il espère trouver un emploi.

Le 15 janvier 1842, il était parfaitement guéri.

Nous ne citerons que cinq observations. Elles sont, ce nous semble, assez intéressantes pour captiver l'attention des praticiens, assez tranchées pour qu'on ne puisse élever aucun doute sur le genre de maladie auquel nous avons eu affaire.

Quelques réflexions sur chacun des faits que nous venons de rapporter :

Dans la *première observation*, la guérison a marché avec une promptitude remarquable : au bout de 8 jours, le malade était complètement guéri. Le traitement que l'on a déployé a été peu actif; quelques raisonnemens et de bienveillans conseils ont suffi pour ramener S... à la raison.

Chez le malade qui fait le sujet de la *seconde observation*, l'intelligence était tellement bornée, qu'il fallut nécessairement temporiser et attendre beaucoup du temps. Les raisonnemens les plus simples avaient peu d'empire sur lui, il les comprenait à peine. Cependant après deux mois de persévérance et de soins assidus, A... a recouvré la raison et est sorti dans l'état le plus satisfaisant. On aurait tort et on se tromperait cruellement si on se figurait que, par le traitement moral, les effets sont toujours plus prompts que ceux que l'on obtient par le traitement physique; les résultats sont très souvent subordonnés au degré d'intelligence qui existe chez les malades.

Ainsi, chez Félix, dont nous avons parlé en troisième lieu, l'intelligence était très développée; et deux jours après son arrivée à Bicêtre, la guérison a été effectuée. Chez ce malade, le défaut d'alimentation avait causé une faiblesse extrême; mais on ne saurait nier que l'aliénation ne datât d'une époque antérieure à l'excursion dont il nous a parlé. Eh bien! en quelques jours nous avons mis ce jeune homme à même d'aller reprendre ses occupations, et nous avons plus fait par les soins hygiéniques et par les moyens de douceur que n'auraient pu faire les remèdes physiques mis habituellement en usage contre la folie. Quels médicamens eût-on pu administrer à ce malheureux pour le guérir de sa passion pour Mélanie; quels moyens eût-on employés pour relever ses forces? La faiblesse était extrême!... Eût-on osé avoir recours aux émissions sanguines, aux purgatifs, aux rubéfians, etc.? Nous n'osons réellement pas nous arrêter davantage à cette idée.

Quant à P..., dont nous avons rapporté l'histoire dans notre *quatrième observation*, y avait-il encore une autre médication à employer que celle qui a été mise en usage? Croyez-vous qu'un vésicatoire placé à la jambe de ce malade lui eût fait renoncer à son amour? Croyez-vous que des sentimens basés sur une intimité de plus de quatre années eussent cédé ainsi à l'application d'un exutoire? La preuve que cette médication n'eût rien fait ou eût fait fort peu de chose, c'est qu'il nous a fallu avec un traitement moral énergique attendre pendant un mois pour obtenir une guérison solide, et cependant P... était un garçon fort intelligent!...

Pour ce qui est de la *cinquième observation*, elle est curieuse à plus d'un titre : d'abord V... a présenté deux élémens distincts dans sa maladie, l'un physique caractérisé par une gêne de la respiration, un catarrhe habituel, des palpitations, des secousses comparables à celles que produit l'électricité, l'autre psychique, consistant en une série d'idées fausses ayant pour objet l'explication des symptômes physiques.

Les idées fausses étant survenues seulement à la suite de la lésion des organes pectoraux, la première indication à remplir eût été de remédier à cette lésion; mais à défaut de remèdes efficaces pour obtenir un pareil résultat, il fallait ou renoncer à son traitement ou s'attaquer seulement aux idées fausses. Après avoir longtemps hésité, M. Leuret a pris ce dernier parti, et sa tentative a été heureuse. Le malade, quoique guéri, fut cependant regardé par le médecin de Bicêtre comme très favorablement prédisposé à une rechute, parce que les symptômes physiques, subsistant toujours, pouvaient, en augmentant d'intensité, lasser la patience de V..., l'inquiéter et finir par troubler encore son esprit. En effet, c'est ce qui est arrivé, et le malade est rentré au bout de dix mois, mais avec des idées bien différentes de celles qu'il avait eues la première fois. Souffrant toujours de son emphysème pulmonaire, il accusa le magnétisme de ses douleurs, et laissa complètement de côté et les empoisonnemens et les propos injurieux qu'il avait conçus contre sa femme lors de son premier séjour à Bicêtre.

Il est une chose curieuse et que l'on aura sans doute remarquée dans le traitement de la rechute, c'est que V... a plusieurs fois éprouvé des chatouillemens et des picotemens qu'il attribuait au magnétisme. Contre ces symptômes purement nerveux, M. Leuret a employé une médication qu'il a indiquée au malade comme infaillible. Ce remède, quel était-il? *De la mie de pain!...* Et cette mie de pain a agi comme M. Leuret l'avait prédit; c'est-à-dire en guérissant immédiatement le malade; et qu'on ne vienne pas nous dire que c'est un pur effet du hasard, puisqu'à trois reprises différentes nous avons vu les mêmes phénomènes nerveux se reproduire et disparaître aussitôt après l'ingestion des pilules de mie de pain. On le voit donc, la médication morale est d'un secours immense dans le traitement de l'aliénation mentale, et bien souvent à elle seule elle dissipe tous les accidens. Cependant la plupart des médecins qui se sont occupés de maladies nerveuses ont considéré le traitement moral comme auxiliaire du traitement physique, et chacun a cherché à opposer son opinion sur le raisonnement. Quelques médecins ont dit que ce traitement moral ne pouvait et ne devait être employé que chez les convalescens; et encore, quel traitement moral!...

Pinel et Esquirol sont les deux premiers qui aient osé sortir de la route battue, et insister un peu sur cette thérapeutique; mais, trop craintifs, ils n'ont pas tiré de ce moyen tout le bien qu'ils étaient en droit d'en attendre. Elève d'Esquirol, M. Leuret a compris que le traitement moral pouvait être d'un utile secours dans le traitement de l'aliénation mentale, et il s'est efforcé, par des observations nombreuses recueillies avec soin et appréciées sainement, de faire entrer dans le domaine de la science cette médication dont nul aujourd'hui ne saurait contester la valeur; car, à l'appui de cette doctrine nouvelle, nous apportons des faits, et des faits authentiques et bien observés. Inutile de dire que, plusieurs fois déjà, des mémoires intéressans ont été publiés sur ce sujet, soit par M. Leuret, soit par ses élèves.

(La suite et fin à un prochain numéro.)

TOXICOLOGIE.

EXTRAIT D'UN MÉMOIRE SUR L'ABSORPTION DES SELS DE PLOMB, DE BISMUTH, D'ÉTAIN, D'ARGENT, D'OR, DE ZINC ET DE MERCURE; par M. ORFILA (1).

Ces sels, introduits dans l'estomac des chiens, après avoir été dissous

(1) Extrait du JOURNAL DE CHIMIE MÉDICALE, nº de juin.

dans des quantités variables d'eau, ont été absorbés et trouvés dans les foies et dans l'urine de ces animaux; les ouvertures des cadavres ayant été faites immédiatement après la mort, soit que les chiens eussent été pendus ou qu'ils fussent morts par suite de l'action du poison, et les foies ayant été séparés immédiatement, il est évident que ce n'est pas par l'effet d'une imbibition après la mort, que le transport de ces poisons dans les organes a été opéré, mais bien par le fait de l'absorption.

On constate la présence du *plomb*, du *bismuth*, de l'*étain* et du *zinc* dans *les foies* des animaux empoisonnés en faisant bouillir ces organes pendant deux heures dans l'eau distillée, en filtrant le décoctum et en l'évaporant jusqu'à siccité. Le produit est ensuite carbonisé par l'acide azotique; et le charbon sec et finement pulvérisé est traité à chaud par l'acide azotique pur, étendu de son volume d'eau, s'il s'agit du plomb, du bismuth et du zinc, et par un mélange de vingt parties d'acide chlorhydrique et d'une partie d'acide azotique, si l'on cherche l'étain. Les sels obtenus sont filtrés et évaporés jusqu'à siccité, et le résidu est dissous dans l'eau distillée; en faisant passer un courant de gaz sulfhydrique à travers la liqueur filtrée, on obtient un précipité de sulfure de plomb, de bismuth, de zinc ou d'étain. Les trois premiers de ces sulfures, traités par l'acide azotique affaibli, laissent du soufre et donnent une liqueur contenant de l'azotate de plomb, de bismuth ou de zinc, facile à reconnaître. Quant au bisulfure d'étain, il est aisé de le caractériser, soit en le décomposant par la potasse, soit en le faisant chauffer avec de l'acide chlorhydrique qui donne du bi-chlorure d'étain soluble, et qui dégage du gaz acide sulfhydrique.

Il est préférable d'agir sur le *décoctum* aqueux du foie, quoiqu'on ne retire pas par ce moyen la totalité des poisons absorbés, que de carboniser directement ces viscères avec l'acide azotique, afin d'éviter les complications que pourraient faire naître le cuivre et le plomb qui existent *naturellement* dans nos tissus; en effet, si l'on carbonisait directement l'organe par l'acide azotique concentré, et surtout si l'on chauffait le charbon au rouge pendant quelque temps pour le débarrasser de la matière organique, et, pour l'incinérer en partie, on dissoudrait infailliblement dans les acides qui seraient ultérieurement employés une certaine quantité, sinon la totalité du cuivre et du plomb *normaux*.

Il importe de savoir, en faisant ces recherches, que le papier à filtre (papier Joseph) contient souvent, en assez grande abondance, un composé *plombique* que les liqueurs suspectes dissolvent facilement pendant qu'elles filtrent, pour peu qu'elles soient acides; en sorte qu'il pourrait arriver, dans une expertise médico-légale, que l'on obtînt une quantité assez notable de plomb, qui proviendrait du papier, et qui pourrait dès lors induire en erreur. Ces papiers auraient d'ailleurs l'inconvénient grave, lorsqu'il s'agirait de déceler des sels de bismuth, d'étain ou de zinc, de receler un sel plombique qui se trouverait mêlé à l'un de ces trois sels, ce qui altérerait souvent la couleur des précipités que forme l'acide sulfhydrique, et compliquerait les opérations analytiques. On ne saurait trop se mettre en garde contre de pareils papiers, qui sont beaucoup plus communs qu'on ne pense; il faut nécessairement employer du papier Berzélius, ou bien laver à l'*acide chlorhydrique*, jusqu'à ce que le *solutum* ne contienne plus de plomb, celui dont on voudrait faire usage et qui serait plombique.

On peut démontrer la présence d'un composé plombique, bismuthique, stannique ou zincique dans l'urine, en évaporant celle-ci jusqu'à siccité, en carbonisant le produit par l'acide azotique, et en traitant le charbon comme il vient d'être dit à l'occasion de la recherche de ces poisons dans le foie. On aurait tort de filtrer l'urine et de n'agir que sur le liquide filtré; car il peut arriver souvent que les sels dont je parle soient déjà décomposés et précipités, et qu'ils se trouvent en entier dans le dépôt que donne l'urine. Je dirai encore qu'il en est de ces sels métalliques comme de tous les corps qui sont absorbés; si on laisse aux animaux la faculté d'uriner, il arrivera souvent qu'on ne découvrira dans l'urine aucune trace du sel métallique, parce qu'on agira trop tôt ou trop tard. Dans mes recherches, j'ai constamment réussi à démontrer la présence de ces poisons dans le liquide, parce que j'avais lié la verge et que je pouvais opérer sur la totalité du produit recueilli dans la vessie.

Or et argent. — On constate la présence de ces deux métaux dans le foie des chiens empoisonnés par l'azotate d'argent ou par le chlorure d'or, en carbonisant directement le viscère par l'acide azotique concentré, sans le faire préalablement bouillir dans l'eau distillée. On traite le charbon *argentique* par de l'acide azotique pur étendu d'eau et bouillant, et on précipite le *solutum* filtré par l'acide chlorhydrique, on obtient à l'instant même du *chlorure d'argent* dont on peut retirer l'argent métallique, après l'avoir bien lavé et desséché. Quant au charbon *aurique*, il suffit de l'incinérer dans la capsule où il a été formé pour apercevoir, au milieu des cendres encore en partie charbonnées, *des lamelles d'or* métallique. Au surplus, en faisant bouillir ces cendres dans l'eau régale, après les avoir lavées avec de l'eau, on obtient du chlorure d'or, qui, étant évaporé et décomposé par le feu, laisse l'or métallique. Ici on n'a pas à redouter le plomb et le cuivre qui existent *naturellement* dans le foie, parce qu'on sépare l'argent par l'acide chlorhydrique, qui ne précipite point les dissolutions étendues de cuivre et de plomb, et parce que l'or, n'étant pas attaqué par l'acide azotique, peut être facilement séparé des azotates de cuivre et de plomb qui auraient pu se former par l'action de cet acide sur le cuivre et le plomb *normaux*.

On démontre la présence de l'argent dans l'urine en évaporant celle-ci jusqu'à siccité et en faisant agir l'ammoniaque liquide sur le produit; on obtient peu après un *solutum* de chlorure d'argent que l'on précipite en saturant l'ammoniaque par l'acide azotique.

L'*urine aurique*, évaporée jusqu'à siccité et carbonisée par le feu, laisse un charbon qu'il suffit de faire bouillir avec de l'eau régale pour que la dissolution contienne du chlorure d'or; en évaporant ce sel jusqu'à siccité et en le décomposant par le feu, il donne de l'or métallique.

Je ferai observer, en terminant, que les procédés que je viens de conseiller pour déceler les sels de plomb, de bismuth, d'étain, de zinc, d'or et d'argent dans le foie peuvent être mis en usage avec le plus grand succès lorsqu'il s'agit de rechercher les mêmes sels dans les matières *vomies*, dans celles que l'on trouve dans le *canal* digestif et dans les *tissus* de ce canal lui-même, et qu'ils doivent même être préférés à tous ceux qui ont été indiqués jusqu'à ce jour, parce qu'ils sont d'une grande simplicité, d'une exécution facile et aussi sensible qu'on puisse le désirer.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 4 JUILLET.

M. Liébig est nommé au scrutin membre correspondant de l'Académie, dans la section de chimie.

ANUS ARTIFICIEL DANS LA RÉGION LOMBAIRE.

M. Amussat lit un mémoire sur la possibilité d'établir une ouverture artificielle à l'intestin colon chez les enfans imperforés.

Après avoir passé succinctement en revue toutes les opérations faites et proposées pour remédier à l'imperforation de l'anus, M. Amussat fait observer que, avant ses travaux, la méthode de Littre était la seule qui fût mise en usage.

Récapitulant ensuite les observations dont il a déjà donné connaissance à l'Académie, et celles qu'il a recueillies depuis la lecture de son premier mémoire, M. Amussat compte 7 opérations pratiquées par lui, en faisant l'ouverture à la région lombaire. Ces faits prouvent directement la possibilité de pénétrer dans l'intestin, sans ouvrir le péritoine. D'ailleurs, l'étude de la constitution anatomique de cette région suffirait pour mettre la chose hors de doute, et, malgré toutes les objections dont cette partie de son travail a été l'objet, M. Amussat se croit autorisé, d'après ses dissections, à affirmer que la disposition anatomique favorable au succès de l'opération est la règle, et la disposition contraire l'exception.

Si l'anatomie chirurgicale de la région lombaire est restée jusqu'ici fort imparfaite, cela tient en grande partie à ce qu'on étudiait les objets d'avant en arrière, tandis que pour prendre une idée exacte des rapports, qui sont si importans à connaître pour le succès de l'opération, il convient au contraire de procéder à l'inspection et à la dissection des couches, d'arrière en avant. La distance qui sépare la dernière côte de l'os des iles est moins grande qu'on ne le croit généralement. Il faut aussi apporter les plus grands soins à bien reconnaître cette dernière côte, que l'on confond souvent avec l'avant-dernière. Quant à la situation de l'intestin, sa capacité, ses connexions, etc., le meilleur moyen de les bien connaître est d'examiner d'abord les parties en place; on insuffle ensuite et l'on peut ainsi juger sainement des rapports du colon, de la disposition du péritoine.

Sur l'enfant, l'anatomie chirurgicale dépose plus haut encore que chez l'adulte en faveur de la possibilité de l'opération; celle ci y est aussi plus facile, parce que les rapports des organes entre eux sont plus constans.

Considérée dans l'état pathologique, la région lombaire se montre encore plus favorable à l'établissement d'un anus artificiel, car l'intestin, lorsqu'il est distendu par les matières stercorales, est plus volumineux que lorsque sa dilatation a été produite par l'insufflation.

La question des indications dans l'atrésie de l'anus se réduit donc à ces quatre points: 1° agrandir l'ouverture anale quand elle est trop étroite; 2° lorsque l'orifice n'est fermé que par une membrane, en pratiquer l'incision; 3° s'il n'y a pas de trace d'anus au périnée, chercher à découvrir et à ponctionner par cette région l'intestin; 4° enfin, lorsque ces tentatives auront échoué, faire une incision à la région lombaire, pour arriver sur le colon.

Ce n'est pas seulement pour faire autrement que Callisen, ajoute M. Amussat, que j'ai préféré l'incision transversale et cruciale de la peau et des muscles de la région lombaire, mais c'est parce qu'elle offre en réalité beaucoup d'avantages que n'a point l'incision longitudinale.

Un anus ouvert aux lombes est sans doute une infirmité dégoûtante, mais elle est cependant moins à charge au malade qu'on ne le pense en général. Ce qui donne le change à cet égard, c'est qu'on confond cette ouverture avec celles de l'intestin grêle qui succèdent à une hernie gangrenée. Or si, dans ces dernières,

les matières s'écoulent involontairement et continuellement, il n'en est plus de même dans l'anus ouvert aux dépens du colon, car l'évacuation des matières ne s'y fait qu'à de longs intervalles. Quelquefois même il y a une constipation contre laquelle on est obligé de lutter.

Ce travail est renvoyé à la commission déjà chargée d'examiner le premier mémoire de M. Amussat.

ÉLECTION DANS LA SECTION DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

MM. Andral et Bourgery écrivent à l'Académie pour se présenter comme candidats à la place vacante dans la section de médecine et de chirurgie par la mort de M. Double.

NATURE ET TRAITEMENT DE LA VARIOLE.

M. le docteur Seigneurgens envoie un mémoire sur la petite vérole. L'auteur, se fondant sur ce que la vaccination ne prévient pas toujours la variole, conclut que cette maladie est due à une cause spécifique qui n'a pas encore été indiquée. En suivant l'analogie et raisonnant aussi d'après les symptômes de la maladie et le succès d'un traitement qui lui a donné les résultats les plus satisfaisans, il pense que la variole tient à la présence d'insectes. Le traitement qu'il propose consiste dans l'emploi des préparations de mercure, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur.

M. Serres : L'idée que l'auteur du mémoire a reproduite n'est pas nouvelle dans la science. On a fait de nos jours beaucoup de recherches microscopiques pour constater l'existence des animalcules de la variole, et l'on n'a pas pu y parvenir. Les observations que j'ai entreprises personnellement n'ont pas eu plus de résultat.

On pourrait croire que la première pensée du traitement abortif de la variole a été inspirée par la persuasion où l'on était que cette maladie était causée par des insectes. Quoi qu'il en soit, mes premiers essais sur l'emploi de cette méthode datent de 1825, et il est à remarquer que les substances dont l'application m'a donné les meilleurs résultats sont précisément celles où entraient des préparations mercurielles, l'onguent napolitain, le vigo cum mercurio.

Il est encore un fait clinique qui aurait pu sembler favorable à l'hypothèse des animalcules. En recouvrant chaque pustule d'une capsule de verre que l'on maintenait en place durant quelques jours, j'ai vu le travail d'éruption continuer, languir ou avorter complètement, suivant que le verre était transparent ou qu'on l'avait rendu plus ou moins opaque. Cette influence était évidemment due au contact de l'air. L'expérience, du reste, n'a pas seulement été un objet de curiosité, elle m'a conduit à modifier quelques-unes des mesures hygiéniques employées dans la petite vérole ; et tandis qu'auparavant on plaçait en général les varioleux dans des lieux aussi bien aérés et éclairés que possible, on sait maintenant que les endroits obscurs conviennent beaucoup mieux à ce genre de maladie, et que ce seul changement suffit en général pour imprimer à son évolution la marche la plus favorable. Je n'ai même jamais eu de plus beaux succès à la Pitié qu'une année où l'on avait été forcé de coucher les varioleux dans une salle basse, mal aérée, très obscure, une espèce de cave. Les varioles confluentes y étaient on ne peut plus rares. Actuellement, dans cet hôpital, on les a transportés du premier étage au rez-de-chaussée, et l'on s'en trouve fort bien.

Je profiterai de cette occasion pour dire quelques mots sur la revaccination, sujet qui va bientôt revenir à l'ordre du jour, à propos des prix proposés par l'Académie. J'ai été à même d'observer de 17 à 1800 cas de variole, soit dans ma pratique particulière, soit dans le service des hôpitaux. Or, je puis déclarer que les individus qui ont eu la variole deux fois sont aussi nombreux que ceux qui l'ont eue après une première vaccination. L'observation de ces faits m'a conduit à penser qu'il y aurait des individus, des familles qui viennent au monde avec une prédisposition à contracter la variole deux fois, comme d'autres à ne l'avoir qu'une seule.

Commissaires : MM. Magendie, Serres, Breschet et Milne Edwards.

ORIGINE DE LA MEMBRANE CADUQUE.

M. Coste demande à l'Académie l'autorisation de lui présenter dans la séance prochaine le résultat de ses recherches sur la membrane caduque, dans l'espèce humaine. Il se borne aujourd'hui à l'indiquer sommairement. Tous les auteurs regardaient cette membrane comme le produit d'une exsudation, et pensaient qu'elle était destinée à maintenir l'œuf fixé contre la surface interne de l'utérus. M. Coste la considère, au contraire, comme le produit d'une véritable exfoliation de la couche interne de la matrice, et croit, ainsi du reste que John Hunter l'avait pensé un instant, que l'œuf, au lieu d'être placé à sa surface externe, est contenu tout entier dans son intérieur.

ENTOZOAIRES CHEZ LA GRENOUILLE.

M. Gruby écrit qu'ayant eu beaucoup d'occasions d'étudier les entozoaires sur la grenouille, il a pu arriver à quelques conclusions physiologiques sur leur mode de développement. Rien n'est plus commun que leur existence chez les animaux vertébrés à sang froid. Il a constaté la présence d'ovules d'entozoaires dans le sang et circulant avec ce fluide. Ayant injecté de ces ovules dans le système vasculaire d'un animal vivant, il a pu suivre exactement les lois de leur évolution dans les tissus, étudier la formation de leurs trois membranes, etc.

M. Gruby annonce encore que, ayant congelé la peau sur une grenouille, dans l'étendue d'un pouce carré, au point de la rendre dure et cassante, il a vu la vie s'y rétablir très rapidement aussitôt que la partie a été soustraite à l'influence du froid.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 5 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. FOUQUIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

M. Gimelle annonce à l'Académie la nomination de M. A. Bérard à la chaire de clinique chirurgicale de la Faculté de Paris. (Applaudissemens.)

MÉMOIRES DE L'ACADÉMIE.

M. Bousquet informe l'Académie que le dixième volume de ses mémoires sera composé des travaux suivans :

Éloge d'Huzard ; par M. Parisel.

Fragmens sur Galien, par M. Dubois (d'Amiens).

Sur les substances considérées dans leurs rapports avec la mortalité ; par M. Mélier.

Sur les tempéramens ; par M. Royer-Collard.

De l'examen microscopique du lait ; par M. Devergie.

Sur l'amputation sus-malléolaire ; par MM. Arnal et Martin.

Sur l'hémorragie qui suit l'opération de la taille ; par M. Bégin.

Sur la chute du rectum ; par M. Robert.

Cas de lésion grave du cerveau sans paralysie ; par M. Pollroux.

EMPLOI DES PRÉPARATIONS D'OR.

M. Chrestien lit un mémoire sur les préparations d'or et leur efficacité. Voici un extrait de ce travail :

L'efficacité des préparations d'or n'est donc plus un problème à résoudre. Elle repose sur un nombre de faits trop considérables, exposés trop clairement, puisés à des sources trop estimées et recueillis dans des climats trop différens pour qu'on puisse la révoquer en doute. Elle est encore prouvée par la divergence d'opinions qui existe entre la commission de l'Académie des sciences, déclarant en 1817 que les préparations d'or, très utiles dans les véroles constitutionnelles, ne conviennent nullement aux maladies syphilitiques récentes et aiguës qui par cet emploi sont exaspérées et compliquées d'accidens nouveaux et très graves, et les médecins de l'hôpital de New-York qui, à la même époque, tirèrent de leurs expériences la preuve irréfragable de l'efficacité de l'or, égale à celle du mercure, et de sa supériorité même dans quelques cas, lorsqu'il s'agit de la syphilis primitive, tandis qu'ils crurent ne pouvoir pas compter sur l'or pour une cure radicale lorsqu'il s'agit des symptômes secondaires (1). Je pourrais faire intervenir aussi contre la commission de l'Académie des sciences Cullerier qui, en 1819, publia, dans le Dictionnaire des sciences médicales, des résultats analogues à ceux des médecins de New-York ; mais le chirurgien en chef de l'hôpital des vénériens de Paris a été trop victorieusement combattu par M. Legrand (2) pour que je ne passe pas outre ; d'ailleurs il me suffit d'avoir indiqué l'existence de deux camps, dont l'un est pour l'efficacité de l'or contre la syphilis primitive, et l'autre contre la syphilis constitutionnelle, la conclusion naturelle de la différence des résultats me paraît être la preuve la plus péremptoire de l'efficacité de l'or autant dans la syphilis primitive que dans la syphilis consécutive.

Comment expliquer cette différence de résultats ? Je crois en avoir trouvé la clé dans les conférences que j'ai eues avec un assez grand nombre de médecins, soit à l'étranger, soit dans différens hôpitaux et dans des remarques que m'a fournies leur pratique.

Tout en admettant la spécificité de l'inflammation syphilitique, il ne faut pas oublier que celle-ci a, comme toutes les autres, quatre élémens communs qui sont : 1° l'éréthisme nerveux, 2° le mouvement fluxionnaire, 3° l'état de congestion, 4° la phlogose ; de plus, elle a quelque chose que nous ne pouvons pas apprécier au juste, et que nous appelons pour cela *spécifique*. Or, ceux qui se contentent de combattre ce cinquième élément commettent une erreur tout aussi grossière que ceux qui, le méconnaissant, ne combattent que l'état de congestion et la phlogose. C'est pour avoir administré les préparations d'or beaucoup trop tôt, alors que l'inflammation était trop aiguë, que plusieurs médecins ont vu échouer les préparations d'or dans le traitement des symptômes syphilitiques primitifs ; ils ont transgressé un précepte de pathologie générale qu'ils suivent partout dans toutes les autres maladies. L'auteur de la méthode iatraleptique a-t-il prétendu que l'emploi de ses préparations suffît pour la guérison des maladies syphilitiques ? Il a enrichi la matière médicale de nouvelles préparations, mais il n'a pas dit qu'elles fussent exemptes dans leur emploi de l'application des règles de l'art ; il a dit, au contraire, formellement à la page 342, que « dans les véroles récentes, et lorsque les symptômes annoncent la période inflammatoire, ceux-ci s'exaspèrent par l'action du nitrate d'or, donné même avec prudence, et il a été obligé de le répéter dans sa lettre à M. Magendie (p. 17).

L'inflammation n'est pas la seule complication qui rende la syphilis réfractaire au traitement le plus méthodique et le mieux approprié ; mais il serait trop long d'insister sur toutes les complications qui peuvent se présenter. Il est presque superflu de dire qu'il faut chercher à les découvrir pour leur opposer les moyens curatifs qu'elles exigent. Cependant, je ne saurais passer sous silence la *fièvre bilieuse* ou *gastrique*, dont quelques théoriciens modernes veulent méconnaître l'existence, et qui, sous le climat de Montpellier, est une des complications les plus fréquentes de la syphilis. J'ai souvent vu, dans les hôpitaux, des maladies vénériennes dont la guérison était déjà avancée, s'arrêter tout à coup et suivre même une marche rétrograde : il a suffi la plupart du temps d'augmenter la dose des substances purgatives qui entrent dans la composition de la tisane de Vigaroux, usitée à l'hôpital St-Éloi. Feu le professeur Fages nous disait souvent, dans ses savantes leçons, avoir vu les symptômes les plus dégoûtans des véroles les plus invétérées ne céder au traitement antivénérien que lorsque la fièvre bilieuse avait été combattue. La suspension du traitement aurifique et l'emploi des émétiques ou des purgatifs, suivant que les uns ou les autres méritaient la préférence, ont rendu, en détruisant la gastricité, à la préparation aurifique, dont j'avais repris l'usage, toute son action bienfaisante, dit le docteur J.-A. Chrestien dans sa lettre à M. Magendie (p. 25).

C'est donc parce qu'on a négligé les avis du docteur J.-A. Chrestien que les

(1) Voyez pour plus de détails : New-York medical repository, t. xix, p. 180.

(2) De l'or et du mercure dans le traitement de la syphilis, par A. Legrand, d'Amiens, p. 131 et suiv.

préparations d'or ont échoué dans les mains des uns contre les symptômes syphilitiques primitifs. Je vais expliquer pourquoi elles ont échoué dans les mains des autres contre les symptômes consécutifs.

Parce qu'une substance combat victorieusement une maladie sans que nous sachions le comment; parce que cette substance est dite spécifique, il n'est pas à dire que nous ne puissions constater dans cette substance une propriété générale. Ainsi, quoique l'opium soit dit sédatif, parce qu'il a en lui une vertu dormitive, nous constatons en outre chaque jour que c'est un stimulant, et qu'il favorise les congestions sanguines vers l'encéphale. Quoique le quinquina soit dit le spécifique contre la périodicité, nous savons en outre qu'il est tonique, et son emploi comme tel dans des maladies autres que les fièvres remplit souvent les vues du médecin. Il en est de même des préparations d'or : en outre de leur propriété antisyphilitique, elles ont une propriété excitante très active, comme l'indique le professeur Percy dans son rapport à l'Académie des sciences : « Elles agissent, dit-il, évidemment sur l'économie et sur l'organisme; elles y produisent des mouvemens de perturbation faciles à constater; elles provoquent des évacuations et des dépurations sensibles. » Voilà le mode d'action des préparations d'or. Ce n'est pas seulement par leur spécificité qu'elles guérissent; ou mieux, leur spécificité réside dans cette faculté de produire des mouvemens de perturbation, de provoquer des évacuations, des dépurations.

Or, c'est pour n'avoir pas su apprécier ces mouvemens critiques que plusieurs médecins n'ont pas pu guérir la vérole constitutionnelle au moyen des préparations d'or. Mais provoquer ces mouvemens de perturbation, les diriger, les modifier, les suspendre, les arrêter, réclament des connaissances séméiotiques généralement peu cultivées aujourd'hui.

Il faut donc, pour le succès des préparations d'or contre la syphilis, soit primitive, soit constitutionnelle, aussi bien que pour le succès de toute préparation pharmaceutique, qu'elles soient administrées avec discernement par un homme de l'art. Elles n'appartiennent pas plus à l'empirisme que le quinquina. Il n'est pas de paysan qui n'ait une recette pour guérir les accès de fièvre : chacun dit la sienne infaillible, chacun compte ses succès et oublie les revers (1). Mais le médecin seul peut se promettre la guérison, parce que seul il sait varier les préparations, les doses, l'opportunité de l'administration. Il en est de même des préparations d'or. Quelques médecins ont cru sans doute que leur inventeur les avait jetées dans la *matière médicale* du peuple, et c'est sans doute cette prévention mal fondée qui a valu quelques ennemis à la *doctrine chrétienne*, pour me servir du jeu de mots de M. Percy. Mais que ces praticiens jaloux de leur clientèle se rassurent. Le docteur J.-A. Chrestien avait déjà, en 1811, signalé les funestes effets qui pourraient résulter d'une administration mal dirigée de ses préparations « En poussant la dose trop loin, disait-il à la page 399 de sa MÉTHODE IATRALEPTIQUE, je courais le risque de déterminer un éréthisme général, l'inflammation même de tel ou tel autre organe, suivant la disposition du sujet. » Il a répété ce même passage dans sa lettre à M. Magendie, parce que ce médecin, dans son formulaire, tronque la note à laquelle il appartient; et de plus, cette même lettre du docteur J.-A. Chrestien à M. Magendie contient deux observations qui viennent à l'appui de sa remarque.

(Commissaires : MM. Baron, Lagneau et Guibourt.)

DE L'ÉTAT DE LA SÉCRÉTION URINAIRE DANS L'EMPOISONNEMENT PAR L'ARSENIC.

M. DELAFONT lit un mémoire sur cette question : LA SÉCRÉTION URINAIRE EST-ELLE SUPPRIMÉE DANS L'EMPOISONNEMENT SURAIGU PAR L'ACIDE ARSENIEUX? L'auteur rappelle d'abord que, dans la discussion soulevée à l'occasion du travail de MM. Flandin et Danger, l'Académie s'arrêta à la conclusion suivante : « La sécrétion urinaire n'a pas été suspendue chez les animaux soumis à l'action de l'arsenic sous les yeux de la commission; mais les expériences n'ont été ni assez nombreuses ni assez variées pour qu'on puisse, quant à présent, déterminer rigoureusement l'action de l'arsenic sur cette fonction. » Il était indispensable, continue M. Delafont, que cette question fût résolue d'une manière définitive, soit affirmativement, soit négativement, car elle est des plus importantes en médecine légale.

Dans les expériences auxquelles je me suis livré pour arriver à ce résultat, j'ai pris toutes les précautions nécessaires pour que l'empoisonnement fût suraigu. Elles ont porté sur des chevaux et sur des chiens qui avaient été privés de boissons et d'alimens pendant 24 heures avant l'ingestion du poison.

La quantité d'acide arsenieux avalé par les chevaux a été d'abord de 30, puis de 60 grammes, administrés partie en solution, partie en suspension. Les chiens en ont pris 5 grammes donnés de la même manière.

Les douze expériences que l'auteur a répétées lui ont donné les résultats suivans :

1° La durée de l'empoisonnement chez les chevaux a été quelquefois de 4 heures, et n'a jamais dépassé 51 heures. Chez les chiens elle n'a jamais été au-delà de 12 heures.

2° Les symptômes observés pendant la vie et les lésions cadavériques ont clairement démontré qu'il y avait eu empoisonnement suraigu.

3° Chez aucun des animaux soumis à l'expérience, la secrétion urinaire n'a été supprimée.

4° La quantité d'urine (évacuée pendant la vie, ou recueillie après la mort) a été variable, et en proportion avec l'acuité des phénomènes de l'empoisonnement. Pour les chevaux, elle a varié entre deux décilitres et trois litres; pour les chiens, entre trois centilitres et un décilitre.

5° La secrétion urinaire n'a donc jamais été supprimée; elle a seulement été diminuée.

6° L'urine ne commence à charrier l'acide arsenieux, à en offrir des traces sensibles, que lorsque les signes de l'empoisonnement ont commencé à se manifester.

7° Les taches obtenues en analysant l'urine par l'appareil de Marsh ont été abondantes et très caractéristiques de la présence de l'arsenic.

(Commissaires : MM. Ollivier (d'Angers), Chevallier et Lecanu.)

CONSCIENCE; SENTIMENT DU JUSTE ET DE L'INJUSTE.

M. VOISIN lit un travail intitulé : DU SENTIMENT DE CONSCIENCE, DU SENTIMENT DU JUSTE ET DE L'INJUSTE. Suivant l'auteur, il y a des idiots moraux, comme il est des idiots intellectuels. Cette vérité est évidente, car on ne peut nier que la conscience ne diffère chez les divers individus, qu'il n'y en ait de dégradées, de timorées, de singulièrement ridicules, etc.

Si la conscience fait partie essentielle de notre organisation, si sa voix se fait toujours entendre à nous, comment se fait-il que nous la suivions si peu? Pourquoi n'y a-t-il pas pour nous nécessité d'obéir à ses suggestions? D'un autre côté, comment peut-on comprendre que nous hésitions parfois pour qualifier certains actes de justes ou d'injustes? Ces objections embarrassent peu l'auteur; il attribue ces contradictions apparentes au défaut ou à la direction vicieuse de l'éducation, aux funestes effets des mauvais exemples. Quant à la diversité des coutumes suivant les nations, circonstance qu'on allègue souvent pour contester l'existence d'un sentiment inné du juste et de l'injuste, M. Voisin fait observer qu'il y a ici une distinction importante à faire. Il est constant que tous les hommes suivent les lois primitives de la morale, et croient toujours faire le bien; mais la conscience de chaque individu, comme celle de chaque nation, est toujours au niveau de ses lumières. Ce n'est pas le sentiment de moralité qui fait défaut chez les hommes et les conduit au mal, c'est l'insuffisance de l'éducation, ce sont la faiblesse ou les aberrations de l'intelligence. La justice humaine adopte elle-même ces considérations pour bases de pénalité. L'intégrité des facultés intellectuelles entraîne seule la responsabilité devant la loi; et jamais il ne viendrait à la pensée de personne de condamner un idiot ou un imbécile pour un crime qu'il aurait commis.

La conscience considérée en elle-même n'est donc, en quelque sorte, qu'une force aveugle. Pour l'éclairer, pour diriger son impulsion, l'adjonction de l'intelligence est indispensable; celle-ci vient régler ses inspirations pour les tourner vers le bien et les faire servir au bonheur de l'individu et de l'humanité.

M. Voisin se propose de compléter ce travail dans une prochaine séance.

(Commissaires : MM. Virey, Villermé, Dubois (d'Amiens).)

POLYPES DE L'UTÉRUS ET DU RECTUM.

M. Hullin présente un instrument destiné à faire la ligature des polypes et des tumeurs situées dans l'utérus, le vagin et le rectum.

M. Blandin est chargé d'examiner cet instrument et d'en faire un rapport à l'Académie.

TUMÉFACTION DES OREILLES CHEZ LES ALIÉNÉS.

M. Belhomme présente quelques remarques sur un phénomène qui s'observe assez souvent chez les aliénés en démence et atteints de paralysie générale. On voit quelquefois survenir dans ces circonstances une tuméfaction des tégumens de l'oreille. Déterminée, dans certains cas, par des contusions, des pincemens, cette affection peut aussi se développer spontanément. L'exemple suivant tiendra lieu de description. M. Belhomme a vu chez un aliéné cette tuméfaction se manifester simultanément aux deux oreilles. Une ponction faite avec la lancette à la partie la plus déclive de la tumeur donna issue à de la sérosité sanguinolente. En pressant fortement, le médecin fit ensuite sortir du sang pur et coagulé. L'ouverture se ferma promptement, mais le gonflement se reproduisit bientôt; une nouvelle ponction plus large le fit définitivement cesser. Les phénomènes suivirent à peu près la même marche dans l'oreille du côté opposé.

SECTION DU CRANE DANS LES AUTOPSIES.

M. Bonald met sous les yeux de l'Académie un instrument pour pratiquer la section du crâne dans les autopsies.

RÉTABLISSEMENT DES MOUVEMENS DU COUDE APRÈS UNE RÉSECTION.

M. ROBERT, chirurgien de l'hôpital Beaujon, présente une femme âgée de 26 ans, à laquelle il a pratiqué la résection du coude droit. La maladie qui a nécessité cette opération est une carie de l'articulation huméro-cubitale, survenue à la suite d'une chute sur le coude. Plusieurs fistules s'ouvraient sur les tégumens de l'olécrane; au pli du bras se trouvaient deux trajets étroits, mais profonds, et pénétrant dans l'articulation elle-même. Les parties molles environnantes n'étaient que médiocrement engorgées.

La peau correspondante à l'olécrane a été cernée et emportée. L'humérus a été scié immédiatement au-dessus des tubérosités inférieures, le cubitus au-dessous de l'apophyse coronoïde, et le radius à 1 centimètre environ au-dessous de son extrémité articulaire de telle sorte que les os ont subi une perte de substance de quatre travers de doigt au moins. Le procédé opératoire a été, à peu de chose près, celui que M. Velpeau décrit dans son traité d'opérations.

La résection terminée, le membre a été placé dans l'appareil à incubation de M. le docteur J. Guyot. Il n'y a pas eu de réaction traumatique, et, chose remarquable, la fièvre et l'insomnie qui minaient la malade avant l'opération, ont cessé immédiatement. Toutefois, la suppuration a duré fort longtemps, il a été impossible de rapprocher les surfaces des os réséqués, et la plaie n'a été complètement cicatrisée qu'au bout de dix-huit mois. Aujourd'hui, deux ans et trois mois se sont écoulés depuis l'opération : il est très intéressant d'observer la manière dont s'exécutent les fonctions de l'avant-bras et de la main.

Le membre a recouvré un volume presque égal à celui du côté opposé. Lorsqu'il est en repos et pendant sur le côté du thorax, on sent, entre l'extrémité de l'humérus et celle de l'avant-bras un écartement de trois travers de doigt, occupé par un tissu dense, mais très flexible, et permettant à l'avant-bras une grande mobilité dans tous les sens. A voir le membre dans cette attitude, on le dirait impotent et paralysé; mais si la malade fait un effort pour fléchir l'avant-bras, on voit aussitôt l'espace compris entre les os du bras et de l'avant-bras s'effacer

(1) Le curé d'un village voisin de Montpellier, malgré son instruction, n'est pas moins entêté que bien des paysans, et n'a pas une confiance moins aveugle dans des pastilles fébrifuges qu'il distribue à ses paroissiens.

presque entièrement par l'ascension de l'avant-bras, dont les os viennent chercher un appui contre la surface inférieure de l'os du bras, et le mouvement de flexion a lieu. Ce mouvement est assez étendu pour que l'avant-bras puisse former un angle droit avec le bras. La malade porte facilement la main à la tête et sur l'épaule opposée; elle peut soulever des corps assez pesans, une chaise, par exemple. Les mouvemens de pronation de la main existent à un degré assez marqué. Les mouvemens des doigts sont parfaitement libres. La malade peut serrer assez fortement des corps placés dans sa main, et tenir des objets d'un très petit volume. Depuis quelques mois, elle a repris son état de couturière; elle s'est habituée à manier l'aiguille avec la main gauche, et de la droite elle tient et fixe son ouvrage. Pour éviter la fatigue qui résulterait pour elle d'une flexion longtemps prolongée de l'avant-bras sur le bras, elle porte, quand elle travaille, un petit appareil composé de deux gouttières en cuir, embrassant, l'une le bras, l'autre l'avant-bras, et articulées au niveau de la brisure du membre.

La séance est levée à 5 heures.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

RÉPONSE A UNE LETTRE DE M. J.-P. TESSIER, SUR QUELQUES POINTS DU MÉCANISME DE L'INFECTION PURULENTE; par M. le professeur BLANDIN, membre de l'Académie de médecine.

Mon cher confrère,

Je reconnais avec vous que ce n'est pas d'aujourd'hui que vous essayez d'appeler la discussion sur le mode de développement de l'infection purulente; la note que vous avez adressée à l'Académie de médecine en 1836, était effectivement une protestation en bonne forme contre la doctrine que je professe sous ce rapport, et que vous combattez aujourd'hui dans la lettre que vous me faites l'honneur de m'adresser; mais vous m'accorderez, j'espère, que j'ai accepté à cette époque le débat que vous vouliez soulever, et que ce n'est pas ma faute si la discussion ne s'est pas engagée dans l'Académie, à l'occasion du rapport que je lui ai fait sur votre travail.

Cependant, mon cher confrère, à défaut de ce théâtre que vous aviez si convenablement choisi, et qui était si bien à la hauteur du sujet, vous me proposez de reprendre la question à nous deux dans la GAZETTE MÉDICALE; c'est là une bien grande tâche; mais enfin vous me parlez de *l'intérêt des élèves qui se pressent à mes leçons, de celui des malades confiés à mes soins*; en voilà plus qu'il ne faut pour me décider. J'ai, d'ailleurs comme vous, la ferme espérance que notre polémique ne sera pas sans quelque intérêt pour la science.

Toutefois, avant de vous suivre sur le terrain où vous vous êtes placé, il me paraît indispensable, pour la lucidité parfaite de la discussion, d'en bien poser les termes, de définir l'infection purulente, et de dire en quoi nous différons l'un de l'autre dans la manière d'en comprendre le développement.

L'infection purulente existe seulement lorsque le sang mêlé dans ses propres vaisseaux, je ne dis pas avec les élémens du pus, mais bien avec le pus en nature, est transporté par ceux-ci à toute l'économie, et distribué ainsi altéré dans tous les organes: c'est cet état morbide que quelques personnes s'obstinent encore à désigner par le nom si peu convenable de *résorption purulente*. Du reste, on comprend combien il serait facile de justifier la dénomination d'*infection purulente* que j'ai le premier imposée à cette affection, combien surtout elle est préférable à celle de *diathèse purulente* que vous affectionnez, mon cher confrère, et qui ne s'applique cependant qu'aux circonstances qui en favorisent le développement. Nous disons *infection purulente*, comme on dit depuis longtemps *infection miasmatique*, pour exprimer le fait d'un véritable empoisonnement des fluides organiques par le pus dans un cas, par des miasmes délétères dans un autre cas.

Dans notre manière de considérer les choses, l'infection purulente est toujours la conséquence d'une inflammation vasculaire, veineuse le plus souvent, qui s'est terminée par suppuration; mais comme elle ne peut se développer qu'à la condition de l'entraînement préalable du pus par les courans sanguins qui règnent dans le voisinage du point où celui-ci a été formé, et que cet entraînement n'est pas toujours possible, il s'en suit que l'inflammation vasculaire ne constitue qu'une prédisposition à cette maladie. Une fois produite, l'infection purulente engendre à son tour d'autres phénomènes morbides, les abcès appelés métastatiques, mais dont le mode de développement, suivant vous, ne justifie pas cette dénomination.

Ainsi, chez nos blessés ou chez nos opérés il peut se développer, et malheureusement il se développe bien des fois, trois états morbides fort graves: la phlébite, l'infection purulente et les abcès métastiques; états morbides subordonnés les uns aux autres, de telle façon que le premier est la cause d'où les deux autres découlent plus ou moins immédiatement, et dont il importe d'autant plus d'opérer la distinction, que leur succession, bien que très fréquente, n'est cependant ni constante ni nécessaire.

Voilà, mon cher confrère, les données générales qui doivent nous servir de point de départ, et auxquelles se rapportent tous nos raisonnemens et toutes nos théories. A moins de nier le fait du mélange du pus en nature avec le sang, à une certaine période de la maladie à laquelle succombent si souvent nos opérés, ce qui ne me paraîtrait pas facile à soutenir, je ne suppose pas que nous puissions beaucoup différer de manière de voir sous ce rapport; mais il n'en est plus de même lorsque nous passons à l'interprétation de ces données.

Pour vous, si je ne me trompe, la phlébite, l'altération du sang par le pus, et les abcès métastatiques de nos opérés sont la conséquence d'une disposition particulière des sujets, d'une diathèse que vous appelez purulente, qui préexiste à ces altérations et qui, une fois développée, devient la cause de la sécrétion du pus dans les vaisseaux, dans les viscères, dans le tissu cellulaire, etc., et se traduit à l'extérieur par des signes propres.

Pour nous, au contraire, la maladie est d'abord entièrement locale; l'inflammation se propage de la surface traumatique à l'intérieur des vaisseaux divisés qui l'avoisinent; du pus se forme dans ces vaisseaux, il est entraîné par les courans sanguins les plus voisins du lieu en suppuration; il se mêle avec le sang, il est distribué dans toute l'économie qui s'en trouve dès lors infectée, et bientôt on voit apparaître au loin des abcès, qui sont comme le contre-coup de l'empoisonnement purulent qui vient d'être produit.

Ces premiers points convenus entre nous, arrivons à l'article de la GAZETTE DES HÔPITAUX, sur lequel vous avez fait spécialement porter votre critique; néanmoins, vous me permettrez encore ici, mon cher confrère, de rappeler sommairement les circonstances du fait que vous invoquez; et cela est même d'autant plus nécessaire que les détails qui s'y rapportent, recueillis à mes leçons, ont été publiés sans mon contrôle, et que, sans être précisément inexacts, leur netteté, vous en conviendrez, ne frappe pas parfaitement le lecteur attentif. Le malade qui fait le sujet de l'observation en question était affecté d'une tumeur blanche du genou. Deux jours avant celui de l'amputation, la partie malade avait été le siége d'une inflammation aiguë, accompagnée de frissons violens, qui nous avait donné de sérieuses inquiétudes, et nous avait fait craindre de ne pouvoir saisir un moment favorable pour tenter un dernier effort en faveur de ce malheureux.

Cependant les accidens inflammatoires étant devenus moins pressans, nous dûmes prendre notre parti, et l'amputation fut pratiquée.

Le soir même de l'opération, le frisson reparut, et quelques jours plus tard, le mal avait fait un pas de plus, pour employer votre propre expression, il y avait *infection purulente en plein*.

A la même époque, douleurs au pli de l'aine, sur le trajet de la veine fémorale, douleur qui augmente par la plus légère pression. (*Sangsues vers ce point, et plus tard frictions à haute dose avec l'onguent napolitain.*)

D'abord amélioration de l'état du malade, puis aggravation des symptômes et mort.

A l'autopsie, veine fémorale oblitérée depuis la surface du moignon jusqu'à l'embouchure de la veine saphène interne exclusivement; veine saphène interne libre, ainsi que la partie la plus élevée de la veine fémorale, la veine iliaque externe, etc.; du pus dans la veine fémorale en deux points, près du moignon et à quelque distance au-dessous de la saphène interne; un caillot fibrineux rougeâtre sépare l'une de l'autre ces deux colonnes purulentes; un second caillot, infiltré de pus, ou plutôt du pus concret, établit un barrage entre le pus et le courant sanguin qui régnait pendant la vie de la veine saphène interne, vers la fémorale; abcès métastatiques dans les poumons, etc.

Sans doute, mon cher confrère, cette observation est intéressante; sans doute elle semble, au premier abord, favorable à votre doctrine, à ce point que j'ai dit à ma clinique, comme le rapporte le rédacteur de la GAZETTE DES HÔPITAUX, en présence d'un tel fait *M. Tessier triompherait*. Mais je me suis empressé d'ajouter que ce triomphe ne serait pas de longue durée, et que le désaccord n'était qu'apparent entre ce fait et la doctrine que je professe depuis longtemps sur l'infection purulente. En effet, mon cher confrère, ce bouchon placé au-dessus de la lumière de la veine saphène interne était formé par du pus concret, comme je l'ai dit, ou tout au moins il s'était laissé pénétrer par le pus placé au-dessous de lui; or, dans l'une ou l'autre hypothèse, il n'a pas pu s'opposer à l'entraînement du pus par le courant sanguin de la veine saphène interne, avant sa solidification dans le premier cas, après son imbibition purulente dans le second. Et s'il en a été ainsi, l'infection a été

produite, comme je l'ai dit précédemment en définissant la doctrine que je défends.

A la vérité, vous objectez, mon cher confrère, qu'au moment où il a été amputé, mon malade *offrait un état général bien digne de fixer notre attention*, puisque j'ai jugé qu'il ne permettait pas de différer l'opération que réclamait la profonde altération du genou; puis, vous ajoutez: *Je laisse à monsieur Blandin le soin de définir cet état, de crainte de m'en être fait une fausse idée.*

Il ne me sera pas difficile de vous satisfaire, et je me hâte d'autant plus à cet égard que le rédacteur de la GAZETTE DES HÔPITAUX a laissé ici dans son article une lacune qui n'était point dans ma leçon.

Oui, mon malade a eu un frisson violent le jour de l'opération; ce qui, soit dit en passant, est une anomalie fort rare dans les circonstances ordinaires; mais pour être juste il faut ajouter qu'il y avait eu aussi des frissons de même sorte avant l'opération, frissons qui avaient paru durant un moment de recrudescence dans les phénomènes inflammatoires du genou; de sorte que ce frisson du jour de l'opération n'est, en réalité, que la suite de ceux qui s'étaient montrés auparavant; et il est venu malheureusement attester que la maladie dont il était l'expression n'avait pas été emportée par l'amputation comme nous l'avions espéré.

Quelle était donc cette maladie que notre opération n'avait pu détruire? Pour vous il n'y a pas de difficulté à cet égard, c'était la disposition générale de l'organisme, que vous appelez *diathèse purulente*, disposition que vous êtes obligé de supposer ici d'après des symptômes qui, après tout, s'expliquent parfaitement sans elle. Pour nous, au contraire, mon cher confrère, mon malade avait une phlébite de la partie supérieure de la veine fémorale, au moment où l'amputation lui a été pratiquée, phlébite encore au début, et dont les caractères n'étaient pas assez tranchés pour qu'elle pût être nettement diagnostiquée, mais qui ne tarda pas à devenir tellement évidente, que les élèves les moins instruits du service ne purent élever le plus petit doute sur son existence. Et n'allez pas dire que nous faisons ici une supposition tout aussi gratuite que la vôtre; car je vous objecterais que, s'il y a un peu de vague des deux côtés, que, si l'autopsie n'a pu décider la préexistence à l'opération de notre phlébite fémorale, au moins a-t-elle établi que cette lésion était réelle, tandis qu'elle a été entièrement muette, comme cela devait être, à l'endroit de votre diathèse purulente. Ainsi:

1° Avant l'opération, phlébite fémorale au début;

2° Immédiatement après l'opération, continuation et caractérisation plus parfaite de la phlébite;

3° Infection purulente en plein, avec les rémittences propres à la marche de cette infection, et mort;

4° A l'autopsie, pus dans la veine fémorale, altération du sang et abcès métastatiques.

Ainsi, mon cher confrère, vous le voyez, sans torturer les faits, tout s'explique, tout s'enchaîne admirablement dans l'observation que vous critiquez. Il n'est pas besoin d'appeler à notre secours l'hypothèse de la diathèse purulente, pour rattacher les uns aux autres les phénomènes éprouvés par le malade avant et après l'opération qu'il a subie. Cela est si vrai, qu'il m'a été possible chez ce malheureux, comme je l'ai fait bien souvent, de marquer d'une manière précise le moment où l'infection purulente a succédé à la phlébite, celui où la première a commencé à produire les abcès métastatiques.

A cet égard, vous me permettrez, mon cher confrère, d'être d'une opinion diamétralement opposée à celle que vous exprimez touchant les résultats analogues auxquels sont arrivés Dance et M. Cruveilhier. Suivant moi (et contrairement à vos assertions), ces deux savans sont tout à fait dans le vrai, ils ne font qu'interpréter les faits; et si l'urbanité dont nous devons toujours nous faire une loi dans nos discussions scientifiques me permettait ces expressions, je dirais *que le roman n'est pas de leur côté, que leur logique est tout à fait irréprochable, et que si c'est un tort grave à vos yeux d'avoir proclamé le fait du mélange du pus en nature, avec le sang dans les vaisseaux, à la suite de la phlébite, c'est un tort que j'ai avec eux, et qui doit me valoir l'honneur d'être enveloppé dans l'anathème dont vous les avez si injustement frappés.*

Je crois, mon cher confrère, avoir suffisamment insisté pour montrer que l'observation que vous avez lue dans la GAZETTE DES HÔPITAUX, n'est pas aussi favorable à votre doctrine que vous l'aviez cru tout d'abord; je me bornerais donc à ces seules remarques, si vous n'aviez terminé votre lettre par quelques nouvelles critiques, qui demanderaient à être longuement réfutées, et qu'on ne peut cependant laisser passer sans un mot de réponse.

Vous citez, en premier lieu, une phrase de la LANCETTE, ou il est dit: *Nous croyons* (M. Blandin) *que le traitement auquel nous avons eu recours, lorsque les symptômes de la phlébite se sont déclarés, a contribué à limiter cette phlébite et* À RETARDER LA FORMATION DU CAILLOT, etc.; et vous ajoutez: comment, mon cher maître, pouvez-vous être persuadé de l'exactitude d'un raisonnement qui vous conduit à traiter vos malades de manière à retarder la formation du caillot, leur unique sauvegarde contre votre infection?

Je vous en demande bien pardon, mais votre réfutation de ce passage était parfaitement inutile; et en lisant avec attention le passage du journal, vous eussiez aisément reconnu vous-même que le mot *retarder* est une simple erreur typographique; car, dans l'espèce, le traitement n'a pu limiter la phlébite qu'*en favorisant la formation du caillot.*

Vous me faites un crime d'avoir constaté, par le toucher, que la veine fémorale était douloureuse, c'est-à-dire d'avoir recherché si tous les signes diagnostiques de la phlébite existaient bien réellement; et vous ajoutez: *si vous étiez aussi persuadé que vous le dites que le pus a pu être transporté dans le torrent circulatoire, vous seriez-vous permis d'exercer des pressions sur la veine fémorale suppurée, de manière à favoriser, à accélérer le passage du pus dans le sang?*

Ne dirait-on pas, mon cher confrère, que vous supposez que nous avons fait de véritables frictions sur la veine fémorale, comme celles que l'on pratique parfois sur les veines de l'avant-bras pour en faire sortir le sang dans l'opération de la phlébotomie?

Je vous l'avouerai, je n'ai pas le courage de répondre à cette chicane; qu'il me suffise de l'avoir citée. Je suis assuré qu'au fond vous n'y attachez pas plus d'importance que moi, et partant vous raierez de votre lettre cette phrase que vous m'adressez: *vous ne croyez donc pas plus que moi à votre théorie, car vous agissez comme un homme qui n'y croit pas.*

Quant à la question de savoir si la formation du caillot est primitive ou secondaire dans la phlébite, etc., je ne veux même pas l'aborder; son importance est telle qu'elle ne doit pas être ébauchée, et je n'aurais ni le temps ni l'espace nécessaires pour la traiter ici. Je vous laisse donc qualifier de *pures hypothèses* les faits nombreux et bien avérés rapportés par *Hunter*, par *Dance*, par moi et par une foule d'autres, de phlébites dans lesquelles le pus a été trouvé libre dans les veines par la partie supérieure. Je vous conseille cependant d'être un peu moins sévère à l'égard des observations de Dance; car il se pourrait bien qu'elles fussent plus exactes qu'elles ne vous paraissent; il se pourrait, encore un coup, que l'erreur ne fût pas du côté de ce médecin, et que l'*ombre respectable*, comme vous le dites, de cet habile et trop regrettable confrère n'eût pas beaucoup à redouter vos imprudentes attaques.

VARIÉTÉS.

— Lundi 4 juillet, à quatre heures, M. A. Bérard a été nommé professeur de clinique chirurgicale.

Un seul tour de scrutin a eu lieu; les voix se sont réparties dans l'ordre suivant:

MM. A. Bérard	8 voix.
Vidal	2
Laugier	1
Robert	1

— L'article sur un nouveau procédé propre à combattre l'asphyxie, inséré dans le dernier numéro de la GAZETTE MÉDICALE, est de M. CAMILLE CLIET. Quoique ce procédé n'ait pas été accueilli avec faveur par le conseil de salubrité, l'auteur a cru devoir en appeler à l'expérience. Nous pensons comme lui que le cercle des applications de son procédé est beaucoup plus étendu que ne l'a jugé le conseil de salubrité, et, pour cette raison, nous ne pouvons qu'engager nos confrères à le mettre en pratique, et à nous faire part du résultat de leurs essais.

— Un journal de Cadix annonce que la peste, ou pour mieux dire la maladie appelée *bubon*, vient d'apparaître en Portugal. La junte sanitaire de Séville prend des mesures en conséquence.

— M. DELESTRE commencera, le vendredi 15 juillet, un nouveau cours clinique, théorique et pratique des affections des dents. Tous les jours un grand nombre de sujets sont à la disposition des élèves.

Les leçons ont lieu de dix à onze heures, excepté les jeudis et dimanches, quai Conti, 5.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 29. (TOME X. — 1842.) SAMEDI 16 JUILLET 1842.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des Hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

ANATOMIE MICROSCOPIQUE.

Extrait d'un mémoire sur la structure intime des poumons dans l'homme et les mammifères (lu à l'Académie des sciences, dans la séance du lundi 11 juillet 1842); par J.-M. Bourgery.

Il y a six ans (16 mai 1836), j'annonçai, dans une lettre à l'Académie des sciences, une nouvelle théorie de la structure intime des poumons. En me présentant, après six années dans cette enceinte, pour soumettre les résultats de mes recherches à l'investigation des hauts-justiciers de la science, il semble que je doive trouver accumulées contre moi les préventions les plus défavorables. Sous l'impression d'une réserve aussi prolongée, ne doit-il pas sembler à tout homme non prévenu que ma confiance première est pour le moins ébranlée, et que je doute moi-même de la certitude des faits que j'avais annoncés? Il n'en est rien pourtant; d'autres causes motivaient mon silence.

Contredit à l'aurore de ma découverte par les partisans de Reisseisen qui avaient su rallier à sa théorie des savans du plus haut mérite, il ne me suffisait plus d'être convaincu de l'exactitude de mes observations, et d'avoir obtenu, à cet égard, l'assentiment de quelques hommes de science auxquels j'aurais péniblement démontré mes travaux à l'écart, si je ne possédais immédiatement les moyens de faire partager mes convictions à toute personne désireuse de juger les faits, et surtout, si je n'obtenais, sur les résultats de mes recherches, la haute approbation du seul corps dont l'opinion fasse autorité dans la science. Depuis, des travaux impérieux, d'une étendue considérable et dans une direction toute différente, m'ont contraint d'ajourner ce projet plus longtemps que je ne l'aurais voulu. Enfin, après avoir tant retardé, il m'a paru convenable d'attendre encore que les partisans de Reisseisen eussent eux-mêmes livré leurs gages. Ce moment est venu; tous ceux qui avaient quelque chose à dire ont apporté leurs faits avec les preuves, en ce qui les concerne, et leurs objections contre ma théorie. Je ne dois plus me taire.

Je viens donc aujourd'hui reproduire l'Académie des sciences les faits et les assertions que j'avais énoncés il y a six ans. Loin de récuser aucune des propositions que j'avais émises alors, fortifié par un grand nombre d'observations journalières, toujours univoques, non seulement je maintiens toutes ces propositions, mais j'en ajoute quelques autres qui confirment et achèvent de completer l'ensemble de la théorie.

Ce travail ayant pris une extension considérable présente plusieurs divisions:

1° Anatomie normale microscopique des poumons;
2° Anatomie pathologique microscopique;

Feuilleton.

ANTHROPOLOGIE; LES NÈGRES DES COLONIES; ABOLITION DE L'ESCLAVAGE.

Dans un ouvrage tout récent, riche en renseignemens exacts et curieux, écrit avec éloquence, et inspiré par les sentimens les plus généreux (1), M. Victor Schoëlcher, vient, à la suite, d'études approfondies faites sur les lieux, apporter de nouveaux argumens à l'appui de la noble cause à laquelle il s'est voué avec tant de talent et de succès, l'abolition de l'esclavage dans les colonies françaises. L'examen de cette grande question sous le rapport économique, social et politique n'est pas de notre compétence. Nous ne suivrons donc pas M. Schoëlcher dans ses laborieuses investigations; nous nous bornerons à examiner avec lui quelques questions d'anthropologie, d'hygiène et de médecine, traitées dans son livre.

La première de ces questions et la plus importante, car sa solution, dans un sens ou dans un autre, peut conduire à des conséquences pratiques opposées, est celle de la place naturelle de la race noire africaine dans le genre humain. Deux systèmes sont ici en présence L'un, qui est celui des naturalistes en général, et par malheur aussi celui des colons, prétend que le nègre est, en fait, en vertu de son organisation originelle et par nature, un produit inférieur à ceux des autres races humaines, et notamment de la race blanche; et c'est par cette infériorité native présumée qu'on explique l'imperfection relative de la civilisation et l'éternelle barbarie des peuples noirs, et qu'on cherche à légitimer l'esclavage. L'autre système, qui est celui de beaucoup de philosophes et des abolitionistes, soutient qu'il n'existe aucune différence essentielle organique entre la race nègre et la race blanche, que l'état de barbarie et d'ignorance reproché aux populations noires est le résultat de circonstances extérieures, et notamment en ce qui concerne les nègres des colonies, du fait même de l'esclavage; et c'est en vertu de cette égalité et unité naturelles du genre humain que la servitude imposée aux noirs par les blancs est considérée comme une violation des droits les plus sacrés de l'humanité M. Schoëlcher partage cette dernière opinion sous sa forme la plus absolue. Pour lui le nègre est intellectuellement égal au blanc, il n'y a entre eux de différence que celle de l'éducation. Il discute avec beaucoup de soin les assertions des physiologistes sur la constitution anatomique du nègre, et nie que les légères différences qu'on a pu trouver aient la moindre importance dans la question. Enfin, il invoque l'histoire pour prouver que des peuples nègres, selon lui, tels que les Carthaginois, les Phéniciens, les Egyptiens, se sont élevés jadis à un haut degré de civilisation et de lumières.

Nous ne pouvons adopter ni l'une, ni l'autre de ces manières de voir, si on les présente comme deux systèmes isolés, régulièrement déduits de principes op-

(1) Des colonies françaises; abolition immédiate de l'esclavage. 1 vol. in-8°. Chez Pagnerre, rue de Seine, 14.

3° Recherches anatomico-physiologiques sur la forme générale des vaisseaux pulmonaires;

4° Expériences physiologiques sur la capacité aérienne ou la perméabilité du poumon à l'air, sous des conditions différentes, dans les deux sexes et à divers âges.

De ces résultats si nombreux, un seul a été controversé, l'anatomie du système capillaire aérien, que les continuateurs de Reisseisen ont cru à jamais fixée par les recherches de cet anatomiste. Tout le reste, qui pourtant se corrobore pour constituer une grande théorie sous le triple aspect de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie, est passé sous silence et comme non avenu. C'est donc l'anatomie normale des deux appareils capillaires, le sujet en litige et le point de départ de toutes les observations ultérieures, qui fera l'objet de ce premier mémoire.

Ayant à remplir la double tâche de faire connaître les résultats de mes travaux et de combattre les opinions contraires, ce mémoire se compose de trois parties : 1° l'historique des faits constatant l'état des connaissances au moment où je commençai mes recherches; 2° l'exposé de mes propres observations; 3° l'examen critique des anciennes théories comparées avec la mienne.

PREMIÈRE PARTIE. — OPINIONS DES AUTEURS ORIGINAUX SUR LA STRUCTURE INTIME DES POUMONS.

Je ne puis, dans cet extrait, discuter les opinions diverses, sur la structure intime des poumons, que j'ai consignées dans le mémoire original. Il me suffira d'établir avec et d'après le savant rapporteur du travail de M. Bazin qu'il existait, à cet égard, trois théories représentées par les noms de leurs auteurs, Malpighi, Willis et Helvétius.

1° D'après Malpighi, le premier qui ait découvert la texture membrano-caverneuse des poumons, « la masse de ces organes, soutenue par les vaisseaux qui la parcourent, est une agglomération de petites membranes très déliées qui forment un nombre presque infini de vésicules orbiculaires et sinueuses. » Ces vésicules, qui toutes communiquent entre elles, « paraissent formées, sous le microscope, par la continuation amincie de la membrane de la trachée, dilatée à son extrémité dernière, et sur les côtés, en *ampoules sinueuses*, au-delà desquelles elle se termine par des vésicules inégales *qui offrent l'aspect d'une éponge.* »

2° Selon Willis, des derniers canaux bronchiques émanent des rejetons ou prolongemens, étranglés à de courts intervalles, par des *fibres ligamenteuses*, qui les partagent en cellules vésiculaires analogues à celles de l'intestin colon des rats. Parvenus sous la plèvre, ils s'y terminent par une extrémité cœcale on un fond, mais percé de pores qui laissent bientôt filtrer le mercure. Dans leur trajet, ces prolongemens vésiculaires, serrés les uns contre les autres, et par conséquent à peu près parallèles, sont néanmoins indépendans et sans autre communication que par l'intermédiaire de la bronchiole, qui forme leur origine commune. De leur assemblage par juxta-position résultent de petites grappes, qui composent les lobules.

Dans cet exposé, si clairement résumé par M. de Blainville, se trouve évidemment en entier la théorie qui a compté le plus de partisans, celle dite improprement de Reisseisen, et comme telle couronnée en 1808 par l'Académie de Berlin, professée partout, et soutenue naguère par un grand nombre d'habiles anatomistes, MM. Bazin, Burgræve (de Gand), Duvernoy, Lereboullet et Pascal (de Strasbourg). Après l'énoncé de l'opinion de Willis, il est impossible, en effet, de reconnaître rien d'original dans cette description, donnée par Reisseisen de « l'aspect si agréable des prolongemens extrêmes des bronches, montrant des rameaux profonds, transparens, cylindriques, divisés à la manière d'un arbre et terminés par une extrémité aveugle, sans aucune dilatation en sac ou en ampoule, mais faisant saillie à la surface (1). »

Pour Reisseisen, ce sont ces culs-de-sac sous la plèvre qui constituent les vésicules, et par conséquent il ne les reconnaît qu'à la surface du poumon, tandis que dans la théorie de Willis, comme dans les deux autres, elles existent partout dans sa profondeur.

3° Enfin, dans la théorie d'Helvétius, que M. Bazin fait remonter à Duverney, le lobule pulmonaire est formé par des aréoles ou cellules, communiquant toutes les unes avec les autres, mais formées par un tissu cellulaire spongieux, différent de celui des canaux bronchiques d'origine. Cette opinion, sauf de légères variantes sur la nature du tissu aréolaire, a été soutenue par un grand nombre d'anatomistes, Haller, Sœmmering, J.-F. Meckel, M. Cruveilhier.

Telles étaient les opinions émises sur les formes de l'appareil capillaire aérien du poumon lorsque je commençai mon travail.

DEUXIÈME PARTIE. — THÉORIE NOUVELLE DE LA STRUCTURE INTIME DES POUMONS D'APRÈS MES OBSERVATIONS PERSONNELLES.

Une question préjudicielle, d'une grande importance, est celle qui a rapport au mode de préparation des poumons.

Malpighi et Helvétius ont surtout étudié le poumon insufflé.

Willis, Reisseisen et ses continuateurs ont principalement mis en usage l'injection avec le mercure.

Ces deux modes exclusifs de préparation expliquent la différence des théories par celles des aspects qui ont frappé les observateurs. Je n'hésite pas à dire que c'est parce qu'ils ont examiné le poumon rempli d'air que Malpighi, Helvétius et d'autres ont reconnu partout les communications des capillaires aériens; et c'est parce que le poumon était rempli avec une substance opaque que Willis, Reisseisen et ses partisans ont nié les anastomoses, qu'ils n'avaient pu voir.

J'ai fait usage de tous les modes de préparation. Le meilleur, d'après ce que je viens de dire, est incontestablement l'insufflation; car, outre qu'il est la condition normale des canaux aériens, ce moyen offre surtout l'inappréciable avantage de laisser voir partout, dans les profondeurs, les canaux restés diaphanes, tandis que ces canaux sont masqués par les injections opaques, qui ne permettent de voir que la surface de premier plan. Néanmoins j'ai aussi fait usage des diverses injections opaques, soit résineuses, soit avec le mercure ou l'alliage fusible, non seulement comme moyen de vérification ou de contrôle, mais aussi pour changer l'aspect et obtenir en cylindres pleins les canaux que l'insufflation offre en cylindres creux.

(1) Tunc surculi extremi bronchiorum jucundissimo spectaculo ex profundis ramis ascendentes, pellucidi, cylindrici, ac ad arboris modum divisi, et extremo fine, cœco, neque in sacculum nec ampullulam dilatato, sed in superficiem protuberante, in conspectum venient.

(DE PULMONIS STRUCTURA; specimen inaugur., Argentor. 1803, p. 6.)

---

posés. Ils reposent en effet l'un et l'autre sur une base entièrement hypothétique dont la démonstration ne saurait jamais être faite, soit empiriquement par l'histoire, soit rationnellement par des inductions légitimes. Tous deux impliquent en effet une question d'origine insoluble. Nous n'avons sous les yeux, et l'histoire elle-même, si haut que nous remontions, ne nous offre que le fait existant d'une diversité très appréciable dans les caractères physiques des races d'hommes répandues sur le globe, et une inégalité relative concomitante dans le développement intellectuel et moral de ces mêmes races. Cette double diversité est-elle le résultat de différences originaires et fondamentales déposées primitivement en des types multiples et distincts, ou de simples variations d'un type unique, amenées à la longue par les influences extérieures du climat, des habitudes, du régime de vie, de l'état politique, etc..., c'est ce qu'il sera à jamais impossible de décider; car si l'expérience fournit, comme on va le voir, la preuve que les choses ont pu se passer de l'une et de l'autre manière, elle ne nous apprend nullement lequel de ces modes a été suivi *ab ovo* par la nature. Nous avons, dans le grand fait de la domestication des animaux, un exemple frappant en ce genre. Nous voyons se réaliser là, sous nos yeux, le double phénomène de la transformation d'un type animal unique donné en une multitude de types différens, sous l'influence de circonstances extérieures diverses, et réciproquement le retour de toutes ces diversités à l'unité du type primitif par la suppression des causes de variation. Ainsi, bon nombre au moins des races actuelles de chiens, si diverses d'organisation et de mœurs, sont évidemment des créations nouvelles, sorties de types bien moins nombreux et différens existans antérieurement, et on observe pareillement que toutes ces races rendues aux conditions de la vie sauvage finissent à la longue par se rapprocher à quelque degré par plus d'une modification physique et surtout par leurs habitudes d'un type uniforme. Cette expérience, et bien d'autres analogues, ne nous montrent cependant qu'une chose, savoir : qu'un animal quelconque, pris comme type, peut, sous certaines conditions, se subdiviser en variétés très dissemblables d'organisation et d'instincts, et que des êtres très dissemblables, sous les mêmes rapports, peuvent aussi, sous d'autres conditions, s'uniformiser en se rapprochant d'un autre type commun à tous. Mais cette expérience ne nous dit pas si, *à l'origine*, il y a eu un seul type de chiens ou plusieurs, car tout en nous montrant la possibilité de la scission d'un type en plusieurs autres, et de la fusion de plusieurs en un, elle est infiniment trop bornée encore et ne pourra jamais même être assez étendue pour nous permettre d'affirmer qu'un seul type ait pu se prêter ou non à toutes les transformations réalisées et à réaliser, ni, réciproquement, que tels ou tels types actuellement différens pourront ou non se confondre en un seul.

On voit par là qu'il est parfaitement inutile de chercher s'il y a eu un ou plusieurs types humains primitifs, puisqu'il est impossible d'arriver à cet égard même à une probabilité. Observons en outre que les partisans de ces deux hypothèses n'en ont nullement besoin pour leur cause respective; car elles ne servent absolument de rien dans la question. En effet, supposé que, conformément à l'opinion des abolitionistes, le nègre soit organiquement et psychiquement identique au blanc par nature et par essence, et que la grande disproportion intellectuelle existante entre eux ne soit qu'un effet accidentel des lieux, des temps, des circonstances, toujours est-il qu'il sera obligé de reconnaître, sous le nom de dégradation ou tout autre, cette inégalité relative comme un fait général dont il

Ceci posé, je vais parcourir succinctement dans leur histoire anatomique :

1° L'appareil capillaire aérien;

2° L'appareil capillaire sanguin;

3° Les cloisons intercanaliculaires, à la fois moyen d'union et d'isolement des deux appareils;

4° Enfin, la structure étant établie, je démontrerai l'accord physiologique des trois élémens anatomiques pour la double fonction circulatoire et respiratoire des poumons.

1° APPAREIL CAPILLAIRE AÉRIEN.

Si l'on coupe une légère tranche d'un poumon séché à l'état d'insufflation, et qu'on l'examine sous le microscope, à un grossissement de 20 à 50 diamètres, on voit la surface entière parsemée de petites cavités irrégulièrement circulaires, séparées par des cloisons plus ou moins épaisses, qui renferment les vaisseaux. Si on les observe attentivement, on voit avec évidence que celles de ces cavités dont l'orifice vient s'offrir à l'œil perpendiculairement ont une profondeur considérable, et qui est environ de 4 à 6 décimètres de l'orifice lui-même. Ici ce n'est donc point une sphère creuse, ou *vésicule*, que l'on a sous les yeux; mais une cavité cylindrique, ou un *canal*.

L'aspect de ces canaux est le même, quelle que soit, par rapport aux surfaces pleurétiques, l'inclinaison de la coupe, parallèle, perpendiculaire ou oblique. Tous sont également variés de direction; les uns en plus grand nombre, plus ou moins perpendiculaires aux surfaces, ou obliques, à section conique, et çà et là, quelques autres, parallèles ou horizontaux, coupés en travers suivant leur longueur, et qui se présentent en forme de gouttière. Tous ces canaux sont très flexueux et s'abouchent aux extrémités et sur leur contour, les uns dans les autres, par un grand nombre d'orifices. Ce double caractère, qui saisit d'abord pour les gouttières, par un examen attentif, devient très évident pour les canaux perpendiculaires ou obliques. En descendant avec la lentille dans les espèces de puits dont elle donne l'image, on les voit s'incurver, se bifurquer, et l'œil plonge sur les parois, dans les galeries latérales formées par les canaux qui viennent s'y ouvrir. Ces flexuosités si nombreuses sont le résultat nécessaire de l'intrication de canaux à directions croisées ou obliques, qui se contournent les uns vers les autres à tous les plans.

Aucun canal ne donne l'idée d'un cul-de-sac ou cœcum. Il n'en est pas qui ne s'abouche dans les plus voisins, au moins par les deux bouts, mais toujours en faisant un coude. Presque tous reçoivent en outre, sur leur trajet, une ou plusieurs embouchures de canaux semblables. J'en ai compté jusqu'à sept sur une seule paroi, ou sur le fond d'une gouttière horizontale. Ainsi donc, quels que soient la surface et le point que l'on observe, partout des canaux flexueux anastomosés à tous les plans, nulle part des canaux directs sans anastomoses, ni des vésicules.

Tels sont, dans leurs généralités, les véritables capillaires aériens des poumons, non seulement dans l'homme, mais dans les mammifères. Ces canaux, contournés sous toutes les inclinaisons, circonscrivant entre leurs anses des trajets sinueux que parcourent les vaisseaux, et s'abouchant tous les uns dans les autres, donnent l'idée d'un espace tout divisé, à milliers d'embranchemens tortueux, incessamment continu avec lui-même, et où il n'y a rien de terminal que l'orifice d'entrée où se trouve également ramenée la sortie; c'est, en un mot, l'image d'un véritable *labyrinthe* à trois dimensions, ce qui m'a engagé à nommer ces conduits *canaux labyrinthiques aérifères*, pour les distinguer des *canaux ramifiés* qui forment la terminaison de l'arbre bronchique. D'après cette définition, il est clair que le lobule, avec son unique orifice aérien, ne fait que reproduire en petit les poumons eux-mêmes, dont la trachée est également le canal d'entrée et de sortie; c'est en un mot un petit poumon. Nous verrons plus loin cette donnée de l'appareil aérien, complétée par l'appareil capillaire sanguin, et la conclusion anatomique de tous les deux confirmée par la physiologie et la pathologie.

Je viens de donner l'aspect du poumon insufflé des mammifères, tel qu'il se présente immédiatement à l'observation directe, et comme chacun, à défaut de poumon d'homme, peut le vérifier à l'instant sur le premier fragment venu de poumon de veau ou de mouton. Mais pour comprendre la succession décroissante des canaux aériens, il faut étudier méthodiquement la composition du lobule.

Chaque lobule reçoit ordinairement un seul rameau bronchique central, qui forme l'arbre commun de ses divisions aériennes. Si le lobule est d'un grand volume, il peut y entrer deux ou même trois de ces rameaux, de longueur inégale; les plus faibles se perdent latéralement de la manière qui sera dit plus loin; un seul, qui continue le canal d'origine, atteint la base périphérique du lobule, et la contourne, en se ramifiant, jusque vers l'un de ses angles qui forme le sommet terminal. A partir de cet arbre central décroissant naissent, en succession alterne et rayonnant en étoile dans toutes les directions, des ramuscules secondaires que j'ai nommés *canaux ramifiés bronchiques*, expansion dernière de l'arbre trachéal au-delà de laquelle commence l'appareil labyrinthique.

Le mode de terminaison de ces canaux est celui-ci : le capillaire bronchique, dans son trajet, s'ouvre d'abord, sur ses parois, dans un ou plusieurs canaux labyrinthiques, dont les orifices sont perpendiculaires à sa direction. Au-delà, il se termine par un petit renflement irrégulier, sinueux, allongé, unique, bifide ou trifide, criblé, dans chaque compartiment, par un ou plusieurs orifices labyrinthiques, et s'abouchant au fond avec l'un d'eux qui fait suite au canal d'origine. Ce sont bien là les ampoules sinueuses indiquées par Malpighi comme intermédiaires de la trachée aux vésicules.

Une fois entré dans le système labyrinthique, comme je l'ai dit plus haut, l'aspect est partout le même. J'aurais voulu pouvoir montrer ces canaux sinueux, étranglés d'espace en espace, suivant la remarque de Willis, non, comme il le dit, par des fibres ligamenteuses, mais par des vaisseaux annulaires, circonscrivant dans leurs intervalles des locules au fond desquelles sont les orifices d'autres canaux labyrinthiques; la succession de ces locules elles-mêmes nous aurait expliqué par leur aspect la croyance à des chaînes de cellules sans fin qui est le fondement des théories de Malpighi et de Helvétius. Enfin, j'aurais fait voir comment il semble exister deux sortes de canaux, les plus grands permanens, les petits en quelque sorte temporaires, puisqu'ils paraissent se développer dans l'enfance en vue de la respiration virile, et qu'ils disparaissent peu à peu, chez le vieillard, comme le premier degré de l'emphysème sénile. J'aurais suivi ces différens canaux dans leur développement, leurs formes, leurs dimensions et leurs rapports, en indiquant les différences légères qu'ils présentent de l'homme aux divers animaux, etc., etc., mais, pour tous ces détails, je suis contraint de renvoyer au mémoire original.

---

devra tenir compte dans l'appréciation des rapports sociaux de ces deux classes d'hommes; et pareillement si on suppose, avec les partisans de l'esclavage, que le noir et le blanc sont deux espèces essentiellement distinctes, et que l'inégalité d'intelligence de ces deux espèces est radicalement fondée sur des différences primitives d'organisation, ils ne peuvent cependant de leur côté nier qu'en fait cette inégalité ne soit susceptible de grandes variations dans le degré, et ne puisse par conséquent être infiniment diminuée. Ainsi ils sont obligés d'admettre de part et d'autre comme faits, les uns, l'infériorité intellectuelle de la race nègre, quelle qu'en soit la cause; les autres, la perfectibilité de cette même race. C'est uniquement sur ce terrain des faits qu'ils peuvent se rencontrer et chercher à s'entendre.

Il serait bon de voir enfin disparaître de cette importante question ces principes absolus, à la fois inconciliables et indémontrables, qu'on s'oppose indéfiniment sans aucun résultat possible, et sur lesquels on a l'air, de part et d'autre, de vouloir faire porter tout le débat. Les abolitionistes surtout ont nui parfois involontairement à leur belle et bonne cause en se livrant à leurs déclamations métaphysiques sur l'unité de l'espèce humaine, et par leurs apologies exagérées des noirs. Il n'est pas du tout nécessaire en effet que le nègre soit l'égal du blanc, au physique et au moral, pour qu'il ait droit à la liberté, et c'est faire trop beau jeu aux partisans intéressés de l'esclavage que de donner pour motif à l'émancipation la prétendue parité de la race noire et de la race blanche, car il leur est facile de démontrer que cette parité n'existe pas, et dès-lors en réfutant leurs adversaires, ils semblent justifier leur propre cause. M. Schoelcher est, en quelques endroits, tombé peut-être dans ces exagérations. Ainsi, il ne fait pas difficulté de croire que si les enfans nègres étaient soumis à la même éducation que les blancs, ils deviendraient des hommes comparables en intelligence et en instruction aux Européens. Il se fonde sur l'expérience faite aux îles anglaises, où on a vu les négrillons apprendre aussi vite que les blancs les élémens de la langue, de l'écriture et du calcul; mais cela ne prouve absolument rien pour le progrès que pourraient faire ces enfans, car il est un certain degré d'instruction auquel les intelligences les plus inégales peuvent atteindre avec la même rapidité, surtout dans l'extrême jeunesse. Il y a lieu de croire que l'esprit du nègre s'arrêterait beaucoup plus tôt que ne le pense M. Schoelcher; et c'est ce que l'expérience de Saint-Domingue a, autant que nous pouvons le savoir, suffisamment montré. Nous croyons que la race noire des colonies, loin d'être destinée, quelque destin qu'on lui fasse, à briller dans la carrière des arts, des lettres et de la civilisation à l'égal des nations blanches ou jaunes, ne pourra s'approprier que très lentement et bien imparfaitement les lumières des autres. Au reste, nous le répétons, on n'a pas besoin de nourrir des illusions de ce genre pour réclamer l'abolition de l'esclavage. Il est plus qu'inutile de chercher à prévoir toutes les conséquences que pourra avoir ou n'avoir pas l'émancipation sur les lumières des nègres; il suffit qu'on sache que leur condition matérielle ne sera pas empirée.

Si l'affranchissement, en effet, est devenu aujourd'hui inévitable, c'est moins peut être à cause de l'intérêt inspiré par le sort des esclaves que par le cri toujours croissant et désormais irrésistible de la conscience publique On ne veut plus avoir des esclaves, non pas tant parce que ces esclaves souffrent, que parce que le titre de propriétaire d'hommes devient trop lourd à porter. On a compris que l'esclavage déshonore aussi le maître. C'est la pitié qui a commencé l'émanci-

Tel est, en sommaire, l'exposé de mes recherches sur la structure intime de l'appareil capillaire aérien des poumons des mammifères.

Cette théorie offre des analogies avec les trois autres; mais les différences sont encore plus sensibles et le deviendront bien davantage lorsqu'il va être question des capillaires sanguins.

Elle ressemble à celles de Malpighi et de Helvétius, en ce que les capillaires aériens communiquent partout les uns avec les autres; cette communication à la périphérie étant circonscrite par lobules, dans l'homme et ceux des animaux qui offrent cette disposition. Mais elle en diffère en ce que les capillaires aériens ne sont pas des vésicules, mais des canaux.

Elle ressemble à celle de Willis et Reisseisen par cette même raison que les capillaires aériens y figurent des canaux et non des vésicules; mais elle en diffère très essentiellement par la forme, le nombre, l'intrication et la destination de ces canaux : le tissu pulmonaire fonctionnel, dans la théorie ancienne, étant représenté par des canaux qui font suite à ceux des bronches, de manière à traverser directement le poumon de part en part, rayonnés du centre à la périphérie, sans aucune anastomose entre eux, et terminés en cul-de-sac, tandis que, dans la mienne, la partie fonctionnelle de l'organe constitue un appareil particulier de canaux dirigés dans tous les plans, sinueux, perpendiculairement anastomosés, un seul avec plusieurs, et dont ceux qui arrivent sous la plèvre, et qui sembleraient devoir faire des culs-de-sac, se coudent au contraire et se recourbent au-dedans pour rentrer dans le lobule et s'aboucher dans un canal plus profond. C'est, en un mot, un espace sans fin, ou, comme je l'ai dit, un véritable labyrinthe.

C'est donc une quatrième théorie que je présente, quant à l'appareil capillaire aérien. Je constate d'abord qu'elle est autre que celles qui ont précédé. Les partisans de Reisseisen ne s'y sont pas trompés; j'invoque en preuve la vive improbation dont ils l'ont frappée tout d'abord à son apparition, et qui n'allait pas moins qu'à nier la possibilité des faits sur lesquels elle est établie. Quant à la conformité qu'on lui a trouvée avec ce qui existe chez les oiseaux, j'en prends acte comme d'une preuve analogue fournie par la science, à laquelle je n'avais pas songé, ayant formulé ma théorie d'après l'observation directe du poumon de l'homme d'abord, puis des mammifères, qui devaient être naturellement les sujets essentiels de mes recherches.

ANATOMIE GÉNÉRALE.

MÉMOIRE SUR LE TISSU FIBREUX ÉLASTIQUE (1); par M. le docteur DESCHAMPS (de Melun).

SECTION Ire. — ANATOMIE.

I. — A l'époque de la publication du TRAITÉ DES MEMBRANES de Bichat, les annales des sciences physiques renfermaient des traces bien marquées et même nombreuses d'organes élastiques. Les ligamens jaunes intervertébraux, l'élasticité et l'organisation spéciale des artères, les ligamens releveurs des griffes des carnassiers, les faisceaux fibreux qui ouvrent à la manière d'un ressort les coquilles bivalves, n'avaient point échappé aux investigations des anciens anatomistes. Si l'illustre auteur des systèmes élémentaires glissa légèrement sur ces documens certains et historiques, je rappellerai que le *tissu vasculaire*, fraction du tissu élastique, avait frappé le génie de Bichat, puisqu'il le rangeait de même que les *systèmes cellulaire* et *nerveux* parmi les trois tissus *formateurs* ou *primitifs* des vingt et un systèmes élémentaires dont il donne la description dans son immortel ouvrage. Hunter fut le premier qui trouva de l'analogie entre les phénomènes d'élasticité des fibres jaunes et les effets des bandages élastiques que l'art médical oppose au développement des organes affectés de polysarcie. Depuis cette remarque ingénieuse, les recherches des savans ont principalement pour objet de signaler la présence de la fibre élastique dans la composition des organes. Béclard rapporte à ce tissu la membrane capsulaire fibreuse de la rate et la tunique fibreuse d'enveloppe du corps spongieux, du corps caverneux et du canal de l'urètre. J. Muller a trouvé ce tissu élastique dans l'organisation de la verge des oiseaux brévipennes et dans plusieurs espèces. M. Duvernoy le décrit avec soin sous forme de réseau dans la poche sous-mandibulaire du pélican. Lauth l'a découvert dans le tendon du muscle extenseur de la membrane de l'aile des oiseaux. M. Clugge indique un réseau de ce tissu dans l'utérus de la vache. Enfin, des auteurs en petit nombre ont tenté une coordination du tissu fibreux élastique; mais la confusion règne dans ces travaux, parce que les caractères génériques de ce système élémentaire sont indéterminés. Les uns disent que la disposition fibreuse du tissu élastique est commune à plusieurs tissus élémentaires. Les autres font observer que la couleur jaune est une qualité physique purement accidentelle. Tous confondent la contractilité de tissu avec le phénomène de l'élasticité.

II. — Il importe donc d'établir à quels signes indélébiles l'anatomiste distinguera le tissu *antitupien* (1) dans l'organisation animale. Pour appartenir à ce tissu élémentaire, les fibres d'un organe doivent résister à l'ébullition, s'incruster de sels calcaires dans certaines conditions, acquérir de la diaphanéité par la dessiccation et devenir opaques en reprenant l'eau de composition après leur immersion dans un liquide aqueux. Le phénomène de l'élasticité dans ce tissu est porté au plus haut degré; il est rapide, instantané, et ramène brusquement à la manière d'un ressort métallique distendu l'objet déplacé à sa situation primitive. Après la mort aussi bien que pendant la vie, le jeu élastique est aussi puissant. Ainsi, que l'on incise une membrane, un ligament, composés de tissu élastique, à l'instant même les bords de la section s'éloignent pour ne plus se rejoindre d'eux-mêmes. Coupé ou détruit le tissu antitupien ne se cicatrise pas, ne se reproduit plus.

III. — Dans sa disposition générale, le système élémentaire ne consti-

(1) Adressé à l'Académie des sciences, le 31 mars 1838, ce mémoire a obtenu des encouragemens au concours Montyon, en 1839.

(1) Le radical du mot *élastique* se tire du grec ελασις, d'ελαυνω, je pousse, je presse. Le phénomène de l'élasticité se traduisant mieux par αντιτυπος, d'αντιτυπεω, je repousse, je repercute, je propose de nommer le tissu élastique *tissu antitupien*.

pation, puis est venue la justice; ces deux mobiles ne suffisant pas encore, il s'en est ajouté un troisième, l'honneur. Celui-ci est moins doux que le premier, moins élevé et moins pur que le second, mais il est noble encore et plus sûr. C'est dans ce sens que doivent travailler désormais les abolitionistes, au lieu de se livrer, comme ils le font trop volontiers, à des descriptions illusoires, sinon mensongères, des vertus des noirs et de leurs destinées futures. Le fait de l'esclavage est maintenant condamné par la conscience publique européenne; il ne faut plus d'esclaves, parce qu'il ne faut plus de possesseurs d'esclaves; que ces esclaves soient noirs, jaunes ou blancs; qu'une fois libres, ils deviennent savans ou demeurent ignorans, qu'ils usent bien ou mal de leur liberté, cela ne change en rien la question. Ce n'est plus d'eux qu'il s'agit, c'est de nous. Les difficultés, les dangers, les dommages qui peuvent résulter d'une telle mesure doivent être pris sans doute en considération, mais c'est là l'affaire des gouvernemens. La morale et la science n'ont pas à s'en occuper.

Nous regrettons que l'étendue des réflexions qui précèdent nous interdise d'examiner quelques autres parties du livre de M. Schoelcher consacrées à la pathologie du nègre et aux institutions médicales des Antilles qui ne seraient pas moins dignes d'attention. Nous espérons en avoir assez dit cependant pour faire comprendre l'importance et l'intérêt de cet ouvrage qui devra être consulté par tous ceux qui, par devoir ou par simple curiosité, voudront être consciencieusement et exactement informés sur la plus grande question sociale du siècle, l'abolition de l'esclavage.

— MM. Bouillaud, Dezeimeris et Terme (de Lyon) viennent d'être nommés députés.

— Samedi 9 juillet, MM. Cullerier et Marjolin fils ont été nommés chirurgiens du bureau central des hôpitaux.

AU RÉDACTEUR.

Monsieur,

Je réclame de votre équité et de votre justice l'insertion de la note suivante dans votre journal.

Dans le numéro 25 de cette année, qui a paru le samedi 18 juin, à la page 395, article REVUE DES JOURNAUX, vous donnez, sous le § IV, l'extrait du BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE, sur la rétraction musculaire syphilitique et son traitement. L'article de ce journal parle de trois cas observés par M. Ricord, et vous commencez votre extrait en disant : « Il est une maladie extrêmement rare, et signalée seulement depuis quelque temps, sur laquelle il importe d'appeler l'attention de nos lecteurs. » Et plus bas, vous ajoutez : « D'après cette description, que nous empruntons textuellement au BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRA-

tue pas un tout lié et cohérent; il est disséminé dans l'organisation et semble placé en réserve avec un soin particulier qui nous conduira plus tard à rechercher les conditions ou les lois physiologiques qui président à son existence et à sa répartition dans les organes.

IV. — Il existe deux variétés de tissu fibreux antitupien; l'une *jaune*, appelée *tissu fibreux, jaune élastique*, par M. Duméril; l'autre, *blanche*, souvent confondu avec le système fibreux de Bichat, en raison même de sa blancheur, mais qui en diffère par ses propriétés et son jeu élastique dans la mécanique animale.

V. — Le tissu fibreux *antitupien* se présente sous plusieurs formes distinctes; tantôt les fibres réunies en petites masses fasciculées composent des *ligamens* et des *tendons élastiques*; tantôt elles s'épanouissent en *membranes planes* formées de plusieurs lames ou feuillets superposés; tantôt, enfin, elles s'enroulent en interceptant un canal central pour le passage de certains fluides et revêtent la forme de *membrane canaliculée*.

CHAP. II. — LIGAMENS ET TENDONS ÉLASTIQUES.

Lorsque de petites masses fibreuses élastiques réunissent deux points opposés de la charpente osseuse, ou bien, quand elles servent d'union entre un organe fixe et un organe mobile, ces masses, ordinairement rondes et fasciculées, quelquefois planes et membraniformes, constituent les ligamens et tendons élastiques.

Composés de fibres élémentaires homogènes, les ligamens jaunes élastiques sont nombreux. J'indiquerai: 1° le ligament cervical des herbivores; 2° les ligamens jaunes intervertébraux; 3° un ligament qui, selon M. de Blainville, sert à rapprocher l'avant-bras de l'épaule quand l'aile n'est pas tendue; 4° plusieurs muscles des osselets de l'ouïe des grands mammifères; 5° le ligament rétractile de la griffe du lion, du chat (Perrault, Mém. de l'Acad. des sciences). Le guépard ou tigre chasseur des Indes est une espèce de chat qui fait exception, dans le genre *felis*, à cette organisation par ses ongles non rétractiles; 7° les grands ligamens situés à la base des plumes rémiges; 8° les petites lanières élastiques qui, selon M. de Blainville, tiennent au tendon du muscle fléchisseur, aux pieds des oiseaux; 9° et le tissu élastique de la membrane de l'aile des oiseaux.

Dans le tissu fibreux blanc élastique se rangent: 1° le ligament cervical de l'homme et des vertébrés de plusieurs ordres; 2° les ligamens suspenseurs de la verge et du clitoris; 3° une fraction des ligamens intervertébraux des quadrupèdes; 4° les ligamens interpubiens des vespertilions parmi les chéiroptères; 5° le ligament qui maintient ouvertes les coquilles bivalves (Perrault, Tr. de phys., t. III).

VI. Du ligament cervical. — Le ligament cervical de l'homme, *ligament descendant* de Diemerbroëck, nommé *ligament postérieur* par les anciens, s'étend de la protubérance occipitale externe aux apophyses épineuses des vertèbres du cou. Composé de tissu fibreux, blanc, élastique, cet organe a la forme d'une membrane triangulaire et varie beaucoup pour sa force et pour son épaisseur dans les différentes races humaines et chez les quadrumanes.

Le ligament cervical des pachydermes et des ruminans est très considérable par son poids et sa puissance. Nées des apophyses épineuses dorsales désignées sous le nom de garrot, les fibres jaunes de cet organe important, parallèles les unes aux autres, se dirigent toutes d'arrière en avant et se rassemblent, au niveau des quatre premières vertèbres cervicales, en deux faisceaux volumineux et très distincts; l'un, supérieur, plus fort que le tendon d'Achille de l'homme, va se fixer à une protubérance transversale de l'occipital fortement en relief pour le recevoir; l'autre, sous forme de membrane très dense, s'insère à l'axis dont l'apophyse épineuse est très large. Du sommet des apophyses épineuses cervicales, partent des faisceaux fibreux qui concourent à sa formation.

Le ligament cervical est double chez le bœuf, le cheval, la brebis, etc. Les pachydermes proboscidiens, selon Cuvier et Duméril, ont le ligament cervical le plus considérable. Les mammifères ne sont pas tous pourvus de cet organe. Je l'ai vu manquer dans un grand nombre d'espèces parmi les rongeurs et les carnassiers. A l'état rudimentaire, chez les oiseaux, le ligament cervical disparaît dans les reptiles et les poissons, et le ligament sur-épineux va droit se fixer au crâne. Cet organe fibreux s'incruste de sels calcaires, et forme un ostéïde très fort dans la taupe et dans le cormoran.

VII. Ligamens élastiques de l'aile des oiseaux. — Parmi les organes élastiques destinés à retenir dans la flexion l'aile des oiseaux, le plus grand est placé dans le repli cutané du bras et de l'avant-bras. Ce ligament s'adosse au tendon du muscle fléchisseur superficiel et se change en membrane élastique dans le chat huant ou chouette des bois (*stridula*, etc.), oiseau nocturne.

Dans le repli cutané inférieur de l'aile, j'ai trouvé, surtout chez les pics, parmi les grimpeurs, un ligament longitudinal et perpendiculaire à la direction des plumes rémiges. Il existe encore chez un grand nombre de gallinacés, de grimpeurs et d'échassiers, un second ligament profond ou de Blainville, élastique, parallèle au premier, tantôt composé de fibres jaunes, tantôt de fibres albuginées, comme dans l'épervier (*falco nisus*).

Les deux grands ligamens longitudinaux ont pour usage de maintenir les plumes rémiges à distance égale, lorsque l'aile est déployée, et, de plus, quand ils sont élastiques, de favoriser le mouvement de bascule des plumes rémiges, mouvement qui oblige ces rames aériennes à se ployer toujours dans la même direction.

VIII. Appareil élastique vertébral. — Cet article a exigé de nouvelles recherches. (Gaz. Méd., 18 décembre 1841.)

CHAP. III. — DES MEMBRANES FIBREUSES ÉLASTIQUES.

Par une fine dissection, il est facile de séparer en plusieurs lames ou feuillets superposés les membranes fibreuses élastiques, jaunes et blanches. Cette disposition des tuniques fibreuses en lamelles homogènes en a cependant imposé à des savans qui admettent un plus grand nombre de tissus stratifiés qu'il n'en existe véritablement dans la composition de certains organes et surtout dans le système artériel. Un tissu ne sera donc nouveau, pour nous, que lorsqu'il possèdera une ou plusieurs propriétés caractéristiques et différentes à tous les autres tissus élémentaires d'un organe.

Parmi les membranes planes ou fibres jaunes élastiques, il faut ranger:

---

peutique, aucun de nos lecteurs n'hésitera à changer le nom de *rétraction* proposé par le rédacteur, contre celui de *contracture* musculaire. »

Or, Monsieur, je revendique pour moi la priorité de la description de cette maladie syphilitique consécutive, et de sa dénomination convenable.

Dans un ouvrage que j'ai publié en 1836, sous le titre du Traité pratique de la syphilis, je dis, page 167, au chapitre VI de la deuxième partie:

« Il paraît que la syphilis consécutive a aussi de l'influence sur le système musculaire, car j'ai vu deux fois des *contractures* produites par elle, ou au moins accompagnant des symptômes, et ne pouvant être rapportées à d'autres causes. Elles appartenaient au muscle biceps brachial: l'avant-bras était un peu porté dans la pronation et la flexion, et ne pouvait être étendu. L'un des malades avait une syphilide ulcéreuse au front; l'autre avait des exostoses aux tibias, plusieurs hydarthroses, des périostoses aux métatarses et aux métacarpes, et la teinte terreuse de la peau. »

Ces deux malades étaient des officiers: le premier, officier d'infanterie de ligne, devait donner sa démission, ne pouvant plus étendre le bras pour faire des armes; il renonça à ce projet après la guérison. Le second était un ancien officier de la garde royale.

J'ignore quelles sont les raisons qui ont empêché de citer ces deux cas connus, depuis 1836, de toutes les personnes qui s'occupent de la syphilis, et qui en font une étude spéciale. La similitude est trop grande pour que je n'aie pas dû réclamer cette insertion dans votre journal impartial, d'autant plus que je sais positivement que d'autres principes avancés dans cet ouvrage ont été repris en sous-œuvre par des personnes qui d'abord les avaient rejetés avec une sorte de mépris.

Agréez, etc.

Philippe Boyer,
chirurgien de l'hôpital St-Louis.

Paris, 7 juillet 1842.

— Du cancer du rectum et des opérations qu'il peut réclamer; parallèle des méthodes de Littre et de Callisen pour l'anus artificiel, par A. Vidal (de Cassis), chirurgien de l'hôpital de Lourcine, professeur agrégé à la Faculté de Paris. — In-8°. Prix: 2 fr. 50 c.

Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie royale de médecine, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Londres, chez H. Baillière, 319, Regent-Street.

— Manuel d'accouchemens a l'usage des sages-femmes; par F.-C. Nægelé, professeur d'accouchemens à l'Université d'Heidelberg; traduit de l'allemand par J.-B. Pigné. — In-12. Prix: 4 fr.

Paris chez Mme veuve Hildebrand, à l'Ecole pratique, rue de l'Ecole-de-Médecine, 15.

1° la tunique jaune qui entre dans la composition des parois abdominales de plusieurs herbivores; 2° le centre phrénique du dromadaire, de l'éléphant et de plusieurs animaux de haute stature.

Les membranes élastiques *blanches* et *planes* sont plus nombreuses : 1° l'iris présente nettement, parfois, la double disposition de fibres élastiques rayonnantes pour la dilatation de la pupille et de fibres orbiculaires destinées à sa contraction. Des auteurs, cités par Haller, croyaient ces fibres de nature musculaire. 2° La membrane clignotante, si bien décrite par Duvernoy, contient du tissu élastique. 3° Le dartos. 4° La tunique fibreuse vulvo-utérine. 5° L'appareil respiratoire est riche en tissu de cette espèce : ainsi, la tunique fibreuse sous-muqueuse qui contribue au larynx à la formation des cordes vocales (structure très apparente dans les pachydermes); la membrane crico-thyroïdienne, thyro-hyoïdienne, celle qui joint les anneaux de la trachée artère, celle qui tapisse les poumons à l'extérieur, sous la membrane séreuse, sont composées de tissu élastique. Dans le hérisson, la tunique fibreuse sous-muqueuse est entièrement élastique et elle remplace les arceaux cartilagineux de la trachée artère.

Parmi les membranes *jaunes canaliculées*, je citerai : 1° la tunique moyenne du cœur; 2° la tunique moyenne des artères que Bichat considérait comme spéciale et sans analogue dans l'économie; 3° la tunique moyenne des veines. La couleur de cette membrane et la direction parallèle de ses fibres, caractères sur lesquels Bichat refusait à ces canaux la texture élastique, ne peuvent équivaloir à l'ensemble des propriétés de tissu. 4° La tunique moyenne des lymphatiques, comme je l'ai prouvé ailleurs, est également formée par ce tissu élémentaire.

Des phénomènes d'élasticité très évidens s'observent dans certains conduits excréteurs doublés par une *tunique de tissu fibreux blanc*. Je puis nommer la membrane fibreuse : 1° du conduit déférent; 2° des vésicules séminales; 3° du canal éjaculateur; 4° du corps caverneux, spongieux, du canal de l'urètre; 5° des canaux galactophores; 6° des trompes utérines et des ovaires chez les mammifères; 7° des conduits de Warthon et de Sténon; 8° des conduits cystique, hépatique et cholédoque; 9° du canal de Wirsungius.

IX. Tunique jaune abdominale. — Cette membrane, spéciale aux parois ventrales des herbivores, est faiblement unie à la peau par le tissu cellulaire, et intimement adhérente au plan aponévrotique sous-jacent. Elle est criblée de petits pertuis et de trous canaliculés qui donnent passage aux vaisseaux et nerfs tégumentaires qui ne s'arrêtent pas dans son épaisseur. Elle jette ses principales expansions terminales, en bas, à la crête iliaque externe, au bourrelet de Poupart, et surtout au pubis; en haut, elle se termine sur le sternum et sur les parties latérales du thorax et des lombes. La ceinture élastique ventrale a pour objet d'opposer une force permanente à l'action de la pesanteur, en soutenant la masse des viscères et le poids énorme des alimens contenus dans le tube digestif des herbivores.

X. Tunique fibreuse élastique du cœur. — (Voy. Gaz. Méd., 7 mars 1840.)

XI. Tunique élastique générale des poumons. — Trois couches membraneuses, de nature différente, tapissent les poumons à leur surface extérieure; l'une, superficielle, nommée la plèvre par les anciens, feuillet séreux viscéral par Bichat, est bien décrite; l'autre, irrégulière dans sa distribution, se compose de tissu cellulaire, aréolaire, non adipeux; la troisième membrane, inconnue dans la généralité des organismes et surtout chez l'homme, avant ce travail, est constituée par le tissu fibreux élastique.

Une immersion des organes pulmonaires dans une atmosphère putride facilite beaucoup l'isolement de ces tissus membraneux hétérogènes. J'ai constamment observé que la tunique fibreuse élastique des poumons forme une *membrane continue* chez les mammifères, tandis qu'elle présente des solutions de continuité multiples qui donnent à la membrane l'apparence d'un réseau dans les reptiles. La *membrane élastique réticulée* a des mailles larges dans les chéloniens, surtout dans la tortue marquetée, et des mailles plus ou moins rapprochées, plus délicates dans les autres ordres.

Les poumons des oiseaux n'ont pas de tunique élastique générale (1).

(1) *N. B.* M. Duvernoy a récemment décrit et figuré un réseau élastique dans la structure des poumons de Butor (*ardea stellaris*). Dans ce curieux mémoire, l'auteur dit que Thyson et Hunter ont signalé la tunique externe des poumons comme élastique chez les cétacés, et que Ev. Home a aussi reconnu cette propriété dans le dugong. (Frag. sur les organes de la resp. dans les an. vertéb., 7 janvier 1839.)

SECTION II. — PHYSIOLOGIE.

CHAP. IV. — PROPRIÉTÉS DU TISSU ÉLASTIQUE OU ANTITUPIEN.

La fibre élastique est résistante, de belle couleur citrine, sèche au toucher; on bien elle est fortement hygrométrique, jaunâtre, blanche.

Exposée au contact de l'air, la fibre jaune perd l'eau de composition qui la rendait opaque; elle se raccornit, elle se fonce en couleur et ne tarde pas à acquérir une diaphanéité très grande qui augmente encore par l'application d'un vernis ou d'essence de térébenthine à sa surface. Les tissus élastiques, ainsi préparés, se conservent longtemps sans altération.

Privé de son eau de composition, un organe élastique perd subitement sa propriété d'élasticité. Il reste flexible, et quand on l'agite en sens contraire, il fait un petit bruit semblable à celui d'une feuille de papier froissée, agitée. Ce tissu retient aussi nettement les caractères de l'écriture que le parchemin.

Les fibres desséchées que l'on plonge dans un liquide froid reprennent peu à peu leur eau de composition; alors l'opacité, l'élasticité et la couleur jaune reparaissent dans le tissu.

L'ébullition ne réduit pas en fibrine, et plus tard en masse colloïde, le tissu jaune de même que la fibre albuginée du système fibreux créé par Bichat. La décoction longtemps prolongée altère les propriétés élastiques du tissu, au lieu de lui faire acquérir, comme on le croit, la ténacité élastique du caoutchouc.

La macération le détruit avec une lenteur extrême. L'action du feu est plus rapide. Placé sur une tôle rouge, le tissu se raccornit, se consume en laissant dégager, dans le principe, des vapeurs blanchâtres d'une odeur de corne brûlée; bientôt ces vapeurs sont remplacées par un fluide gazeux, fétide, empyreumatique. On obtient un charbon très léger qui présente un aspect métallique ferrugineux.

Le tissu jaune plongé dans l'alcool conserve pendant des années sa couleur et son élasticité. J'ai pensé qu'il ne serait pas sans intérêt de le soumettre à plusieurs réactifs chimiques employés journellement en médecine. Les acides concentrés flétrissent et crispent presque de suite le tissu élastique, parce qu'ils s'emparent en grande partie de l'eau de composition, comme le prouve la transparence qu'il acquiert. Il finit par se dissoudre dans les acides concentrés, et se colore en jaune très foncé dans l'acide azotique, en bistre ou brun dans l'acide chlorhydrique, en noirâtre dans l'acide sulfurique. Il devient gélatineux, plus épais, et n'a plus d'élasticité dans l'acide acétique. Les alcalis ont un effet peu marqué; ils donnent seulement plus de mollesse au tissu élastique. Parmi les sels métalliques, les uns n'altèrent pas sa couleur et crispent ses fibres, tels sont le sulfate de zinc, l'azotate d'argent, le sous-acétate de plomb; les autres modifient complètement ses propriétés physiques; l'azotate acide de mercure le colore en rose, puis en violet; l'azotate neutre de mercure lui donne une couleur grisâtre, ardoisée.

Les propriétés du tissu fibreux, blanc, élastique, sont loin d'être aussi clairement établies que pour la fibre jaune. Ce tissu blanc élastique est, pour ainsi dire, un composé de fibres mixtes, entre les tissus jaune et albuginé.

Abandonnée à elle-même la fibre élastique ne possède pas une force active capable de la faire mouvoir, ainsi que le tissu musculaire, sous l'influence du système nerveux et des excitans. C'est en vain que dans de nombreuses recherches expérimentales, j'ai piqué, tordu, pincé, irrité par des agens chimiques, irrité encore par l'électricité et le galvanisme les *organes uniquement formés par cette fibre élémentaire*, jamais il n'est survenu de contraction sensible.

Pour tirer de son état de repos la fibre élastique, la puissance musculaire ou l'action de la pesanteur deviennent absolument nécessaires. Ayant soumis à des tractions longitudinales plusieurs faisceaux de fibres élastiques, ils ont supporté une élongation presque double de leur longueur, et il n'est resté après le retrait des fibres sur elles-mêmes aucune trace de l'allongement forcé du tissu. Les fibres élastiques supportent également une grande distension perpendiculaire à leur direction, et reviennent brusquement à l'état primitif, sans laisser de traces de cette élongation, dès que la cause auxiliaire cesse d'agir.

Cette action brusque, instantanée, élastique, diffère essentiellement des phénomènes de contractilité des autres tissus organiques. La peau se laisse distendre à un très haut degré; elle a été rangée à tort dans l'histoire du tissu élastique. Cet allongement considérable du derme se rencontre chez les boas et les pythons qui engloutissent dans leurs voies digestives des animaux dont le volume est bien supérieur à leur stature.

La peau fortement distendue ne revient sur elle-même qu'après un intervalle de temps appréciable, et encore, si l'élongation a dépassé les limites de la laxité du tissu dermeux, elle se plisse, elle se gerce, elle se fendille et se cicatrise plus tard, comme on le voit aux mamelles, aux parois abdominales, après la gestation, les hydropisies, les tympanites; en un mot, toutes les fois que des causes puissantes, morbides ou accidentelles distendent outre mesure l'enveloppe tégumentaire. Gardons-nous de confondre cette contractilité de tissu, action lente, graduée, bien étudiée par Bichat qui en fait à juste titre une propriété commune à toutes les membranes, avec le phénomène de l'élasticité, action brusque, violente, instantanée.

La fibre des organes élastiques ne se plisse jamais en zig-zag comme les fibres des muscles; elle est toujours tendue, lisse, plane et quelquefois bombée dans les mouvemens locomoteurs exagérés de certaines régions.

La direction des fibres élastiques influe sur la solidité des organes. J'ai placé une ligature perpendiculairement à la direction des fibres de plusieurs ligamens élastiques, et les liens ont resserré, rassemblé en faisceaux plus étroits les fibres sans les rompre. Si la ligature est posée, au contraire, en sens parallèle à la direction des fibres élastiques, les liens s'insinuent facilement entre les fibres et les séparent. Voilà le motif de la rupture de la tunique moyenne des artères pendant la ligature. Les fibres élastiques sont contournées en volute dans les artères et les lymphatiques, et longitudinales dans les veines. Certaines membranes paraissent composées de tissu *cellulaire élastique*.

CHAP. V. — USAGES DES LIGAMENS ÉLASTIQUES.

Quand l'action se prolonge très longtemps dans l'organisme, le tissu antitupien agit comme puissance supplémentaire et auxiliaire des muscles. Les coquilles bivalves se maintiennent ouvertes sans effort, à l'aide d'un simple ligament disposé en ressort élastique à leur articulation. Les griffes des lions, des chats, sont habituellement relevées, afin d'éviter les frottemens et l'usure de l'ongle contre le sol. Le dartos concourt avec le crémaster à relever les testicules. La verge et le clitoris sont retenus par le ligament élastique suspenseur. Le ligament cervical varie dans la nature selon les usages. Les ruminans, les pachydermes ont un ligament cervical si énergique que seul il est capable de maintenir constamment la tête de l'animal baissée et sans fatigue. La tête de l'homme étant verticale et très mobile sur le rachis, le ligament cervical change de nature et subsiste à peine en présence de l'appareil élastique vertébral et des muscles si nombreux et si puissans qui concourent à cet équilibre et à cette mobilité. Je ne reviens pas ici sur le jeu des ligamens jaunes intervertébraux, cause mécanique essentielle à la station bipède.

Les oiseaux sont des bipèdes incomplets, qui dorment perchés. Or, cette position, active en apparence, a beaucoup exercé la sagacité des physiologistes. Borelli a prouvé que les tendons des muscles fléchisseurs des doigts des oiseaux passant derrière l'articulation du talon, espèce de poulie de renvoi, il suffira à l'animal de s'abandonner à son propre poids pour déterminer la flexion des jointures des membres pelviens et le jeu mécanique des fléchisseurs des doigts, qui serrent fortement la branche sur laquelle il repose. (DE MOTU ANIMALIUM.) L'action musculaire est nulle, car les fibres des muscles sont *allongées* au lieu d'être *contractées*. Maintenu en équilibre sur la branche, l'oiseau se trouve soumis aux lois de la pesanteur et sous la dépendance des puissances élastiques. Le cou se courbe en dedans et ramène la tête sous l'aile, centre de gravité du corps; il reste en position au moyen de l'appareil élastique vertébral. Les articulations de l'aile et chaque plume rémige sont maintenues ployées et rapprochées du thorax par les ligamens élastiques que j'ai fait connaître. Si les organes de la vie de relation dorment, il est évident que les organes élastiques veillent à l'équilibre du corps de l'oiseau pendant le sommeil.

CHAP. VI. — USAGES DES MEMBRANES ÉLASTIQUES.

Associées à plusieurs tissus élémentaires, les membranes élastiques ne peuvent être étudiées isolément pendant la vie, et n'ont plus en mécanique animale qu'un rôle obscur et sujet aux controverses. Cette remarque s'applique aux systèmes vasculaires, et particulièrement aux organes artériels.

Les artères sont, en effet, des organes complexes formés de plusieurs tissus hétérogènes. Agir sur une artère, ce n'est donc pas agir sur le tissu élastique. Aussi les expériences nombreuses qui ont pour but de démontrer que la fibre jaune est active ou passive dans le jeu artériel sont-elles toutes vicieuses. Voulant juger du rôle propre du tissu élastique canaliculé, j'ai dépouillé, à l'aide d'une macération graduée, une aorte de ses deux tuniques, externe et interne, et j'ai pu observer que la tunique moyenne seule suffit pour maintenir béant le canal du vaisseau, et que son élasticité est très grande en long et en travers quand on pratique de fortes tractions.

Jetons actuellement un coup-d'œil rapide sur les travaux de la science, qui tour à tour font admettre un mouvement actif ou passif à la fibre jaune des systèmes vasculaires. Harvey pose en principe que les contractions du cœur sont assez puissantes pour faire parcourir à l'ondée sanguine tout le cercle circulatoire, et que les artères, en vertu d'une simple force passive d'élasticité rendent uniforme et continu le cours du sang. Bichat a entrepris une série d'expériences pour établir: 1° le rôle passif des artères dans la circulation; 2° la subordination des battemens artériels aux contractions du cœur. A l'appui de cette opinion, M. Flourens fait observer que le cours du sang n'est point arrêté, lors même que tout le système artériel devient osseux, ainsi que Harvey, Löder, Riolan, en citent des exemples. Les tubes élastiques artériels sont évidemment changés en tubes osseux inactifs.

Le savant physiologiste n'ignore pas que, d'autre part, le cœur étant osseux, la circulation du sang continue : les artères reprennent alors leurs droits. Dans les fœtus anencéphales et privés de cœur, la circulation continue encore. A ces faits authentiques, en faveur d'une force propre (*vis insita*) aux parois artérielles, ajoutez les expériences suivantes: 1° Lamure place deux ligatures, éloignées l'une de l'autre, sur une artère, pique le vaisseau dans l'intervalle des liens, et le sang jaillit du canal artériel, bien qu'il se trouve affranchi de l'action impulsive du cœur. 2° Que l'on pique une artère, le jet sanguin sera *continu*, offrant des saccades à chaque contraction du cœur : le jet du sang aurait une *intermittence saccadée*, si le cœur seul agissait. 3° Incisez l'aorte d'un animal vivant et vous observerez, avec Béclard et Hunter, que le calibre du vaisseau pendant l'hémorragie s'applique immédiatement, se moule pour ainsi dire sur la colonne sanguine à mesure qu'elle diminue, pour revenir à son diamètre normal aussitôt l'écoulement sanguin terminé. Le doigt, introduit dans la cavité de l'aorte, est sensiblement pressé par les parois du vaisseau, graduellement contractées. 4° Ev. Home isole l'artère carotide des nerfs vagues et sympathique, touche ces nerfs avec un alcali et voit sensiblement augmenter les battemens de l'artère. 5° «Bikker et Van den Bos prouvèrent, en 1757, que non seulement la grande artère du cœur, mais encore d'autres vaisseaux plus petits se contractent dans les animaux vivans par l'irritation de l'étincelle électrique. » ŒUV. PHYS. DE KRAYENHOFF.) 6° Giulo et Rossi ont obtenu la contraction des artères par le galvanisme. 7° Hastings a vu des contractions artérielles sous l'influence de l'air, de la température, de l'action de l'ammoniaque, du sulfate de cuivre, de l'alcoolé de cantharides, de l'essence de térébenthine, du chlorhydrate d'ammoniaque.

La contractilité des parois vasculaires, observée sur les animaux, n'a pas toujours été appréciée à sa juste valeur. Si le vaisseau dorsal des insectes, si les canaux sanguins des holoturies et des astéries sont agités de battemens sensibles, il faut savoir que Bonorden a découvert un tissu très contractile dans les vaisseaux des invertébrés. J'ai disséqué dans les parois artérielles de chéloniens et de sauriens des fibres de nature musculaire. Le grand Haller trouvait, en général, une structure musculeuse constituant la tunique moyenne des artères, et tantôt il admettait, tantôt il rejetait une contractilité sensible. Wolf, chef de l'école allemande moderne, célèbre par ses malheurs et son opposition contre Haller, voulant prouver que le cœur n'est pas le *primum faciens* ou la base primitive de l'animalité, démontra que les petites îles de la figure veineuse, qui, à une époque plus avancée de l'incubation, se réunissent pour former les deux aortes, sont des canaux sanguins qui *existent* et qui *fonctionnent* avant l'apparition du cœur. La structure intime de ces canaux sanguins primitifs aussi bien que l'organisation des vaisseaux capillaires sont complètement inconnues, et cependant il n'est pas permis, après les belles expériences de Spallanzani sur la *circulation languissante*, de refuser une contractilité sensible et propre à ces vaisseaux. A l'aide de l'électricité, j'ai plusieurs fois déterminé des contractions très sensibles pendant la vie aux vaisseaux sanguins du mésentère et des membres de batraciens.

Toutefois, les systèmes capillaires et le système veineux ont été placés par Bordeu et Bichat en dehors de l'action du cœur. Les veines reçoivent évidemment l'impulsion de l'ondée sanguine à chaque contraction du cœur, d'après les expériences de M. Magendie. Les parois des veines sont même contractiles et sensibles, comme l'observe Béclard. Ouvrez la veine-cave d'un mammifère de haute structure, et pendant l'écoulement sanguin, les parois reviendront, faiblement, il est vrai, sur la colonne de sang, en diminuant le calibre du vaisseau.

M. Flourens m'a dit avoir vu manifestement la contractilité des vaisseaux lymphatiques. Cette contractilité se change en battemens aux régions ischiatiques des grenouilles, et l'on a comparé ces battemens à des contractions de *cœurs lymphatiques*. La contractilité des canaux chylifères me paraît évidente lorsqu'on ouvre le ventre d'un chien qui s'est gorgé de lait. Les vaisseaux lactés d'Azelli sont très développés et très apparens. A peine frappés par l'action de l'air, ces lymphatiques se vident et deviennent diaphanes.

Quel est le rôle du tissu antitupien dans le mécanisme de la respiration des vertébrés? L'élasticité des poumons (1) est si puissante que seule elle produit le phénomène de l'expiration. 1° Les voies sériennes étant enlevées du thorax, placez des ligatures aux vaisseaux pulmonaires et insufflez les poumons. Ces organes se gonflent, se distendent, comme dans l'inspiration. Abandonnés à eux-mêmes, ils se contractent, ils se retirent en chassant l'air des bronches et exécutent par leur puissance élastique le mécanisme de l'expiration. Carson trouvait cette expérience décisive; pour attribuer l'expiration au jeu élastique des poumons? Que l'on ouvre largement la poitrine d'un animal vivant. L'élasticité des poumons agira avec tant d'énergie que ces organes resteront dans une expiration forcée, fortement contractés sur eux-mêmes, laissant un grand intervalle entre eux et les parois de la poitrine. Témoin de cet acte physiologique, Galien accorda une action active et indépendante entre les poumons et la paroi thoracique, posant ainsi les bases d'une discussion célèbre entre Haller et Hamberger. 4° Ayant coupé les parois thoraciques à des batraciens, j'ai vu les poumons se gonfler par le jeu actif de l'appareil hyoïdien et l'expiration de l'air arriver sous la seule influence du réseau élastique. 5° Si dans les chéloniens l'inspiration de l'air se fait par déglutition, au moyen de l'appareil hyoïdien, l'expiration est confiée au jeu du réseau élastique, parce que les parois du thorax sont immobiles. 6° Retirés de la poitrine, les poumons des reptiles se gonflent par l'insufflation artificielle, et reviennent sur eux-mêmes par l'action du réseau élastique.

SECTION III. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

L'histoire médicale des altérations pathogéniques propres au tissu fibreux antitupien est encore ensevelie dans une obscurité profonde. Aux lésions spéciales des organes élastiques, je rapporterai la dilatation, la rupture, l'incrustation de sels calcaires, l'atrophie et l'hypertrophie.

Combinées avec plusieurs tissus élémentaires hétérogènes, les membranes élastiques éprouvent quelquefois une augmentation notable d'épaisseur par l'addition successive et graduée de couches élastiques nouvelles. Cette hypertrophie en a imposé pour des indurations, des cartilaginifications (Lapeyronie disait avoir vu toutes les artères cartilagineuses chez une femme), et des épaississemens de la tunique interne du cœur et des gros vaisseaux. Outre l'augmentation d'épaisseur des parois, il survient encore un rétrécissement notable dans le diamètre du canal des artères et des veines; ce rétrécissement augmente peu à peu sous l'influence de l'hypertrophie, et il arrive en dernier lieu une oblitération complète du vaisseau. Dans l'espèce humaine, cette oblitération vasculaire produit quelquefois la gangrène sénile, comme je m'en suis assuré par la dissection et les injections qui s'arrêtaient à des hauteurs différentes en rapport avec les canaux oblitérés.

Une altération, inverse à la précédente, plus fréquente et mieux connue, est la dilatation des tissus élastiques. La dilatation se lie tantôt à l'hypertrophie, tantôt et plus souvent à l'atrophie des tissus élastiques. Aux artères, elle se nomme *artériectasie*. J'ai fréquemment observé des dilatations de différentes dimensions à l'aorte, surtout à sa crosse, à l'artère pulmonaire, aux bifurcations des gros troncs, dans le système artériel des vieillards de Bicêtre et de la Salpétrière. Ces dilatations occupent toute la circonférence du vaisseau, ou bien se présentent sous forme de bosselures ovoïdes disséminées sur le trajet du tronc artériel. Scarpa, Blackall, séparent avec raison de l'anévrisme ces dilatations ou amplifications artérielles. Hogdson définit cette lésion : « un changement permanent et contre nature de la cavité d'une artère. » Il ajoute qu'elle s'accompagne, en général, de quelque altération morbide de ses membranes. Dans ce cas, il y a un anévrisme vrai, selon l'expression de Fernel. La dilatation (2) permanente, sans lésion morbide des parois, ne résulte pas, comme on le dit, d'un tiraillement et d'une élongation permanente des fibres élastiques; elle provient, comme je m'en suis assuré par de fines dissections, de ruptures multiples et partielles des tissus élastiques, très souvent compliquées d'atrophie de la tunique moyenne. L'élasticité diminue ou se perd entièrement suivant que les ruptures sont incomplètes ou complètes.

La dilatation des veines est connue sous le nom de phlébectasie et de varice. La dilatation simple résulte de l'extension permanente et outre mesure des deux tuniques interne et externe et de l'écartement et de la raréfaction des fibres longitudinales de la tunique moyenne. Lorsque la membrane élastique s'hypertrophie, il y a augmentation d'épaisseur des parois. Il est vrai que cette densité plus grande des parois appartient quelquefois à un état phlegmasique des autres tuniques. Le système veineux tout entier, selon Béclard, est parfois affecté de dilatations variqueuses. Les phlébolites sont des concrétions solides qui ne sont pas rares dans les veines.

L'appareil lymphatique n'est pas exempt du premier genre d'altération. Dans un Mémoire sur les fièvres puerpérales, couronné par la Faculté de médecine de Paris, j'ai démontré qu'il existait aux vaisseaux lymphatiques 1° des dilatations simples, anévrismales; 2° des dilatations anévrismales, circonscrites; et de plus 3° l'anévrisme que j'appelle mixte, externe, lymphatique; 4° enfin, la rupture des vaisseaux lymphatiques avec épanchement de fluide morbide. Ces épanchemens ont été confondus avec des abcès.

Arrivons à cette propriété singulière des tissus élastiques de s'incruster de sels calcaires. J'ai cité des exemples de cœurs ossifiés en totalité ou en partie. Riolan, Loder, Harvey, ont trouvé le système artériel ossifié. Haller rapporte une observation semblable, bien détaillée. J'ai vu, dit Portal, le cadavre d'un homme de 52 ans dont les vaisseaux étaient tellement ossifiés dans toute leur étendue qu'on ne pouvait comprendre comment il avait pu vivre. Ordinairement les plaques en écailles sont disséminées dans les gros troncs vasculaires et surtout à la crosse de l'aorte.

Ces incrustations calciques, abandonnant leur siége primitif ou de formation, vont au loin se fixer dans l'organisme et déterminent des phénomènes morbides nouveaux. Les petites pierres trouvées dans le cœur, par Houlier, Schleiberus, Th. Erastus, Kerkering, proviennent de semblables migrations. Les pierres rugueuses, libres dans les canaux vasculaires, sont des fragmens calcaires détachés des parois des vaisseaux.

Les petits noyaux osseux des poumons, considérés souvent comme des tubercules circonscrits et enkystés ont peut-être une semblable origine.

Les ossifications du tissu albuginé (système fibreux de Bichat) se détachent quelquefois aussi du lieu où elles ont été formées. Une femme de Fontainebleau arrive à la Maternité et succombe à une attaque d'apoplexie foudroyante. M. Gérardin, médecin en chef, et moi, avons trouvé une plaque osseuse à moitié rompue, libre dans l'hémisphère cérébral droit, un peu adhérente à la grande faulx du cerveau. L'hémorragie mortelle résultait de la destruction de l'artère du corps calleux.

Les ostéïdes libres dans les articulations sont sans doute des concrétions détachées du tissu fibreux des jointures.

Les *ostéïdes* du tissu fibreux albuginé diffèrent par leur *nature* et leur *mode de production*, des *incrustations calcaires* du tissu élastique.

Les auteurs attribuent à une cause morbide le dépôt de sels calcaires dans les organes élastiques. J'ai soumis plusieurs plaques ou écailles, qui sont toujours amorphes, rugueuses, à une dissolution, soit dans l'acide azotique, soit dans l'acide chlorhydrique, étendus d'eau, et dans le liquide je n'ai trouvé qu'une trame celluleuse ou des débris de tissu aréolaire après la destruction des sels calciques. Plusieurs crosses d'aorte de vieillards étant plongées dans les mêmes acides, j'ai vu qu'il existait des trous, des excavations proportionnels aux incrustations, et à la place du tissu élastique il n'y avait plus que des détritus celluleux flottans dans des cavernes anfractueuses.

La formation des ostéïdes (os sésamoïdes de Bichat) des tendons et des membranes albuginées n'est pas connue. En voici le mécanisme. Le point de la tige tendineuse, ordinairement le point soumis à des pressions, qui deviendra le siége du travail régulier de l'ossification, change de condition première. Une substance albumino-fibrineuse s'épanche, se concrète dans l'intervalle des fibres albuginées, et compose un nouveau tissu mixte, fibro-albumineux. On saisit facilement ce moment de transition dans le tendon du droit antérieur, pour la rotule, et quelquefois dans les tendons des muscles jumeaux et du triceps brachial. Les phénomènes de l'ossification paraissent alors, dans ce canevas, fibro-cartilagineux. Plon-

(1) Exp. sur la contractilité des bronches et des poumons; par le docteur Williams. (Gaz. Méd., août 1841.)

(2) *N. B.* — M. Flourens a réglé par l'expérience directe la diastole ou la dilatation physiologique des artères, au moyen d'un anneau métallique, brisé, articulé et à branches mobiles sur une tige graduée. Cet instrument placé autour du vaisseau sanguin permet de juger de l'expansion artérielle par le nombre des degrés que parcourent les branches de l'anneau sur l'échelle de graduation.

gez dans les acides étendus des ostéïdes de tendons, de membrane albuginée, les tendons osseux de pattes de vieux dindes, et après la dissolution des sels calcaires, vous retrouverez le tissu mixte fibro-albumineux. L'ossification ne s'établit donc jamais dans le tissu fibreux simple, dans le tissu albumineux ou cartilagineux simple. La combinaison de ces deux tissus élémentaires devient indispensable à la formation des conduits calcigènes qui apportent et déposent les sels osseux.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

I. ANNALES DE LA CHIRURGIE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

Les numéros de janvier, février et mars 1842 contiennent les mémoires originaux suivans : 1° *Plaie par instrument piquant et tranchant dans le creux axillaire, ligature de l'artère sous-clavière, puis du tronc brachio-céphalique*; par M. Hutin. 2° *Observations de résection*; par M. Godard. 3° *Travail d'enfantement, hémorragie utérine*; par M. Didier George; 4° *Tumeur hydatique ayant simulé un abcès par congestion*; par M. Dechaut. (La tumeur du volume du poing, placée à gauche de la rangée des apophyses épineuses de la région dorsale, ne simulait guère un abcès par congestion qu'à cause de sa situation; car les autres signes de ces affections manquaient. Elle n'offrait pas le frémissement hydatique. Après une ponction exploratrice, on fit une incision cruciale qui donna issue à neuf hydatides. On remplit le kyste de charpie pour le faire suppurer. La guérison fut prompte.) 5° *Remarques préliminaires sur le traitement des déviations de l'épine, par la section des muscles du dos*; par M. J. Guérin (v. Gaz. Méd., 1842, n° 1). 6° *Analyse du traité de pathologie externe de M. Vidal (de Cassis)*; par M. Marchal. 7° *Désarticulation scapulo-humérale*; par M. Gaëtani-Bey. (Observation déjà insérée dans la Gaz. Méd., v. 1841, n° 28.) 8° *Réflexions et observations sur les rétrécissemens du canal de l'urètre et sur l'hypertrophie de la vessie*; par M. Cruveilhier. 9° *Remarques sur la nature et la thérapeutique de l'érysipèle*; par M. Velpeau. 10° *Des organes que l'on rencontre dans les hernies inguinales*; par M. Tenain. (Bon résumé des notions qui ont généralement cours dans la science sur ce sujet.) 11° *Observation de deux anévrismes sur le même individu, traités par la méthode d'Anel*; par M. Guttierrez. (Les circonstances de cette observation sont tellement simples qu'on peut les faire connaître en deux mots : Un homme, âgé de 2? ans, avait un anévrisme survenu spontanément à la partie inférieure de l'artère fémorale gauche. Le vaisseau fut lié à 3 pouces au-dessous du pli de l'aine, et la guérison fut prompte. On s'aperçut alors qu'il se formait un anévrisme sur l'artère poplitée droite. La compression n'ayant pu en arrêter les progrès, on lia la fémorale au même point et avec le même succès que du côté opposé.) 12° *Fracture comminutive du cubitus déterminée par un coup d'arme à feu; résection des fragmens de cet os; guérison*; par M. Murville. (La fracture avait lieu à la partie supérieure de l'os. Après avoir retiré la balle et extrait une quarantaine d'esquilles, le chirurgien crut devoir pratiquer la résection des deux extrémités des fragmens qui étaient très inégales et irrégulières. Cette partie de l'opération, dont la nécessité ne nous semble pas suffisamment établie, fut très difficile. Le malade guérit promptement.) 13° *Lettre de M. Sédillot à l'Académie des sciences, au sujet du rapport fait par M. Larrey sur un mémoire relatif à l'amputation coxo-fémorale*. (Rectifications faites par l'auteur au sujet de quelques uns des points contenus dans le rapport de M. Larrey. Voy., pour le mémoire de M. Sédillot, Gaz. Méd., 1842, p. 88, et pour le rapport de M. Larrey, Gaz. Méd., 1842, p. 30.) 14° *Analyse de la clinique chirurgicale de l'hôpital de la Pitié, de M. Lisfranc*; par M. Vidal (de Cassis). 15° *Mémoire sur l'appréciation de la myotomie appliquée au traitement des déviations latérales de l'épine*; par M. Bouvier. 16° *Exposé de quelques faits relatifs à la coloration des os chez les animaux soumis au régime de la garance*; par MM. Serres et Doyère. (Travail déjà inséré dans la Gaz. Méd., 1842, p. 138, avec la discussion dont la lecture fut suivie à l'Académie des sciences.) 17° *Du strabisme*; par M. Velpeau. (Premier article.)

PLAIE PAR INSTRUMENT PIQUANT ET TRANCHANT DANS LE CREUX AXILLAIRE; LIGATURE DE L'ARTÈRE SOUS-CLAVIÈRE, PUIS DU TRONC BRACHIO-CÉPHALIQUE; par M. Hutin.

Obs. — La blessure dont M. Hutin raconte l'histoire fut faite, en duel, chez un soldat, âgé de 26 ans, au moyen d'une paire de ciseaux que les adversaires avaient démontée, et dont ils avaient attaché les branches à des bâtons. La plaie était située au centre du creux axillaire; suivie d'une forte hémorragie au moment même où elle eut lieu, elle donna issue, à quatre reprises en douze jours, à un écoulement de sang considérable. A cette époque, M. Hutin voulut changer le pansement qui n'avait pas été renouvelé depuis quatre jours, mais un flot de sang vermeil jaillit avec force à l'extérieur. La compression ne pouvant être faite, vu la distension des parties par le sang qui continuait à s'épancher sous les tégumens, on lia immédiatement la sous-clavière en dehors des scalènes, en incisant le long du bord postérieur de la clavicule. Aussitôt que l'artère eut été serrée, l'hémorragie, ou plutôt l'extravasation sanguine cessa, et les battemens furent suspendus dans l'artère radiale. Le sixième jour, le malade s'étant levé, une hémorragie eut lieu par la plaie de l'aisselle, et elle fut suivie de deux autres en vingt-quatre heures. Le neuvième jour, il s'écoula une assez grande quantité de sang par la plaie de l'opération; le même accident se répéta quatre fois dans la même journée. M. Hutin se décida alors à lier l'inominée; l'opération fut longue et douloureuse. Douze heures après, le malade avait succombé.

Autopsie. La ligature du tronc brachio-céphalique avait été faite à 1 centimètre au plus de sa bifurcation, et aucune des parties importantes à ménager n'avait subi d'atteinte.

La sous-clavière avait été divisée à 3 millimètres environ de la branche la plus rapprochée. Un bouchon long de plus d'un centimètre existait encore enfermé dans l'extrémité du vaisseau correspondant au cœur. Un bouchon semblable était placé dans l'autre partie de la sous-clavière.

En examinant la plaie de l'aisselle, on trouva l'artère axillaire intacte, mais le tronc de la thoracique inférieure était complètement coupé à 1 centimètre environ de son origine, et c'est par là que les hémorragies avaient eu lieu. Le cœur était très volumineux et ses parois fortement consistantes.

OBSERVATIONS DE RÉSECTION; par M. Godard.

CARIE DE L'EXTRÉMITÉ INTERNE DE L'ÉPINE DU SCAPULUM; RÉSECTION DE CETTE PARTIE DE L'ÉPINE ET DU BORD POSTÉRIEUR DE CET OS; GUÉRISON.

Obs. — Un soldat, âgé de 23 ans, éprouva, en 1840, des douleurs d'abord vagues qui finirent par se fixer vers l'épaule droite, où elles augmentèrent sous l'influence du poids du fourniment et des manœuvres de tirailleur. Une tumeur fluctuante se manifesta bientôt sur le bord interne de la fosse sous-épineuse, sans changement de couleur à la peau, sans réaction fébrile. M. Godard pensant qu'elle pouvait dépendre d'une maladie de l'os l'ouvrit largement. Mais il ne trouva le scapulum altéré ou même dénudé en aucun point. La réunion de l'incision se fit assez rapidement, mais il resta un pertuis ouvert à son extrémité inférieure. Au bout d'un mois et après plusieurs explorations répétées et infructueuses, faites avec le stylet, cet instrument finit par rencontrer l'extrémité interne de l'épine du scapulum, dénudée, rugueuse et friable.

M. Godard, jugeant la résection indiquée, y procéda de la manière suivante. A l'aide de deux incisions en V, il détacha un lambeau triangulaire à base supérieure. Ce lambeau cutané étant relevé, il coupa l'aponévrose du trapèze sur la facette triangulaire de l'épine du scapulum, puis détacha les muscles sus et sous-épineux dans une étendue de 2 centimètres. L'extrémité de la face inférieure de l'épine fut trouvée excavée sous la facette triangulaire, et presque perforée; les bords de l'excavation étaient rugueux, friables, et n'offraient aucune trace de réparation. On commença alors par dénuder l'os avec la rugine; un disque osseux fut enlevé au moyen du trépan à la naissance de l'épine. Faisant ensuite saillir le bord spinal du scapulum, le chirurgien détacha le rhomboïde, le grand dentelé, le sous-scapulaire dans une étendue de 3 centimètres. Une cisaille introduite sous le scapulum fit deux sections obliques qui allèrent du bord spinal du scapulum à la perforation produite par le trépan, changeant ainsi cette ouverture en une échancrure.

Aucun accident ne vint retarder le succès de cette opération, dans laquelle toutes les parties malades avaient été enlevées. Un petit pertuis fistuleux persista seulement pendant quelque temps, entretenu par une altération osseuse très circonscrite; mais il se ferma spontanément, et lorsque le malade sortit de l'hôpital, les mouvemens du bras et de l'épaule n'avaient rien perdu de leur force ni de leur souplesse, et n'éprouvaient ni gêne, ni altération.

Les exemples de résection de l'omoplate sont tellement peu nombreux dans la science, que nous avons cru devoir rapporter avec quelques détails l'observation de M. Godard, où le manuel opératoire est décrit avec beaucoup de soin et d'exactitude. Les règles qu'il a suivies pourront sans doute, convenablement modifiées d'après les circonstances, servir utilement de guide aux praticiens qui se trouveraient dans le cas de traiter des maladies semblables. C'est sous ce rapport qu'on pourra rapprocher le fait de M. Godard des opérations analogues pratiquées par MM. Janson (de Lyon) et Else. Peut être l'observation de M. Godard paraîtra-t-elle moins satisfaisante au point de vue des indications, et il y aura sans doute lieu à discuter si l'altération de l'os a été la cause de l'abcès

qu'on ouvrit en premier lieu, ou si au contraire cette altération, très circonscrite, n'aurait point été produite par le contact prolongé du pus avec la surface osseuse exposée en outre à l'action de l'air. Malgré les soupçons que nous inspirent à cet égard certaines circonstances de l'observation, on comprend les motifs qui nous empêchent de nous prononcer.

TRAVAIL D'ENFANTEMENT; HÉMORRAGIE UTÉRINE; par M. DIDIER GEORGE.

OBS. — La femme qui fait le sujet de cette observation avait déjà eu trois enfans, lorsque, à l'âge de 31 ans, ses règles se supprimèrent et son ventre commença à augmenter de volume. Le neuvième mois était révolu, et aucun signe n'avait encore fait pressentir l'accouchement, lorsqu'une hémorragie abondante eut lieu. Les caillots, examinés avec soin, ne recelaient aucune portion de corps organisé. Un suintement sanguin persista pendant deux mois, mais il cessa enfin et fit place aux menstrues qui reparurent périodiquement durant six mois. Elles se supprimèrent de nouveau, dix-huit mois après l'époque où elles avaient manqué pour la première fois, et la malade commença alors à éprouver les premières contractions utérines du travail de parturition. M. Didier George, appelé à ce moment, constata que l'abdomen avait acquis le summum du développement qu'il atteint dans le cas de grossesse à terme, accompagnée d'antéversion; il était dans tous les points très sensible à la pression; les eaux étaient déjà sorties. Le placenta ayant été expulsé, on trouva en l'examinant qu'il ne présentait dans son centre qu'un rudiment de cordon ombilical, du volume de l'extrémité du doigt annulaire, long d'un centimètre, constituant une saillie arrondie, en tout semblable au mamelon, entièrement lisse et recouverte par une expansion du chorion et de l'amnios. Au milieu d'une faible quantité de tissu cellulaire et de lymphe de Warlan, apparaissaient la veine et les deux artères ombilicales, disposées en spirale. Après l'expulsion de ce placenta, le chirurgien portant la main dans l'utérus n'y trouva qu'une grande quantité de caillots sanguins qu'il retira. Les contractions utérines cessèrent peu à peu. Le quatrième jour, la fièvre de lait s'établit avec gonflement des seins, et dura pendant cinq jours avec beaucoup d'intensité. Les lochies coulèrent comme d'habitude, et le ventre reprit par degrés son volume normal.

Dans une note placée à la suite de cette observation, le rédacteur du journal rapproche ce fait de ceux que M. Velpeau cite dans son TRAITÉ DES ACCOUCHEMENS (V. t. I, p. 406), et desquels il résulterait que les annexes peuvent continuer de vivre et de se développer après l'expulsion du fœtus. Dans ce cas particulier, l'embryon n-t-il existé primitivement? A-t-il été détruit à une époque très rapprochée de sa formation, et repris ensuite par l'absorption? Le placenta qu'on retira de la matrice avait-il appartenu dans le principe à un fœtus qui se serait développé dans la trompe (comme Patuna, Hay et M. Hoffmeister en ont rapporté des exemples; voy. ouvrage cité) et atrophié à la longue après sa mort, ainsi que cela a lieu d'ordinaire? Enfin, y n-t-il eu, à une époque plus ou moins voisine de la conception, un avortement méconnu ou dissimulé par la malade? Sans nous prononcer entre toutes ces explications, dont les deux premières ont été proposées par l'auteur lui-même, nous devons avouer cependant que nous inclinerions vers la dernière.

RÉFLEXIONS ET OBSERVATIONS SUR LES RÉTRÉCISSEMENS DU CANAL DE L'URÈTRE ET SUR L'HYPERTROPHIE DE LA VESSIE; par M. CRUVEILHIER.

Les auteurs modernes, dit M. Cruveilhier, me paraissent avoir gratuitement multiplié les altérations organiques dans les rétrécissemens de l'urètre. Quant à moi, je n'ai jamais rencontré qu'une seule espèce de rétrécissement, savoir: le rétrécissement fibreux ou mieux la transformation fibreuse des parois du canal, transformation qui occupe tantôt un seul point de ce canal, de manière à constituer un étranglement circulaire, semblable à celui que détermineraît une corde fortement serrée (stricture), tantôt une longueur plus ou moins considérable du canal, 4, 6, 8, 12 lignes, et même davantage.

Mettant ensuite en présence les deux causes auxquelles on peut rapporter les rétrécissemens, savoir: une inflammation chronique du canal ou une ulcération, M. Cruveilhier, sans résoudre la question d'une manière positive, est porté à croire que les rétrécissemens sont le résultat d'une ulcération; car en les attribuant à une inflammation, dit-il, il serait bien difficile de concevoir comment les effets de cette inflammation seraient presque constamment limités à un seul point de la longueur du canal. A ce raisonnement de M. Cruveilhier on pourrait objecter que les rétrécissemens apparaissent en général à la suite d'écoulemens chroniques, et que très souvent la matière de ces écoulemens est du muco-pus, et non du pus tel que devrait en sécréter une ulcération. La rareté des ulcérations du canal, rareté telle que beaucoup d'auteurs les nient encore de nos jours, serait un autre argument contre l'hypothèse de M. Cruveilhier, surtout en rapprochant de cette rareté le grand nombre de cas de rétrécissemens qui s'observent dans la pratique.

Les conséquences thérapeutiques qui découlent du caractère fibreux du rétrécissement sont, d'après l'auteur, parfaitement en harmonie avec les faits. Ce sont l'inconvénient du cathétérime forcé et des sondes coniques, la prééminence de la dilatation sur la cautérisation, la nécessité d'une dilatation longtemps continuée, la tendance du rétrécissement à se reproduire, et l'indispensable nécessité d'avoir recours de loin à loin à un moyen dilatateur, enfin l'incurabilité absolue de tout rétrécissement du canal de l'urètre.

Nous trouvons la plupart de ces corollaires déjà émis, dès l'année 1839, par M. Aug. Mercier (v. GAZ. MÉD.; p. 262), dans une note où ce médecin a aussi posé en principe la structure fibreuse des rétrécissemens, et expliqué d'une manière détaillée les phénomènes intimes qui président à cette transformation. Nous devons seulement, pour rester justes envers M. Cruveilhier et M. Mercier, pour être rapporteurs fidèles dans la question de science comme dans la question de priorité, faire remarquer que M. Mercier n'attribuait la structure fibreuse qu'à *la plupart* des rétrécissemens de l'urètre, tandis que M. Cruveilhier dit n'en avoir jamais rencontré qui fussent d'une autre nature.

Un fait sur lequel M. Cruveilhier appelle aussi l'attention des praticiens, c'est qu'il n'a pas encore vu l'hypertrophie partielle ou complète de la prostate coïncider avec le rétrécissement de l'urètre. Il y a même plus, dit-il; le rétrécissement de la portion membraneuse de ce canal est presque toujours accompagné d'une atrophie plus ou moins complète de la prostate, atrophie qui est souvent la suite d'une inflammation chronique de cet organe.

M. Cruveilhier rapporte encore deux cas de calculs urinaires engagés dans les follicules muqueux de l'urètre; il ne pense pas que ce mode d'enchâtonnement soit possible dans un rétrécissement. Et effectivement sur les deux sujets dont il cite l'observation, les follicules qui contenaient des calculs étaient situés derrière un rétrécissement de l'urètre.

REMARQUES SUR LA NATURE ET LA THÉRAPEUTIQUE DE L'ÉRYSIPÈLE; par M. VELPEAU.

Le principal objet de ce travail est de faire connaître un nouveau moyen topique contre l'érysipèle, dont M. Velpeau annonce avoir obtenu d'excellens effets. Mais les idées théoriques que le professeur émet sur la nature de l'érysipèle n'étant pas sans liaison avec le choix de ce remède, ou du moins avec l'explication qu'il propose sur sa manière d'agir, nous devons reproduire ces idées, tout en regrettant que M. Velpeau ne leur ait pas donné plus de développement. Après avoir rappelé qu'il faut bien distinguer l'érysipèle d'avec la phlébite, le phlegmon diffus et l'angio-leucite, l'auteur formule son opinion sur la nature de la première de ces maladies dans les propositions suivantes:

Pris au point de vue chirurgical, l'érysipèle a sa *cause prédisposante* dans les influences extérieures, atmosphériques et météorologiques bien plus que dans l'état de santé ou de constitution générale du malade.

2° Il reconnaît presque toujours comme *cause déterminante* ou occasionnelle une blessure, un état erodteux, une irritation quelconque d'un point de l'enveloppe tégumentaire.

3° Sa *cause efficiente* est en général une matière venant du dehors, ou de tissus dénaturés, et se mélant aux fluides de la région malade, secondairement ou de prime-abord.

4° Les fluides ainsi altérés produisent deux ordres de phénomènes morbides, des phénomènes généraux et des phénomènes locaux, les premiers avant les seconds, quand il y a d'abord passage des fluides dans le torrent général de la circulation, les deuxièmes avant les premiers, si l'altération ne se fait que par imbibition.

5° Dans la peau malade, enflammée, les fluides, dénaturés par l'élément morbifique, ne semblent circuler, avancer que par *endosmose*; bien que marchant de proche en proche, gagnant en surface, et non en profondeur, l'érysipèle s'étale sur le derme et dans le derme, à la manière de l'huile sur un plan.

7° Une grande proportion de la matière morbifique reste jusqu'à la fin sous l'épiderme ou dans le tissu cutané, mêlée au sang dans la plaque organique enflammée.

La totalité d'un érysipèle est à peu près constamment formée de plusieurs petits érysipèles successifs.

9° Une plaque d'érysipèle isolée s'éteint, en général, d'elle-même, au bout de 4, 6 ou 8 jours.

10° La durée de tout le mal est rendue ainsi très variable, en raison

du nombre de plaques érysipélateuses qui se succèdent, ou qui s'ajoutent les unes aux autres.

11° Les remèdes, soit internes, soit externes, capables de dissiper on pareil mal, doivent tendre surtout à modifier le sang.

Passant ensuite à la partie thérapeutique de son travail, M. Velpeau déclare d'abord n'avoir point eu à se louer de divers moyens qu'on avait proposés comme héroïques contre l'érysipèle; tels sont la compression, le vésicatoire volant, le nitrate d'argent promené à la surface ou sur le contour de l'exanthème, l'onguent napolitain, la pommade au précipité blanc, les acides sulfurique, chlorhydrique, citrique, tartrique, l'oxicrat, l'eau salée, le chlorure de soude, le nitrate acide de mercure, le camphre, les mouchetures. Bref, il avait, en désespoir de cause, renoncé à faire de nouveaux essais, lorsqu'un ordre tout différent de considérations se présenta à sa pensée, fondé sur les modifications que les préparations de fer impriment au sang. Partant, dit-il, de l'idée que, dans l'érysipèle, les tissus enflammés sont imbibés de sang, de fluides dénaturés, je me demandai si des topiques ferrugineux n'offriraient pas quelques chances de succès dans une maladie aussi superficiellement placée. C'est au sulfate de fer que je me suis d'abord adressé sous ce rapport. En solution, je l'ai employé à la dose de 30 grammes par litre d'eau; en pommade, j'en ai mis 8 grammes par 30 grammes de graisse, après avoir tenté des proportions plus faibles ou plus fortes.

Relativement au choix à faire entre ces deux sortes de préparations du médicament, il faut préférer la pommade pour la tête, le cou et le tronc, parce qu'elle y est d'un emploi plus commode. Mais il importe de la faire préparer par trituration, et d'avoir soin que le sel ferrugineux ait été porphyrisé, pour bien se mêler à la graisse; cette pommade doit être parfaitement homogène et ne pas donner la sensation de sable aux doigts qui la frottent entre leur pulpe. On en étale largement, par onction ou par friction, sur la totalité de l'érysipèle, et un peu au-delà.

La solution est employée en lotions à l'aide de compresses, qu'on en imbibe toutes les six heures, et qu'on fixe sur la partie malade au moyen d'une bande. L'essentiel est que la peau en soit continuellement mouillée.

Un des inconvénients du sulfate de fer est de rouiller le linge qu'il touche. M. Velpeau n'a pas encore pu trouver le moyen de neutraliser cet effet. Le tartrate de fer ne présenterait pas un semblable désavantage; mais il est fort à présumer qu'il n'aurait pas la même efficacité thérapeutique.

Quant à l'action médicatrice de ce topique contre l'érysipèle, M. Velpeau rapporte, mais d'une manière extrêmement abrégée, 24 cas dans lesquels le sulfate de fer a exercé sur la marche de l'éruption l'influence la plus marquée et la plus rapide. Dans aucun d'eux, la même plaque enflammée n'a résisté plus de 24 ou 48 heures à ce moyen. Il est seulement étrange, dit M. Velpeau, que l'érysipèle ambulant, éteint à son point de départ, n'en continue pas moins de se développer, ainsi traité, même sur des régions déjà enduites ou imbibées de la préparation de fer. Est-ce que ce remède serait, à l'instar de tant d'autres, curatif et non préservatif? Est-ce que, pour être modifiée, l'inflammation aurait besoin d'être complètement établie? Les recherches auxquelles je continue de me livrer nous l'apprendront peut-être.

Ce travail de M. Velpeau contient deux parties bien distinctes: une théorie de l'érysipèle et un nouveau moyen proposé contre cette maladie. Nous ne nous arrêterons pas en ce moment à la théorie, car ce n'est point sur de simples conclusions qu'on peut la comprendre ni la juger, et nous attendrons pour discuter ses preuves qu'on nous les ait fait connaître. Nous nous permettrons seulement, dès à présent, une observation, parce qu'elle porte sur un point qui touche directement à la pratique. M. Velpeau a de la propension à croire que le sulfate de fer réussit dans ces cas, surtout à raison des modifications qu'il imprime au sang. Mais si c'était effectivement là le mode d'action de ce médicament, ne serait-il pas plus rationnel de l'administrer d'emblée à l'intérieur? et M. Velpeau n'est-il pas rigoureusement amené à cette conclusion, lui qui admet, si nous l'avons bien compris, une altération générale du sang dans l'érysipèle, puisque, d'après ses propres paroles, *les fluides de la région malade (dont l'altération est la cause efficiente de l'érysipèle) produisent des phénomènes généraux, quand ils passent dans le torrent de la circulation.* Le précepte d'administrer des préparations de fer à l'intérieur nous paraît donc une conséquence forcée des principes de M. Velpeau. Nous ne prétendons pas pour cela dire que cette méthode soit la meilleure; nous pensons même qu'elle échouerait le plus ordinairement, sinon toujours; mais cela prouverait seulement que le mode d'action du sulfate de fer n'est pas tel que l'admet M. Velpeau, et que ce médicament n'agit que localement et comme astringent très énergique.

Quant à l'efficacité réelle du médicament, abstraction faite de toute explication, quoique les observations confirmatives eussent pu être déduites d'une façon moins sommaire, nous admettons volontiers le témoignage de l'honorable professeur de la Charité, comme complément des détails qui leur manquent pour entraîner la conviction de ceux qui ne connaîtraient pas sa bonne foi. Il y a donc lieu, ce nous semble, jusqu'à de nouvelles expériences, d'accepter ce moyen comme un utile auxiliaire: et nous ne répéterons pas à son sujet ce mot d'un médecin du siècle dernier, à propos d'un spécifique réputé infaillible, sur lequel on lui demandait son avis: « Dépêchez vous de vous en servir pendant qu'il guérit. » D'après les essais de M. Velpeau, on peut et on doit conseiller aux praticiens l'usage de ce médicament; et son emploi sur une plus large échelle aura bientôt fixé la valeur qu'il doit conserver dans le traitement de l'érysipèle.

II. L'EXAMINATEUR MÉDICAL.

Les numéros de janvier, février et mars 1842 contiennent les travaux originaux suivans: 1° *Sur la luxation de l'extrémité externe de la clavicule et sur un appareil propre à maintenir la réduction;* par M. Cl. Barbier, de Lyon. 2° *Sur certaines affections paralytiques des enfans;* par M. Kennedy. (Extrait du DUBLIN MEDICAL PRESS.) 3° *Leçons de M. Récamier sur l'état fébrile et la fièvre.* 4° *De la cure de la hernie ombilicale chez les enfans, à l'aide de la ligature;* par M. Nevermann. (Le genre d'intérêt particulier à ce travail est parfaitement caractérisé par ces paroles qui lui servent d'épigraphe, *vera non nova.* C'est une compilation assez complète, résumant les principales recherches faites sur cette question. L'auteur conseille la ligature, mais il recommande de seconder ses effets par l'application d'un bandage compressif maintenu en place pendant deux ou trois mois.) 5° *Etudes statistiques sur les étranglements herniaires et l'opération de la hernie étranglée;* par M. Malgaigne. 6° *Des usages du corps thyroïde dans l'espèce humaine et dans les mammifères;* par M. Maignien. (Travail présenté à l'Académie des sciences, v. GAZ. MÉD., 1842, n° 4.) 7° *Observation de maladie incurable de la peau, guérie par l'ablation de la peau malade;* par M. Aug. Mercier. (Observation intéressante déjà rapportée par nous dans la GAZ. MÉD., à propos d'une collection d'observations autoplastiques de M. Burggraeve, v. 1841, n° 39, p. 618.) 8° *Etudes sur les doctrines de J. Hunter;* par M. J.-P. Tessier. 9° *Sur la ligature sous-cutanée des artères;* par M. Tavignot. (Voy. GAZ. MÉD., n° 8, p. 125.) 10° *Sur le cathétérisme et en particulier sur une nouvelle méthode de cathétérisme forcé dans les hypertrophies de la prostate;* par M. Aug. Mercier. 11° *De l'origine des globules du sang, de leur mode de formation et de leur fin;* par M. Donné. (Travail inséré dans la GAZ. MÉD., 1842, p. 178.) 12° *Des rapports de l'oreille interne et du cervelet;* par M. Burggraeve. (La GAZ. MÉD. a donné l'analyse et la critique de ce travail, v. n° 14, p. 215.) 13° *Sur les dissolvans des concrétions urinaires;* par M. A. Ure. (Extrait des PHARMAC. TRANSACT.) 14° *Des modifications de caloricité dans les corps vivans, compte-rendu du cours de M. Andral;* par M. A. Becquerel.

SUR LA LUXATION DE L'EXTRÉMITÉ EXTERNE DE LA CLAVICULE ET SUR UN APPAREIL PROPRE A MAINTENIR LA RÉDUCTION; par M. CL. BARBIER.

La communication de M. Barbier est principalement destinée à faire connaître les effets avantageux d'un mode de traitement appliqué par M. Pétrequin aux luxations de l'extrémité externe de la clavicule. L'observation suivante donnera une idée de la construction de cet appareil et de sa valeur qui paraîtra fort grande, au point de vue clinique, si l'on se rappelle le pronostic fâcheux porté par tous les auteurs sur la curabilité de cette affection.

OBS. — Un homme de 51 ans étant tombé, de 30 pieds de hauteur, sur le moignon de l'épaule gauche, fut amené à l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans le service de M. Pétrequin. L'épaule gauche était plus rapprochée du tronc et plus abaissée que la droite. En saisissant l'extrémité externe de la clavicule, on pouvait la faire vaciller à volonté d'arrière en avant. Cette extrémité était portée en haut et en arrière; il existait un intervalle de plusieurs lignes entre l'acromion et la clavicule; l'épaule était en même temps tirée en dedans par les muscles pectoraux et grand dorsal. Le chirurgien commença par pratiquer la réduction, en se servant de l'humérus comme d'un levier, le portant légèrement en avant, l'appliquant contre le thorax et le soulevant de manière à ramener l'épaule en dehors, en haut et un peu en arrière. Pendant qu'un aide maintenait cette attitude, M. Pétrequin appliqua l'appareil de la manière suivante: un coussinet de linge est placé sur la clavicule gauche, de manière à servir de point d'appui. Le coude, du même côté, garni de coton cardé, est relevé avec des tours de bande qui passent d'arrière en avant et remontent sur la clavicule, de telle sorte que la puissance mise en action a pour résultat en même temps de relever le coude et d'abaisser

la clavicule en l'affrontant avec l'acromion. Ces tours de bande furent amidonnés au fur et à mesure de leur application, de manière à former un tout solide qui resta parfaitement intact pendant huit jours.

L'appareil fut entièrement renouvelé le quatorzième jour. Enlevé le vingt-cinquième, il fut remplacé par un simple bandage contentif. Le malade sortit au bout de quarante-cinq jours de séjour à l'hôpital. La luxation était bien guérie, seulement l'extrémité scapulaire de la clavicule semblait jouir d'une mobilité plus sensible que celle du côté opposé.

ÉTUDES STATISTIQUES SUR LES ÉTRANGLEMENS HERNIAIRES ET L'OPÉRATION DE LA HERNIE ÉTRANGLÉE; par M. MALGAIGNE.

Dans toute statistique, il y a deux choses à considérer : les données qui lui servent de base et les résultats auxquels elle conduit. Hâtons nous de dire que, sous le premier rapport, nous ne connaissons pas de travail plus irréprochable que les présentes études de M. Malgaigne. Etablie sur le dépouillement attentif des registres d'admission et des notes exigées par l'administration centrale sur les opérations qui se pratiquent dans chaque hôpital de Paris, portant en conséquence sur des faits qui se sont tous accomplis au grand jour de la publicité, cette statistique offre les garanties les plus sûres d'authenticité. Quant aux résultats qu'elle pourra avoir, nous ne voulons rien préjuger sur l'avenir. On accusera sans doute l'auteur d'avoir fait œuvre d'investigateur curieux plutôt que de praticien; mais n'y a-t-il donc aucune utilité à mettre sous les yeux des chirurgiens le chiffre des insuccès que les plus exercés d'entre eux ont à subir, même en s'astreignant scrupuleusement à toutes les règles de l'art. D'autre part, il est vrai qu'en général les conclusions de M. Malgaigne se traduisent en rapprochemens piquans d'imprévu, plutôt qu'en applications immédiatement réalisables, mais ces résultats bruts sont-ils donc absolument à rejeter? N'ont-ils pas, pour le moins, l'intérêt de problèmes dont la solution resterait à déterminer? Et la médecine est-elle donc assez définitivement constituée, comme science, est-elle du moins assez sûre dans ses préceptes, comme art, pour qu'il doive paraître oiseux de travailler à reculer ses limites en posant sans cesse de nouvelles questions à résoudre? A ce point de vue, nous ne saurions trop encourager les auteurs de statistiques. Œuvre de patience et le plus souvent de désintéressement, si elles n'apportent point avec elles, pour les faire valoir, un résultat actuellement palpable, c'est incontestablement du moins sur leurs déductions futures qu'est fondé le perfectionnement de la médecine; aussi donnons nous toujours une attention particulière aux recherches de ce genre, lorsque, comme celles de M. Malgaigne, elles réunissent la double condition d'authenticité dans les matériaux, et d'impartialité dans la main qui les a rassemblés.

Le travail de M. Malgaigne porte sur les cas de hernie qui se sont présentés dans les hôpitaux de Paris, du 1er janvier 1836 au 31 décembre 1840.

INFLUENCE DES SAISONS. — Si l'on forme trois quadrimestres, le premier, des mois de décembre, janvier, février et mars; le deuxième, d'avril, mai, juin et juillet, et le quatrième, d'août, septembre, octobre et novembre, on trouvera que le nombre des hernies étranglées a été de 99 cas dans le premier, de 66 pour le deuxième, et de 55 pour le troisième. En opposant les six mois d'hiver aux six mois d'été, on aura 137 cas d'étranglement contre 83. La différence est donc telle, qu'il ne peut rester, à l'égard de la réalité de cette influence, aucune prise au doute.

INFLUENCE DES SEXES. — Sur 220 observations de hernie étranglée, 120 reviennent au sexe féminin et 100 au sexe masculin. Cette disproportion, déjà si considérable, augmente encore lorsqu'on réfléchit que les hernies sont en général quatre fois plus communes chez les hommes, de sorte qu'en établissant entre ces deux rapports différens un rapprochement légitime, on arrive à cette conclusion, qu'il y a près de 5 hernies qui s'étranglent chez les femmes pour une hernie étranglée chez les hommes.

INFLUENCE DE L'AGE. — En réunissant les hernies des deux sexes, on en trouve :

De 2 à 20 ans	5	hernies étranglées.
De 20 à 40 ans	52	—
De 40 à 80 ans	163	—

INFLUENCE COMBINÉE DU SEXE ET DE L'AGE. — Il résulte, des calculs établis par l'auteur, que, jusqu'à l'âge de 30 ans, la prédisposition des deux sexes aux étranglemens est à peu près égale; mais qu'au-delà se montrent des différences extraordinaires. Ainsi, chez l'homme, la prédisposition diminue déjà un peu jusqu'à 40 ans, plus encore de 40 à 50; et, au-delà de 50 ans, le déclin suit son cours, de sorte que les vieillards herniεux sont notablement moins exposés à l'étranglement que les jeunes gens et les adultes, tandis qu'au contraire, pour le sexe féminin, de 30 à 40 ans, la prédisposition fait plus que doubler d'intensité; passé 40 ans, elle double derechef, et après 50 ans, elle augmente encore, en sorte que les vieilles femmes herniεuses sont cinq fois plus exposées à l'étranglement que les jeunes femmes, et six à sept fois plus que les vieillards du sexe masculin.

M. Malgaigne attribue cette différence à ce que le nombre des hernies crurales chez les femmes augmente avec l'âge, et que ces hernies sont bien connues pour s'étrangler plus fréquemment qu'aucune des autres espèces.

MORTALITÉ SUR LE NOMBRE DES OPÉRATIONS ET SUR LE NOMBRE DES HERNIES. — Sur 220 opérations de hernie pratiquées durant les cinq années, il y a eu 133 décès. En comparant avec ce chiffre celui du nombre des hernieux indigens de Paris, M. Malgaigne a trouvé que, à Paris, dans les classes pauvres, sur 350 hernieux environ, il y en a 1 qui vient annuellement subir l'opération de la hernie étranglée; et, sur 570 hernieux environ, il y en a 1 qui est dévoué chaque année à mourir de cette opération.

MORTALITÉ SUIVANT LES SAISONS. — Cette partie de la statistique de M. Malgaigne est sans doute la plus importante, car elle conduit directement à une application pratique capitale. Ici encore les résultats ont été aussi tranchés que partout ailleurs. Ainsi, en partageant l'année en deux semestres, la saison froide donne 77 morts contre 39 guérisons, et la saison chaude 56 contre 38. Si, pour plus d'exactitude dans les données du problème, l'on compose l'hiver des quatre mois suivans, décembre, janvier, février et mars, on aura 63 morts pour 26 guérisons; la proportion, dans les deux autres quadrimestres, sera de 38 à 28 et de 32 à 23; en sorte qu'au total l'hiver paraît aussi défavorable aux opérés de hernies qu'il l'est aux hernieux en général.

MORTALITÉ SUIVANT LE SEXE. — On compte, pour les hommes, 62 morts et 38 guéris; pour les femmes, 71 mortes et 49 guéries. Ainsi, en réalité, les femmes résistent mieux à l'opération que les hommes. La raison de cette différence ne vient pas de ce que l'opération de la hernie crurale a moins de dangers que celle de la hernie inguinale, car nous allons voir que, dans l'âge adulte et la vieillesse, où se font surtout les étranglemens des hernies crurales, il meurt précisément autant ou plus de femmes que d'hommes. L'unique motif de ce fâcheux privilége qu'offrent les hommes, c'est la mortalité considérable, ainsi que nous allons le dire, dans le jeune âge; car, comme alors la majeure partie des opérés sont du sexe masculin, le chiffre énorme de leurs morts suffit à faire pencher la balance dans le résultat général.

MORTALITÉ SUIVANT LES AGES. — Au-dessous de 25 ans, on a la proportion suivante :

Hommes	18 opérés,	14 morts,	4 guéris.
Femmes	3 —	1 —	2 —

Au-dessous de 25 ans :

Hommes	82 opérés,	48 morts,	34 guéris,
Femmes	117 —	70 —	47 —

La mortalité des autres âges présente aussi quelques variantes, et du dépouillement exact des faits collationnés à ce point de vue, on peut conclure que la gravité de l'opération, énorme avant 20 ans, et même jusqu'à 25, diminue de 25 jusqu'à 40 ans, de telle sorte qu'on sauve alors plus de la moitié des malades; elle augmente à peine de 40 à 50 ans; mais, à partir de ce dernier terme, elle remonte à un degré tel que, chez les vieillards, on perd plus des deux tiers des opérés. Mais il est digne de remarque qu'alors même elle n'atteint pas tout à fait la violence particulière au jeune âge.

MORTALITÉ CONSIDÉRÉE SUIVANT L'ÉPOQUE OU LA MORT A EU LIEU, A PARTIR DU JOUR DE L'OPÉRATION. — Les considérations de cet ordre sont on ne peut plus propres à faire juger de l'influence exercée par l'opération sur la marche de la maladie. Voici textuellement les résultats de l'auteur.

Sur 69 hommes et 72 femmes on compte :

Morts le premier jour	10	malades.
le deuxième	23	
le troisième	22	
le quatrième	20	
le cinquième	17	

Total pour les 5 premiers jours, 92 morts, ou 70,23 sur 100.

Quant à la mortalité, les jours suivans, elle est beaucoup moindre; calculée du cinquième au neuvième jour, elle s'élève à 22 ou 16,79 sur 100; et du neuvième au trente-huitième, à 17, ou 12,97 sur 100.

SUR LE CATHÉTÉRISME, ET EN PARTICULIER SUR UNE NOUVELLE MÉTHODE DE CATHÉTÉRISME FORCÉ DANS LES HYPERTROPHIES DE LA PROSTATE; par M. AUGUSTE MERCIER.

Le travail de M. Mercier se compose de deux parties. Dans la première l'auteur expose sur l'anatomie pathologique des rétrécissemens par hypertrophie de la prostate et sur les précautions à prendre pour en triompher avec les instrumens ordinaires, des préceptes fort judicieux et que nous regrettons de ne pouvoir reproduire ici. Passant ensuite à l'objet spécial de ce Mémoire, M. Mercier examine les cas où, tout autre moyen ayant échoué contre l'obstacle, on est forcé d'avoir recours au cathétérisme forcé. L'instrument par lequel il propose de remplacer les sondes coniques de Boyer n'est autre que le cathéter coudé, imaginé par lui, et dont on connaît déjà le parti qu'il a su tirer pour reconnaître sur le vivant toutes les déformations de la prostate. Cet instrument est surtout caractérisé par le peu d'étendue de la branche vésicale comparée à la longueur de celle qu'on peut, par contre, appeler urétrale. Mais laissons l'auteur expliquer lui même la manière d'introduire l'instrument et les avantages de cette manœuvre substituée à l'ancienne opération. Supposons, dit-il, que le centre de la portion prostatique de l'urètre soit dévié soit à droite, soit à gauche, par l'hypertrophie d'un des lobes latéraux de la prostate, et que les sondes ordinaires ne puissent passer au-delà, voici comment je procède: Fondé sur ce fait bien constaté, que, dans ce genre de lésions, les parois antérieure et postérieure du canal n'ont pas abandonné la ligne médiane, et sur ce que son diamètre recto-pubien a, selon toute probabilité, augmenté, je prends une sonde coudée et je l'introduis jusqu'à l'obstacle. Alors je rapproche la tige de l'axe du tronc et je pousse, non pas dans le sens du bec, mais de manière à ce que le dos de la portion recourbée marche en avant. On conçoit que de la sorte il est *impossible* de faire une fausse route, et qu'on peut toujours, sans danger, employer une force suffisante pour triompher de l'obstacle.

Même procédé lorsque c'est au col de la vessie que les sondes ordinaires se trouvent arrêtées. Je commence par me rappeler que je n'ai jamais rencontré de saillie au-devant de l'orifice vésico-urétral et qu'il est par conséquent de toute probabilité qu'il ne s'en présentera pas au bec de l'instrument. J'introduis celui-ci jusqu'à l'opercule formé le plus souvent par le bord postérieur du col vésical, et la tige alors se trouve très rapprochée de l'axe du tronc; puis, sans m'inquiéter si c'est en arrière ou sur les côtés que l'opercule a son point d'origine, je pousse directement, en portant tant soit peu le bec en avant, et j'arrive infailliblement et sans risque dans la vessie, parce qu'il est impossible qu'avec le dos de mon instrument je ne parvienne pas à soulever la tumeur ou valvule qui ferme le canal. On sent qu'avec une courbure moins prononcée on perdrait ces avantages, parce qu'alors ce serait le bec qui marcherait en avant, comme cela a lieu avec les sondes ordinaires; on sent qu'on les perdrait également si, avec une courbure aussi forte, le bec était plus long, parce que la longueur de ce bec ne lui permettrait pas de se placer ainsi dans une direction presque perpendiculaire à l'axe du canal de manière à se présenter par son dos à l'obstacle.

Ainsi je pratique le cathétérisme forcé, mais d'après des principes tout autres qu'on ne l'a fait jusqu'à présent. On cherchait à soulever et même à traverser l'opercule avec le bec quelquefois pointu d'une sonde; moi, je présente à l'obstacle le dos de la mienne, c'est-à-dire une surface de 5 à 6 millimètres de largeur et de 15 ou 16 de longueur. Le bec est toujours tourné du côté où l'on a le moins de parties à ménager et d'obstacles à vaincre; car sur la paroi postérieure, on rencontre le véru montanum, les orifices des conduits spermatiques, ceux de la prostate et la portion sus-montanale de cette glande qui est plus ou moins saillante, tandis qu'on ne trouve rien de tout cela en avant.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 11 JUILLET.

FORMATION DE LA MEMBRANE CADUQUE.

M. COSTE lit le mémoire qu'il avait annoncé dans la dernière séance, et dont nous avons déjà indiqué le sujet (voy. GAZ. MÉD., n° 28). Voici les conclusions que l'auteur a établies :

1° La membrane caduque utérine ne forme pas toujours une ampoule close de toutes parts, puisque dans l'espèce humaine, par exemple, elle offre deux ouvertures du côté des trompes de Fallope et une troisième vers le museau de tanche.

2° Cette membrane n'est pas seulement juxta-posée contre les parois de la face interne de l'utérus; mais elle y adhère, *à cette époque*, par une si etroite continuité de tissu, qu'il n'est pas possible de distinguer les limites de la muqueuse utérine; en sorte que ces parties semblent s'être confondues et ne former qu'un seul tout.

3° Au lieu d'être une couche sans texture, la caduque porte, au contraire, dans son épaisseur une telle quantité de vaisseaux, et d'un tel calibre qu'on ne peut la comparer, pour la richesse, qu'à une sorte de rate ou de corps thyroïde que l'on supposerait étalé en membrane et recouvrant l'œuf comme d'un lac de sang.

M. Coste se propose de traiter, dans un prochain travail, de la manière dont le sang maternel arrive au placenta, et de la part que la caduque prend à la formation de ce dernier.

Commissaires: MM. Magendie, Serres, Flourens, de Blainville et Breschet.

STRUCTURE DES POUMONS.

M. BOURGERY lit l'extrait d'un mémoire sur la structure du système capillaire aérien du poumon. (Voir ce travail ci-contre.)

ÉLECTION DANS LA SECTION DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

MM. Rayer, Ribes père, Jules Guérin et Fouquier écrivent à l'Académie pour se présenter comme candidats à la place vacante dans la section de médecine et de chirurgie par la mort de M. Double.

REVACCINATION.

M. le docteur LEMAZURIER envoie à l'Académie le résultat des revaccinations qui viennent d'être pratiquées sous ses yeux, sur 109 élèves du collège royal de Versailles. A l'exception de 15, tous ces élèves présentaient des traces d'une ancienne vaccination. Tous avaient, en entrant au collège, fourni des certificats de vaccine; quelques-uns d'entre eux, mais en petit nombre, avaient déjà été revaccinés sans succès. Leur âge était de 14 à 15 ans. Trois piqûres ont été faites à chaque bras. Les premiers résultats, constatés le cinquième jour après l'opération, ont été les suivans :

6 élèves n'offraient aucun travail vaccinal;

27 ont présenté tous les caractères de la vaccine vraie; chez plusieurs la réaction inflammatoire a été très intense;

25 ont eu des éruptions vaccinales intermédiaires entre la vraie et la fausse vaccine, caractérisées par un travail plus précoce et par la forme conique des pustules;

51 élèves au moins ont présenté la fausse vaccine ordinaire déjà parvenue à la période de dessiccation.

Les jeunes gens chez lesquels la vraie vaccine s'était développée, ayant été examinés de nouveau deux jours après, les pustules ont été trouvées en très bon état et avec un développement remarquable.

TERMINAISON DES NERFS.

M. MANDL adresse à l'Académie un mémoire sur la terminaison des nerfs. Les résultats auxquels l'auteur est arrivé peuvent se résumer dans les propositions suivantes.

M. Mandl a pu constater en général la terminaison des nerfs en anses, ainsi que l'avaient démontré les observations de MM. Prévost et Dumas, Valentin, Emmert, Burdach, etc. Mais son attention était particulièrement fixée sur ce point, savoir : comment les nouvelles parties qui se forment pendant l'accroissement acquièrent-elles des fibres nerveuses? Quelle que soit l'époque, l'âge auquel on examine le corps d'un animal, on voit toujours les nerfs se terminer sous formes d'anses. Or, pour que les nouvelles portions du parenchyme qui se forment pendant l'accroissement soient pourvues de nerfs, on pourrait penser qu'il existe quelque part des espèces de bourgeons nerveux, d'où les fibres primitives prennent naissance pour se répandre dans le tissu. Mais l'observation directe n'a pas démontré à l'auteur, quelque part que ce soit, l'existence de bourgeons pareils. Voici le résultat des observations qu'il a faites dans ce sens et qui lui paraissent résoudre la question.

M. Mandl a observé que les faisceaux des nerfs de jeunes animaux ne sont pas pourvus d'un névrilème. Or, quand le nouveau parenchyme se forme, il commence par la production de quelques corpuscules entre les fibres primitives d'un faisceau; une ou plusieurs fibres élémentaires se trouvent, par suite de cette nouvelle production, à cet endroit, écartées du restant du faisceau. Au fur et à mesure que ces corpuscules prennent leur développement et que de nouveaux corpuscules se produisent, les fibres primitives qui d'abord n'étaient que peu éloignées de la direction du faisceau, s'écartent davantage pour former à la fois une véritable anse. (L'intention de l'auteur, néanmoins, n'est pas d'avancer que le nouveau parenchyme ne se forme qu'entre les fibres primitives des nerfs.) Il paraîtrait aussi résulter de ces observations que le nombre des fibres primitives est le même dans les jeunes animaux et chez les adultes, puisque nulle part on n'a pu constater la division d'une fibre en deux. Ces observations se font le plus facilement sur la queue transparente du têtard.

STRUCTURE DE LA RÉTINE.

Dans le même travail, M. Mandl a consigné les remarques suivantes sur la structure de la rétine. Cette membrane se compose de deux portions bien distinctes : l'interne, celle qui touche le corps vitré, est composée des mêmes élémens que la substance corticale de l'encéphale. M. Mandl propose de l'appeler la *substance grise de la rétine*. La portion externe, ou la *portion blanche*, contient, outre des vaisseaux sanguins et l'expansion du nerf optique, des élémens particuliers que l'auteur désignerait volontiers sous le nom de baguettes. La forme, la longueur et la largeur de ces baguettes varient beaucoup dans les diverses classes d'animaux. Elles forment la couche la plus externe, où elles sont placées obliquement. Celles des poissons et des oiseaux, surtout les derniers, se prêtent le mieux à l'observation. Elles sont, chez les oiseaux, longues à peu près de 1/100 à 1/50 de millimètre, larges de 1/300 de millimètre, portant à leur extrémité externe un globule huileux, d'un jaune plus ou moins foncé ou de couleur rouge, tandis que l'extrémité interne finit par un fil très délié. On n'a pu constater aucun rapport entre ces baguettes et le nerf optique. Il faut examiner des yeux frais et la rétine dans le liquide du corps vitré. Tout liquide étranger détruit la forme des élémens.

Commissaires: MM. Flourens, Serres, Breschet et Milne Edwards.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 12 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. FOUQUIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance officielle comprend une lettre ministérielle avec envoi d'un rapport du médecin aux épidémies de Gray sur une fièvre typhoïde qui a régné en 1841 et 1842 dans plusieurs communes de cet arrondissement.

M. Laurel écrit qu'il se désiste de sa candidature à la place vacante dans la section d'anatomie et de physiologie.

NOMINATION DES JUGES POUR LES CONCOURS DE LA FACULTÉ.

M. Cornac : Je n'étais pas présent à la dernière séance lorsque M. Gimelle est venu annoncer la nomination de M. A. Bérard à la chaire de clinique chirurgicale ; ce qui complète le nombre des professeurs de la Faculté. Je désire bien sincèrement qu'il ne se fasse pas de longtemps parmi eux de nouvelle vacance (rires) ; mais enfin lorsqu'il en arrivera une, il faudra y pourvoir. Or je crois qu'il serait urgent de nous occuper dès à présent de modifier notre réglement en ce qui a trait à la nomination des juges pris dans le sein de l'Académie pour assister à ces concours. Dans une note lue par moi, le 3 mars 1840, je fis déjà voir quelques-uns des inconvéniens qui s'attachent au mode actuel de nomination. En voici un entre autres. Certainement personne ne conteste l'importance de l'anatomie, et le rang qu'elle doit tenir dans l'étude et l'enseignement des diverses branches des sciences médicales. Eh bien ! croiriez-vous que, d'après la constitution qui nous régit, les membres de la section d'anatomie ne sont appelés à faire partie du jury des concours pour aucune des dix chaires de médecine ni des sept chaires de chirurgie qui existent à la Faculté ? Un pareil système appelle indispensablement une réforme. Je propose donc de transmettre ces observations au comité d'administration, afin qu'il mette prochainement l'Académie en mesure de s'occuper de cette question.

REMÈDES SECRETS.

M. Villeneuve lit plusieurs rapports sur des propositions de remèdes secrets.

Les conclusions défavorables sont adoptées.

NATURE ET SIÉGE DE CERTAINES ESPÈCES DE TOUX.

M. Bricheteau lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Miquel, d'Amboise, ayant pour titre : De la toux stomacale. Différens médecins, dit M. le rapporteur, s'étaient déjà préoccupés de cette affection. Ainsi M. Desarroque admet cinq espèces de toux dépendant d'une lésion des viscères abdominaux, savoir : la toux gastrique, celle qui tient à un état saburral, celle qui se lie à la présence de vers intestinaux, celle qu'amènent les maladies du foie, enfin la toux dite hystérique. Cette division, fondée sur l'observation, n'a toutefois pas encore été établie par des autopsies. A défaut de ce moyen de vérification, peut-on se contenter des effets du traitement et conclure des résultats thérapeutiques à la nature du mal ? Peut-on dire, par exemple, qu'une toux qui a été emportée par l'administration d'un vomitif avait son siége dans l'estomac ? Une semblable déduction deviendrait immanquablement la cause d'erreurs nombreuses ; car il serait tout aussi rationnel de prétendre qu'une pneumonie guérie par le tartre stibié était une affection gastrique.

Le fait le plus important qui résulte du travail adressé par le docteur Miquel, c'est que ce médecin a triomphé de toux rebelles et opiniâtres en changeant le régime alimentaire des malades confiés à ses soins, et en faisant usage de médications dont l'action était dirigée principalement sur l'estomac.

Conclusions : adresser à l'auteur une lettre de remercîmens, inscrire son nom sur la liste des candidats aux places de membres correspondans. (Adopté.)

NATURE DE LA SUETTE MILIAIRE.

M. Bricheteau lit un second rapport sur un travail de M. le docteur Galy sur l'épidémie de suette miliaire qui a régné dans le département de la Dordogne. L'auteur, dit M. Bricheteau, pense que la suette est une maladie du système nerveux ; il conclut que le meilleur traitement à lui opposer consiste à faire la médecine des symptômes, qu'il appelle, on ne sait trop pourquoi, la médecine éclectique. Il réserve les médications actives pour les cas les plus graves. Du reste, ni sa théorie, ni sa pratique, n'ont obtenu l'assentiment de ses confrères, et cette dissidence donne à son travail un caractère polémique qu'il s'efforcera sans doute d'atténuer ou même de faire disparaître dans ses productions ultérieures.

Conclusions : Remercîmens, dépôt aux archives. (Adopté.)

ENTRECROISEMENT DES FAISCEAUX DE LA MOELLE.

M. Bégin lit un rapport sur un travail de M. Foville relatif à cette question. Pendant longtemps, dit M. le rapporteur, l'entrecroisement des pyramides antérieures a suffi pour expliquer la marche croisée des impulsions volontaires, si apparente dans les paralysies résultant de lésions cérébrales. Mais il y avait entre la cause supposée et l'effet observé un tel défaut de rapport, que, pour beaucoup de bons esprits, il restait du doute sur la légitimité de cette explication. Comment admettre en effet que les fibres si nombreuses de l'encéphale pussent toutes se trouver représentées par les quelques radiations que l'on voit s'entrelacer à l'endroit de ce croisement. M. Foville a bien fait valoir cette difficulté, et il a parfaitement établi que l'entrecroisement des deux moitiés latérales de l'encéphale se fait sur une surface beaucoup plus grande et entre des parties beaucoup plus étendues qu'on ne le pensait généralement. Il l'a suivi en effet tout le long du plancher de l'aqueduc de Sylvius et du *calamus scriptorius*. Il a aussi pris soin de signaler la cause des méprises que l'on avait commises jusqu'ici dans ces recherches, et les moyens de les éviter et de rendre la véritable disposition évidente par la dissection. En résumé, le travail de M. Foville est de la plus haute importance, et nous proposons en conséquence : 1° de le renvoyer au comité de publication ; 2° d'inscrire le nom de l'auteur sur la liste des candidats aux places vacantes à l'Académie.

M. Barthélemy demande la suppression de la seconde conclusion comme étant contraire aux usages de l'Académie, et M. le rapporteur consent à la retirer.

M. Castel présente quelques observations sur l'entrecroisement des faisceaux de la moelle.

M. Blandin : Je viens d'entendre M. Castel dire qu'il ne pense pas que les fibres de la protubérance annulaire s'entrecroisent. M. Foville n'a sans doute pas voulu dire autre chose. S'il n'en était pas ainsi, je me rangerais à l'opinion de M. Castel.

M. Bégin répond que M. Foville n'a effectivement point parlé d'entrecroisement dans la protubérance annulaire.

M. Blandin : Je pensais bien que telle était l'opinion de M. Foville, mais j'étais bien aise de m'élever contre toute fausse interprétation de ses paroles. Je profiterai de cette occasion pour exprimer le regret que j'éprouve...... (Interruption) le regret et l'étonnement que j'éprouve de n'avoir pas trouvé le nom de M. Foville sur la liste qui a circulé des candidats présentés pour la place vacante dans la section d'anatomie et de physiologie.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE LA SURDI-MUTITÉ.

M. Ménière lit un mémoire sur l'anatomie pathologique de la surdi-mutité. Après avoir consacré quelques lignes à la mémoire de son prédécesseur Itard, et à l'appréciation succincte de ses travaux, M. Ménière présente un ensemble de considérations générales sur l'anatomie et la pathologie de l'organe auditif, considérations dont chacune deviendra l'objet de mémoires spéciaux qu'il se propose de présenter ultérieurement à l'Académie.

Un examen attentif et réfléchi de l'organe de l'ouïe, dit M. Ménière, m'a démontré qu'il peut, sous le rapport de sa structure, être divisé en trois parties, qui offrent chacune de l'analogie avec un tissu différent. Ainsi, l'oreille externe est une dépendance du système tégumentaire ; sa texture et les maladies auxquelles elle est le plus sujette justifient suffisamment ce rapprochement. De même l'oreille moyenne participe plutôt de la nature du tissu muqueux ; c'est ce que prouvent sa communication avec les voies aériennes, la propagation dans son intérieur des maladies des muqueuses pharyngiennes, et le succès du traitement local qui réussit également si bien dans les affections des membranes muqueuses. Enfin, l'oreille interne contient un organe de nature éminemment nerveuse. M. Ménière a vu des hémicrânies s'étendre jusque dans ses cavités ; est-il rien de plus commun d'ailleurs que les surdités nerveuses ?

Les observations de M. Ménière ont aussi porté sur la pathologie de l'ouïe. Ce qui a jusqu'ici le plus spécialement fixé son attention, c'est la fréquence de la surdité chez les sujets tuberculeux. Il s'est assuré par de nombreuses autopsies qu'il n'est aucune partie de l'oreille qui soit à l'abri de l'invasion des tubercules. La fièvre typhoïde amène souvent aussi à sa suite une surdité plus ou moins complète. Mais elle ne tient pas toujours à la même cause, et se produit suivant deux mécanismes bien distincts que l'auteur se propose de faire connaître prochainement.

Passant ensuite à l'objet particulier de sa présente communication, à l'anatomie pathologique de la surdi-mutité, M. Ménière fait d'abord remarquer que tous les sourds-muets ne sont pas privés de l'ouïe au même degré, que quelques-uns peuvent entendre certains sons, tandis que d'autres ont complètement perdu la faculté auditive. Cette remarque aurait beaucoup d'importance si l'on pouvait parvenir à trouver dans l'anatomie pathologique la raison de ces différences. Malheureusement les résultats cadavériques obtenus jusqu'ici ne permettent pas de concevoir une pareille espérance; car on a rencontré, par exemple, une conformation parfaitement normale des organes de l'audition chez des sujets qui étaient affectés de la surdité la plus complète.

Quant aux altérations de chaque partie de l'oreille, qu'on rencontre dans la surdi-mutité, voici le résultat des observations de M. Ménière.

Dans toutes ses autopsies, comme sur la grande majorité des sujets vivans, il a constaté l'intégrité du pavillon de l'oreille. Chez ceux où il existait des déformations de cette partie, il y avait coexistence de lésions plus profondes dans l'oreille interne ou moyenne.

Le méat auditif externe présente, chez les sourds-muets, beaucoup de différences dans ses dimensions soit en largeur soit en profondeur. Mais ces variétés ne sont pas portées à un degré plus élevé que sur les sujets jouissant de la plénitude du sens de l'ouïe.

M. Ménière a trouvé 6 fois sur 14 la membrane du tympan saine. Dans les cas où une altération existait, elle consistait ordinairement en une perforation plus ou moins large.

Les altérations de la caisse du tympan sont rares: on ne les rencontre guère que dans les cas où la perméabilité de la trompe d'Eustachi a été diminuée ou complètement abolie. Il existe parfois des tubercules sur la membrane du tympan.

La caisse labyrinthique est celle qui présente les altérations les plus nombreuses. Sur deux sujets, M. Ménière a trouvé le vestibule réduit à la moitié de sa capacité normale et ne contenant point de liquide.

Chez un malade, le canal demi-circulaire supérieur était oblitéré.

Deux autres ont présenté l'occlusion de la fenêtre ronde, et la lame spiroïde du limaçon ne faisait qu'un tour et demi.

Enfin, sur un dernier malade, le nerf acoustique avait perdu près de la moitié de son volume naturel.

Il résulte des observations de M. Ménière que la perte de l'ouïe, chez les sourds-muets, est rarement congénitale. Elle arrive le plus souvent dans les deux ou trois premières années de la vie. En général, elle résulte d'affections de nature convulsive. Les lésions principales et primitives portent sur les parties nerveuses de l'organe auditif; et les altérations de la caisse du tympan et de l'oreille externe ne sont guère que consécutives à celles-ci.

Commissaires : MM. Guéneau de Mussy, Ribès et J. Guérin.

ATROPHIE DES ORGANES GÉNITAUX A LA SUITE DE MALADIES VÉNÉRIENNES.

M. Bourguignon lit l'observation d'un homme, le nommé Prince, âgé maintenant de près de 38 ans. A la suite de maladies vénériennes très multipliées, et consistant en chancres et blennhorragies, tous accidens traités incomplètement par le mercure, cet homme vit peu à peu son pénis diminuer de volume. L'atrophie fut bientôt portée au point que cet organe ne présenta plus que le volume de celui d'un enfant de 5 ans. En même temps tous les poils du pubis tombèrent.

Pendant que ces phénomènes se passaient, sa peau devint blanche, les membres prirent l'apparence extérieure de ceux de la femme; la main en particulier subit un changement tel que, en la voyant seule, personne n'eût hésité à dire qu'elle appartenait à une femme. Ses forces diminuèrent aussi d'une notable quantité. Le caractère et le tempérament éprouvèrent des modifications en rapport avec celles du physique. La voix fut observée attentivement, mais on ne put y découvrir qu'un changement très léger.

Cette transformation curieuse avait été précédée et s'accompagnait de symptômes secondaires et tertiaires, tels qu'ulcères spécifiques à la voûte palatine, carie des os du nez, exostoses, etc. Sous l'influence d'un traitement par l'iode et le mercure, prescrit par M. Puch et continué pendant six mois, les accidens syphilitiques ont disparu complètement. Les organes génitaux, sans avoir repris leur volume normal, semblent revenir de l'inertie qui les avait frappés, et l'on remarque déjà quelques changemens favorables dans la conformation et l'aspect du corps et des membres.

De l'analyse des symptômes observés chez Prince, M. Bourguignon conclut que le traitement employé pendant la durée des accidens primitifs a été insuffisant pour prévenir les accidens consécutifs, que le mercure administré à la première période peut bien avoir exercé une certaine influence sur le changement de la constitution du malade, mais que la syphilis a certainement aussi joué un grand rôle dans leur production. Peut-être doivent-ils être attribués à une exostose faisant saillie à l'intérieur du crâne, ou à une tumeur fibreuse de la dure-mère; mais cette dernière hypothèse est la moins probable.

(Nous reproduirons cette observation en entier dans un prochain numéro.)

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

UNE SAISON AUX EAUX MINÉRALES D'ENGHIEN; CONSIDÉRATIONS HYGIÉNIQUES ET MÉDICALES SUR CET ÉTABLISSEMENT; par J.-H. RÉVEILLÉ-PARISE. — Paris, 1842. Chez Dentu, libraire au Palais-Royal, galerie d'Orléans, et Germer-Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Les eaux minérales ont été alternativement prônées outre mesure ou jugées avec une injuste prévention; il n'est à cet égard d'excès dans lequel on n'ait donné depuis l'apologie la plus emphatique et la plus enflée jusqu'à la critique la plus moqueuse. Ceci nous remet en mémoire une petite anecdote qui trouve ici sa place. C'était à l'époque où la doctrine physiologique régentait despotiquement presque toutes les écoles. Cette doctrine venait d'être récemment importée dans une des Facultés de province où elle était projetée avec éclat par un homme d'un mérite éminent. Les préjugés de la nouvelle école disent assez quelle pouvait être l'opinion de ce professeur sur l'usage des eaux minérales; mais un mot la qualifiera mieux encore. Si les eaux minérales ont quelque efficacité de plus que l'eau des fleuves, disait-il, elles la doivent sans doute aux principes *alcalins* qu'y déposent les malades réunis long-temps et en grand nombre dans une piscine commune. On conçoit qu'avec une telle opinion la prescription des eaux minérales ne fut à ses yeux qu'une de ces prescriptions banales bonnes tout au plus pour les oisifs ou pour les malades sans ressources. Consulté un jour par un malade qu'il jugeait être dans ce dernier cas, il conseilla les eaux; le choix fut sans doute indifférent et dicté peut-être par le hasard. Les eaux..., c'était pour le prescrivant une sentence fatale; le malade y crut voir son salut. L'événement justifia sa confiance. Deux ans s'étaient écoulés à peine, le professeur était en tournée, il fut accosté par un homme frais, dispos et bien portant, qui, dans l'effusion de la reconnaissance, l'aborda comme on aborde un ami ou un sauveur, ne trouvant pas assez d'expressions pour sa gratitude et pour la louange de son bienfaiteur. Grande fut la surprise de celui-ci; l'embarras fut cependant dissimulé tant bien que mal, et les éloges acceptés pour ce qu'ils valaient. Toutefois ce fait ne fut pas perdu pour lui, car depuis cette époque les eaux minérales n'ont pas de plus chaud partisan, et les établissemens thermaux de plus zélé pourvoyeur. Pour ceux qui n'eurent point connaissance de ce fait une transformation aussi subite parut une énigme; la malice même s'en empara; mais plus d'un malade sans doute en a fait depuis son profit. Que faut il donc pour apprécier à leur juste valeur les effets thérapeutiques et hygiéniques réels des eaux minérales? Quelque chose de plus et de moins que des faits merveilleux et des cures miraculeuses; il faut, comme pour apprécier toute chose, voir, examiner à fond et en détail et dans tous leurs rapports les effets qu'il s'agit de juger, expérimenter et sur soi-même et sur les autres, autant que les circonstances s'y prêtent, observer en dehors de toute préoccupation, sans enthousiasme ni prévention, et juger surtout avec un esprit droit, judicieux, façonné par l'expérience et fait aux habitudes de la science et à la connaissance des choses et des hommes. Mais laissons parler l'écrivain qui possède si bien, avec toutes ces qualités, le don de rendre la vérité aimable et persuasive par le charme de sa diction et la finesse de ses pensées: « En parlant d'une eau minérale quelconque, dit l'auteur du livre, dont le titre est en tête de cet article, qui n'a pas entendu dire, elle est *bonne* pour telle et telle maladie? Rien de plus insignifiant et certainement de plus dangereux. Cette bonté ou plutôt cette efficacité des eaux est tellement relative, que si vous n'avez aucune expérience sur leur emploi, elles seront nuisibles bien que l'indication soit positive en apparence. Aussi ne conçoit on que difficilement la légèreté avec laquelle on conseille l'usage des eaux thermales; trop souvent *l'indifférence observe et le hasard décide*. Quelquefois ce sont les goûts particuliers du malade, ses convenances, ses affaires, ses habitudes qui tranchent la question. On se fait *ordonner* telle eau minérale plutôt qu'une autre. Un médicament, un régime quelconque ne se prescrivent que quand on a étudié le sujet, le type normal de ses fonctions, surtout après avoir suivi, observé l'affection dont il se plaint, ce composé d'actions morbides qu'on nomme une *maladie*. Mais il n'en est pas toujours de même d'une eau minérale; on se détermine souvent d'après des indications vagues, générales et par conséquent insuffisantes. En voici un exemple pris au hasard: cette eau est *bonne* contre le rhumatisme, sans contredit; mais il faut savoir si ce rhumatisme est à l'état aigu ou chronique et à quel degré, surtout quand il affecte une articulation; s'il est profond ou superficiel, s'il a son siége

dans les muscles, dans les parties aponévrotiques, dans le système nerveux, etc.; s'il est fixe ou erratique, s'il s'agit d'une métastase rhumatismale sur un viscère, si son siége habituel est dans un organe important, s'il est une affection unique, franche ou compliquée de goutte, de principe vénérien. Ce n'est pas tout, il faut encore examiner si le malade est jeune ou brisé par l'âge, si sa constitution est forte ou débile, lymphatique ou sanguine; s'il a subi divers traitemens et quels traitemens; s'il est à sa première, seconde ou troisième saison des eaux; s'il n'habite pas un lieu malsain; si sa profession ne l'expose pas aux vicissitudes atmosphériques; si lui-même sait se défendre des inclémences de la température; s'il aura la prudence de continuer, pour ainsi dire, l'action des eaux par un régime, des précautions convenables. Voyez combien de conditions doivent être ici connues, posées, examinées; car, sans ces conditions relatives à une eau minérale, comment peut-on en déterminer l'emploi, en régler le mode d'administration, en préciser les effets, en calculer les résultats? Et pourtant la santé est l'x qu'il faut dégager de la solution d'un problème aussi compliqué. »

On conçoit qu'avec une pareille manière de procéder dans l'examen des propriétés dont jouissent les eaux minérales, et des conditions pathologiques et individuelles qui constituent les indications de leur emploi, avec une méthode aussi sévère et aussi judicieusement combinée dans le réglement de leur usage, on arrive à en apprécier les effets avec exactitude et à provoquer des résultats prévus et presque certains. C'est avec cette scrupuleuse attention, avec ce soin minutieux et cette investigation consciencieuse et éclairée que M. Réveillé-Parise a étudié les eaux minérales d'Enghien. Médecin, malade et curieux, ainsi qu'il le dit lui même, il était sans contredit dans les meilleures conditions possibles pour qu'une pareille expérience fût de tous points profitable. Aussi, aidé des documens déjà si nombreux acquis à la science, et de ses propres observations, M. Réveillé-Parise est-il parvenu à apprécier à leur véritable valeur les effets généraux et spéciaux des eaux minérales d'Enghien, tenant un compte convenable de la nature des maladies, des constitutions individuelles, du mode d'administration et des résultats obtenus, et faisant justice de ces énumérations hyperboliques de cures plus ou moins merveilleuses, trop souvent dictées par l'intérêt, ainsi que de l'exagération que les malades apportent toujours dans l'éloge comme dans le blâme, suivant les résultats qu'ils ont obtenus. Enumérant avec le même soin les maladies à l'égard desquelles ces eaux jouissent d'une efficacité réelle et incontestable, celles qui n'en peuvent recevoir aucune modification ou même auxquelles elles seraient contraires, il est arrivé à confirmer par sa propre expérience les conclusions déjà formulées par tous les observateurs les plus judicieux et les plus exacts qui l'ont précédé dans ces recherches. « Maintenant, dit-il en se résumant, est-il besoin d'ajouter que les eaux minérales d'Enghien ne réussissent point dans tous les cas? En signalant leurs propriétés très remarquables, nous sommes loin d'en faire une panacée presque universelle, d'y mettre une absurde étiquette d'infaillibilité. Le *surge et ambula* n'appartient pour toute maladie qu'à la parole divine. Les eaux d'Enghien guérissent plusieurs maladies, elles en soulagent un grand nombre, elles sont impuissantes contre certaines affections. Le succès dépend du médecin qui les conseille et les emploie, de son savoir, de son tact, de sa pénétration à bien saisir les indications; hors de là, tout est incertitude. »

Une semblable appréciation ne devait pas se borner aux eaux elles-mêmes; les *airs* et les *lieux*, le régime hygiénique, les soins administratifs et l'ordre intérieur de la maison, ne sont-ce pas là, en effet, autant de conditions qui concourent d'une manière efficace au rétablissement des malades! Chacun de ces points a été examiné et scruté avec cette attention de l'homme qui veut savoir; tout a été décrit, peint et énuméré avec cette précision, cette clarté et cette élégance que chacun sait. Cette partie du livre constitue un vrai traité d'hygiène que doivent également consulter le malade qui prend les bains et le médecin qui les prescrit. Les lieux surtout méritaient ici une attention à part. Qui ignore tout ce qu'offre sous ce rapport l'heureux pays que la nature semble, dans sa sage prévoyance, avoir comblé de toutes ses faveurs? Qui ne connaît, au moins d'ouï-dire, la richesse et la beauté proverbiales de la vallée de Montmorency? Laissons plutôt à la plume élégante de M. Réveillé-Parise le soin d'en esquisser le riant tableau. « Si, par un beau jour d'été, dans le mois de juin, par exemple, loin de Paris, du genre de vie irritant et usant qu'on y subit, accablé par la chaleur, suffoqué par la poussière, ennuyé de ces mille tribulations, de ces grandes et petites misères toujours renouvelées qui fatiguent et épuisent, on s'échappe pour aller à Enghien, on ne tarde pas à être émerveillé de ce qu'on voit et de ce qu'on éprouve. Sans la moindre exagération, il semble qu'une fée bienfaisante vous a transporté dans une de ces îles fortunées dont on lit avec plaisir et quelquefois sans y croire la brillante description dans certains voyageurs. Là se présente aux regards le plus magnifique, le plus gracieux, le plus attrayant des spectacles. Tout y charme, tout y retient, tout y séduit. Un site délicieux, un lac d'une étendue proportionnée au paysage, des maisons élégantes et variées dans leur construction, des jardins admirablement dessinés; partout des fleurs, des arbres, des promenades, de l'ombre, de beaux effets de lumière, quelque chose qui rappelle les pays les plus heureux, les climats les plus fortunés. On aurait beau s'en défendre, un sentiment indéfinissable de repos, de jouissances paisibles se glisse dans l'âme. Flottant d'abord entre le rêve et la réalité, on éprouve ensuite un calme dans l'esprit, une netteté dans les idées, une plénitude d'existence qui font qu'être c'est jouir, c'est sentir avec délices. La vie semble plus étendue, parce qu'en effet les impressions sont profondes, égales et douces. »

Je regrette de ne pouvoir multiplier davantage les citations; j'eusse fait volontiers participer le lecteur au plaisir que l'on éprouve à suivre notre auteur dans ses excursions autour de la vallée de Montmorency, et l'illustre famille qui lui a donné son nom, saint Grotien et le soldat philosophe Catinat, l'Ermitage et Jean-Jacques; que de souvenirs évoqués par ces lieux; que de réflexions et de pensées inspirées par les hommes qui les illustrèrent! En lisant tous ces détails, on se sent tout à la fois entraîné à admirer les beautés d'une nature peinte avec de si vives couleurs, à se souvenir et à penser avec l'écrivain qui se souvient et pense avec un sentiment si exquis et une si grande finesse d'observation. Quant à moi, j'avais à peine terminé la lecture de ce livre qu'il ne me restait plus qu'un désir, c'était de trouver un prétexte ou tout au moins le loisir d'aller visiter des lieux dont je venais de lire une description si attachante. Médecin, malade et curieux aussi, ayant les mêmes goûts simples et les mêmes habitudes modestes, avec quel sentiment de satisfaction je m'arracherais pour un instant aux dures assujétissemens de la vie parisienne, muni du petit bagage obligé du médecin voyageur, et n'ayant garde d'oublier surtout de joindre, aux objets les plus essentiels pour un pareil pélérinage, le joli petit livre intitulé UNE SAISON AUX EAUX MINÉRALES D'ENGHIEN.

H. B.

VARIÉTÉS.

— MM. les étudians en médecine sont prévenus que M. Séguin, interne des hôpitaux de Paris, fait tous les jours de trois à quatre heures, au cabinet littéraire de M. Veret, rue des Francs-Bourgeois-St-Michel, 3, des Conférences sur l'anatomie pour préparer au deuxième examen.

Ces Conférences sont gratuites et seulement pour MM. les abonnés de ce cabinet.

— MANUEL PRATIQUE DES MALADIES DU COEUR ET DES GROS VAISSEAUX, ouvrage destiné à faciliter et à propager l'étude de ces maladies; par F. A. ARAN, interne de première classe de l'Hôtel-Dieu, lauréat des hôpitaux, ancien élève de l'École pratique. — Un vol. in-18, format anglais. Prix : 3 fr. 50 c.

Paris, chez Just Rouvier, libraire-éditeur, rue de l'Ecole-de-médecine, 8.

— Extrait du TRAITÉ DE THÉRAPEUTIQUE ET DE MATIÈRE MÉDICALE, par MM. Pidoux, docteur-médecin, et Trousseau, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris.

La saveur excessivement désagréable du copahu, la persistance de son odeur, l'atmosphère pénétrante de cette odeur caractéristique qui enveloppe pendant longtemps les personnes qui ont pris ce remède, et semble les accuser de porter un mal qu'on a toujours, dans le monde, intérêt ou pudeur à dissimuler, tous ces inconvéniens font chercher depuis longtemps un mode d'administration du copahu qui puisse les pallier. Toutes les formes liquides sous lesquelles on le prend sont frappées de ces inconvéniens; mais tout récemment on a inventé un artifice qui réunit beaucoup d'avantages, sous le nom de capsules gélatineuses de copahu (*capsules de Mothès*, dépôt rue Saint-Anne). On a renfermé 1 gramme de baume dans une enveloppe gélatineuse très facile à avaler tant à cause de son petit volume que de sa forme olivaire. Les parois de gélatine sont assez épaisses pour qu'on n'ait pas à craindre que la résine s'en échappe dans la bouche, et comme elles se dissolvent facilement dans l'estomac, tout le copahu est bientôt susceptible d'être absorbé. Ce mode d'administration est aussi celui qui altère le moins les propriétés du médicament. Il ne les altère même en aucune manière puisque la résine est simplement contenue dans la gélatine sans y être combinée. (P. 653, t. II, 2e édit., 1841).

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 30. (TOME X. — 1842.) SAMEDI 23 JUILLET 1842.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des Hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

MALADIES MENTALES.

DU TRAITEMENT DE L'ALIÉNATION MENTALE; par Auguste Millet, ancien interne de l'hospice de Bicêtre, lauréat de la Faculté de médecine, lauréat et membre correspondant de la Société médicale de Tours, etc.

(Suite et fin. — Voir le numéro 28.)

SECONDE PARTIE. — TRAITEMENT MIXTE, C'EST-A-DIRE ASSOCIATION DES AGENS PHYSIQUES ET DES MOYENS MORAUX.

Nous venons, dans la première partie de ce travail, de rapporter des observations de folie, traitée par les moyens moraux seuls; nous allons, dans cette seconde partie, relater l'histoire de certains malades, chez lesquels la guérison a été obtenue à l'aide des moyens moraux associés aux agens physiques.

Longtemps on a fait au docteur Leuret le reproche de ne mettre en usage que la médecine morale, et de négliger les indications qui pourraient nécessiter l'emploi des agens physiques. C'est pour donner une idée de la pratique de ce médecin que nous publions aujourd'hui les faits qui vont suivre. On y verra que toutes les fois qu'il en a été besoin, le traitement physique a été associé au traitement moral.

Nous ne comprenons réellement pas pourquoi le reproche d'être exclusif a été adressé à ce praticien, car dans tous ses écrits, et dans tous ceux de ses élèves, il est impossible de trouver une phrase qui puisse faire croire à ce qu'ont avancé tous les hommes qui s'occupent de maladies mentales. Pourquoi donc, avant d'accuser un homme, ne pas connaître ses doctrines? Pourquoi donc, avant de publier la réfutation de ses idées, ne pas se mettre à même de les juger sainement? Pourquoi ne pas suivre sa visite à l'hôpital, etc., etc.? Mais la critique est si facile et la jalousie si ingénieuse!...

Il n'est pas besoin, ce nous semble, d'entrer ici dans le détail des moyens physiques à employer, ils sont trop nombreux et trop variés: Dans tel cas, on aura recours aux émissions sanguines locales ou générales; dans tel autre, on emploiera les exutoires; à ce malade on administrera un purgatif, à tel autre, du surfate de quinine; à celui-ci des antispasmodiques, à celui-là des toniques, etc., etc. Nous donnerons une preuve de la variété de ce traitement par les observations que nous allons rapporter.

MISÈRE; IDÉES AMBITIEUSES; ACCÈS DE MANIE; EMPLOI DES AGENS PHYSIQUES ET DES MOYENS MORAUX; GUÉRISON.

Obs. VI. — Le 23 janvier 1841 est entré à Bicêtre M... (Thomas-François-Xavier). Ce jeune homme, qui a reçu une éducation assez soignée, occupait depuis quelque temps dans le midi de la France une place dans une préfecture, lorsqu'il conçut le projet de venir à Paris. Il arriva dans cette ville fameuse

Feuilleton.

DE LA PROSTITUTION ET DE LA SYPHILIS DANS LES GRANDES VILLES, DANS LA VILLE DE LYON EN PARTICULIER; DE LEURS CAUSES, DE LEUR INFLUENCE SUR LA SANTÉ, LES HABITUDES ET LE BIEN-ÊTRE DE LA POPULATION; DES MOYENS DE REMÉDIER A CES FLÉAUX (1); par le docteur Potton.

La Société de médecine de Lyon, qui a décerné le prix à ce travail, avait semblé borner la question qu'elle avait posée à l'étude de la syphilis à Lyon, à ses causes et à ses effets; mais, pour donner une solution de quelque valeur à cette question, il fallait nécessairement que l'auteur comprît dans ses recherches la prostitution, qui a été pendant longtemps et est encore le moyen le plus actif de la transmission des accidens syphilitiques. Aussi M. Potton a-t-il cru devoir retracer l'origine et l'historique de la prostitution dans la ville de Lyon, pour arriver à l'indication des moyens propres à arrêter l'extension de la syphilis. Son travail sur ce point, bien que moins étendu, moins riche en faits statistiques que celui de Parent-Duchâtelet, offre cependant un grand nombre de données importantes, avec cette couleur locale qui leur donne tant de prix et est une garantie de leur authenticité.

L'ouvrage de M. Potton est divisé en quatre parties, sous les titres suivans : 1° De la prostitution et de la syphilis, leurs causes. 2° Influence exercée par la prostitution et la syphilis sur la santé de la population. Influence sur les habitudes, le travail, le bien-être de la population. 3° Etat des secours publics dans la ville de Lyon. 4° De la prostitution et de la syphilis; moyens d'y remédier.

Nous allons parcourir rapidement ces quatre parties, nous bornant seulement à signaler les points d'un intérêt spécial, ceux surtout qui se lient aux conditions spéciales où se trouve la ville de Lyon.

S'appuyant sur l'opinion de quelques économistes parmi lesquels les noms de Villermé, de Gérando, Emile Bird, Eugène Buret, de Beaumont, Boyer, se rencontrent frequemment, et aussi sur la condition des différentes classes des habitans de la ville de Lyon, M. Potton explique le grand nombre des prostituées que renferme cette ville, et leur accroissement rapide depuis quelques années, par des circonstances locales dont on ne peut nier l'action. Le grand nombre d'étrangers que le commerce, les anciennes foires, le passage fréquent des troupes ont attiré de tout temps à Lyon, ont dû autrefois y relâcher les mœurs et augmenter le nombre de ces malheureuses, qui devint tel, que plusieurs fois elles furent obligées par la misère de quitter la ville, de s'expatrier. Mais alors l'autorité qui était armée d'un pouvoir dont l'usage n'était pas toujours très rationnel, employait, pour réprimer le vice et empêcher la propagation de la syphilis, des moyens qui nous semblent bizarres et injustes, mais qui paraissaient aux hommes éclairés et zélés pour le bien public en harmonie avec les exigences et les coutumes de

(1) Ouvrage qui a remporté en 1841 le prix proposé par la Société de médecine de Lyon. 290 pages in-8°. Lyon, 1842.

où tant de talens végètent, où tant de nullités réussissent! Il crut, le pauvre M..., qu'une fois arrivé à Paris les emplois et les honneurs allaient lui être ouverts; il se trompait, et c'est à peine s'il trouva une pension dans laquelle on voulût le recevoir comme maître d'études. Bientôt, il se persuada que le rang qu'il occupait n'était pas digne de lui, et il se déposséda bénévolement de la place qui lui avait été confiée. La misère ne tarda pas à se faire sentir. L'imagination de M... fermenta; il s'emporta en vociférations et en clameurs contre les gens du pouvoir qui laissaient mourir de faim un homme de talent. A cette agitation succéda de la tristesse et du découragement. Plusieurs fois ce malade se promena nu dans sa chambre, se mit à la fenêtre et harangua les passans. Enfin, il troubla tellement la tranquillité publique et commit des actes si déraisonnables qu'on le conduisit à Bicêtre.

Lors de son arrivée, il est dans une excitation extrême; il crie et s'agite dans son lit, quoiqu'il ait la camisole. Comment vous appelez-vous? lui dit M. Leuret. — Peu vous importe, répond le malade, je suis artiste, je parle italien; prêtez-moi vos lunettes; je vous dirai ce que vous voudrez lorsque vous m'aurez mis vos lunettes sur le nez. M. Leuret se prête à son caprice; mais M... ne nous en donne pas pour cela plus de renseignemens.

La face est animée, les yeux injectés, la bouche sèche (il a crié toute la nuit); le ventre n'est pas douloureux à la pression, la peau est chaude, le pouls à 120. (Le faire raser et lui faire couper les cheveux; émulsion nitrée, 2 p.; 3 vent. scar. à la nuque; pédil. sinap.)

25. Même état. Le malade a encore crié pendant toute la journée et pendant une partie de la nuit. (Même prescription; un bain.)

28. L'agitation a cessé; M... est un peu plus raisonnable; on lui a retiré la camisole. Il a de l'esprit, mais beaucoup de prétention et de vanité; il nous cache quels étaient ses moyens d'existence à Paris, et ne veut pas nous mettre à même de nous procurer des renseignemens sur son compte.

1er février. Il est toujours calme, mais bizarre dans ses réponses et dans ses manières; il parle avec beaucoup d'affectation, sourit dédaigneusement lorsqu'on lui adresse une question qui ne lui convient pas. Il ne veut pas travailler; cause volontiers d'idées mystiques et religieuses. (Bains avec de l'eau froide sur la tête.)

15. M... est à peu près dans le même état; il semble même s'encroûter un peu; il se plaît à ramasser des chiffons, des pierres, des feuilles sèches, et à en emplir ses poches. Si on lui adresse quelques observations sur la conduite qu'il tient, et qui n'est pas celle d'un homme raisonnable, il répond qu'il n'y a rien de déraisonnable et de ridicule à faire provisions de *pierres précieuses*. Du reste, même prétention lorsqu'il parle. Il ne veut encore fournir aucuns détails sur sa vie passée. (Bains.)

25. Ce malade commence à s'occuper et à aller à l'école. Il nous indique le nom des personnes avec lesquelles il était en relation; nous communique quelques documens sur sa manière de vivre; mais comme il était malheureux, et que sa position lui imposait de dures privations, M... s'étend le moins qu'il peut sur le passé; il a mis de côté ses airs de grandeur et d'affectation; il parle plus posément et avec plus de complaisance. Il nous raconte que quelques jours avant d'entrer à Bicêtre, il avait mis une chandelle allumée dans une armoire remplie de charbon; et que c'est pour cela qu'il a été arrêté.

8 mars. M... va très bien; il désire vivement de quitter l'hospice et retourner à Paris où il espère trouver de l'occupation; ses amis doivent s'employer pour tâcher de lui procurer quelque place. Il est gentil, très confiant et très communicatif, et il résulte de son dire et de celui de ses amis qu'il n'a perdu la raison que par suite de l'excitation dans laquelle l'avait plongé son état de dénuement complet.

Du 8 au 20, le mieux se soutient; M... s'emploie à l'école, où il rend de grands services.

Il est sorti le 30 mars, dans un état très satisfaisant.

Le 1r avril, jour de Pâques, les aliénés devaient chanter une messe en musique dans la chapelle de Bicêtre; M... est venu nous voir; il était très bien portant; il a demandé à M. Leuret la permission de chanter le *Credo*; on s'est empressé de condescendre à ses désirs, et malgré la présence du célèbre Litsz, qui n'avait pas dédaigné de venir encourager nos pauvres malades et leur jeune professeur, M... a fort bien chanté et ne s'est pas laissé intimider un seul instant.

MONOMANIE; CROYANCE A LA MÉTEMPSYCHOSE; ASSOCIATION DES MOYENS MORAUX AUX AGENS PHYSIQUES; GUÉRISON.

OBS. VII. — Le 31 juillet 1841 est entré à Bicêtre un homme âgé de 42 ans, qui nous dit se nommer C..., et qui resta sous ce nom supposé tant qu'il fut aliéné.

Voici ce qu'il nous débita le lendemain de son arrivée. Je crois à la métempsychose; j'ai d'abord été homme; j'ai vécu quelque temps ainsi, puis je suis devenu limaçon, homard, rousset (espèce de crabe), et enfin maintenant je suis redevenu homme.

Le soleil est l'être suprême; aussi est-ce lui que j'adore; la lune est la femme du soleil; et de même que les petits poussins sont les enfans d'un coq et d'une poule, de même les étoiles sont les enfans du soleil et de la lune.

J'ai 5000 ans. — Mais vous avez dit hier en entrant ici que vous n'en aviez que 500; comment se fait-il que vous ayez vieilli si vite? — Je ne puis vous répondre, il y a trois jours je n'avais que 87 ans.

M. Leuret a beau vouloir lui faire entendre raison et lui prouver que tout ce qu'il vient de nous débiter ne sont que des absurdités, C... n'en persiste pas moins dans sa croyance. Son intelligence paraît singulièrement bornée. (Bain, travail, la portion.)

11 août. Interrogé sur l'âge qu'il peut avoir, il répond qu'il est né en 1798, et que par conséquent il a 43 ans. Il a crié et chanté pendant toute la nuit. — Pourquoi donc avez-vous chanté cette nuit? — Parce que je ne veux plus prendre les bains que vous me donnez et que je préfère prendre des bains de mer. — Pourquoi des bains de mer? — Parce que je suis homard et que je l'ai toujours été. — Les homards, de quelle couleur sont-ils? — Ils sont rouges. — Eh bien! est-ce que vous êtes rouge? — Oui. — Mais les homards ne sont rouges que lorsqu'ils sont cuits; vous êtes donc cuit? — Oui.

Il a toujours les mêmes idées sur le système planétaire. Il nous dit qu'il a existé de tout temps, qu'il est né plusieurs fois, etc., etc.; enfin, il finit par se plaindre de ne faire que deux repas par jour et prétend que ce n'est pas assez pour des gens qui travaillent; en conséquence, il ne veut plus travailler. Il s'était toujours occupé jusqu'à ce jour. (Un bain et une douche.)

12. C... a reçu hier une forte douche, mais il n'a voulu faire aucune concession; aujourd'hui ses idées sont encore les mêmes. — Vous recevrez encore une douche aujourd'hui. — On ne m'y portera qu'en morceaux. (Un bain et une douche.)

13. Il a reçu la douche, mais il n'en est pas plus raisonnable. Il veut être tonneau, parce que dans un tonneau on met du vin, et qu'ici il ne boit que de l'eau. (1 vésicatoire dans le dos.)

18. Il ne veut rien faire. Son vésicatoire est sec depuis hier. (Camisole; pain sec; un nouveau vésicatoire.)

29. Depuis quelques jours il a consenti à aller travailler; il est toujours aussi ridicule. Si on lui parle sérieusement, il ricane et parvient à se soustraire aux remontrances qu'on lui adresse.

Pendant tout le mois de septembre, il est allé au travail et a fini par se lasser de la vie de Bicêtre; et lorsque dans les premiers jours d'octobre on lui a fait quelques reproches sur ses niaiseries, il répondit qu'il avait renoncé à ses idées, qu'il voyait bien qu'il avait été fou, mais que depuis dix ans il s'était toujours montré le même et avait affiché les mêmes idées que celles dont il nous a entretenus le jour de son arrivée à Bicêtre. C.. nous apprend aussi qu'il a pris un nom qui ne lui appartenait pas, et qu'il se nomme S...

Depuis ce jour, sa santé morale a toujours été très bonne. Il est sorti le 27 octobre, parfaitement guéri.

---

l'époque. La mesure suivante donnera une idée des moyens auxquels on avait recours dans l'ancienne société. Lorsqu'un malheureux Lyonnais atteint de la syphilis se présentait pour être traité à l'Hôtel-Dieu, qui recevait les affections de cette nature, une enquête était ouverte pour savoir s'il avait contracté la maladie *par sa faute*, et, après la guérison, il avait, dans ce cas, pour le punir, la *tête tondue et rasée*. Cette mesure paraît avoir été en usage presque jusqu'à la fin du siècle dernier, et était, disent les historiens de l'époque, un puissant motif de terreur et de retenue dans l'esprit du peuple.

Lorsque les principes sur lesquels reposait l'ancien ordre social furent détruits à la fin du siècle dernier, on ne les remplaça par rien non seulement d'équivalent mais même qui opposât une résistance sérieuse aux fléaux que ces principes avaient jusqu'alors maintenus dans certaines limites. Mais d'autres causes encore et plus récentes ont contribué à augmenter sur la ville de Lyon le poids de ce fléau, et parmi elles M. Potton cite avec raison l'accroissement de la population, l'augmentation de la cité. Les chiffres suivans indiquent avec quelle rapidité cet accroissement s'est opéré.

En 1800	Lyon comptait	90,000	habitans
En 1810	—	110,000	—
En 1825	—	135,000	—
En 1840	—	190,000	—

Or, cette augmentation rapide a surtout porté sur la classe industrielle qu'attirent des campagnes dans les villes la douceur, la facilité et les hauts prix comparatifs des travaux; classe qui se compose surtout de jeunes sujets non mariés et qu'accompagnent partout la débauche et la prostitution.

Une autre cause non moins puissante que les précédentes se trouve dans l'industrie même qui est propre à la ville de Lyon et qui est sujette à de si fréquens et si longs chomages, pendant lesquels il est bien démontré que l'ouvrier et surtout l'ouvrière ne peut vivre des seules ressources de sa profession. Ces longs temps de privation, d'inquiétudes, ne suffisent-ils pas pour ébranler la vertu et amener des chutes presque pardonnables? « La contagion morale dans ces cas, dit l'auteur, précède de bien peu la contagion syphilitique. »

L'absence de toute espèce de lien moral au milieu de ces masses d'ouvriers qui n'écoutent que leur intérêt personnel plus ou moins mal entendu ou la crainte de la loi n'est pas le beau côté de l'industrie organisée comme elle l'est aujourd'hui. Il y a dans la classe ouvrière, dit M. Potton, pour les aisances de la vie un progrès très sensible, mais au moral il y a recul. Nos ouvriers paraissent n'avoir pris que les vices de la civilisation actuelle.

Les autres causes de cet accroissement de la prostitution qui appartiennent à l'époque actuelle sont le luxe, la vanité, les plaisirs dispendieux dont le goût très répandu chez les ouvriers n'est point en harmonie avec les ressources de leur condition. Mais le fait qui domine toutes les causes précédentes est l'organisation du travail telle qu'elle existe à Lyon par l'aggrandissement des manufactures et par les réunions nombreuses des deux sexes dans les mêmes ateliers. « Au point de vue moral, s'écrie Louis Blanc, qu'imaginer de plus désastreux que cet accouplement des deux sexes dans les fabriques? c'est l'inoculation du vice à l'enfant; on étouffe l'intelligence, on déprave le cœur, en même temps qu'on détruit le corps. » Pour terminer ce tableau nous ajouterons que trop souvent c'est des classes supérieures que part l'excitation à la débauche; que tous les

IVROGNERIE; MONOMANIE; TRAITEMENT PHYSIQUE UNI AU TRAITEMENT MORAL; GUÉRISON RAPIDE.

OBS. VIII. — G... (Jean-Marie), âgé de 41 ans, imprimeur en papiers peints, est entré à Bicêtre le 2 août 1841.

Ce malade, qui est d'une forte constitution, est dans un état d'excitation extrême : il crie, vocifère, gesticule; on ne peut parvenir à fixer son attention et à tirer de lui aucune réponse.

Voilà les renseignemens qui nous ont été fournis par ses parens :

Le dimanche 1er août, G... but dès le matin un petit verre d'absinthe, puis continua à travailler jusqu'à onze heures et demie, sans rien manger du tout. La tête cassée par l'ouvrage, il quitta son travail et alla trouver son frère, auquel il emprunta 2 fr. Muni de cet argent, il se dirigea vers les Champs-Elysées, et dépensa son argent dans les cabarets; le soir il revint chez son frère et soupa avec lui. L'heure étant avancée, on lui conseilla de se retirer dans sa chambre; G... s'y refusa en disant que des assassins en voulaient à la vie de son frère, et qu'il voulait rester là pour les terrasser. On le crut ivre et on le conduisit dans son cabinet; mais à peine l'avait-on laissé seul qu'il descendit, posa sa chandelle chez le marchand de vin, alla encore boire du côté de la Halle, puis s'achemina vers le quai aux Fleurs. Vers deux heures du matin, une patrouille le ramassa et le fit entrer au poste du Palais-de-Justice. Dès qu'il fit jour, on le conduisit à la Préfecture de police, et comme ses propos étaient très incohérens, on le dirigea sur Bicêtre.

3. Agitation extrême, il ne veut pas répondre aux questions qui lui sont faites. Le pouls est dur et donne 110 pulsations. (3 ventouses scarifiées à la nuque; guimauve sp. gom.; julep avec 2 grammes de teinture de digitale.)

4. L'agitation persiste, le pouls est moins dur et moins fréquent; il ne donne plus que 100 pulsations par minute. Le malade a très peu dormi et a crié pendant presque toute la nuit. (Même prescription.)

5. Il a été parfaitement calme environ une heure après l'application des ventouses. Il a assez bien dormi cette nuit; le pouls ne donne que 80 pulsations. (Julep avec teinture de digitale, 2 grammes 50 centigrammes.)

6. Il est très calme et nous dit qu'il gagnait de 30 à 50 fr. par semaine. Lorsqu'il avait de l'argent il restait quelquefois longtemps sans rien faire, s'enivrait assez fréquemment. Il prétend qu'il faut des ivrognes. — Tous les honnêtes gens ne boivent pas, lui dit M. Leuret. — Oui, parce qu'on pourrait livrer le secret. — Vous l'avez livré, vous, étant ivre. — Moi!... c'est impossible!... Si c'est vrai, alors punissez-moi. — Comment êtes-vous venu ici? — Il m'a probablement pris une espèce de trait de folie. — Où étiez-vous, lorsqu'on vous a conduit ici, probablement chez un marchand de vin? — Non, chez mon maître; il me semblait que tout le monde déménageait, tandis que c'était ma pauvre tête. — Comment vous y êtes-vous pris pour vous faire arrêter? — Je me suis fait arrêter en disant qu'on abattait la maison dans laquelle je travaillais; on m'a alors conduit à la Préfecture de police, et je ne me rappelle pas au juste le temps que j'y ai passé. — Est-ce bien cette année que vous vous êtes fait arrêter. — Oui, Monsieur, c'est dans le mois de juillet. — Savez-vous où vous êtes? — A Bicêtre!... — Comment le savez-vous? — Je me suis reconnu en regardant par ci, par là. — Savez-vous que vous êtes avec des fous? — Je n'en sais rien. — Les malades qui sont avec vous sont-ils raisonnables ou fous? — Ils sont raisonnables. — Mais ils chantent tout haut pendant la nuit! — Ah! c'est différent; ils sont fous alors...

Le malade a encore la voix enrouée d'avoir tant crié. La peau est fraîche; le pouls est tombé à 64 pulsations; il est régulier. (Même prescription; le quart.)

7. G... tousse et crache beaucoup; il s'ennuie de ne rien faire et demande à travailler. Sa figure est calme; son pouls donne 68 pulsations. (Même prescription; vêtemens d'hiver.)

11. Le mieux persiste; G... reconnaît ses erreurs; il nous raconte comment il a été arrêté; ses discours s'accordent parfaitement avec les renseignemens que ses parens nous avaient donnés. Il est allé travailler hier à Ste-Anne, et comme il s'est un peu fatigué, il n'y est pas retourné ce matin. Il tousse encore.

Le 18, il est sorti bien détrompé et bien guéri.

MASTURBATION; ABUS DES LIQUEURS FORTES; DÉMENCE; ABOLITION PARTIELLE DE LA SENSIBILITÉ; EMPLOI DU TRAITEMENT PHYSIQUE, ET DES MOYENS MORAUX; GUÉRISON.

OBS. IX. — Le 23 juillet 1841 est entré, dans la section de M. Leuret, C... (Pierre-Adolphe-Florentin), tailleur, âgé de 31 ans.

24. Ce malade est dans un état de maigreur squelettique; il ne veut donner aucunes réponses; il paraît ne distinguer personne. Il ne peut prêter quelques instans son attention; il répète machinalement les derniers mots de la phrase qu'on lui adresse. En un mot, le malheureux est dans un état de démence très grave. La sensibilité est complètement abolie à la partie postérieure du cou, à la jambe gauche et à la cuisse droite, et on peut le pincer impunément à ces endroits. Il sent très bien lorsqu'on le pince à la jambe droite et à la cuisse gauche. Il est tout à fait insensible au chatouillement de la plante des pieds. Ses pupilles sont énormément et inégalement dilatées. La langue est humide et rosée, le ventre est douloureux à la pression.

Hier, il a dit que c'était à la suite de la masturbation qu'il était devenu fou, parce que lui pauvre tailleur ne pouvait pas faire connaissance avec des femmes.

Le pouls est à 85. Les organes génitaux de C... sont excessivement développés. Il est dans un état de priapisme continuel.

Lorsqu'on lui projette de l'eau sur la figure, il est impressionné d'une façon désagréable. Si, au contraire, on lui en laisse tomber quelques gouttes sur le ventre et les parties génitales, il ne marque aucune sensation.

M. Leuret ordonne aux infirmiers de lever ce malade, de l'habiller et de le faire marcher, afin qu'on puisse juger de sa démarche. Pendant qu'on l'habille, il chante, il a des tremblemens très forts dans le bras droit et dans la tête; il marche machinalement, mais autrement qu'un paralytique. (Les trois quarts.)

25. Il déclare se nommer C... (Adolphe). — En quelle année êtes-vous né? — C... garde le plus profond silence. — De quel pays êtes-vous? — Même silence. — Depuis quand êtes-vous à Paris? — Depuis trois ans. — Où demeurez-vous? — Chez mon frère. — Dans quelle rue? — Rue Grenetat. — Quel numéro? — Il écrit que vous allez m'écorcher tout vivant. — Pourquoi regardez-vous ce que ces messieurs écrivent? — J'ai mal fait, je ne le ferai plus. — Qu'est-ce que vous êtes? — L'enfant de mon père. — De votre père? — Oui certainement. — Qu'êtes-vous venu faire ici? — Je suis venu me guérir. — Quelle est votre maladie? — J'ai la fièvre et mal à l'estomac. — De quel état pouvez-vous travailler? — De l'état de tailleur.

Même état de la sensibilité. Il sort après la conversation que M. Leuret vient d'avoir avec lui, et dès qu'il est dehors les pupilles se contractent d'une manière extraordinaire, et le malade recouvre en grande partie sa raison.

26. Il est assez raisonnable. Il a dit hier à l'un des internes qu'il gagnait 30 sous par jour et qu'il était nourri. Le pouls donne 80 pulsations.

Son frère est venu nous voir, et nous a dit que C... avait perdu la raison à la suite d'une fièvre cérébrale. Il convient que notre malade se livrait fréquemment à la masturbation, et qu'il faisait souvent abus de liqueurs fortes. (60 centigr. de sulfate de quinine.)

27. Il prétend que sa raison est déménagée, et qu'il la recouvrera si on veut lui donner une petite goutte d'eau-de-vie. Le sulfate de quinine a produit d'assez bons effets, C... a été raisonnable hier pendant une grande partie de la journée. (Même prescription.)

2 août. C... a mal dormi; il a été un peu agité, et n'a cependant pas crié pendant la nuit. La sensibilité est complètement rétablie dans toutes les parties du corps.

On a cessé le sulfate de quinine, dont les bons effets ne se sont pas continués.

7. C... est fort agité. On a été obligé de lui mettre la camisole. Il se promène en criant et en gambadant. Il demande continuellement de l'eau-de-vie.

---

jours l'ouvrière rencontre un séducteur dans l'homme dont elle attend travail et protection, et que trop de jeunes gens *de bonne famille* considèrent dans leur oisiveté, comme un heureux et agréable passetemps, la séduction d'une *fille du peuple*.

La position tout à fait exceptionnelle de la ville de Lyon est encore une des causes qui contribuent le plus à la corruption des mœurs et au fâcheux état sanitaire qui en est la conséquence. Placée entre trois communes qui ne sont véritablement que des faubourgs indépendans du centre, elle n'agit point sur leur administration. Pour tous les faits concernant l'hygiène publique, les règles suivies dans la ville n'ont point cours dans les localités environnantes. Vaise, la Guillotière, les Brotteaux, la Croix-Rousse, ne font que des sacrifices très légers pour empêcher l'envahissement de la prostitution et de la maladie vénérienne. Ces communes semblent même, dit M. Potton, favoriser ces terribles fléaux, à l'aide desquels subsiste une partie de leur population. C'est dans leurs hôtels, dans leurs cabarets, dans leurs fêtes, dans leurs lieux de débauche, sur lesquels la surveillance est presque nulle, que les ouvriers lyonnais vont puiser des principes contagieux qu'ils viennent ensuite propager dans les ateliers et dans leurs familles.

La ville de la Guillotière, les Brotteaux, la Croix-Rousse, Vaise, contiennent aujourd'hui plus de 500 filles publiques dont la moitié à peine sont inscrites et soumises à une visite sanitaire qui est en quelque sorte tout illusoire. Avant 1830, on y en comptait à peine 70 ou 80, mais les précautions qui, depuis cette époque, ont été mises en usage à Lyon les ont fait refluer dans les communes voisines où se retirent surtout celles qui sont infectées et y échappent facilement à toute espèce d'investigation.

Une autre cause encore a contribué énergiquement à l'accroissement des prostituées, c'est l'augmentation de la garnison de Lyon, depuis les troubles de 1836 et 1838; formée auparavant de 4 à 5000 hommes au plus, elle a été portée à 16 et même 18,000 combattans; c'est, dit l'auteur, depuis que notre garnison s'est accrue qu'on a vu rapidement aussi s'élever dans les contrées adjacentes le nombre des filles publiques.

Avec ces données, nous comprendrons facilement le résultat numérique auquel arrive M. Potton lorsqu'après avoir cherché à apprécier le nombre approximatif des femmes qui se livrent à la débauche et propagent l'infection syphilitique dans la ville de Lyon, il arrive à cette proportion énorme qu'une femme sur dix y vit dans le désordre sans comprendre même celles qui sont inscrites à la mairie. Maintenant nous croyons pouvoir nous dispenser de le suivre dans la classification qu'il établit pour ces sortes de femmes et même dans l'historique des mesures auxquelles elles sont soumises actuellement et qui sont loin de produire toute l'efficacité que l'on serait en droit d'attendre. Le passage suivant fera connaître la nature de quelques-uns des obstacles qui ont retardé l'efficacité de ces mesures : « A Lyon, c'est dans l'arrondissement du Collège qu'on trouve le plus grand nombre de ces filles; c'est en vain que les professeurs, que les familles, que les voisins ont réclamé jusqu'à ce jour auprès de l'administration des mesures répressives d'un tel scandale; les plaintes sont restées sans effet. Un homme chargé, il y a quinze mois, de la police des mœurs, essaya de sages réformes; mais rencontrant dans le mauvais vouloir de ses supérieurs, ou dans la conduite, dans l'intérêt, dans le zèle exagéré de ses subalternes des obstacles à ses vues

Il a pris hier deux pilules d'opium, et cependant il n'a pas dormi. (Julep avec sirop diacode 100 grammes, bain de trois heures, un vésicatoire à la nuque.)

11. Il demande avec instances qu'on veuille bien lui ôter sa camisole. Il a été tranquille pendant toute la nuit. On lui promet de lui rendre la liberté de ses bras s'il veut travailler. C... consent à aller au travail, mais il réclame pour salaire un petit verre d'eau-de-vie. On lui ôte donc sa camisole, et lorsqu'il se trouve libre de tous ses mouvemens, il se montre excessivement joyeux; il chante, saute et gambade. Il a pris un peu d'embonpoint. (Le faire travailler.)

20. Le mieux se soutient. C... va travailler dans les champs; sa santé physique se consolide en même temps que le moral.

31. Il est très gai, a toujours le sourire sur les lèvres et consent à faire tout ce qu'on exige de lui. M. Leuret l'engage à prendre part à une course qui doit se faire entre plusieurs malades. C... accepte.

1er septembre. C... rend compte de la course qui a eu lieu hier, et regrette vivement que M. Leuret n'y ait pas assisté.

3. Il y a toujours un peu d'incohérence dans ses idées; un rien suffit pour le faire rire. Il demande continuellement de l'eau-de-vie.

4. Depuis quelque temps la physionomie est plus expressive. La mémoire semble lui être revenue. Il sait que c'est aujourd'hui dimanche et que nous sommes dans le mois de septembre. Il a des hallucinations de la vue, et nous dit voir dans le ciel M. Renault. — Dans ce moment-ci le voyez-vous? — Oui; il appelle M. Cusco. Puis un instant après C..., s'écrie: Je me trompe, ce n'est pas M. Renault, c'est un homme qui lui ressemble, mais qui, cependant, n'a pas ses 60 ans.

6. Il y a encore un peu d'incohérence dans ses idées, cependant il va beaucoup mieux. Il désire vivement aller travailler à l'atelier des tailleurs. M. Leuret lui conseille d'aller de préférence travailler dans les champs pour reprendre des forces. C... persiste à reprendre son ancienne profession.

8. C... est au travail. Au dire du surveillant on est très content de lui.

11. Ses idées ont pris une direction meilleure; il cause avec bon sens, et nous apprend qu'il était très malheureux, manquant souvent d'ouvrage, gagnant peu de chose lorsqu'il était occupé. Et de plus, il nous dit qu'il se masturbait avec fureur et qu'il s'enivrait lorsqu'il avait quelque argent.

16. Il prend de l'embonpoint, travaille toujours à l'atelier des tailleurs où l'on se trouve fort content de l'avoir pour ouvrier. C... parle de sortir, et dit qu'il aurait besoin d'aller gagner sa vie.

19. Il est parfaitement bien; il tourmente M. Leuret pour qu'on veuille bien lui accorder sa liberté.

Il est sorti le 20 dans un état de santé très satisfaisant.

LYPÉMANIE; HALLUCINATIONS DE L'OUÏE; SYMPTÔMES NERVEUX TRÈS PRONONCÉS; UNION DU TRAITEMENT PHYSIQUE ET DU TRAITEMENT MORAL; GUÉRISON RAPIDE.

OBS. X. — M... (Joseph), 41 ans, cordonnier, est entré à Bicêtre le 9 septembre 1841. Il habite Paris depuis 1834, époque à laquelle il a quitté le service militaire. Cet homme, qui est de haute taille et qui est fortement musclé, a été gendarme. Il est marié et n'a pas eu d'enfans. Il travaille dans sa chambre et gagne 4 à 5 fr. par jour.

RENSEIGNEMENS FOURNIS PAR LE MALADE. Je suis souffrant depuis quatre mois et demi, et mon médecin m'a engagé à entrer à l'hospice. J'éprouve de l'oppression, j'ai mal à la tête, j'ai des lassitudes dans les jambes, et il y a des jours où je ne puis travailler. Mes idées me forcent à aller me promener; mes idées sont venues par mon genre de maladie: *être l'esclave de la société!* je n'ai cependant pas à me plaindre de la société; tout le monde m'a tendu les bras, mais je n'ai pas su en profiter. Le vrai mot le voici: c'est que j'ai été appelé *chat*. Au premier coup de tambour, je n'ai fait qu'un saut chez mon capitaine pour lui porter 4 francs que je lui devais. J'ai cru que mon capitaine me maltraitait, j'ai cru qu'il m'appelait *mouchard*; j'en ai été contrarié.

Ces détails étant peu précis, peu circonstanciés et peu clairs, M. Leuret interrompt brusquement ce malade en lui disant: Vous êtes un ivrogne. — Monsieur, je ne me suis pas mis en ribotte depuis que je suis marié, et il y a de cela plus de quatre ans. — Pourquoi êtes-vous donc venu ici? — C'est mon médecin qui m'a engagé à y venir; toutes les nuits, je saute dans mon lit. — Dormez-vous bien? — Tantôt je dors, tantôt je veille. — Qu'éprouvez-vous? — Lorsque je vais porter de l'ouvrage, j'entends quelqu'un qui me dit d'aller le porter; puis d'autres individus m'engagent à ne pas le porter; il se livre alors en moi un combat intérieur, et je ressens des douleurs dans l'*échine du dos*, dans les bras, dans les jambes, mais particulièrement dans la tête. Il y a trois jours, je descendais chez un de mes voisins; eh bien! je n'ai pu lui parler, tant j'avais la respiration gênée. — Avez-vous des palpitations? — Oh non! monsieur; mais dans la nuit, il m'est souvent arrivé d'être obligé d'aller ouvrir la fenêtre, et je restais quelquefois une et même deux heures avant de pouvoir me coucher.

L'appétit est bon. (6 ventouses scarifiées sur la colonne vertébrale; orge miel.; le quart maigre; un bain.)

11. M... se trouve mieux et répond avec moins d'hésitation qu'hier aux questions qui lui sont adressées par M. Leuret. Il n'a pas mal à la tête, il a éprouvé seulement hier un peu de douleur au front. Il a parfaitement dormi pendant toute la nuit, ce qui ne lui était jamais arrivé depuis le commencement de sa maladie.

M. Leuret interroge un autre malade en présence de M..., puis il lui dit: Que pensez-vous de cet homme? — Je pense que Monsieur est fou, répond M..., car sa conversation n'est guère suivie. — Croyez-vous être beaucoup plus raisonnable que ce malade, vous qui, hier encore, nous avez débité une foule de niaiseries? — Monsieur, je puis vous certifier que je reconnais à présent combien toutes mes pensées et toutes mes idées étaient déraisonnables; je les ai entièrement repoussées. Puis, d'un ton affirmatif, il s'écrie: *Sur l'honneur, je n'y crois plus.*

Pendant que M... parle, il a dans les bras un mouvement machinal dont il ne s'aperçoit pas.

Le pouls est vif et non tendu, il bat 136 fois par minute. Les ventouses et le bain l'ont singulièrement soulagé. (Bain de deux heures avec de l'eau froide sur la tête; même régime.)

13. M... est triste; il désirerait vivement voir ses parens. Il déclare ne plus avoir d'idées ridicules, répète que toutes les accusations qu'on a faites contre lui, que tout ce qui a rapport à son capitaine, étaient des folies. — Mais je ne puis et ne dois pas m'en rapporter à vous, M..., peut-être me cachez-vous quelque chose, et si je vous laisse voir votre femme qui est ici, sans doute vous lui débiterez quelques bêtises. — Monsieur, je vous promets que j'ai chassé ces idées loin de moi, et qu'elles ne rentreront pas dans ma tête. Il ne ressent plus aucune douleur. (Un bain; l'envoyer au travail et à la promenade; la demie.)

14 et 15. M... est heureux d'avoir vu sa femme, il a conversé sagement avec elle; il a bien travaillé. Le mieux persiste.

16. Notre malade parle avec difficulté; il se plaint d'avoir la respiration gênée, pleure, gesticule, et on entend à peine ce qu'il dit. (Un bain.)

19. M... prétend être très raisonnable, et si on lui rappelle les folies qu'il a faites et débitées, il s'écrie que cela lui fait mal. Si, dans la conversation, on prononce le mot *ça*, il retombe dans sa tristesse primitive; il demande à être retiré des colonnes neuves. — M. Leuret s'y oppose et lui dit qu'il est déjà trop bien en cet endroit, qu'un niais de son espèce ferait tourner la tête aux malades dans les autres salles. M... croit qu'on se réunit dans la cour pour s'entretenir de lui, ce qui le tourmente violemment. (Un bain.)

20. MM. Cusco et Moulin, élèves du service, ont entretenu pendant fort longtemps M... de ses idées folles; il a causé avec beaucoup de bon sens, appréciant tout ce qu'il avait dit à sa juste valeur. Il désire beaucoup voir sa femme.

26. Notre malade est moins bien que ces jours derniers; il a la face animée, il parle avec force, se regarde comme très malheureux de ne rien faire, et voudrait être chez lui auprès de sa femme.

27. Il est très agité; il ne parle que de sa liberté et fait des tentatives d'évasion. (Un bain prolongé avec de l'eau froide sur la tête.)

28. Il est plus calme; il se repent d'avoir cherché à s'évader. (Un bain.)

---

utiles, il ne lui a pas été loisible de renouveler ses tentatives pour la réussite desquelles sa bonne volonté et ses efforts ont été insuffisans une première fois. »

Ces révélations sont graves; mais elles ne doivent point étonner ceux qui savent remonter aux derniers mobiles des déterminations humaines, et elles prouvent combien sont nombreuses les causes qui favorisent l'accroissement de la prostitution dans la ville de Lyon, et conséquemment de l'infection syphylitique.

Nous ne nous arrêterons pas sur la dernière partie du travail de M. Potton, et dans laquelle il trace le tableau de l'influence qu'exercent la prostitution et la syphilis sur la santé, les habitudes, le travail et le bien-être de la population; nous ne pourrions reproduire les résultats statistiques, ni les faits pathologiques sur lesquels s'appuie l'auteur, et sans lesquels notre analyse n'aurait qu'un médiocre intérêt; d'ailleurs ces faits appartiennent à la question considérée d'une manière générale, et sont très rarement applicables à la seule ville de Lyon.

Nous trouvons au contraire une foule de documens locaux et dignes de fixer l'attention publique, dans la troisième partie, où l'auteur fait l'exposé des secours publics, dans la ville de Lyon, dirigés contre la prostitution et la syphilis. Dans l'historique de ces secours, aux époques antérieures, on reconnaît que, dès l'année 1542 il y avait déjà à l'hôpital de Lyon un local particulier pour le pansement des maladies vénériennes; en 1638, les frais occasionnés par les vénériens dépassaient la somme de 3800 livres. Avant la révolution de 89, les réglemens qui concernaient la débauche publique étaient très sévères; mais ces réglemens disparurent à cette époque de tourmente avec les établissemens qui avaient rapport au même objet. Depuis, ce service a été rétabli et amélioré successivement; cependant, on conçoit avec quelle lenteur ces améliorations ont été introduites, quand on apprend que, jusqu'en 1836, les malades avaient été réunis deux dans chaque lit; que pour la ville de Lyon, qui se trouve dans des conditions si défavorables, il n'existe pour les maladies vénériennes qu'un seul établissement contenant 160 lits, dont 110 seulement sont gratuits; tandis que pour les autres on exige une rétribution de 1 fr. 25 c. par jour. Aussi, que résulte-t-il de cette pénurie de secours? c'est que les malheureux infectés qui ne peuvent y participer, incapables de travailler pour gagner leur vie et pour se faire soigner au dehors, commettent un délit, un vol, dans le but de se faire condamner à quelques mois de réclusion et d'obtenir du pain, un asile et la guérison de leurs maux. Le médecin de la prison, qui a reçu plusieurs fois ces confidences, dit que, sur 200 prisonniers détenus dans la maison de Roanne, il y a toujours 12 ou 15 vénériens avoués, et que, sur ce nombre, un tiers au moins est en prison à cause de la maladie. Pense-t-on que ces individus, plus malheureux que coupables, tout en sortant guéris de la prison, n'emportent pas souvent de cette école de démoralisation les principes de vices moraux plus hideux et non moins contagieux que ceux pour lesquels ils avaient forcé leur admission?

L'insuffisance des moyens curatifs est ici évidente; aussi concevons-nous facilement qu'un dispensaire spécial ait été créé sur la proposition et l'initiative du docteur Munaret; mais ce n'est pas sur les particuliers que doivent retomber ces charges, c'est à la ville et à l'état, qui, en accumulant un si grand nombre de troupes autour de la ville de Lyon, l'a mise dans une position tout à fait exceptionnelle, à en prendre l'initiative.

Si, encore, les moyens préventifs étaient combinés de manière à arrêter le développement de l'infection, au moins aurait-on l'espoir de voir diminuer gra-

29. Le mieux continue. (Un bain de deux heures avec de l'eau froide sur la tête.)

30. M... va tout à fait bien; il parle et raisonne avec beaucoup de justesse. Le mot *ça* ne lui produit aucun effet; il le prononce lui-même.

2 octobre. On cherche inutilement à le prendre en défaut; on le tourmente, on le harcèle, on ne peut parvenir à lui faire dire la moindre sottise.

Il est sorti le 5 octobre, parfaitement guéri (1).

LÉGERS EXCÈS ALCOOLIQUES; JALOUSIE; MANIE AVEC TENTATIVES DE SUICIDE; TRAITEMENT PHYSIQUE ASSOCIÉ AU TRAITEMENT MORAL; GUÉRISON RAPIDE.

OBS. XI. — Le 1er juillet 1841, est entré à l'hospice de Bicêtre, dans le service de M. Leuret, Bl... (Pierre-Louis-Joseph), âgé de 36 ans, cocher.

Ce malade est d'une taille moyenne et d'une bonne constitution; il est fort agité, est couché à la salle d'admission et maintenu dans son lit avec la camisole. Interrogé, il ne veut pas répondre aux questions qui lui sont faites, ou plutôt il y répond de travers, en parlant sans cesse de sa femme, mais en termes fort injurieux pour elle.

La face est rouge et congestionnée; les yeux sont injectés; un peu de céphalalgie; langue humide et rosée; selles naturelles. La peau est chaude; le pouls est vif et fréquent, et donne 110 pulsations par minute. (3 ventouses scarifiées à la nuque; un bain; émulsion nitrée, 2 p.)

3. Bl... est à peu près dans le même état; l'agitation n'a pas cessé; les idées ne sont pas plus nettes, et les réponses plus précises; pouls à 100. (Même prescription.)

La femme et la belle-mère du malade nous ont donné les renseignemens suivans : depuis quelque temps, Bl.. parlait beaucoup et d'une manière très légère des affaires de l'état (ce qui ne lui arrivait pas habituellement, car il ne causait jamais politique). Il s'imagina bientôt que ce qu'il avait dit contre le gouvernement pourrait lui être nuisible; de là la crainte d'être arrêté et les tentatives qu'il fit pour se jeter par la fenêtre et pour s'empoisonner. A la fin du mois de juin, en rentrant chez lui, il dit un soir à sa femme : Demain, il y aura joliment du sang de versé; on m'a loué 20 fr. pour ne pas sortir, aussi je ne sortirai pas. Le même soir, il lui prend fantaisie d'aller aux Champs-Elysées, mais il ne veut pas prendre d'argent sur lui, car l'argent ne vaut plus rien. Enfin, peu de jours avant son entrée à l'hospice de Bicêtre, Bl..., qui est extrêmement jaloux, arrive un soir chez lui et trouve sa femme occupée à causer avec un individu qu'il ne connaissait pas. Quoique cet entretien se passât en présence de ses enfans, et que par conséquent tout soupçon dût être mis de côté, Bl... crut sa femme infidèle, et dès lors sa fureur éclata en termes les plus énergiques et les plus méprisans. Depuis cette catastrophe, le calme n'est pas encore revenu. Bl... est habituellement d'un caractère très doux; il est bon et très sensible. Sa belle-mère était dans le besoin, il a fait le sacrifice de la prendre chez lui afin qu'elle ne manquât de rien; il a trois enfans. Dans sa famille, il n'y a eu aucun aliéné.

4. Le malade est plus tranquille, il a un peu reposé cette nuit, quoique cependant il ait encore crié. M. Leuret lui fait bien doucement quelques reproches sur le bruit qu'il a fait et qui a pu troubler le repos des autres malades. A cela Bl... répond qu'il n'est pas malade; il fait des efforts pour sortir de son lit; mais comme il a la camisole, il ne peut en venir à bout. M. Leuret croyant que la camisole le tourmente, lui propose de la lui faire ôter s'il veut s'engager à être raisonnable. Bl... promet. On le débarrasse de son gilet de force, et il saute immédiatement au bas de son lit. (Emulsion nitrée, un bain avec de l'eau froide sur la tête.)

7. L'agitation a complètement cessé. Le malade se plaint d'avoir une inflammation du bas-ventre. Il n'éprouve cependant pas de douleur ni par la pression ni par la palpation du ventre. Les fonctions s'exécutent bien; pouls à 84. (Bain, guimauve sp. gom.)

9. Bl... se plaint actuellement de douleurs dans les bras. L'agitation a complètement cessé, même pendant la nuit. Il ne répond pas encore très nettement aux questions qui lui sont adressées. La langue est bonne; pouls à 80. (Guim. sp. gom.)

12. Le malade est tout à fait bien; ses idées sont nettes; il nous raconte ses infortunes et ses craintes; M. Leuret les traite de chimères et lui fait entrevoir que sa femme n'aurait pas été assez imprudente pour se livrer à un autre en présence de ses enfans et surtout d'enfans en bas-âge qui peuvent parler à chaque instant et sans discernement. Bl.. comprend ce raisonnement, et dit que le soupçon seul est entré dans son ame, et qu'il a toujours repoussé la probabilité d'une action aussi infâme.

Le faire travailler et le faire manger au réfectoire.

16. Bl... est tout à fait guéri; il répond avec sagacité aux questions de M. Leuret. — Mon ami, êtes-vous détrompé, lui dit ce médecin; je ne voudrais pas que vous retournassiez malade chez vous? — Il est vrai, Monsieur, que j'étais un peu exalté lorsque j'ai été conduit ici. — Vous aviez une femme très bonne, et qui se conduisait à merveille, et vous avez cru qu'elle menait une vie déréglée. — Monsieur Leuret, voyez-vous, quand on n'aime pas, on n'est pas jaloux. — C'est vrai, mais il ne faut pas pour cela voir des cornes partout. Voulez-vous que je vous laisse voir votre femme et votre belle-mère? — Laissez-moi voir toute ma famille, cela me fera toujours un bien grand plaisir. — Allons, écrivez une lettre à votre femme. — Je préfère la faire écrire, car j'écris trop mal. — Soit.

La lettre fut écrite et envoyée.

20. Je causai fort longuement avec lui, et je lui demandai s'il n'avait pas l'habitude de s'enivrer. Comme tous les gens de ma profession, me répondit-il, j'aime bien boire quelquefois un petit coup, cependant je ne fais jamais de grands excès. Sa femme est couturière, et gagne fort peu de chose. Quant à lui, ses journées sont très variables; tantôt il gagne 3 et 4 fr. par jour, tantôt il a bien de la peine à ramasser un franc.

21. Bl... est toujours très bien. Sa femme et sa belle-mère sont venues pour le voir; mais craignant qu'il ne fût pas assez bien portant, elles n'ont pas voulu lui apporter les vêtemens qu'il avait demandés dans sa lettre; elles craignaient qu'avec les effets il ne s'évadât. M. Leuret a sévèrement reprimandé ces femmes et leur a fait entrevoir que cette insouciance ou cette méfiance était capable de faire retomber Bl..., et il leur a refusé la permission de le voir, en leur disant de revenir lorsqu'elles seraient dans de meilleures dispositions.

24. Le mieux persiste; il demande sa sortie à grands cris. Il s'occupe à travailler dans les champs.

29. M. Luret demande à Bl. ce qu'il compte faire en sortant de Bicêtre, il répond qu'il peut ou reprendre son état de cocher, ou bien aller dans son pays, où il a acheté une petite maison, et que là il trouverait sans doute à s'occuper. M. Leuret lui conseille de s'arrêter à ce dernier parti, parce qu'en province il trouvera moins d'occasions d'aller au cabaret et par conséquent de retomber malade.

Le 6 avril, Bl... a quitté l'hospice dans l'état le plus satisfaisant.

IVROGNERIE; MANIE; HALLUCINATIONS DE L'OUIE; AGITATION EXTRÊME; ASSOCIATION DES MOYENS MORAUX AU TRAITEMENT PHYSIQUE; GUÉRISON.

Le 25 mai 1841 est entré dans le service de M. Leuret le nommé G... Nicolas, 19 ans, garçon marchand de vins.

Ce jeune homme a déjà fait, il y a 2 ou 3 ans, un séjour de 6 mois à Bicêtre, pour cause d'aliénation mentale. Rentré dans Paris, il a repris son ancienne profession de garçon marchand de vins, et a continué à abuser des liqueurs alcooliques; il a alors été repris d'un nouvel accès de manie, qui a nécessité son admission à Bicêtre.

Depuis le 25 mai, jour de son arrivée, jusqu'aux premiers jours d'octobre, l'agitation de G... n'a eu que de légères intermittences. On a cependant employé tour à tour contre sa folie et les moyens moraux, et les ventouses scarifiées, et les vésicatoires, etc., etc. Rien n'a pu améliorer l'état de ce malade. Il était sans cesse occupé à crier, à vociférer, à déchirer ses vêtemens, lorsqu'on ne lui mettait pas la camisole.

(1) Cette observation m'a été communiquée par M. Ernest Cochain, qui l'a recueillie lui-même.

duellement le nombre des cas où elle se propage; mais les moyens de cet ordre sont encore plus incomplets que les précédens. Nous avons parlé du nombre des femmes qui se livrent à la débauche à Lyon, et que le docteur Potton évalue à 4 à 5 mille; or, des trois classes dans lesquelles il les a divisées, une seule, et la moins nombreuse, est soumise au contrôle de la police médicale; 280 femmes seulement sont inscrites à la mairie, et qui une fois par mois sont visitées dans les maisons publiques par les médecins désignés, et une autre fois dans une salle de l'Hôtel-de-Ville, où elles sont censées devoir toutes se rendre exactement; mais il leur est facile d'échapper même à cette inspection bi-mensuelle. Rarement, dit l'auteur, une femme qui n'est pas dépourvue d'agrémens physiques manque de protecteurs qui la mettent à l'abri de l'inquisition.... Nous pourrions citer des prostituées, arrêtées comme malades sur des plaintes nombreuses, reconnues et déclarées vénériennes par les hommes de l'art, relâchées néanmoins après la visite, par le crédit et à la sollicitation de certains magistrats haut placés. L'homme est partout le même; ouvrez le livre de Parent-Duchâtelet, des exemples semblables y abondent.

Nous arrivons aux moyens dont l'auteur recommande l'adoption, et qu'on peut distinguer aussi en préventifs et curatifs. Au nombre des premiers, il indique la réforme de l'état actuel de la société, ou du moins de son organisation industrielle informe, sur la nature de laquelle il ne fournit aucun développement, et qui devrait amener nécessairement toutes les améliorations demandées. Puis, arrivant aux réformes qui pourraient être immédiatement applicables, il demande que la police de salubrité de la ville de Lyon subisse une réorganisation complète, que sa juridiction s'étende sur les faubourgs, que les agens subalternes soient sous la dépendance immédiate de leurs supérieurs, et non pas de pouvoirs différens; que les maîtresses de maisons soient rendues responsables de la fuite des filles qui disparaissent; que l'inspection de ces dernières soit faite à des époques plus ou moins rapprochées, à la lumière du jour et non avant le jour, comme cela a lieu pour une grande partie de l'année; enfin, que cette inspection soit faite, comme elle l'est à Paris depuis plusieurs années, à l'aide du spéculum.

Quant aux moyens curatifs que M. Potton demande pour les vénériens de la ville de Lyon, on peut les réduire à un seul, qui amènerait presque nécessairement les autres améliorations que l'état actuel laisse à désirer : c'est la création d'un hôpital général des vénériens pour la ville de Lyon, hôpital qui contiendrait 360 places, dont 280 au plus seraient gratuites. Nous n'examinerons pas si l'hospice de l'Antiquaille, qui déjà renferme 85 lits destinés aux femmes vénériennes, pourrait, lorsque les aliénés auront été transportés hors de la ville, suffire pour ce service et celui des affections cutanées; nous n'examinerons pas non plus si, après les premiers frais d'établissement, la modique somme de 85 à 90 mille francs suffirait pour le mouvement annuel de la dépense qu'entraînerait une institution d'une aussi grande utilité, ces questions ne peuvent être traitées que dans la localité même qu'elles concernent; mais, ce que nous pouvons affirmer comme certain, c'est que plus l'exécution de ces deux ordres de moyens sera complète, plus tôt on verra diminuer, et dans une proportion notable, les dépenses dans lesquelles elle aura entraîné, et qui d'ailleurs seront largement couvertes, même sous le point de vue économique, par la double diminution du nombre des malades et de la durée de la maladie.

Nous nous associons donc grandement aux vœux de M. Potton dont la socié-

Dans le courant d'octobre, M. Leuret lui donna du sulfate de quinine à la dose de 50 à 80 centigrammes par jour. Bientôt, sous l'effet de cette médication, l'agitation diminue et devient de plus en plus rare. Dans le courant de novembre, elle a cessé tout à fait, et depuis elle n'a pas reparu. M. Leuret a continué l'administration du sulfate de quinine longtemps encore après la guérison, et a fait travailler ce malade pour le distraire.

G... est sorti parfaitement guéri, le 4 janvier 1842. Il doit quitter sa profession de marchand de vins et retourner dans son pays, où il se livrera à la culture de la terre.

Chez M..., qui fait le sujet de la sixième observation, nous avons eu affaire à une manie très aiguë et très violente. Les cris et les vociférations du malade, son agitation extrême nécessitaient déjà à eux seuls l'emploi des moyens physiques; de plus, la face était rouge et animée, les yeux injectés, la bouche sèche, etc. Il n'y avait donc pas lieu d'hésiter un seul instant, il fallait tirer du sang et dégager le cerveau; aussi à plusieurs reprises M. Leuret fit-il appliquer des ventouses scarifiées à la nuque, eut-il recours à des boissons calmantes, à des pédiluves sinapisés, à des bains généraux, etc., etc. Et quelques jours après cette médication rationnelle et parfaitement indiquée, le malade était calme, mais non raisonnable : ce n'est qu'à force de raisonnemens, de bons procédés et d'occupations qu'on est parvenu à détruire les idées fausses de M... et à le rendre à la santé. En cette circonstance, ce n'est pas comme auxiliaire que le traitement moral a agi, puisque c'est, pour ainsi dire, à lui seul qu'on est redevable de la guérison. Le traitement physique a fait disparaître les symptômes physiques, c'est-à-dire l'agitation et les phénomènes de congestion. Mais le traitement moral seul a déraciné les idées fausses du malade. On voit donc par ce fait que, s'il est un traitement qui doive être regardé comme auxiliaire de l'autre, c'est chez ce malade le traitement physique.

Le monomaniaque dont nous avons parlé dans notre *septième observation* était parfaitement tranquille; il avait comme on a pu en juger des idées excessivement ridicules; les moyens moraux ont été d'abord dirigés contre sa folie. Ils n'ont eu, disons-le, aucun succès. C'est alors que M. Leuret lui a fait appliquer des vésicatoires dans le dos. Leur effet n'a pas été beaucoup plus sensible que celui des moyens moraux; mais la camisole, le pain sec et l'indifférence qu'on a semblé affecter à son égard ont peut-être, et pour nous cela ne fait pas même l'ombre d'un doute, plus contribué à sa guérison que les exutoires; car ce n'est que plus d'un mois après leur entière dessiccation que le malade est venu nous dire qu'il était détrompé, et qu'il désirait ardemment retourner chez lui. Cette guérison est certainement très remarquable; car cet homme était fou depuis plus de dix ans.

Dans la *huitième observation* nous avons vu un homme qui ne voulait répondre à aucune des questions qui lui étaient adressées, et qui par ses cris troublait le repos des autres malades. M. Leuret lui fit appliquer deux fois des ventouses scarifiées à la nuque, et lui administra de la teinture de digitale. Quatre jours après l'emploi de cette médication physique, le calme survint, mais la raison resta toujours troublée. On combattit ses idées fausses, et il comprit bientôt qu'il avait la tête perdue. G... demanda bientôt à travailler parce qu'il s'ennuyait. On se rendit à ses désirs. Dès lors, le malade fut regardé comme guéri, et quinze jours après son entrée à l'hospice, G... sortait dans l'état le plus satisfaisant.

Chez le malade qui fait le sujet de la *neuvième observation* et qui était dans un état réellement très grave, puisqu'il était affecté de démence aiguë avec abolition partielle de la sensibilité, M. Leuret a d'abord administré du sulfate de quinine. Ce médicament n'a produit aucuns bons résultats. L'agitation devint tellement violente qu'on employa pour la combattre les sédatifs et les antispasmodiques; on eut même recours aux vésicatoires. Le calme ne tarda pas à revenir, mais l'incohérence des idées était toujours la même. Enfin, une occupation soutenue et de bons raisonnemens ont ramené à la raison ce malade qui était dans une position presque désespérée lors de son entrée à Bicêtre, et il est sorti parfaitement guéri après deux mois de séjour dans l'hospice.

Un ancien gendarme, dont nous avons parlé dans la *dixième observation*, était en proie à des hallucinations bizarres, avec sensation de douleurs très vives dans le dos, dans les bras, etc. M. Leuret lui fit appliquer six ventouses scarifiées sur la colonne vertébrale pour remédier à ces douleurs; elles disparurent, et le malade dormit bien. Il sembla parfaitement raisonnable pendant quelques jours et affirma sur l'honneur qu'il ne croyait plus à ses folies. Mais il ne tarda pas à retomber dans une tristesse profonde que des remontrances et des bains prolongés dissipèrent promptement. La raison revint, et le malade fut encore tranquille pendant quelques jours, puis il retomba dans son agitation et chercha à s'évader. Des bains avec de l'eau froide sur la tête firent justice de cette agitation, et le malade guérit en peu de temps. Evidemment dans ce cas, comme dans tous ceux que nous venons de rapporter, le traitement physique n'a pas guéri la folie; il a tout simplement dissipé les symptômes physiques, et, si nous pouvons nous exprimer ainsi, il a réduit la folie à l'état de simplicité, état favorable pour l'emploi des moyens moraux.

Dans la *onzième observation*, nous avons vu un maniaque que des ventouses scarifiées ont calmé, mais non pas ramené à la raison; ce malade, que la jalousie avait rendu fou, a été guéri par de bienveillans conseils, de sages remontrances et une occupation habilement ménagée.

De notre *douzième observation*, il résulte que l'union primitive des moyens moraux et des agens physiques n'a eu aucun bon résultat sur la manie de G... Mais, plus tard, lorsque M. Leuret, croyant rencontrer une certaine intermittence dans les symptômes, associa le sulfate de quinine à la distraction, la guérison ne se fit pas beaucoup attendre. C'est donc encore un fait de plus à l'appui de notre opinion, à savoir que le traitement physique a toujours besoin d'être associé au traitement moral; dans les sept observations dont nous avons rendu compte, nous n'avons pas trouvé un seul fait contraire à notre assertion.

RÉSUMÉ.

1° La folie n'est pas toujours une maladie matérielle dépendant d'une lésion du cerveau; elle reconnaît quelquefois pour cause une perversion de l'intelligence, une aberration des facultés de l'entendement.

2° De même que la plupart des autres affections, la folie ne pourrait-elle pas, dans certaines circonstances, être regardée comme une maladie essentielle, et traitée en conséquence?

3° Contre la folie reconnaissant pour cause une perversion de l'intelligence, des agens physiques ne sauraient convenir; les moyens moraux sont les seuls alors qu'il faille mettre en usage.

4° Lorsqu'aux phénomènes psychiques se joignent des symptômes

té de médecine de Lyon a eu raison de couronner le travail; car l'auteur ne s'est pas contenté de signaler les abus et les causes de bien des maux dont le plus grand nombre reste dans le mystère; mais il a indiqué des moyens qui, avec les ressources de l'époque et l'intelligence des intérêts généraux, doivent suffire pour faire disparaître en un petit nombre d'années une partie considérable de ces maux dont les victimes ont plus de droits à la pitié qu'au blâme.

G.

— ECOLE DE PHARMACIE. — CHAIRE DE PHYSIQUE VACANTE. — Conformément à la décision ministérielle du 23 mai 1842, il doit être incessamment pourvu à la chaire de physique vacante dans l'école de pharmacie de Montpellier, par suite de la promotion de M. Balard à une chaire de chimie dans la Faculté des sciences de Paris.

Aux termes des ordonnances royales des 27 septembre et 22 octobre 1840, la nomination à la chaire vacante doit être faite par M. le ministre de l'instruction publique, d'après une double liste de présentation fournie, l'une par l'Ecole de pharmacie, l'autre par l'Académie des sciences de l'Institut, chaque liste devant offrir les noms de deux candidats.

Les conditions, pour être élu candidat, sont : d'être Français ou naturalisé Français, de jouir des droits civils, d'avoir l'âge de 25 ans, d'être licencié ès-sciences physiques, et d'avoir été reçu pharmacien dans une école de pharmacie.

En conséquence, MM. les aspirans à la candidature doivent produire :

1° Une copie légalisée de leur acte de naissance, ou bien un acte de naturalisation.

2° Un certificat de bonnes vie et mœurs, délivré par M. le recteur de l'Académie du domicile de fait.

3° Le diplôme de pharmacien obtenu devant une des trois écoles de pharmacie du royaume.

4° Le diplôme de licencié ès-sciences physiques.

Indépendamment de ces pièces, qui sont de rigueur, MM. les aspirans voudront bien faire connaître :

1° La nature et la durée de leurs services dans l'enseignement.

2° Les ouvrages ou mémoires qu'ils peuvent avoir publiés, et les découvertes qu'ils ont faites.

3° Les titres et les couronnes académiques qu'ils ont obtenus.

Le candidat choisi par M. le ministre sera nommé professeur-adjoint, et jouira en cette qualité d'un traitement fixe annuel de quinze cents francs, ainsi que des droits de présence aux examens.

Toutes les pièces sus-mentionnées devront être parvenues, sans frais, à M. le directeur de l'Ecole, au plus tard le 30 août 1842. Il en sera donné un récépissé à MM. les aspirans, et le renvoi leur en sera fait après la nomination du professeur-adjoint de physique.

Montpellier, le 23 juin 1842.

Le recteur de l'Académie, J.-D. GERGONNE.

Le directeur de l'Ecole de pharmacie, DUPORTAL.

physiques, il faut recourir à une médication mixte, c'est-à-dire appliquer des moyens moraux corroborés par les agens physiques.

5° Le traitement moral ne peut et ne doit pas être regardé comme auxiliaire du traitement physique.

6° Si l'un des traitemens devait être regardé comme auxiliaire de l'autre, ce serait indubitablement, d'après nos observations, le traitement physique.

7° Ce n'est pas seulement par des bains, des douches et du travail que l'on ramène les malades à la raison et qu'on les guérit, mais c'est par la puissance de la logique et par la force du raisonnement.

8° D'après les observations qui ont été citées dans la seconde partie de ce travail, il est facile de se convaincre que le traitement physique n'a jamais agi que sur les symptômes physiques, et qu'il n'a jamais eu aucune action directe sur les symptômes psychiques.

9° On ne nous fera plus, nous le pensons bien, le reproche d'être exclusif. La lecture de ce Mémoire pourra servir à convaincre ceux qui croient encore que M. Leuret emploie le traitement moral dans toutes les circonstances imaginables.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

RÉSUMÉ STATISTIQUE DE LA CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HÔTEL-DIEU (SERVICE DE M. LE PROFESSEUR ROUX) PENDANT L'ANNÉE 1841; par MM. MAUNOURY et THORE, internes des hôpitaux et membres de la Société anatomique.

(SUITE. — Voir les numéros 23 et 26.)

MALADIES DU TUBE DIGESTIF.

CANCER DE LA LÈVRE INFÉRIEURE; GLOSSOTOMIE; CANCER DE LA LANGUE; STAPHYLORAPHIE; HERNIES; FISTULE A L'ANUS; PÉRINÉORAPHIE ET RECTORAPHIE.

Parmi les maladies qui affectent les lèvres, nous n'avons qu'un mot à dire sur l'une, qui a son lieu d'élection à la lèvre supérieure, comme l'autre à la lèvre inférieure; nous voulons parler du bec-de-lièvre et du cancer. Ce n'est qu'en ville et chez des enfans amenés du dehors à l'Hôtel-Dieu que l'opération du bec-de-lièvre a été faite, et dans aucun cas, elle n'a rien présenté qui fût digne de remarque.

Plusieurs cancers de la lèvre inférieure ont été enlevés par l'instrument tranchant, toujours avec un entier succès et par le procédé qui consiste à circonscrire les parties malades dans une incision en V, puis à réunir par la suture entortillée. Il est incontestablement supérieur à l'excision en demi-lune et plus applicable à la généralité des cas de cancer. Il a été employé pour des tumeurs très étendues, et qui comprenaient presque toute la lèvre, et a donné de si beaux résultats que nous ne pouvons passer ces faits intéressans sous silence.

Dans un premier cas, il s'agissait d'une petite tumeur ulcérée, et qui ne dépassait pas de beaucoup le bord rosé de la lèvre inférieure. Une épingle suffit pour réunir les bords de la plaie, qui fut complètement cicatrisée le troisième jour.

Chez le second, l'opération fut pratiquée pour un cancer qui occupait presque toute l'étendue de la lèvre et descendait jusqu'à la partie inférieure du menton. Il fut nécessaire, lorsque toutes les parties malades eurent été comprises dans l'incision en V, de disséquer et de séparer du maxillaire, et à une assez grande distance, les parties molles, afin qu'elles pussent céder à la traction qu'on devait exercer pour le rapprochement des bords si éloignés de la plaie. Quoique cette traction eut été très considérable, la réunion fut cependant complète au quatrième jour, et la cicatrice d'une régularité et d'une solidité remarquables.

Le troisième fait a été recueilli chez un vieillard de 71 ans, et nous allons le rapporter en entier.

CANCER DE LA LÈVRE INFÉRIEURE; OPÉRATION; GUÉRISON.

OBS. — Crétin Pierre, âgé de 71 ans, carrier. Il a cessé depuis quelques années d'exercer son état, il n'a jamais fumé, ni gavé les pigeons; personne dans sa famille n'a eu de cancer.

Un petit bouton, gros comme un pois, a paru il y a un an et demi à la lèvre inférieure; il a augmenté graduellement de volume, et s'est ulcéré au bout de six mois. Il souffre peu; quelques douleurs lancinantes de temps en temps. Il éprouve de la difficulté à retenir dans la bouche les matières liquides. La tumeur ulcérée a le volume d'une grosse noix. Elle occupe presque tout le bord de la lèvre inférieure, et s'avance jusqu'à un centimètre environ de chaque commissure; elle descend jusqu'à la fossette du menton. La lèvre est complètement libre, sans adhérence au maxillaire; la muqueuse buccale est saine. On pratique l'opération le cinq mars. Deux incisions verticales sont faites avec un bistouri aigu et viennent se rejoindre au-dessous de la tumeur, en décrivant un V; elle est ensuite disséquée avec le bistouri convexe. On détache de la mâchoire ce qui reste de la lèvre inférieure et une partie de la face interne des joues pour permettre aux tissus de céder; on place quatre points de suture, et on applique l'appareil comme pour le bec-de-lièvre. Le tissu de la tumeur examiné a toute l'apparence d'un squirrhe; il est dur, d'un reflet bleuâtre, crie sous le scalpel.

Le 6, un peu de fièvre, céphalalgie légère.

Le 8, le mouvement fébrile a disparu; on enlève l'appareil ainsi que les trois épingles inférieures; on laisse la supérieure et les fils en place. Pas de suppuration. La réunion est complète.

Le 9, on ôte la dernière aiguille.

Le 13, petit abcès à la partie inférieure de la cicatrice; il s'ouvre spontanément.

Le malade sort vers la fin du mois; la cicatrice est à peine visible.

Comme on le voit, il n'existe guère de méthode de traitement par l'instrument tranchant ou par les caustiques qui permette de compter sur un résultat aussi complet et aussi rapidement obtenu. Si dans le premier cas il eût été presque indifférent d'employer l'un des deux procédés en usage, il n'en était plus de même dans les deux autres, où il aurait fallu, par l'excision en demi-lune, mettre à nu le maxillaire inférieur, ce qui aurait eu de grands inconvéniens. L'extensibilité des tissus est telle qu'on peut encore rapprocher les parties divisées, même lorque la lèvre a été enlevée dans sa totalité. Il est important dans ce cas de favoriser l'adhésion par le bandage compliqué, il est vrai, mais puissant, qui ramène en avant toutes les parties molles de la face, celui que M. Roux emploie dans le bec-de-lièvre, après l'opération. Par ce moyen la réunion est presque toujours assurée, et l'on vient de voir que chez un vieillard de 71 ans, il eut un succès aussi complet que dans les autres cas. Rien ne peut être comparé à la rapidité de la guérison. Il arrive quelquefois qu'au bout de huit ou dix jours il est presque impossible de reconnaître le point où la réunion s'est faite. La lèvre inférieure d'abord beaucoup trop étendue en hauteur, tandis qu'elle est fort rétrécie suivant la largeur, reprend peu à peu ses proportions naturelles.

ÉPULIS; GLOSSOTOMIE DANS LE BÉGAIEMENT.

Nous glisserons rapidement sur un fait d'épulis de la mâchoire supérieure qui avait résisté à plusieurs opérations déjà faites par d'autres chirurgiens, et qui ne fut guérie qu'après qu'on eut enlevé avec la tumeur assez volumineuse de la gencive une portion de l'alvéole. Cette portion, dont l'épulis tirait son origine, fut coupée au moyen de fortes cisailles. Il n'y eut point d'accidens, d'hémorragie, etc.

Nous nous arrêterons un instant sur une opération née d'hier, et qui ne paraît pas destinée à fournir une carrière bien longue; la glossotomie ne justifie point les espérances qu'elle avait fait naître, et elle est presque déjà tombée dans l'oubli. Avant que son efficacité fût bien constatée, on imaginait déjà de nombreux procédés. Dieffenbach, son inventeur, institue trois méthodes: 1° section horizontale transverse de la racine de la langue; 2° section sous-cutanée transversale de la racine de la langue avec conservation de la muqueuse; 3° enfin, ce qui n'est pas le moins difficile, ni le moins dangereux, section horizontale de la racine de la langue, avec excision d'une pièce triangulaire dans toute sa largeur et dans toute son épaisseur. Malgré ce luxe de méthodes, sans compter la section du frein de la langue, qui est de vieille date, M. Dieffenbach pense que « les chirurgiens auront ici un large champ pour faire des modifications et inventer des instrumens; on fera, dit il, des incisions en croix, en travers, au-dessus et au-dessous de la langue; on se servira de caustiques, on emploiera des bistouris ou des ciseaux courbés d'une manière nouvelle, d'autres crochets, d'autres pincettes, etc. » Ces prévisions se sont bien vite accomplies; on a ajouté aux méthodes déjà indiquées la méthode sous-mentale (M. Bonnet) et de nombreux procédés. D'autres organes que la langue ont été excisés; on s'est attaqué aux amygdales, à la luette (Yarsley, Braid, Lee). Nous n'en ferons point la description et ne chercherons même point à en apprécier le mérite respectif.

Quant à ce qu'on doit attendre de l'opération considérée d'une manière

générale, on peut, nous le croyons du moins, avancer sans crainte qu'elle est loin de donner des résultats bien avantageux, des guérisons bien authentiques, et que le silence de ses plus chauds partisans ne plaide pas beaucoup en sa faveur.

Lors de son apparition dans le monde médical, M. Roux, profitant d'une occasion qui s'offrait tout naturellement à lui, voulut la mettre en usage, et l'on verra dans l'observation suivante quel fut le résultat de cet essai. Voici le procédé qu'il employa, c'est le plus simple et le plus rapide: la langue relevée avec la main gauche, une petite incision transversale fut faite avec un bistouri convexe, immédiatement derrière le maxillaire inférieur, dans l'étendue de 2 centimètres; puis les ciseaux coudés dont M. Roux se sert pour la staphyloraphie furent introduits par cette ouverture, et les génio-glosses furent coupés tout près de leur insertion. Un petit tampon de charpie fut placé dans la plaie, afin de s'opposer à la fois à la réunion, et d'empêcher l'hémorragie, qui n'a point eu lieu. Une autre fois M. Roux pratiqua la simple section du frein dans un cas de bégaiement très prononcé chez un homme de 60 ans, admis à l'Hôtel-Dieu pour un rétrécissement de l'urètre. Cet homme, dont la langue était très longue et d'une grande mobilité, ne pouvait dire quelques mots qu'après des efforts incroyables accompagnés de mouvemens convulsifs de tous les muscles de la face. Il se faisait entendre avec la plus grande difficulté, le frein était très large et un peu court. M. Roux, soulevant la langue avec la plaque d'une sonde cannelée, le coupe d'un trait avec des ciseaux courbes. Immédiatement après cette section, notre homme se met à parler avec beaucoup de netteté, il se confond en remercimens; pourquoi, dit-il, m'a-t-on fait attendre depuis quarante ans une opération qui m'aurait débarrassé d'une si cruelle infirmité? L'admiration était générale parmi les assistans, et nous allions de bonne foi croire à cette cure si brillante et si complète, lorsque par malheur l'opéré se met à bégayer aussitôt d'une manière aussi pénible qu'auparavant, et depuis, pendant tout le temps qu'il resta dans le service, il bégaya comme par le passé. Ne serait-ce point là l'histoire de plus d'une de ces guérisons proclamées avec tant de bruit?

BÉGAIEMENT; SECTION DES GÉNIO-GLOSSES PRÈS DE LEUR INSERTION AUX APOPHYSES GÉNI; INSUCCÈS.

Obs. — Poulmard, âgé de 28 ans et demi, pâtissier, était resté dans nos salles pendant plusieurs mois en 1840 pour un rétrécissement de l'urètre, et il était sorti dans un état fort satisfaisant. Il rentre au commencement de janvier 1841, dans une salle de médecine, pour une fièvre intermittente, et est renvoyé en chirurgie à cause d'un abcès qui s'était développé au périnée. Cet abcès est ouvert et se cicatrise rapidement.

On avait déjà remarqué qu'il bégayait d'une manière très prononcée; il paraît être d'une grande timidité, et rend assez bien compte de son infirmité, sur laquelle les émotions morales ont une grande influence; pour peu qu'il ait à parler à une personne qu'il ne connaît pas ou qui lui impose, il bégaie tellement, que la parole devient parfois impossible. Il prononce avec difficulté les lettres *l*, *r*, surtout quand elles suivent une autre consonne, et surtout un *c*, comme dans *cla*, *cro*, etc. Il en est de même des lettres *b*, *t*, *p*; le *k* est articulé avec beaucoup de peine; impossibilité complète de faire sortir l'*x*. Il a de légères convulsions dans les lèvres; la langue est assez mobile, se porte aussi bien à droite qu'à gauche; quand la bouche est ouverte, même à un degré moyen, la pointe de la langue ne peut atteindre la voûte palatine; elle sort peu de la cavité buccale lorsqu'il la porte en avant; son infirmité le préoccupe vivement, elle est pour lui une source de contrariétés et de chagrins. Il accepte avec joie la proposition qu'on lui fait de l'opérer.

Le 17 février, il est couché, la langue est relevée avec un doigt de la main gauche, une petite incision transversale est faite à la muqueuse buccale, derrière le maxillaire inférieur; des ciseaux coudés sont introduits dans la plaie et coupent toute la portion des génio-glosses qui s'attache aux apophyses géni. Le doigt, introduit dans la plaie, constate leur complète section; écoulement de sang pas très abondant et qui cesse spontanément. Les jours suivans, il éprouve un peu de douleur dans la plaie, elle se prolonge le long du cou vers l'os hyoïde; salivation abondante.

Cet état continue jusqu'au 30 février et cesse alors; depuis qu'il a subi l'opération, il bégaie tout autant qu'auparavant. Il sort le 2 mars, est traité par M. Colombat, qui obtient chez lui quelques résultats satisfaisans.

Nous revoyons ce malade le 25 mars: la plaie est tout à fait cicatrisée, tissu blanchâtre au niveau de la plaie qui a été faite.

Le bégaiement est toujours très prononcé.

CANCER DE LA LANGUE.

Les tumeurs, et en particulier le cancer de la langue, varient assez de forme et d'étendue pour que les opérations qu'elles réclament soient, ou de peu d'importance, ou d'une excessive gravité. Tant que le mal est borné à la partie antérieure de cet organe, une simple incision transversale ou à lambeau triangulaire est suffisante. Quand il ne dépasse point la partie adhérente au plancher de la bouche, il est encore possible, par des moyens chirurgicaux déjà plus compliqués, d'en faire l'ablation. Mais lorsque le cancer a envahi la langue en totalité, lorsque surtout il a atteint sa partie la plus reculée et jusqu'à l'os hyoïde, l'opération entraîne de sérieuses difficultés, et la réussite est souvent incertaine.

Quelquefois la tumeur s'est étendue aux deux parties de la langue; le plus souvent elle n'en occupe qu'un côté; elle peut laisser libre son quart ou sa moitié antérieure pour se circonscrire à la base. Sur trois faits de ce genre que nous avons recueillis, la tumeur existait deux fois à gauche et une fois à droite. Dans l'un des deux premiers cas qui ont été opérés, elle était très nettement circonscrite et entourée de tissu sain, excepté vers le bord, où elle commençait à s'ulcérer, à cause de la pression des dents. Dans les deux autres, le cancer s'était un peu étendu à l'amygdale voisine. La tumeur, toujours limitée par la ligne médiane, donnait au toucher la sensation du bois; elle était inégale, bosselée, ulcérée, avait une odeur désagréable, surtout pour le malade, sa teinte était plus rosée que celle du reste de la langue. Les principaux symptômes étaient des douleurs lancinantes, la difficulté de la parole, de la mastication, de la déglutition, l'écoulement presque constant de la salive.

Le premier de ces trois individus avait 51 ans; le second 58; le troisième 63. Ils étaient tous journaliers et venaient de la province; l'hérédité, la syphilis, n'étaient point cause de l'affection. Deux de ces malades fumaient d'une manière immodérée. Un des trois n'a point voulu subir l'opération. Voici son histoire succincte.

TUMEUR CANCÉREUSE DU CÔTÉ DROIT DE LA LANGUE S'ÉTENDANT JUSQU'A L'AMYGDALE VOISINE; IL N'A POINT ÉTÉ OPÉRÉ.

Obs. — Douillet, âgé de 51 ans, journalier, de grande taille, d'une constitution robuste, est entré à l'Hôtel-Dieu le 12 novembre 1841. Il n'a jamais eu de maladies graves, d'affections syphilitiques; aucun de ses parens n'a eu de cancer. Il y a un an environ, il a ressenti des douleurs assez vives dans les deux dernières molaires du côté droit; elles se carient et il les fait extraire. A cette époque, la langue ne paraissait nullement malade. Il y a quatre mois environ qu'il ressentit des douleurs vagues dans l'amygdale droite; en introduisant son doigt dans la bouche, il reconnut l'existence d'une tumeur de la grosseur d'un haricot sur la langue. Depuis lors elle a augmenté de volume d'une manière graduelle; aujourd'hui la tumeur occupe le côté droit, elle ne commence guère que vers le milieu, la pointe était saine et s'étend jusqu'à la base dans le tissu cellulaire antérieur à l'épiglotte, et jusqu'à l'amygdale droite, ainsi qu'au pilier antérieur du voile du palais. Dans ce point, elle est assez considérable, de manière à faire derrière l'angle de la mâchoire une saillie sous la peau.

La tumeur a le volume d'une noix, sa surface est d'un rouge plus vif que celui du reste de l'organe, elle commence à s'ulcérer superficiellement; elle est dure, donne la sensation du bois; elle s'élève beaucoup au-dessus du côté sain. Elle n'est point douloureuse, à peine quelques douleurs lancinantes.

La salivation est très abondante, la déglutition est difficile et douloureuse, l'état général est très satisfaisant; il existe toutes les apparences d'une bonne santé.

Le 22 novembre, on va pour l'opérer; à peine l'érigne est-elle placée dans la langue afin de l'attirer au-dehors que le malade pousse des cris et fait des mouvemens qui rendent l'opération impossible. Il quitte l'Hôtel-Dieu le 24 novembre, en se refusant à toute tentative d'opération.

Il n'est pas besoin d'insister sur cette observation, qui n'a d'intérêt que sous le rapport des symptômes; parlons des autres faits pour lesquels deux méthodes toutes différentes ont été mises en usage.

L'une d'elles est nouvellement introduite dans la science et n'a été pratiquée encore que deux fois. Elle a pour but d'enlever la langue au moyen d'une incision faite à la région sus-hyoïdienne, et c'est à M. Regnoli, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Pise, que l'art en est redevable. Nous n'avons pu trouver de documens qui indiquent que cette opération ait été faite avant lui. Cependant l'idée n'en est pas tout à fait neuve, puisqu'elle était déjà venue à certains pirates turcs qui voulaient couper la langue d'un malheureux chrétien par cette voie, d'ailleurs la moins directe. C'est Tulpius qui nous a conservé cette histoire.

« Joannes (cui Muti cognomen imposuit infortunium), petiturus Italiam, incidit in piratas turcicos; quorum religioni nomen dare, quum renueret, adnixi fuêre homines feroces linguam propterea radicitùs ipsi evellere, sed per plagam, ex vulgi sententiâ, *sub mento inflictam*. Verum eâ crudelitate, minus ex voto ipsis succedente, detruncarunt ipsi deinceps totam illam partem qua lingua hominis volubilis est; eâque ademptâ privarunt juvenem omni voce. (Nicol. Tulpii, Obs. med., Amsterd. 1671, liber I, cap. XLI, mutus loquens, page 74.) »

M. Regnoli se fondant sur ce qu'en amputant la langue par l'ouverture de la bouche: 1° on ne pouvait amputer que les deux tiers de l'organe, malgré l'extensibilité de ses ligamens; 2° on s'exposait à une hémorragie très embarrassante; 3° le sang en tombant dans la gorge faisait craindre à chaque instant la suffocation, imagina et pratiqua l'opération suivante:

La malade assise en face du jour, la tête appuyée sur la poitrine d'un aide, l'opérateur avec un bistouri à lame convexe fait une incision depuis

la symphise du menton jusqu'à l'os hyoïde et coloyant la base de la mâchoire de droite à gauche et *vice versâ*, d'un masseter à l'autre, et donne à son incision la figure d'un T, dissèque les angles supérieurs et en forme deux lambeaux qui comprennent la peau, le paucier et le tissu cellulaire. Il prend un bistouri droit, en passe la pointe de bas en haut derrière la symphyse, et coupant les attaches des muscles génio-hyoïdien et génioglosse et la muqueuse, pénètre dans la bouche; alors, avec un bistouri boutonné qu'il porte de droite à gauche, il détache les digastriques, les mylohyodiens jusqu'aux piliers du voile du palais. La pince de Museux, introduite par cet hiatus sous la mâchoire, sert à saisir l'extrémité de la langue qu'il amène au dehors, ainsi que la tumeur cancéreuse et il les abaisse au-devant du cou. Après avoir circonscrit la tumeur par de fortes ligatures passées dans la substance de la langue, il la coupe à petits coups au moyen de ciseaux courbes sur leur plat. Il porte près de l'os hyoïde deux ou trois boutons de feu. Cela fait, il remet dans la bouche ce qui restait de la langue réduite aux deux tiers de sa largeur. Le pansement fut fait à plat et la plaie ne fut point réunie.

C'est sur une jeune fille de 14 ans qu'il pratiqua cette opération et sans le moindre accident; les suites en furent très simples et la guérison parfaite au bout de six semaines. A cette époque, la malade mangeait, avalait aussi bien qu'auparavant et parlait autant qu'elle voulait.

Un succès aussi complet était fait pour encourager; et M. Roux n'hésita point à agir de la même façon dans un cas très grave de cancer de la langue; la tumeur occupait la partie la plus reculée de cet organe et n'était limitée que par l'os hyoïde. Seulement dans l'idée que deux lambeaux triangulaires se réunissant mal ne soutiendraient point la langue d'une manière convenable et seraient moins favorables à l'écoulement de la suppuration, il modifia le procédé primitif et fit l'application d'un moyen employé par lui dans un cas d'exostose de la mâchoire inférieure chez une jeune personne. Pour laisser une cicatrice aussi peu apparente que possible, il avait taillé un lambeau demi-circulaire à convexité postérieure et dirigée vers le cou, tandis que sa partie adhérente était tournée du côté du menton.

Il procéda de la même façon dans l'observation que nous allons rapporter, c'est-à-dire qu'il tailla un lambeau demi-circulaire au moyen d'une incision qui, partant d'un côté de la base de la mâchoire, un peu en avant de son angle, allait rejoindre le point opposé, en s'avançant au milieu de son trajet jusqu'au niveau de l'os hyoïde. Ce lambeau une fois disséqué et relevé par un aide, le reste de l'opération eut lieu comme par le procédé de M. Regnoli, sauf de légères modifications sur lesquelles il est inutile d'insister.

CANCER OCCUPANT LES DEUX TIERS DE LA LANGUE JUSQU'A SA BASE; OPÉRATION PAR LA MÉTHODE SOUS-MENTALE DE M. REGNOLI; INSUCCÈS.

OBS. — Pignon (Augustin), âgé de 63 ans, tonnelier, est venu de Béthune à Paris pour se faire opérer, et il entre à l'Hôtel-Dieu le 11 février 1841. Il est placé au n° 34 de la salle Sainte-Marthe. Il est marié et a trois enfans; ses parens n'ont point eu de cancers; il n'a jamais eu de maladies syphilitiques, et a toujours joui d'une santé excellente. Depuis l'âge de 12 ans, il a contracté l'habitude de fumer qu'il a conservée jusqu'à présent; il fume un grand nombre de pipes par jour.

Sa maladie n'aurait débuté qu'il y a deux mois seulement; le volume de la langue était augmenté à gauche, et près de sa circonférence les dents y laissaient une impression de plus en plus profonde; on lui arrache une dent, il éprouve un soulagement passager; mais la langue continue à augmenter de volume; les douleurs d'abord légères se sont rapidement accrues; elles prennent le caractère lancinant, augmentent dans les mouvemens de déglutition, dans la parole. Depuis un mois elle a atteint le volume qu'elle a aujourd'hui. Le malade a complètement perdu le sommeil, les douleurs ont augmenté d'intensité.

ETAT PRÉSENT. La partie latérale gauche de la langue est soulevée par une tumeur volumineuse. Son extérieur est rosé; il existe quelques ulcérations dans les points qui correspondent aux dents. La tumeur est inégale, très dure, douloureuse à la pression, elle repousse fortement la langue à droite. Elle occupe les deux tiers postérieurs de cet organe d'avant en arrière et les deux tiers dans le sens de la largeur.

Les mouvemens de la langue se font encore avec une certaine facilité; elle peut se porter encore au palais; car toute sa partie antérieure est saine; le passage des alimens n'est point douloureux.

L'opération est pratiquée le 19 février 1841; le patient est placé sur une chaise; une incision est conduite au côté droit de la base de la mâchoire au côté opposé, en passant près de l'os hyoïde. Ce lambeau demi-circulaire, disséqué et relevé, est maintenu par un aide. Un bistouri aigu est introduit derrière le maxillaire inférieur de bas en haut, sur la ligne médiane, pénètre jusque dans la cavité buccale, il est remplacé par un bistouri boutonné à lame forte, avec lequel on coupe tous les muscles qui s'attachent aux apophyses géni et à la ligne courbe, successivement de gauche à droite et de droite à gauche; alors la langue est saisie et facilement amenée au dehors au moyen d'une érigne, et complètement découverte jusqu'à l'os hyoïde. La dissection de la tumeur qui est tout entière sous les yeux de l'opérateur commence, et l'on poursuit les parties malades jusque sur le pilier du voile du palais; les artères sont liées à mesure que le bistouri les divise. Il a été fort aisé de s'assurer qu'aucune partie du mal n'avait été oubliée. La langue est réduite au tiers de son volume; elle est repoussée dans la cavité buccale. On réunit la plaie au moyen de points séparés et de la suture du pelletier; quelques plumasseaux, des compresses, un bandage très simple complètent le pansement.

EXAMEN DE LA TUMEUR. Elle a la forme et le volume d'un œuf de poule; elle est un peu inégale vers sa partie postérieure; elle a éprouvé un commencement d'ulcération vers sa partie externe et inférieure dans le point où elle était en contact avec les dents. Une section horizontale fait voir que la tumeur est complètement comprise dans une coque formée par les fibres musculaires de la langue; c'est dans le tissu sain que la dissection a été faite et toujours à 2 ou 3 millimètres d'un noyau cancéreux. Le tissu malade est d'un jaune pâle, traversé par des stries blanchâtres; il est extrêmement dur, il crie sous le scalpel, il adhère peu aux fibres musculaires voisines; il semble qu'il serait facile d'en faire l'énucléation.

Le soir de l'opération, il n'a point eu d'hémorragie; il a rejeté toute la journée de la salive teinte de sang; la déglutition des boissons se fait avec difficulté. La nuit se passe assez bien; le malade est tranquille, ne se plaint pas, reste assis sur son scant; il a même un peu dormi; cependant vers le matin il éprouve un peu de difficulté pour respirer.

Au moment de la visite, il est pris tout à coup d'une dyspnée intense; il est dans une anxiété très grande; les poumons se dilatent avec beaucoup de difficulté; à peine entend-on le murmure respiratoire; la poitrine est remplie de râle humide, la face est pâle. M. Roux, supposant qu'il existait un obstacle à l'entrée de l'air dans le larynx ou les bronches, veut tenter un dernier effort et pratiquer la bronchotomie. Au moment où il va inciser la peau, le malade éprouve une syncope, qui fait croire un instant qu'il est mort. Les aspersions froides, les frictions à la région précordiale réveillent la circulation. M. Roux profite de ce moment, coupe les cartilages thyroïde et cricoïde, ainsi que les deux premiers anneaux de la trachée; il s'échappe par la plaie un caillot peu considérable de sang noirâtre. L'aspiration et l'insufflation sont faites à plusieurs reprises avec une sonde de gomme élastique, mais sans aucun résultat; le cœur cesse de battre et la mort arrive.

AUTOPSIE. — EXAMEN DE LA PLAIE. L'incision est conduite de manière à ne point intéresser l'artère faciale. Tous les muscles qui forment le plancher de la bouche sont coupés; la langue l'a été dans les deux tiers de sa largeur et dans toute sa longueur.

La section est plus étendue à la partie postérieure où la tumeur avait pris plus de développement, de telle sorte qu'il ne reste guère dans cette partie qu'un pédicule mince; on trouve les traces de l'incision, par laquelle on avait enlevé la tumeur adhérente au pilier antérieur du voile du palais. On constate sur le cadavre que l'incision du larynx a compris les cartilages thyroïde et cricoïde et les deux premiers anneaux de la trachée. L'épiglotte est relevée en avant par la langue; les cartilages aryténoïdes sont rapprochés de manière à rétrécir l'ouverture de la glotte. Il existe un peu de mucosité dans le larynx et la trachée; absence complète de sang et de caillots. On trouve également des mucosités puriformes dans les bronches, mais peu abondantes. La muqueuse des bronches est très légèrement injectée.

Les deux poumons sont rosés, parfaitement souples et crépitans.

Le cœur est peu volumineux et ne présente rien de particulier.

Tous les viscères abdominaux et le cerveau ont été examinés avec soin; aucune trace de lésion et de dégénérescence cancéreuse.

On le voit, M. Roux n'a point été aussi heureux que le professeur de Pise; la mort est arrivée vingt-quatre heures après l'opération et la cause qui l'a amenée ne paraît pas bien évidente. Ce n'est ni à la perte de sang, ni à l'épuisement du système nerveux qu'il faut l'attribuer; car l'opération n'a été ni très longue, ni très douloureuse, et la quantité de sang qui s'est écoulée peu considérable. L'opinion la plus probable est que le malade serait mort d'asphyxie; mais est elle suffisamment justifiée par la mucosité que contenaient les bronches et le caillot qui remplissait la trachée et qui est sorti après l'ouverture pratiquée dans les derniers momens de la vie? Les forces aspiratrices n'avaient point permis d'expulser ce caillot, la dernière chance de salut a été tentée, mais un peu tardivement. L'insufflation, qui a si bien réussi à M. Roux dans un cas de trachéotomie, n'a été ici d'aucune utilité. Il a été facile à l'autopsie de se convaincre que tous les tissus malades avaient été entièrement enlevés, et qu'il ne restait pas la moindre trace de l'affection cancéreuse. La tumeur était parfaitement isolée au moyen d'une coque formée par le tissu musculaire de la langue, et c'est dans ce tissu que l'incision a été faite.

L'opération dont il s'agit ici, sans être rejetée tout à fait, nous paraît devoir être regardée comme exceptionnelle; mais nous sommes loin d'imiter M. Velpeau et de répéter son jugement un peu trop sommaire. « Du reste, je ne comprends guère que pour une tumeur de la langue, M. Regnoli ait eu besoin d'inciser en entier la région sus-hyoïdienne et d'attirer l'organe par là, quoique la jeune fille soit guérie. » (MÉD. OP., t. III, p. 555.)

Il est certain que par cette méthode on agit avec la plus grande facilité sur la langue que l'on peut examiner jusqu'à sa base, des tractions très modérées suffisent pour l'amener tout entière au dehors sans que le jeu de l'appareil respiratoire en souffre le moins du monde. On peut disséquer avec tout le soin, toute la précision possibles, avec la certitude qu'aucune partie du mal n'échappera à l'action du bistouri; rien n'empêche de lier les artères à mesure qu'elles sont divisées; et l'on peut se

mettre aussi en garde contre les chances de l'hémorragie si fort à craindre toutes les fois que l'on emploie l'instrument tranchant. On sait que, dans une opération de ce genre, M. Roux, ainsi que Béclard l'a conseillé et que M. Flaubert, de Rouen, l'a fait, a dû lier l'artère linguale (voir cette intéressante observation dans la GAZETTE MÉDICALE, 1839, page 489).

Tous ces avantages méritent d'être pris en sérieuse considération ; cependant ils sont contrebalancés d'abord par la durée de l'opération nécessairement un peu prolongée et par les difficultés qui s'y ajoutent, ensuite par les dangers qu'entraîne une plaie considérable faite à la région sus-hyoïdienne où des phlegmons très étendus et très graves peuvent se développer rapidement. Quoi qu'il en soit, la méthode de M. Regnoli est une acquisition utile et qui doit rester dans la science, mais elle doit être employée dans des cas exceptionnels, et dans lesquels on ne pourrait que difficilement recourir à la ligature, soit seule, soit combinée avec l'excision.

C'est cette autre méthode qui a été mise en usage dans un cas de cancer analogue au précédent et avec un entier succès.

On sait que, dans un cas où la moitié de la langue à sa partie antérieure était malade, M. Mayor la divisa en deux et embrassa la moitié affectée de cancer dans une ligature serrée par le tourniquet à cabestan ; que dans des cas plus graves où le cancer était très étendu en arrière, M. Cloquet circonscrivit la tumeur entre deux anses de fil, dont l'une serrait la moitié de la langue transversalement, et l'autre longitudinalement; les ligatures avaient été introduites par une ouverture faite à la région sus-hyoïdienne; qu'enfin, M. Mirault (d'Angers) entoura la langue à sa base par une seule anse de fil dont les deux chefs sortaient par l'ouverture de la région sus-hyoïdienne, et étaient maintenus au moyen d'un serre-nœud.

M. Roux combina les procédés de MM. Mayor et Mirault, c'est-à-dire qu'après avoir embrassé un côté de la langue en rasant l'os hyoïde, il la divisa avec le bistouri depuis la base jusqu'à la pointe. La tumeur n'occupait que le côté gauche, et était exactement limitée sur la ligne médiane. Elle était volumineuse et faisait une saillie très grande dans la cavité buccale. Voici comment on procéda à l'opération.

Une incision d'un pouce fut faite sur la ligne médiane et abaissée de la base de la mâchoire à l'os hyoïde ; le doigt, introduit par cette ouverture, pénétra jusqu'à la base de la langue ; celle-ci est détachée du plancher de la bouche dans toute sa partie gauche : une aiguille mousse à manche, portant une ligature formée de quatre brins de fil, est conduite de haut en bas et de l'intérieur de la cavité buccale vers l'ouverture de la région sus-hyoïdienne par laquelle elle sort. Pendant que ce chef sous-mental est retenu par un aide, le chef buccal est engagé dans le chas d'une longue aiguille courbe ; cette aiguille est enfoncée au milieu de la langue, immédiatement au-devant de l'os hyoïde, de manière à circonscrire toute la tumeur par une anse qui passe à la face supérieure, et le chef buccal, ramené par l'ouverture sus-hyoïdienne, est réuni à l'autre. Alors un bistouri courbe, en serpette, muni d'une gaîne (bistouri caché de Savigni), dirigé sous la face inférieure de la langue, jusqu'à la ligature, est dégagé et ramené d'arrière en avant, en la divisant en deux portions inégales ; le cancer n'existait pas à la pointe. Les deux fils furent ensuite engagés dans le tourniquet à chapelet de M. Mayor, et une constriction graduelle fut exercée jusqu'à la chute de la partie malade.

Il est facile de comprendre que par ce procédé la langue se trouve divisée dans toute sa longueur, que vers l'os hyoïde le côté malade est en brassé par une anse de fil qui l'étreint entièrement, et au moyen duquel on peut exercer une constriction aussi énergique que possible. La manœuvre de cette opération n'offre point de sérieuses difficultés, et elle aurait été terminée très rapidement sans un contretemps dû à la section de la ligature par le bistouri trop tôt dégagé de sa gaîne, ce qui mit dans la nécessité de replacer un nouveau fil, comme on peut le voir dans les détails de l'observation.

Cette méthode est applicable aux cas les plus graves du cancer de la langue, lorsqu'il occupe la partie la plus reculée et lorsqu'il a envahi sa totalité; elle est plus simple et a moins d'inconvéniens que celle que nous avons décrite d'abord. Cependant, nous devons faire observer qu'elle expose à ménager certains points déjà malades. Quand la dégénérescence s'étend du côté des amygdales du voile du palais, il serait impossible d'atteindre partout le mal, et, dans ce cas, la méthode de M. Regnoli nous semble préférable, car elle permet de disséquer en toute sûreté toutes les parties qui ne paraissent pas parfaitement saines.

Le douzième jour après l'opération, la ligature tomba après avoir coupé tous les tissus ; l'anse qu'elle formait était en contact avec les dernières boules du chapelet. Le côté gauche de la langue était grisâtre et mortifié; il restait une petite langue qui occupait le côté droit de la bouche; toutes les parties malades avaient été enlevées. La plaie de la région sus-hyoïdienne se cicatrisa rapidement.

CANCER OCCUPANT LE CÔTÉ GAUCHE DE LA LANGUE JUSQU'À SA BASE; LIGATURE AU MOYEN D'UN FIL INTRODUIT PAR LA RÉGION SUS-HYOÏDIENNE ET SECTION DE LA LANGUE SUIVANT SA LONGUEUR.

OBS. — Lejeune, âgé de 58 ans, journalier, est entré le 9 janvier 1841 à l'Hôtel-Dieu, et a été placé au n° 14 de la salle Sainte-Marthe. Il est de grande taille, d'une constitution robuste. Il a eu une pneumonie gauche il y a trois ans. Jusqu'alors il n'avait eu aucune maladie; pas d'affections syphilitiques ou autres. Personne dans sa famille n'a eu de cancers. Il a l'habitude de fumer, et fume avec excès. Il a toujours eu de fort mauvaises dents. Il n'y a que deux mois et demi qu'il s'est aperçu de l'existence de sa maladie. Il souffrait dans l'intérieur de la bouche; il attribuait cette souffrance à la pression d'une dent contre sa langue et qui l'excoriait. Des élancemens irréguliers s'étaient manifestés au fond de la bouche et de ce côté; il éprouvait de la gêne et de la douleur lorsqu'il avalait. Des douleurs lancinantes s'irradiaient jusque dans l'oreille et étaient réveillées par la déglutition d'alimens liquides ou solides, de la salive. Il éprouve de la difficulté pour mâcher, pour articuler les mots. Ecoulement presque continuel de salive ; il remplit plus de deux crachoirs par jour.

La tumeur occupe toute la moitié de la langue dans ses trois quarts postérieurs. Elle est limitée par la ligne médiane. Autant la langue est souple, molle et de consistance normale à droite, autant à gauche elle est dure, inégale, bosselée; sa dureté est surtout remarquable; on croirait que l'on presse un morceau de bois; il existe à la partie postérieure quelques ulcérations qu'on ne peut apprécier à la vue; mais seulement par le toucher. On en voit d'autres aussi sur son bord gauche, dans le point où il est en contact avec les dents. Ce côté est plus volumineux et dépasse de beaucoup l'autre en hauteur. La tumeur s'étend en arrière aussi loin que le doigt peut l'atteindre et jusqu'à l'os hyoïde. La partie antérieure de la langue est parfaitement saine. Le malade dit éprouver dans sa bouche une saveur fort désagréable dont il se hâte de se débarrasser en crachant à chaque instant. Il y a des ganglions un peu engorgés sous la mâchoire du côté gauche. L'état général est fort satisfaisant. Toutes les fonctions s'exécutent bien.

Il est opéré le 20 juillet.

Il est assis. Une incision de 3 cent. est pratiquée sur la ligne médiane au-dessous du menton, la peau et la couche musculaire sont divisées; le doigt est introduit dans la plaie jusqu'à l'os hyoïde. Toute la partie gauche est détachée du plancher de la bouche. Une aiguille mousse à manche conduit une ligature formée de quatre brins de fil ciré, et la fait sortir par l'ouverture inférieure. Le chef qui reste dans la bouche est engagé dans le chas d'une aiguille courbe, longue et forte, et enfoncé au milieu de la langue en entourant sa base et circonscrivant toute la partie malade, en rasant l'os hyoïde, il est enfin ramené par la plaie déjà faite. Les deux extrémités sont alors réunies et fortement maintenues en dehors. Puis le bistouri caché de Savigni est introduit sous la langue jusqu'au point où la ligature la traverse; par malheur la lame trop tôt dégagée coupe la ligature ; nécessité de la replacer. Le premier temps s'exécute avec facilité ; mais il n'en est pas de même du second ; ce qui prolonge beaucoup l'opération. Alors le bistouri poussé, comme la première fois, jusqu'à la partie la plus profonde, est dégagé et ramené en avant, et obliquement de droite à gauche, de manière à ménager autant que possible les parties saines. Les deux fils sont ensuite placés dans un serre-nœud ordinaire. Pas d'écoulement de sang pendant et après l'opération ; cependant dans la soirée, il s'en écoule, mais en petite quantité.

22. Le pouls est calme à 80. Pas de mouvement fébrile, ni d'écoulement de sang; pas de douleur.

23. Ecoulement d'un liquide brunâtre par la bouche ; la partie liée est d'un noir verdâtre. Le serre-nœud ordinaire est remplacé par le treuil de M. Mayor; le fil est aussi, dans son extrémité, remplacé par du cordonnet de soie et passé dans les boules d'un chapelet en ivoire. (Bouillons.)

26. Il ne s'est passé rien de bien remarquable jusqu'à ce jour. Etat général très satisfaisant. Apyrexie complète. Il s'échappe de la bouche une suppuration abondante et fétide; le côté droit de la langue a toujours une teinte noirâtre ; il s'en détache des fragmens ; ce côté est insensible et commence à se mortifier. On serre le fil.

Le 27, on serre encore la ligature; injections fréquentes dans l'intérieur de la bouche.

31 juillet. Une escarre considérable commence à se détacher à la pointe de la langue; ce côté est complètement insensible, même à des piqûres d'épingle. La suppuration est moins considérable et moins fétide.

Le 2 août, douzième jour après l'opération, avant la visite, nous nous apercevons que la ligature est tombée, non point par suite de la rupture du fil, car son anse était en contact avec la dernière boule du chapelet. Cependant, la partie mortifiée de la langue n'est point encore tombée, mais elle est facilement détachée à l'aide du doigt et en exerçant quelques tractions; lorsqu'elle est enlevée, on reconnaît qu'il ne reste absolument rien de ce côté de la langue. Ce qu'il en reste offre une largeur de 3 centim., est taillé à pic. Le malade peut articuler quelques mots d'une manière assez intelligible; la plaie du cou est réduite à une petite ouverture et suppure à peine.

La portion tombée a une longueur de 6 centimètres sur 4 de large. Sa hauteur est de 3 centimètres.

Son volume est nécessairement moindre que dans le principe, en raison de la chute de plusieurs escarres. Dans quelques points, la tumeur est formée de parties non mortifiées, mais pâles et exsangues, et d'autres gangrenées ; à son centre existe un tissu d'un gris jaunâtre, traversé par des stries blanches, criant lorsqu'on le coupe; squirrheux, il se confond avec les parties saines, sans limites précises.

5 août. La langue commence à se développer un peu et sa pointe se dirige du

côté gauche; le malade se fait entendre assez bien, il prononce distinctement, excepté certains mots où dominent les consonnes; la plaie de la région sus-hyoïdienne est fermée. Il ne prend encore que des potages.

11. La langue s'étend et s'aplatit de manière à occuper plus d'espace dans la bouche, surtout en avant. Tout le plancher de la bouche est parfaitement cicatrisé.

27. Il va bien, parle distinctement, avale des alimens solides; toute la muqueuse buccale est rosée, les tissus sont mous et sains. Aucun indice de récidive. Il va quitter l'hôpital.

STAPHYLORAPHIE.

C'est à M. Roux que l'art est redevable d'une opération destinée à remédier à la division congéniale ou acquise du voile du palais; c'est avec la staphyloraphie, avec la suture du périnée et plusieurs belles autoplasties qu'il a travaillé à étendre le champ déjà si vaste de la chirurgie restauratrice; et c'est en vain qu'on a voulu lui disputer l'un de ses plus beaux titres de gloire. Graefe, il est vrai, avait l'avantage d'une sorte d'antériorité, puisque deux ans auparavant il avait fait des essais infructueux et auxquels il donna peu de suite; ces essais étaient complètement ignorés du chirurgien français, lorsque, obéissant à une inspiration soudaine, il imagina son procédé opératoire, à la vue d'un jeune médecin américain qui s'était offert à lui avec une division du voile du palais. Depuis, dans un voyage en Allemagne, il a pu entendre M. Graefe abandonner toutes ses prétentions, et proclamer comme le véritable inventeur celui qui, par le procédé employé, par les résultats heureux qu'il avait obtenus, par l'adoption dans le monde savant du nom qu'il avait donné à cette opération, l'avait rendue sienne, et l'avait amenée dès le premier jour à l'état de perfection qu'on lui connaît aujourd'hui. Aussi, depuis vingt années, un si grand nombre de personnes sont venues de tous les pays réclamer les bienfaits de la staphyloraphie, que M. Roux vient de la pratiquer pour la cent cinquième fois.

Le voile du palais, comme la lèvre, présente un vice de conformation congénial qui consiste dans la division, suivant le sens vertical et sur la ligne médiane. Cette division peut être *simple*, c'est-à-dire qu'elle s'arrête à la partie postérieure de la voûte palatine, qui reste intacte; ou *compliquée*, de la division de cette voûte dans une étendue plus ou moins considérable, et qui peut comprendre l'arcade dentaire et la lèvre supérieure. C'est surtout pour remédier à ce vice congénital qu'on a mis en usage la suture du voile du palais; mais elle est aussi parfaitement indiquée dans les divisions accidentelles produites par des ulcérations, dans les plaies qui peuvent avoir atteint le voile du palais, dans des cas, enfin, où il a été nécessaire de l'inciser pour faire l'extraction de polypes du pharynx, de corps étrangers, etc.

Tantôt la luette est simplement divisée et bifide; tantôt, mais ce cas est moins commun, le voile du palais n'est divisé que dans une partie de son étendue, enfin, ce qu'on observe le plus fréquemment, dans toute sa hauteur. Dernièrement il nous a été donné d'observer une disposition fort curieuse sur le fils d'un médecin allemand: il avait une diastématostaphylie, compliquée de division de la voûte palatine, sans bec-de-lièvre. Les deux côtés du voile du palais étaient réunis dans leur milieu par une commissure de 2 à 3 millimètres, mince, demi-transparente et seulement formée par la muqueuse. Cet état doit être fort rare. Le jeune homme n'a point été opéré.

Quoique la division existe constamment sur la ligne médiane, cependant les deux côtés du voile du palais n'ont point toujours la même largeur et la même épaisseur, ce qui peut faire naître certains obstacles pour le placement convenable des aiguilles. Le voile du palais peut encore offrir plusieurs variétés plus ou moins favorables au succès de l'opération. Il peut être solide, épais, composé de parties qui résistent à l'action des fils, ou bien mince, membraneux, demi-transparent. L'écartement peut varier en étendue, tantôt produit par la simple bifurcation de l'épine nasale postérieure, tantôt par l'éloignement des deux côtés de la voûte palatine. Dans ce dernier cas, la bouche communique, sans la moindre séparation, avec les fosses nasales et le pharynx.

On conçoit sans peine que les solutions de continuité, dues à une plaie ancienne ou récente, peuvent être fort irrégulières et de formes variables, comme les causes qui leur ont donné lieu. Il en sera de même de celles qui auront été produites par la syphilis, ou par des ulcérations de nature tuberculeuse, beaucoup plus fréquentes qu'on ne l'a pensé jusqu'à présent, et qui ont été souvent et à faux attribuées au vice vénérien.

Nous n'avons fait que décrire aussi brièvement que possible la disposition anatomique de la division du voile du palais; nous allons énumérer aussi rapidement les incommodités auxquelles elle expose. Chez l'enfant nouveau-né, elle cause une grande difficulté, ou l'impossibilité complète d'exercer l'action de téter, suivant le degré qu'a atteint le vice de conformation. La succion peut s'opérer lorsque le voile du palais seul est divisé; mais alors, pour peu que la position soit horizontale, la déglutition se fait avec une difficulté extrême, à laquelle on peut d'ailleurs remédier en plaçant l'enfant dans la position verticale et en aidant la succion par la pression du sein; mais ce moyen devient impossible quand la division a atteint et la voûte palatine et la lèvre supérieure; on est alors réduit à nourrir l'enfant au biberon, avec une cuiller. Plus tard, c'est la difficulté de la prononciation qui rend chez quelques individus la parole inintelligible: les moins maltraités ont toujours une voix nasonnée et fort désagréable et l'impossibilité d'émettre certains sons gutturaux. Le médecin opéré le premier par M. Roux prononçait le *th* comme *s*, et parlait plus distinctement en français qu'en anglais. « *Verba*, dit-il, *naribus egredientia videbantur.* » (DISSERTATIO CHIRURGICO-MEDICA DE VELOSYNTHESI J. STEPHENSON. Edimbourg, 1820.)

On peut ajouter à cela des inconvéniens plus légers, il est vrai, l'impossibilité de souffler, de boire dans la position horizontale, de jouer des instrumens à vent, une grande disposition à rejeter les liquides par les narines pendant la déglutition.

Une chose remarquable, et que nous aurions dû signaler plus haut, c'est qu'en faisant exécuter un mouvement de déglutition, il est facile de voir les deux côtés du voile du palais se rapprocher et simuler même un contact. C'est d'après cette observation que M. Roux conçut l'idée de les réunir au moyen de la suture.

La staphyloraphie est une opération trop délicate, elle exige de la part de celui qui la supporte trop de docilité et de patience pour qu'il soit sage de la tenter avant l'âge de 15 à 16 ans, terme qui peut être un peu avancé ou éloigné, suivant la détermination et le courage de l'individu. Elle pourra être pratiquée à tous les autres âges de la vie, mais avec moins de chances d'un parfait résultat: il y aura plus à lutter pour l'entier rétablissement de la prononciation et du timbre de la voix, contre une habitude vicieuse que les années n'auront fait qu'accroître. Aussi serait-il à désirer qu'on pût la pratiquer, comme l'opération du bec-de-lièvre, dans les premiers temps de la vie; mais c'est un espoir auquel il faut renoncer, bien que M. Stephenson (THÈSE, p. 20), regarde l'âge de 4 à 6 ans comme le plus favorable, et insiste pour qu'on la tente avant la puberté.

Dans le cas de diastematostaphylie compliquée de division de la voûte palatine et de la lèvre supérieure, il convient d'opérer le bec-de-lièvre d'aussi bonne heure que possible.

Tout le monde connaît les instrumens employés. Ils sont simples et peu nombreux: des ligatures aplaties formées de trois ou quatre brins de fil et enfilées dans des aiguilles à leurs deux extrémités, des porte-aiguilles, des pinces érignes, des pinces à pansemens, un bistouri boutonné, et des ciseaux à longues branches et coudés à angle obtus, etc. Les aiguilles qui nous paraissent de l'emploi le plus commode, et c'est une chose importante, sont celles qui ne sont point trop larges (1 à 2 millimètres au plus), légèrement renflées vers le chas, qui doit être alongé plutôt que carré, elles doivent être de forme parabolique, la branche qui supporte la pointe d'un centimètre et demi moins longue que l'autre, l'arc ayant 2 centimètres environ.

Le malade est placé sur un siége un peu bas, la bouche ouverte; il est inutile d'employer des moyens propres à le maintenir de force dans cette position. Les fils sont mis de bas en haut et à distances égales, ordinairement au nombre de trois, d'abord placés derrière le voile du palais, introduits par conséquent d'arrière en avant, à 8 ou 9 millimètres du bord de la division. Une fois la pointe engagée et saillante, le porte-aiguille est ouvert au moyen de l'action du pouce sur sa virole inférieure, en même temps que l'extrémité de l'aiguille est prise et dégagée avec la pince à anneaux. Lorsque les trois fils sont en place, on procède à l'avivement: la partie inférieure du palais est saisie avec une pince érigne; l'incision, commencée par les ciseaux, est achevée avec le bistouri boutonné. Le lambeau enlevé a d'ordinaire 4 ou 5 millimètres. Les fils sont noués dans l'ordre suivant lequel ils ont été placés, le premier nœud étant retenu par la pince à anneaux pendant qu'on fait le second.

Tel est le procédé le plus ordinaire; il faut nous hâter de parler d'une modification imaginée par M. Roux à sa treizième opération, et qu'il emploie toujours avec beaucoup de succès dans les cas de division de la voûte palatine; lorsque l'avivement est fait, il coupe les parties molles transversalement, en rasant le bord postérieur de l'os palatin. Cette modification, qui ajoute beaucoup à l'extensibilité des deux parties du voile du palais, permet de les réunir sans exercer la moindre violence.

Toutes les circonstances qui pourraient s'opposer à la réunion des deux parties rapprochées doivent être évitées avec soin; on doit prescrire le silence le plus absolu, éloigner tout ce qui pourrait produire une émotion, exciter le rire, la toux, l'éternuement, ne pas permettre au malade d'avaler sa salive, le soumettre à une abstinence complète, dont on tâche de contrebalancer les mauvais effets par des lavemens nutritifs qui n'atteignent presque jamais le but qu'on se propose. Il faut le dire, cette ab-

stinence peut avoir de bien fâcheux effets; il est difficile à un homme dans toute la force de l'âge et de la santé de supporter une privation d'alimens aussi rigoureuse; nous avons vu chez deux de nos malades un délire et une agitation assez intense en être la suite; peut-être serait-il bon de se relâcher de cette sévérité, et de permettre l'usage de quelques alimens liquides, dont la déglutition n'aurait point d'effets aussi fâcheux qu'on le pense.

Une tension assez forte dans le fond de la bouche; une douleur vive quelquefois, qui se prolonge dans le conduit auditif, mais plus encore les privations qu'on impose au patient, sont les seules incommodités qui suivent l'opération.

Les fils doivent être retirés vers le quatrième ou cinquième jour; le fil inférieur, le dernier dans les cas de division simple, le premier dans les divisions compliquées; c'est le contraire pour le fil supérieur. Tantôt les points de suture sont enlevés au quatrième jour; tantôt on laisse un jour de plus le fil inférieur ou supérieur, suivant le cas indiqué plus haut. Il suffit pour cela de saisir avec une pince et de couper la ligature sur un point quelconque de son étendue. Il convient de faire prendre un potage avant d'ôter les fils. L'opéré doit garder encore le silence pendant quelques jours et manger seulement des potages.

Telle est la conduite de M. Roux; et depuis plus de 20 ans il n'a fait aucun changement à ses procédés, aux instrumens qu'il avait adoptés, et qui existaient déjà dans l'arsenal du chirurgien. Nous n'avons d'autre but que de reproduire les résultats de sa longue pratique, et nous ne ferons point l'examen des modifications apportées à la staphyloraphie, des instrumens plus ou moins ingénieux destinés à la rendre plus facile et plus rapide, sinon plus simple. L'expérience n'est point venue en démontrer tous les avantages, et tous ces procédés ne comptent encore qu'un nombre de faits fort restreint. Comme nous n'avons point entre nos mains les moyens de les apprécier, nous nous abstiendrons de faire un parallèle qui n'aurait aucune valeur.

Nous allons faire l'exposé sommaire des neuf faits recueillis, soit à l'hôpital, soit en ville, pendant l'année 1841, afin qu'on puisse juger des résultats qu'on doit attendre de la staphyloraphie.

N° 1. Cette opération a été faite dans le mois d'octobre 1840; mais nous la réunissons à toutes les autres qui datent de l'année suivante.

Un individu, âgé de 20 ans, avait une division qui comprenait la lèvre, la voûte palatine et le voile du palais. Il avait été opéré du bec-de-lièvre quelques années auparavant par M. Sanson. Il existait un écartement très considérable des deux côtés du palais dans presque toute son étendue. Le voile du palais était épais, bien constitué; l'opération a été des plus simples. M. Roux pratiqua, suivant son usage, la section horizontale du voile près de la base en rasant l'os palatin.

Résultat très heureux. Nous avons examiné ce jeune homme dans le mois de mars. L'écartement a beaucoup diminué; il est réduit à une petite ouverture ovalaire. M. Roux ne conseille point encore l'emploi d'un obturateur, pensant qu'un rapprochement plus marqué pourrait avoir lieu. La parole, qui était à peu près inintelligible avant l'opération, est devenue très distincte. Si l'on ferme pour un instant l'ouverture, elle l'est encore davantage. Ce jeune homme a pu dès lors se lancer dans une carrière qui lui était interdite avant qu'il fût débarrassé de son infirmité.

N° 2. Le second fait est analogue au précédent; le vice de conformation était exactement le même. M. Roux avait pratiqué l'opération du bec-de-lièvre à ce jeune homme, alors âgé de 5 ans; elle eut pour résultat de favoriser le rapprochement des parties écartées de la voûte palatine. Dix ans après, dans le mois d'avril 1842, la staphyloraphie fut exécutée et avec un succès complet.

N° 3. Dans le mois suivant, ce fut chez une jeune demoiselle de 21 ans. La lèvre était intacte, et le palais seulement divisé dans sa partie postérieure. L'opération fut terminée en moins d'une demi-heure. Elle eut un résultat très favorable, et ne laissait plus subsister qu'un trou de forme ovale, peu étendu, qui disparaîtra sans doute complètement dans la suite.

N° 4. Le nommé Vassel, âgé de 31 ans, journalier, est entré le 4 juillet 1841 à l'Hôtel-Dieu. Il a apporté en naissant une division simple du voile du palais. Il y a cependant au niveau de l'épine nasale postérieure une légère échancrure; les deux parties séparées du voile du palais sont d'égale épaisseur; mais la moitié gauche est moins large que la droite. Le 5 juillet, l'opération fut faite et ne présenta rien de remarquable, si ce n'est une certaine difficulté pour placer le chef gauche de la ligature supérieure. Lorsque les fils eurent été noués, il resta en haut un petit écartement qu'il fut impossible de fermer par la constriction de la ligature supérieure. Le lendemain, malgré les recommandations qui lui ont été faites, le malade parle toute la journée et avale de grands verres de tisane. Même conduite les jours suivans. Le 9, on ôte les fils, la réunion n'a point eu lieu complètement et seulement dans un point peu étendu au milieu. Le 10, le troisième fil est ôté, et il reste au milieu du voile du palais un point adhérent d'un centimètre, avec une division au-dessus et au-dessous. C'est la centième staphylorophie que M. Roux ait pratiquée.

N° 5. Maret est entré le 8 juillet et a été opéré le 20. Il a 22 ans et est journalier. Il est né avec un bec-de-lièvre compliqué de division de la voûte palatine et du voile du palais. A l'âge de 7 ans, Béclard lui opéra son bec-de-lièvre. L'opération ne réussit qu'incomplètement. La réunion ne se fit que par seconde intention; cependant la partie antérieure de la voûte palatine se rapprocha au point que l'arcade dentaire ne laisse pas le plus léger intervalle entre les incisives. La portion gauche du voile du palais est plus étroite que la droite; les deux sont épaisses et bien disposées. L'opération a été des plus simples. Le 24, les deux fils inférieurs sont enlevés. La réunion n'a point eu lieu inférieurement. Le 25, le fil supérieur est ôté et l'adhésion a lieu dans la partie supérieure du voile du palais qui correspondait à cette ligature dans l'étendue de 2 centimètres à peu près. Sorti le 28 juillet.

N° 6. Un jeune homme de la province, âgé de 22 ans, avait une simple division du voile palais avec écartement de l'épine nasale postérieure. Opéré en ville le 20 juillet 1841. Les deux fils supérieurs furent enlevés au quatrième jour, et l'inférieur le cinquième. La réunion était complète; mais à la suite d'efforts de toux assez violens, une rupture de la cicatrice eut lieu au niveau du fil inférieur; il restait aussi une très petite ouverture ovalaire due à la bifurcation de l'épine nasale postérieure. Le 13 août il fut nécessaire de replacer un nouveau point de suture pour remédier à l'écartement inférieur.

N° 7. Mas, âgé de 20 ans, musicien, a été opéré le 24 août à l'Hôtel-Dieu. Il n'avait qu'une simple division du voile du palais. Quatre jours après l'opération, le 28 août, les fils furent ôtés, et la réunion est complète. Le 29, la cicatrice est solide; on lui permet de manger et de parler. Le 31, il reste une petite ouverture ovalaire de 2 ou 3 millimètres, due à la bifurcation de l'épine nasale.

N° 8. Cette opération a été pratiquée, avec notre aide, à Londres, dans le mois de septembre, chez un homme de 35 ans environ, pour remédier non plus à une division congéniale, mais à une perte de substance produite par la syphilis. M. Roux ne plaça que deux points de suture; l'opération échoua.

N° 9. La 105e opération n'eut pas plus de succès. Elle fut faite sur le nommé Hurel, tailleur, âgé de 18 ans. Le voile du palais était court et épais, divisé dans toute sa hauteur, ainsi que le palais dans sa moitié postérieure seulement. Opéré le 1er novembre 1841, avec assez de rapidité, on ne place que deux fils, à cause du peu de hauteur du voile du palais. L'avivement se fait avec facilité, puis la section transversale au niveau du bord postérieur des os palatins. Il a été assez difficile de nouer le fil inférieur, à cause de la luette, qui, repoussée en avant par la base de la langue, vient s'engager dans le nœud. Le 5, les deux fils sont enlevés: adhérence seulement au milieu du voile du palais; il semble que la voix est moins désagréable.

Le 7, cette adhérence a cédé à la suite des efforts qu'il a faits pour tousser et pour parler. Insuccès.

Quoique le nombre de nos observations soit bien peu considérable quand on le compare à celles que M. Roux a recueillies, on voit cependant qu'elles résument à peu près tout ce qu'on peut étudier au sujet des vices de conformation qui réclament l'opération de la staphyloraphie, depuis la simple division du voile du palais jusqu'à la difformité la plus complexe. Sur ces 9 cas, 5 offraient une diastématostaphylie compliquée, disposition la moins favorable, et qui ne permet d'espérer qu'un succès relatif. Trois ont donné un résultat aussi satisfaisant que possible; chez l'un des deux autres, insuccès complet; chez le second, l'opération n'a point complètement échoué, puisqu'il est resté une adhésion des deux côtés du voile du palais, à sa partie moyenne, adhésion qui tendra à rapprocher les os et ne sera point tout à fait inutile.

Les 4 autres faits sont relatifs à de simples divisions: chez deux cependant il y avait une bifurcation de l'épine nasale postérieure, circonstance fâcheuse, et qui a été cause de la persistance d'une petite ouverture dans ce point. Cette ouverture n'est guère susceptible de disparaître qu'au moyen de la palatoplastie, et il ne faut point compter sur son oblitération spontanée. Nous avons eu, en effet, pendant longtemps sous nos yeux à l'Hôtel-Dieu un homme d'une trentaine d'années, opéré, il y a huit ans, à la Charité, par M. Roux, et auquel il reste une petite ouverture, dans laquelle on introduirait à peine une petite tête d'épingle. Il parle d'ailleurs d'une manière très distincte, quoique sa voix soit un peu gutturale.

Enfin, des deux cas les plus simples, les plus exempts de complications, l'un (n° 9, 104e opér.) a éprouvé un insuccès, l'autre a réussi d'une manière incomplète, c'est-à-dire qu'il est resté une sorte de pont, l'adhé-

rence des deux côtés du voile du palais n'ayant eu lieu qu'à sa partie moyenne.

Sur les neuf opérés, un seul était du sexe féminin.

L'âge variant de 15 à 35 ans, c'est de 20 à 22 ans que ce nombre est plus grand, 5 sur 9.

Nous n'avons plus, pour terminer notre tâche, qu'à résumer les résultats que M. Roux a obtenus sur les 105 staphyloraphies qu'il a faites jusqu'à ce jour.

Et d'abord, on serait porté à admettre qu'une opération, d'ailleurs si difficile et si délicate, mais qui n'intéresse en définitive qu'un organe peu important, qui n'entraîne jamais à sa suite ou pendant sa durée ni d'hémorragie, ni d'autres accidens graves, puisse être une cause de mort; cependant cette terminaison fatale est arrivée trois fois. La première, c'était chez une jeune fille (51e opér.). Il y eut une inflammation extrêmement vive du voile du palais, du pharynx et qui se propagea, sans doute, aux voies aériennes. La deuxième, chez un jeune Anglais, qui succomba à des accidens nerveux de nature assez mal définie. (63e opér.) Enfin, chez la fille d'un personnage célèbre de l'Angleterre, qui fut emportée par une phthisie aiguë, dont elle portait, sans doute, le germe longtemps déjà avant l'opération. Aussi on voit que ce n'est guère que dans le premier cas que la staphylorahie était par elle-même cause de mort, et ce que nous venons de rapporter ne doit pas inspirer de trop injustes préventions contre une opération si innocente.

En 1825, M. Roux l'avait pratiquée 13 fois; en 1828, 40 fois.

19 fois pour une simple division, 13 succès, 6 insuccès.

21 fois pour une division compliquée, 9 succès, 12 insuccès.

En 1834, 68 opérations.

En 1842, 105.

En général, pour un cas de division simple:

Réussite dans les deux tiers des cas. Dans les divisions compliquées, réussite seulement dans le tiers des cas. Cette moyenne générale ne serait pas tout à fait aussi favorable que les premiers résultats de M. Roux et ceux qui nous découlent de nos observations. Cependant comme ils s'appuient sur un chiffre très élevé, ils doivent être regardés comme donnant une idée positive des succès et des revers auxquels on doit s'attendre.

(*La suite à un prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 18 JUILLET.

NOUVEL ALCALI EXTRAIT DU QUINQUINA.

M. Manzini lit un mémoire sur la cinchovine, alcali nouveau extrait du quinquina.

Le quinquina Jaën du commerce, qui est aussi le quinquina blanc de la Condamine, et l'écorce du *cinchona ovata* de la Flore du Pérou, a été de tout temps considéré comme dénué des propriétés fébrifuges des bons quinquinas, et par suite rejeté de la pratique médicale. En effet, je n'ai réussi à y découvrir ni quinine, ni cinchonine, mais j'ai pu y constater la présence d'une base végétale nouvelle, que j'appellerai cinchovine, ou quinovine (de *cinchona*, ou *quina ovata*).

La préparation de cette substance est exactement la même que celle de la quinine. Elle se présente sous forme de cristaux prismatiques, alongés, blancs, inodores, d'une saveur amère, mais longue à se développer, vu son peu de solubilité. L'alcool la dissout très bien, surtout à chaud; l'éther la dissout moins bien, et elle est presque insoluble dans l'eau. Les acides étendus la dissolvent et forment des sels qui d'ordinaire cristallisent assez facilement, très solubles dans l'alcool, même faible, moins à chaud qu'à froid, et dont les solutions sont précipitées par des alcalis et leurs carbonates, qui en séparent la cinchovine par l'iodure de potassium, le bi-chlorure de platine, le chlorure d'or et autres chlorures métalliques. L'ammoniaque précipite aussi les sels de cinchovine, et met la base en liberté; mais une partie seulement de cinchovine se précipite à l'état insoluble, surtout si l'excès d'ammoniaque est un peu considérable, car une partie de la base reste dissoute à la faveur de l'ammoniaque, et se dépose en cristaux déliés par l'évaporation de cette dernière; la portion même de cinchovine qui s'était précipitée, et qui était entièrement amorphe, finit par se changer en une masse cristalline d'un blanc nacré éblouissant. Il faut deux ou trois jours de temps pour que cet effet se produise. La solution alcoolique de cinchovine est très amère; elle ramène au bleu le tournesol rougi par les acides et verdit le sirop de violettes.

Soumise à une température successivement croissante jusqu'à + 150, la cinchovine ne change pas d'aspect et ne diminue pas de poids. Chauffée dans un tube à + 188°, elle fond en un liquide brunâtre, sans se volatiliser; par le refroidissement, elle se solidifie en une masse d'apparence résineuse, de la couleur de la colophane, fendillée sur toute sa surface; dans cet état, son poids est le même qu'avant la fusion, et, si on la fond de nouveau, on trouve que son point de fusion n'a pas changé. La cinchovine fondue et refroidie est également soluble dans l'alcool bouillant, et s'en dépose en cristaux par le refroidissement. Vers + 198°, cette matière se décompose; elle fournit alors des produits empyreumatiques d'une odeur très fétide, et laisse un charbon très volumineux. Ces expériences démontrent que la cinchovine cristallisée est complétement anhydre.

La composition de la cinchovine est indiquée par les chiffres suivans:

C^{46}	3450,00	......	69,80
H^{54}	337,50	......	6,83
AZ^4	354,08	......	7,16
O^8	800,00	......	16,21
1 équival. cinchovine,	4941,58	......	100,00

Ces nombres de la théorie s'accordent très bien avec ceux de l'expérience.

D'ailleurs, l'exactitude de cette formule se trouve confirmée par l'analyse du bi-sulfate de cinchovine. Ce sel, que l'on prépare aisément en dissolvant à chaud cette base dans un léger excès d'acide sulfurique très dilué, et laissant cristalliser la solution, m'a donné des résultats qui conduisent à la formule suivante:



			Calculés.		Trouvés.
C^{46}	3450,00	....	55,92	....	55,59
H^{58}	362,50	....	5,88	....	6,07
AZ^4	354,08	....	0,00	....	0,00
O^{10}	1000,00	....	0,00	....	0,00
$2\ SO^3$	1002,24	....	16,24	....	16,68
1 équival. de bisulfate,	6168,02	....	100,00	....	100,00

Et la formule atomique du sel sera:

$$2SO^3\ C^{46}\ H^{54}\ AZ^4O^8 + 2H^2O.$$

(Commissaires: MM. Dumas, Pelouze et Regnault.)

TEXTURE DES POUMONS.

M. Bourgery achève la lecture de ses recherches sur l'anatomie microscopique du parenchyme pulmonaire. (Nous publierons ce travail.)

PHTHISIE PULMONAIRE CHEZ LES ANIMAUX.

M. Rayer lit un travail intitulé: Fragmens sur l'étude comparative de la phthisie pulmonaire considérée chez l'homme et chez les animaux.

Cette lecture sera continuée la séance prochaine.

ÉLECTION DE L'ACADÉMIE.

M. Poiseuille se présente comme candidat à la place vacante dans la section de médecine et de chirurgie par la mort de M. Double.

DÉVELOPPEMENT DE LA MEMBRANE CADUQUE.

M. Lesauvage, de Caen, écrit pour réclamer la priorité sur quelques-unes des idées émises dans le dernier travail de M. Coste, relativement à l'origine de la membrane caduque (v. Gaz. Méd., n. 28 et 29), idées qu'il dit avoir énoncées lui-même dans un mémoire publié en 1837, sous le titre de Recherches sur le développement, l'organisation et les fonctions de la membrane caduque (v. Arch. génér. de méd., 2e série, t. II, p. 37).

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 19 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. PAUL DUBOIS.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le ministre de l'instruction publique écrit pour annoncer que, jeudi 21, à midi, le roi recevra la députation de l'Académie chargée de lui exprimer l'impression douloureuse et les regrets causés par l'événement du 13 juillet.

La députation sera composée des membres du conseil, du bureau de l'Académie et des membres désignés par le sort, dont les noms suivent:

MM. Gaultier de Claubry, Cruveilhier, Boutron-Charlard, Soubeiran, Serres, Cornac, Espiau, Boudet, Magendie, Bourdon, Delens, Moreau, Capuron et Desportes.

Ceux de MM. les académiciens qui voudraient se joindre à la députation devront se rendre au lieu ordinaire des séances, à onze heures et demie.

CONSERVATION DES SANGSUES.

M. Huzard fait, en son nom et en celui de MM. Henry et Guibourt, un rapport sur un travail de M. Dérens, pharmacien, ayant pour titre: Des moyens de

CONSERVER LES SANGSUES. Trois moyens, dit M. le rapporteur, peuvent être employés pour mettre les sangsues qui ont déjà servi en état de mordre de nouveau ; la macération prolongée dans l'eau, l'application de certaines substances toxiques, et la pression exercée de manière à leur faire rendre le sang qu'elles ont avalé. D'après M. Derens, c'est par le dégorgement mécanique qu'on arrive le plus promptement à ce but. Il résulte même des expériences de l'auteur que les sangsues exprimées suivant ce procédé ne conservent plus aucune parcelle du sang qu'elles ont absorbé, de manière qu'on peut les employer sans craindre qu'elles déposent ce sang dans les plaies qu'elles vont faire. On aurait donc ainsi toutes garanties contre les mauvais effets d'une seconde application des mêmes sangsues.

Conclusions : Renvoyer le travail au comité du Bulletin, inscrire le nom de l'auteur sur la liste des membres correspondans,

M. CAVENTOU propose de joindre à l'insertion de ce mémoire celle du rapport de M. Huzard. (Quelques voix : La publication du rapport est de droit !)

M. DELENS : Le travail dont il s'agit en ce moment soulève une question médicale importante. Il eût donc été essentiel qu'elle fût approfondie par des médecins. Et cependant la commission qui a été nommée pour l'examiner se compose exclusivement de chimistes.

M. ROCHOUX : A l'occasion de la question posée par M. Delens, je crois devoir rappeler qu'en 1837, étant rapporteur de la commission médicale des hôpitaux de Paris, je fus chargé d'examiner un travail de M. Bouchardat sur le même sujet. Depuis lors, l'administration des hôpitaux a fait l'acquisition d'un vaste terrain, et les moyens proposés par M. Bouchardat y sont mis en pratique sur une large échelle, depuis près de dix-huit mois ou deux ans. D'un autre côté, l'usage des sangsues n'est plus aussi fréquent aujourd'hui qu'il l'était il y a une quinzaine d'années ; les ventouses scarifiées peuvent d'ailleurs les suppléer dans plusieurs circonstances. Par conséquent, les moyens de conserver ces annélides n'ont plus maintenant une aussi grande importance que par le passé.

M. CHEVALLIER : Je suis bien fâché d'avoir à contredire les observations que M. Rochoux vient de présenter, mais il est constant que la difficulté de se procurer des sangsues augmente chaque jour.

TAILLE PRATIQUÉE POUR UNE TUMEUR DE LA PROSTATE.

M. RIPAULT, de Dijon, lit l'observation d'une tumeur volumineuse de la prostate, ayant fait croire à l'existence d'un calcul vésical, et pour laquelle on pratiqua l'opération de la taille sans rien trouver.

Je fus appelé il y a quelque temps, dit M. Ripault, pour assister à une opération de taille. Le malade était un homme âgé, chez lequel tous les signes rationnels de la pierre se trouvaient réunis. Ainsi que beaucoup de mes confrères, je constatai le bruit caractéristique résultant du choc de la sonde contre un corps dur, et, comme eux, je conclus à l'existence d'un calcul vésical. L'opération fut faite par la méthode latéralisée ; mais la vessie une fois ouverte, les tenettes introduites à plusieurs reprises ne rapportèrent que des caillots sanguins. On soupçonna une pierre enchâtonnée ou enkystée ; mais l'opération dut en rester là. Néanmoins, les douleurs que le malade éprouvait auparavant se dissipèrent et restèrent pendant quelques mois sans reparaître. Mais bientôt elles revinrent avec une nouvelle force, les difficultés d'uriner augmentèrent, l'urine devint ammoniacale, une fièvre presque continue vint aggraver cet état morbide, et le sujet succomba six mois après l'opération.

L'examen du corps dut être fait avec précipitation. Cependant, on put constater que la prostate était très volumineuse et formée par un tissu dur, fibreux, dont la coupe reproduisait assez exactement l'aspect de la corne. Alors même, en frappant sur la prostate avec une sonde, on reproduisait la sensation du choc qui en avait imposé pendant la vie.

Commissaires : MM. Velpeau et Ségalas.

HÉMATÉMÈSE.

M. RIPAULT lit une seconde observation ayant trait à un cas d'hématémèse promptement mortelle. Le sujet est un homme robuste et un peu pléthorique. L'avant-veille il avait commis un excès de boisson ; quelques heures avant sa mort, il tomba dans un délire obscur, avec un sentiment de suffocation et de pression dans la région épigastrique. Il mourut presque subitement. L'autopsie, faite quelques heures après la mort, montra l'estomac coloré en rouge par une matière brunâtre, comme poisseuse, adhérente à sa surface. On ne put reconnaître aucun vaisseau dont la continuité fût manifestement altérée.

Commissaires : MM. Louis et Bricheteau.

ALIÉNATION MENTALE.

M. BRIERRE DE BOISMONT lit un travail intitulé : DU DÉLIRE AIGU ET DES MAISONS D'ALIÉNÉS.

Commissaires : MM. Honoré et Martin Solon.

HISTOIRE DE L'ANATOMIE.

M. MALGAIGNE lit un mémoire ayant pour titre : ÉTUDES SUR L'ANATOMIE ET LA PHYSIOLOGIE D'HOMÈRE. (Nous regrettons de ne pouvoir donner, par l'analyse, une idée de ce travail attachant dont la lecture a constamment excité l'attention la plus soutenue.)

ACTION DU NITRATE D'ARGENT SUR LA CONJONCTIVE.

M. le docteur DELASIAUVE lit une note relative à des expériences faites sur la conjonctive des animaux avec la solution concentrée de nitrate d'argent. Après avoir fait un attouchement avec un pinceau imbibé de cette substance sur la conjonctive d'un lapin, l'animal fut abandonné à lui-même. Au bout de trois jours, on le trouva les paupières fermées, tuméfiées, un liquide purulent abondant baignant leur surface interne, ainsi que le globe oculaire. Examiné trois semaines environ après l'opération, la phlegmasie avait disparu, mais le leucoma qu'elle avait produit persistait, et depuis lors les cornées sont restées le siége d'une opacité partielle. M. Delasiauve montre l'importance que peuvent avoir en pathologie humaine ces phénomènes artificiellement provoqués, surtout si on les compare avec les effets observés sur l'homme malade.

Commissaires : MM. Velpeau et Bérard.

La séance est levée à quatre heures et demie.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

DE L'EMPLOI DES VERRES DE LUNETTES DANS LE TRAITEMENT DE QUELQUES AFFECTIONS OCULAIRES ; lettre adressée à M. SERRE, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Montpellier, par le docteur FLORENT CUNIER, chirurgien de l'Institut ophthalmique de Bruxelles, etc.

Monsieur et honoré maître,

Vous avez publié tout récemment dans la GAZETTE MÉDICALE de Paris et dans mes ANNALES OCULISTIQUES (avril), une *Note sur l'influence de l'inflammation d'un œil sur le rétablissement de la faculté de voir dans l'œil du côté opposé*. Vous rapportez l'histoire de deux malades, chez lesquels l'état inflammatoire d'un œil, survenu chez l'un à l'occasion de la formation d'une pupille artificielle, chez l'autre après une opération de cataracte, a suffi pour améliorer, au moins momentanément, la vue de l'autre œil, frappé d'amaurose ; vous terminez ainsi :

« En attendant que je me livre moi-même à des recherches ultérieures sur ce sujet, j'ai cru devoir prendre date et signaler les faits qui m'ont conduit à ouvrir une nouvelle voie au traitement de l'amaurose ; qu'il me suffise, pour le moment, de dire que, pour triompher de cette maladie, il faudrait peut-être agir directement, non pas sur la cornée transparente, ou sur la peau qui recouvre les parties voisines de l'œil ; mais bien sur la branche frontale du nerf ophtalmique de Willis, sur le ganglion ciliaire, sur l'iris, OU MÊME SUR LA RÉTINE.

» Il reste, bien entendu, ajoutez-vous, que je ne parle que des amauroses asthéniques, nerveuses, dans lesquelles il y a perte plus ou moins complète de la vue, sans altération matérielle appréciable dans le milieu de l'œil. »

Ainsi que j'ai eu l'honneur de vous le mander, en vous accusant réception de votre envoi, j'ai déjà mis en usage, dans le traitement de l'amaurose, la méthode que vous vous proposez d'essayer. Voici ce que j'écrivais dans la livraison de septembre 1840 (vol. III, p. 276) de mes ANNALES :

« J'ai réussi dans ces derniers temps à guérir ou du moins à modifier, par l'exercice au moyen de verres, en en diminuant chaque jour le foyer, puis enfin à l'œil nu, plusieurs cas de myopie et de presbytie des plus prononcés. J'en ferai prochainement l'objet d'un mémoire ; je signalerai en même temps la cure de plusieurs amauroses par l'usage opportun du même moyen. »

Déjà, dans la livraison de juin de la même année, j'avais parlé de l'exercice orthophthalmique comme moyen de faire cesser l'asthénie rétinienne, cause ensuite du strabisme, et j'ai, depuis lors, fréquemment insisté sur ce point.

Au reste, je dois à la vérité de dire que je n'ai pas été le premier à songer à l'emploi des verres, comme moyen de réveiller la sensibilité de la rétine. Malgré de nombreuses et minutieuses recherches, je n'ai pu trouver à ce sujet aucune donnée scientifique dans les traités d'ophthalmologie que j'ai consultés ; c'est à l'annonce d'un charlatan que je dois d'avoir été mis sur la voie.

Un Allemand nommé Schlesinger vint à Bruxelles en 1838, et publia avec grand fracas qu'il guérissait « les faiblesses de la vue, les vues défectueuses, le strabisme, la cataracte, l'amaurose, etc., au moyen de verres de SON INVENTION. » Tous les malades, et ils furent nombreux, qui se présentèrent à Schlesinger, furent soumis à l'usage de ses verres. J'habitais Mariembourg à cette époque ; il m'a donc été impossible de suivre les cures de ce charlatan ; mais j'ai traité, depuis que je suis fixé à Bruxelles, plusieurs personnes qui s'étaient confiées à ses soins, et que

j'avais vues antérieurement, et j'ai constaté qu'il avait opéré plusieurs guérisons par la méthode qu'il employait.

Ainsi, une demoiselle, que je soigne encore en ce moment, et qu'ont vue chez moi MM. les docteurs Delhaye, Thevissen. Aucloux, avait presque entièrement perdu la faculté de voir, par suite d'une occlusion pour ainsi dire complète des pupilles, résultat d'une irido-périphokite. L'exercice avec des verres a amélioré l'état de l'œil gauche, à ce point qu'après six semaines la malade lisait avec un numéro 18 et se conduisait parfaitement.

M. R. était en traitement depnis six mois pour une amaurose asthénique, suite d'excès de masturbation; il ne pouvait plus déchiffrer que le gros caractère d'affiches; il ne sortait plus qu'avec un guide. Bien qu'il eût abandonné sa funeste habitude, la perte de la vue avait résisté à tous les moyens employés; en quinze jours, Schlesinger lui fit lire du petit romain avec le n. 24; il jouit en ce moment d'une excellente vue.

Des pannus celluleux, des néphélions, des hyperkératoses, ont aussi, à ma connaissance, été guéris par cette méthode.

Schlesinger a obtenu quelques bons résultats incontestables. Mais on peut aussi l'accuser d'avoir fait bien du mal en prescrivant l'usage de lunettes à des personnes atteintes de congestion encéphalo-oculaire, de photophobie habituelle, etc. Ces malades ont vu leur état s'empirer; force a été alors de recourir à la médecine, qui n'a pas toujours réussi à détruire le mal qui venait d'être produit.

Les verres employés par Schlesinger étaient plano-convexes. Il commençait par déterminer la portée du foyer visuel. Il avait affaire à un amaurotique, par exemple. Ce malade réussissait encore à déchiffrer le double canon à 3 pouces de distance. Des verres de 3 1/4 pouces lui étaient remis, et il devait, les yeux armés de ces lunettes, s'exercer à la lecture une partie de la journée. Une fois que la fatigue survenait, l'exercice devait être suspendu.

Dès que le malade était parvenu à distinguer nettement les lettres, il prenait des verres de 3 1/2 pouces. La convexité était ainsi diminuée de quart en quart de pouce jusqu'au n. 5; c'est par demi-pouce que la décroissance avait lieu alors jusqu'au n. 9, où elle commençait par pouce; et, à partir du n. 12, par 2 pouces, jusqu'au n. 24 ou 36, dont l'usage devait être continué pendant longtemps.

Schlesinger tenait la même conduite dans le pannus celluleux, dans l'hyperkératose, dans l'irido capsulique chronique.

Dans les affections où la sensibilité rétinienne était augmentée, il débutait par l'exercice au moyen de verres dont le foyer était de plus de 80 pouces; il en augmentait la forme à mesure que les yeux se faisaient à cette gymnastique.

Tel est, Monsieur et illustre maître, *le secret* de Schlesinger; tel est le secret du charlatan Wiesecké, dont la France vient d'être débarrassée.

La relation suivante de quelques cas dans lesquels j'ai usé du moyen qu'ils mettent en usage offre des renseignemens utiles.

Obs. I. — Madame la baronne de R...., femme du célèbre littérateur de ce nom, souffrant habituellement de constipation, mais d'ailleurs bien portante, s'est aperçue, il y a quinze ans, que sa vue baissait du côté gauche. Elle a été traitée dès le début par M. Baud, professeur à la Faculté de Louvain. Les moyens employés sont demeurés sans résultat. Depuis huit ans, Madame de R.... pouvait à peine distinguer, de l'œil malade, les lettres du titre des journaux l'Indépendant, le Journal des Débats; elle ne pouvait plus reconnaître l'heure à la pendule, si ce n'est en portant la figure à 1 ou 2 pouces des aiguilles. Elle ne voyait ni les traits, ni la forme d'une personne placée à 1 ou 2 pieds devant elle. Jamais il n'y a eu ni myodésopsie, ni photopsie.

Madame de R.... est arrivée à la quarantaine et n'a jamais souffert de maux de tête; elle a eu deux couches très difficiles, mais sans suites fâcheuses. La constipation est le seul mal dont elle se soit jamais plainte. De la lourdeur de tête se manifeste lorsqu'il y a absence de selles depuis plusieurs jours; Madame de R... se purge alors avec un remède qui lui est familier (de la compote de pommes et du pain d'épices). La menstruation est régulière et toujours abondante; jamais elle n'a été troublée.

L'apparition de mouches volantes du côté droit a effrayé, et m'a fait appeler. La vue est bonne de ce côté; la lecture n'est devenue fatigante que depuis quelques jours.

Tel est l'état dans lequel j'ai trouvé la malade, il y aura bientôt un an; les pupilles étaient modérément contractées; l'œil droit étant couvert, celle du côté gauche se dilatait parfois très fortement et ne réagissait pas à la lumière la plus intense.

La coloration du fond de l'œil était de ce gris-verdâtre que l'on remarque dans les amauroses anciennes.

Quelques applications de sangsues à l'anus, l'administration de l'émétique, de l'aloès, combinées avec les pédiluves irritans, les révulsifs cutanés, les onctions mercurielles belladonées, firent cesser la constipation et la congestion encéphalo-culaire; dès lors les mouches volantes disparurent du côté droit.

La vue de l'œil gauche restait la même. J'essayai, mais sans le moindre effet, de la strichnine. Je résolus enfin de recourir à l'emploi des verres.

Avec un verre du n° 3, mad. de R... reconnaissait, bien qu'avec difficulté, toutes les lettres en caractère double canon. Après quelques minutes d'exercice survenait une espèce d'éblouissement; l'œil devenait larmoyant; une sorte de voile, s'épaississant de plus en plus, d'abord gris, puis noirâtre, venait dérober à l'œil les caractères. De la tension, de la douleur même, se manifestait dans la région frontale. La malade se trouvait alors forcée d'interrompre l'exercice; elle s'appliquait sur le front et les yeux une compresse imbibée d'eau froide, et presque aussitôt elle se trouvait en état de le reprendre.

La lecture eut lieu dès le second jour avec un verre n° 3 1/2; elle put être continuée cette fois durant huit ou dix minutes avant que la fatigue survînt. Il fut laissé au moins une heure d'intervalle entre chaque exercice. Les lettres étaient facilement reconnues dès le soir, à 3 pouces de distance.

Le troisième jour, madame de R... lisait le matin avec le n° 4; le soir avec le n° 4 1/2 du caractère cicéro.

Je donnai le quatrième jour un verre n° 5 1/2; l'exercice put être poussé jusqu'à seize minutes chaque fois. La lecture du cicéro resta impossible à l'œil nu jusqu'au dixième jour, alors que déjà j'employais le n° 10, après avoir donné successivement les

N° 3	un jour	(5 exercices de		2 à 4	minutes)
N° 3 1/2	»	7	»	8 à 10	»
N° 4	un demi-jour	3	»	10 à 15	»
N° 4 1/2	»	5	»	10 à 15	»
N° 5 1/2	un jour	6	»	16	»
N° 6	deux jours	13	»	15	»
N° 6 1/2	un jour	6	»	15	»
N° 7	»	6	»	15	»
N° 8	»	7	»	15	»

L'exercice put être continué le soir du dixième jour pendant vingt-deux minutes.

Madame de R... voyait l'heure à la pendule à 75 centimètres; elle reconnaissait les personnes à une distance double.

Les verres qui furent donnés ensuite furent ceux des numéros suivans:

11e jour du traitement,		n° 11
12	»	n° 12
13	»	n° 14
14	»	n° 16
15	»	n° 18
16	»	n° 22
17	»	n° 24

Pendant tous ces jours, l'exercice put durer de 20 à 40 minutes. Le petit texte et même la mignonne pouvaient être lus sans difficulté. La lecture à l'œil nu n'était possible que pour le cicéro; mais elle pouvait avoir lieu maintenant à 8 et 10 pouces de distance. Mad. de R... n'a cessé de faire usage du n° 24 qu'après deux mois; les alséliques ont aussi été continués; la vue de l'œil gauche était alors devenue aussi bonne que celle du côté droit; mais seulement pour la lecture à 12 et 14 pouces, ainsi que pour les gros objets placés à moins de 10 à 15 mètres.

Le rétablissement de la fonction visuelle est resté parfait jusqu'à ce jour. Je me borne à conseiller à madame de R....; l'usage de légers purgatifs, à des intervalles rapprochés.

Je vous ai rapporté ce fait avec quelques détails, parce qu'il a fait assez de bruit dans quelques cercles de Bruxelles, et que l'état de la malade, au moment où j'ai entrepris le traitement, est connu d'un de nos médecins le plus en renom, M. Baud. Les cas suivans, que je vous dirai fort brièvement, sont aussi remarquables.

Obs. II. — M. Morel, professeur à l'Université libre de Bruxelles, m'a appelé en consultation l'an dernier, pour mademoiselle St..., de Bruxelles, qui s'était aperçue, quelques jours auparavant, qu'elle n'y voyait plus de l'œil droit. Il nous fut impossible de préciser la cause de cette anesthésie rétinienne, qui existait probablement depuis fort longtemps sans que la malade s'en fût aperçue. Après avoir mis en usage, sans la moindre apparence de succès, divers moyens énergiques, je proposai l'emploi des verres. M. Morel voulut bien consentir à me laisser essayer ce moyen. Mlle St... ne pouvait reconnaître les lettres du plus gros caractère. L'exercice sur du double canon, avec un n. 2 et demi, fut infructueux pendant deux jours; son seul résultat fut de produire un peu de céphalalgie après chaque séance. Les applications froides sur le front la firent cesser chaque soir.

Nous eûmes infiniment de mal à déterminer Mlle St... à continuer ce traitement; elle consentit enfin à essayer un n. 2 et quart. Elle put, au troisième exercice, distinguer plusieurs lettres; au cinquième elle les reconnaissait toutes, seulement elle confondait les *e* avec les *c*, ou les *o*, les *a*, avec les *d*; les *m* avec les *n*, les *h*. Le lendemain, les mêmes lettres étaient reconnues à une distance de 2 pouces, et à l'œil nu, et de 3 pouces avec le n. 3. Ce dernier numéro fut laissé; le n. 6 lui fut substitué le lendemain. Dès lors l'exercice eut lieu à l'œil nu.

Après seize jours, la vue de l'œil malade était parfaite; elle est demeurée excellente depuis.

Obs. III. — Une artiste dramatique de premier ordre, Mlle Luigia M...., avait perdu la vue par suite d'une amaurose chlorotique. Elle avait été traitée à Paris par M. Sichel, et à Bruxelles par M. Seutin, lorsque je fus appelé à lui donner des soins, conjointement avec M. Vottem, professeur à l'Université de

Liége. Un traitement convenable avait fait cesser l'affection chlorotique et ramené la vue de l'œil gauche; à droite, l'abolition de la fonction visuelle avait persisté, malgré les moyens mis en usage, tant par M. Vottem et par moi, que par M. Hendrikoz, pendant le séjour qu'elle venait de faire à La Haye et à Amsterdam. Un mois d'exercice au moyen des verres, en commençant par le n. 2 et demi, à l'aide duquel elle reconnaissait d'abord çà et là quelques lettres de double canon, a suffi pour réveiller la fonction visuelle. Elle suivait ce traitement depuis cinq semaines, lorsque, se rendant à Strasbourg, je l'ai adressée à mon savant confrère et ami M. le professeur Stœber, qui a pu se convaincre de la réalité de la cure. Elle faisait alors usage du n. 24, avec lequel elle lisait le plus petit caractère.

Mlle M... est aujourd'hui prima-donna du théâtre de Turin; sa vue demeure parfaite.

Je pourrais, Monsieur et illustre maître, vous donner l'historique de huit ou dix autres cas dans lesquels j'ai ainsi obtenu la guérison. Je pourrais aussi vous citer quelques cures, non moins remarquables, entre autres, celle de la femme d'un capitaine du 2e de ligne, M. Cou..., obtenues par mon ami le docteur Stiévenart, de Mons. Je passe sous silence les nombreux cas d'anesthésie rétinienne, suite ou cause de strabisme, que j'ai guéris. Les trois observations que je viens de rapporter suffisent pour démontrer les bons effets que l'on peut retirer, dans le traitement de l'amaurose réduite à l'état de simple anesthésie de la fonction visuelle. — c'est là ce qu'il ne faut point oublier, — de l'influence de la lumière dirigée sur la rétine; ils fournissent la confirmation des idées que vous vous étiez formées *à priori* sur les résultats qu'il serait possible d'en retirer dans les amauroses asthéniques.

Dans une prochaine lettre, je vous dirai ce que l'observation m'a appris au sujet des écueils à éviter dans l'emploi de cette méthode ; je vous parlerai en même temps des résultats que j'ai obtenus dans le traitement de la myopie et de la presbyopie, affections dans lesquelles j'ai également mis en usage, depuis quelque temps, le myopodiorthotikon de M. Berthold.

Adieu, monsieur et cher maître; recevez ici la nouvelle expression de ma reconnaissance pour l'instruction que j'ai puisée à vos leçons, pour les bontés, les prévenances que vous avez bien voulu avoir pour moi lors de mon séjour à Montpellier. Conservez moi toujours votre bonne amitié.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

RECHERCHES MÉDICO-LÉGALES ET THÉRAPEUTIQUES SUR L'EMPOISONNEMENT PAR L'ACIDE ARSÉNIEUX; PRÉCÉDÉES D'UNE HISTOIRE DE L'ARSENIC MÉTALLIQUE ET DE SES DIVERS COMPOSÉS, ET SUIVIES D'UNE DISCUSSION SUR LE PEROXIDE DE FER CONSIDÉRÉ COMME CONTRE-POISON; EXPOSÉES DEVANT UNE COMMISSION DE L'ACADEMIE ROYALE DE MÉDECINE; par M. ORFILA. — Recueillies et rédigées par le docteur BEAUFORT. Paris, 1842. 192 pages in-8°. Chez Just Rouvier, éditeur, rue de l'École-de-Médecine, n° 8.

TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE DES RÉACTIFS, LEURS PRÉPARATIONS, LEURS EMPLOIS SPÉCIAUX ET LEUR APPLICATION A L'ANALYSE; par A. PAYEN et A. CHEVALLIER. — SUPPLÉMENT CONTENANT LES NOUVELLES RECHERCHES FAITES 1° SUR L'APPAREIL DE MARSH, LES MODIFICATIONS DE CET APPAREIL, AVEC LES RAPPORTS DES ACADÉMIES ROYALES DES SCIENCES ET DE MÉDECINE; 2° SUR L'ANTIMOINE; 3° SUR LE PLOMB; 4° SUR LE CUIVRE; 5° SUR LE SANG; 6° SUR LE SPERME; avec une planche gravée sur cuivre, et 19 figures gravées sur bois, et intercalées dans le texte; par A. CHEVALLIER. — Paris, 1842. 284 pages in-8°.—Chez Germer-Baillière, libraire-éditeur.

De toutes les questions qui ont été agitées depuis quelques années, dans le monde scientifique, il n'en est pas de plus importante que celle relative à l'empoisonnement par l'acide arsénieux. La facilité avec laquelle toute personne peut se procurer cette préparation si hautement vénéneuse, l'énergie de son action soit sur les organes avec lesquels elle est mise en contact, soit sur toute l'économie dans laquelle elle pénètre par l'absorption avec une facilité qui n'a été appréciée que récemment; la difficulté de distinguer dès le début les symptômes propres à cet empoisonnement, de ceux qui accompagnent divers états pathologiques dans la production desquels cette substance n'est pour rien; l'incertitude même de la science sur une foule de points des plus importans de cette étude, suffisent bien pour appeler l'attention sur une substance douée de propriétés aussi délétères. Si ceux qui méditent le crime savent profiter de toutes ces circonstances favorables à leurs desseins, il est urgent que la science aille à la recherche des moyens propres à empêcher l'effet du crime, s'il est découvert assez à temps, ou à le rendre évident et à faire que le criminel puisse être soumis à l'action des lois qui protègent l'existence des individus. C'est dans ce but qu'ont été entrepris les travaux de M. Orfila et de quelques autres savans, depuis plusieurs années. Les résultats obtenus, bien qu'ils laissent cependant encore beaucoup à désirer spécialement sous le point de vue thérapeutique, sont trop présens à l'esprit de tous nos lecteurs pour que nous nous croyions obligé de les mentionner ici de nouveau, à l'occasion des deux ouvrages dont nous venons de donner le titre, qui seul suffit déjà pour indiquer leur importance et leur valeur. Il ne nous reste donc qu'à dire quelques mots de chacun d'eux.

Le premier est une reproduction exacte des leçons faites par M. Orfila, devant la commission de l'Académie royale de Médecine, et que M. Beaufort, qui les a recueillies et rédigées, a fait précéder d'une histoire succincte et rapide de l'arsenic métallique et de ses divers composés. Il a pensé avec raison que cet exposé serait utile pour l'intelligence des nombreuses expériences indiquées dans les huit séances qui comprennent toutes les recherches de M. Orfila, et l'histoire de la science sur ce sujet important, mais considéré seulement du point de vue où l'auteur s'était placé pour cet examen. Nous trouvons à la suite, terminant le volume, les conclusions du rapport de la commission de l'Académie des Sciences, et le texte même de celui de la commission de l'Académie de Médecine.

Quant au deuxième ouvrage, destiné à servir de supplément au traité des réactifs de MM. Payen et Chevallier, il contient d'abord les développemens que l'on pouvait désirer sur l'appareil de Marsh et sur la manière de l'employer dans la recherche de l'arsenic, puis les rapports textuels des deux commissions de l'Académie des Sciences et de l'Académie de Médecine; ensuite nous trouvons, dans des articles séparés, l'historique des recherches de M. Orfila sur l'empoisonnement par l'antimoine, par la préparation cuivreuse et par les sels de plomb; puis quelques recherches sur le sang et spécialement sur les moyens de reconnaître les taches produites par ce liquide, et un article spécial sur l'examen microscopique des taches de sperme. Il nous suffit de cette simple indication pour faire comprendre combien ce supplément était indispensable au *Traité élémentaire des réactifs*, et le nom de l'auteur est une garantie qu'avec cette addition ce *traité* se trouve en ce moment au niveau de l'état actuel de la science.

—Nous recevons une lettre de M. Crozant, que nous publierons dans le prochain numéro.

— HISTOIRE DU SOMNAMBULISME CHEZ TOUS LES PEUPLES, sous les noms divers d'extases, songes, oracles et visions; examen des doctrines théoriques et philosophiques de l'antiquité et des temps modernes, sur ses causes, ses effets, ses abus, ses avantages et l'utilité de son concours avec la médecine; suivie d'une lettre à SA SAINTETÉ LE PAPE GRÉGOIRE XVI; par AUB. GAUTHIER, auteur de l'INTRODUCTION AU MAGNÉTISME, encouragée par SA MAJESTÉ et M. le ministre de l'instruction publique. — Deux volumes in-8°. Prix : 10 fr.

Chez Félix Malteste et comp., imprimeur-éditeur, 18, rue des Deux-Portes-St-Sauveur.

Germer-Baillière, libraire, 17, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Dentu, libraire, 13, galerie d'Orléans.

— TRAITÉ DE CHIMIE PATHOLOGIQUE, ou Recherches chimiques sur les solides et les liquides du corps humain dans leurs rapports avec la physiologie et la pathologie; par S.-D. L'HÉRITIER, docteur en médecine de la Faculté de Paris, médecin du bureau de bienfaisance du 3e arrondissement, etc. — In-8°. Prix : 9 francs.

A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie de médecine, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Londres, chez H. Baillière, 219 Regent-Street.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 31. (TOME X. — 1842.) SAMEDI 30 JUILLET 1842.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des Hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PHYSIOLOGIE.

MÉMOIRE SUR L'INDÉPENDANCE ABSOLUE DE LA CIRCULATION FOETALE D'AVEC CELLE DE LA MÈRE; par le docteur Villeneuve, professeur à l'Ecole préparatoire de médecine de Marseille.

Obs. I. — Dans l'année 1834, Mme Oster, mère de trois enfans, parvenue au huitième mois de sa quatrième grossesse, est prise d'hémorragie utérine dans le courant du septième. Le repos, la position horizontale et un régime sévère suffisent pour faire disparaître cet accident, qui se renouvelle pourtant quinze jours après. Les mêmes moyens unis à des applications froides sur les cuisses et l'hypogastre en font de nouveau justice. Au huitième mois, l'hémorragie reparaît de nouveau et d'une manière alarmante; lypothimies, bâillemens, pâleur extrême, pouls filiforme, surdité, bourdonnemens d'oreilles, tels sont les symptômes que présentait la malade. Les mêmes moyens sont mis en usage. L'eau froide souvent renouvelée parvient seule à arrêter l'écoulement sanguin. Des caillots de sang se forment et opposent une digue salutaire. Au bout de quelques heures, l'hémorragie reparaît inquiétante; mêmes moyens, et de plus exploration de l'orifice utérin. Celui-ci, souple et dilatable, n'offre que quelques lignes de diamètre. L'hémorragie se manifestant pour la troisième fois, Mme Rouget, appelée à donner ses soins à cette dame, croit devoir assembler une consultation. M. Cauvière et moi sommes convoqués. J'arrivais à peine que déjà Mme Rouget s'était crue dans la nécessité de pratiquer à la hâte l'accouchement forcé, sans attendre la dilatation complète de l'orifice, vu l'état de gravité où se trouvait la malade. La version est aussitôt pratiquée et une fille vivante est extraite du sein de sa mère. Mme Rouget obligée de surveiller l'accouchée, je donne mes soins à l'enfant, qui respirait à peine et paraissait apoplectique. Je fais saigner le cordon au moment ou M. Cauviere, entrant dans l'appartement et après avoir jeté un coup-d'œil sur la physionomie pâle et inanimée de Mme Oster, ne put s'empêcher d'exprimer sa surprise en me voyant pratiquer une saignée ombilicale à l'enfant nouvellement extrait. Je cherche à autoriser ma conduite sur l'état apoplectique que j'avais observé sur l'enfant, et surtout sur les bons effets que j'obtenais de cette saignée. M. Cauvière me dit: « Mais voyez donc l'état de la mère. »

Cette-ci en effet reclamait, par la gravité de sa situation, des secours assidus et qui furent très prolongés. L'utérus retombe facilement et à chaque instant dans l'inertie; le pouls ne se relève pas; l'hémorragie continue. La seule compression de l'aorte exercée à travers les parois abdominales met fin à cette scène d'inquiétude. L'hémorragie s'arrête, et Mme Oster, depuis ce moment, a toujours été de mieux en mieux. Une convalescence longue et une couleur blafarde ont été les suites de cet accouchement, et la petite fille s'est toujours bien portée depuis.

Obs. II. — La nommée Marie Dubois, âgée d'environ 30 ans, douée d'une vigoureuse constitution, a fait un avortement de six mois. Depuis cette époque, sa santé s'est affaiblie, elle devient enceinte pour la seconde fois. Parvenue à six mois et demi de grossesse, elle est frappée d'hémorragie utérine qui se renouvelle de temps en temps assez abondante et se répète jusqu'à la fin du huitième mois. Transportée à l'hospice de la Maternité, le 14 août 1841, à sept heures du soir, elle n'y est entrée qu'après avoir été fortement affaiblie par des hemorragies réitérées. A son arrivée, le pouls est faible et très fréquent, la face d'une couleur jaune-paille, la langue d'une pâleur extrême, ainsi que la surface du corps, les extrémités supérieures et inférieures un peu infiltrées. On voit quelques va-

Feuilleton.

LETTRE MÉDICALE.

Cher confrère,

Nos candidatures politiques ont réussi passablement Nous avons atteint la demi-douzaine que nous souhaitions. C'est un événement sans exemple peut-être dans les annales législatives. Cependant, quelque brillant que soit ce résultat, la médecine, le corps médical, l'Académie, la Faculté, la Chambre, la France, auront un compte sevère à régler avec les électeurs de Bar-sur-Seine. Croiriez-vous que ces Messieurs ont eu l'impertinence de refuser leurs voix précisément à celui de nos candidats qui, dans notre humble opinion, était destiné à dépasser tout ce qu'on a vu jusqu'ici en fait de député, et on a vu beaucoup. Voilà donc encore un génie incompris, méconnu, une victime de l'envie et de l'ingratitude des contemporains! *O tempora! ô mores!* Quoi de plus triste que de voir une capacité de cet ordre, un talent de cette force, un caractère et un esprit de cette trempe, réduit à s'exercer sur la question de savoir à quoi servent les moustaches des souris, ou bien si les chiens empoisonnés pissent ou ne pissent pas! Nous savons du reste que cette déconfiture électorale n'altérera en rien la sérénité d'âme et d'esprit de notre candidat. Il attache trop peu de prix aux succès d'ambition pour en être troublé. Il s'enveloppera dans sa vertu comme dans un manteau, et il pourra distraire innocemment ses loisirs en discutant avec M. Rochoux quelque thèse de métaphysique.

Une déconfiture plus imprévue est celle du candidat de Cahors, dont nous avions pronostiqué le succès. Il paraît que les vignerons de ce pays n'auront pas cru à la possibilité d'écouler leurs vins, en guise de préparation pharmaceutique. M. B... était cependant bien capable de ce tour de force, et voilà comment les plus belles inventions meurent étouffées sous l'éteignoir de l'ignorance et des préjugés!

Nous voyons avec satisfaction, quoique sans surprise aucune, que la politique ne fera pas oublier à M. Bouillaud la médecine. Il ne veut point être ingrat envers la noble science et le bel art auxquels il a consacré les plus belles années de sa vie et qui lui valent la haute distinction dont viennent de l'honorer ses concitoyens. Son premier acte, en venant s'asseoir sur les bancs de la chambre, est la provocation d'une *enquête* thérapeutique relative à la fièvre typhoïde. Un autre médecin des hôpitaux et des plus distingués, M. Rayer, a publiquement adhéré à l'idée de M. Bouillaud. On peut donc prévoir que ce projet sera formulé bientôt d'une manière plus explicite et qu'on en proposera directement l'exécution. Dès lors, il peut être utile de se demander, par avance, si et jusqu'à quel point une mesure de ce genre est réalisable, et ce qu'on peut en attendre.

C'est l'épidémie de fièvre typhoïde régnante qui a donné lieu à cette proposition. Vous n'ignorez pas que la question du meilleur mode de traitement à em-

rices aux jambes. A peine placée dans le lit, l'hémorragie reparaît assez abondante. Couchée horizontalement, on la couvre légèrement, on l'expose à un courant d'air frais, on applique des compresses froides sur l'hypogastre, on lui administre de la limonade fraîche, mais elle peut à peine en avaler quelques gouttes. Syncopes, bâillemens, grincement des dents, vomissement de matières jaunâtres et visqueuses, tels sont les symptômes que présente cette fille. De légères contractions utérines se déclarent ; on reconnaît une dilatation de 25 mil. à l'orifice utérin. On ne peut distinguer aucune partie du fœtus ; on ne sent qu'un corps molasse engagé à travers l'orifice. Le stéthoscope fait entendre la circulation fœtale à droite et en avant, et le souffle utérin à gauche et en bas. Les réfrigérans sont continués ; l'hémorragie cesse. Un frisson saisit la malade, les réfrigérans sont supprimés. Un assoupissement survient et dure depuis huit heures jusqu'à dix, moment auquel l'hémorragie reparaît. Dès lors le tampon est appliqué, des mouvemens convulsifs se déclarent : dents serrées, écume à la bouche, syncope de quatre à cinq minutes.

Le chef interne de la Charité fait administrer un demi-grain d'opium. La malade s'assoupit jusqu'à deux heures du matin (potion anodine prise par cuillerées vomie immédiatement). Nouvel assoupissement jusqu'à trois heures et demie. L'hémoragie se montre encore ; mais cette fois l'écoulement n'est plus qu'une sérosité rougeâtre qui a traversé et imbibé le tampon. On retire celui-ci, la dilatation est la même ; on place un nouveau tampon, nouvelle syncope ; la malade meurt à quatre heures du matin.

Autopsie cadavérique faite trois heures et demie après la mort.

L'utérus, rempli par le produit de la conception, est incliné à droite, de manière que le cordon sus-pubien gauche est visible à l'œil nu ; le droit se trouvant caché en arrière. Le segment inférieur ou la partie la plus inférieure de l'utérus descend dans l'excavation d'environ 75 millimètres au-dessous du détroit inférieur.

Diamètre longitudinal……	10 pouces 1/4		(27 centimètres)
transversal……	7 —	10 lignes	(21 —)
antéro-postérieur…	6 —	—	(16 —)

Epaisseur des parois en haut, en avant, ainsi qu'en bas, 5 millimètres ; dans le milieu, 7 millimètres et demi.

Les bourdonnets de charpie qu'on retire du vagin sont imbibés d'une sérosité incolore. On pratique alors le toucher sur le cadavre, et on trouve à travers les membranes intactes la fontanelle antérieure située en avant et à droite du bassin, ainsi qu'une partie du placenta. Une grande incision est ensuite pratiquée de haut en bas sur la ligne médiane et antérieure de l'utérus. Les fibres utérines divisées les unes après les autres, on remarque que les superficielles demeurent plus écartées que les fibres profondes.

On observe que la membrane caduque est adhérente à la face interne de l'utérus au moyen d'un tissu lamineux très fin ; que la face externe du chorion est intimement unie à la membrane caduque. On détache avec la plus grande facilité l'amnios d'avec le chorion jusqu'à l'insertion du cordon ombilical au placenta. On voit à travers le tissu transparent de l'amnios le fœtus entouré et baigné par les eaux encore contenues dans la poche. Il est placé en première position du vertex. On touche de nouveau pour rectifier une erreur qu'on croit avoir commise quand on a senti la fontanelle antérieure en avant et à droite, et l'on distingue non seulement ce dernier caractère, mais on sent encore la fontanelle postérieure en avant et à gauche, seulement sur un plan plus inférieur. Cette facilité de toucher les deux fontanelles en avant, l'une à droite et l'autre à gauche, venait de ce que le tronc du fœtus placé dans la direction de l'axe vertical de la mère, la tête du fœtus n'était plus engagée selon la direction de l'axe du détroit supérieur ; ce qui forçait la région sincipitale de basculer en avant par rapport au plan du détroit supérieur.

En soulevant le fœtus enveloppé de sa poche, on voit le placenta fixé sur la partie postérieure, inférieure et latérale gauche de l'utérus. La portion du placenta décollée a une étendue de m. 0,7 dans le sens transversal et de 4 cent. dans le sens vertical. Quelques petits caillots de sang noirâtre recouvraient ce fragment placentaire qui bouchait l'orifice utérin, de manière à faire croire à l'implantation centre pour centre de cet organe provisoire. L'orifice avait alors environ 2 pouces (54 millim.) de diamètre. L'amnios déchiré, on trouve un fœtus pléthorique d'une couleur violacée, le cordon ombilical très gros et ses vaisseaux, surtout la veine, très distendus par du sang noir. Les vaisseaux veineux de la mère étaient aussi vides de sang que les artériels. Les portions de tampon qui se trouvaient encore dans le vagin étaient imbibées d'un liquide qui laissait à la charpie sa couleur naturelle. Il n'y avait plus de caillots dans ce canal. La muqueuse semblait avoir été macérée quelques heures dans l'eau.

Obs. III. — Le 30 janvier 1842, je suis appelé à la campagne de M. de Marin au quartier de Saint-Barthélemy pour voir une jeune paysanne primipare, enceinte de sept mois, âgée de 22 ans, et affectée d'hémorragie depuis 21 jours. Cette femme a perdu dans les quatre derniers jours une si grande quantité de sang qu'elle ne présente plus qu'un pouls filiforme et une pâleur extrême. Saisie d'un froid général, elle est en proie à des lypothimies fréquentes. Ses facultés intellectuelles sont cependant dans un état d'intégrité parfaite. Je pronostique une catastrophe imminente. Le chirurgien du lieu avait prescrit deux paquets de seigle ergoté, avait diagnostiqué, dit-on, l'existence d'un faux germe et avait conseillé l'application de compresses froides sur le bas-ventre. Je fais préparer de la charpie dans le cas où le retour de l'hémorragie nécessiterait le tampon. Je signale la présence du placenta à l'orifice dont la dilatation avait à peine quelques lignes de diamètre. Il y a des contractions fortes et permanentes et le travail d'expulsion n'avance pas. Appelé de nouveau à minuit, j'apprends que le chirurgien n'a plus paru. L'orifice utérin présente à peine un pouce et demi (4 centim.) de diamètre. La femme est toujours dans un état déplorable. Je manifeste aux parens la répugnance que j'ai d'agir sans l'intervention d'un confrère. Autorisé à agir, je procède à l'accouchement. L'orifice, quoique peu dilaté, se laisse pénétrer peu à peu. Le vertex se présentait. J'exécute la version en saisissant d'abord le pied droit, le gauche ensuite, et le reste est extrait sans difficulté. Le placenta dont une portion bouchait l'orifice est implanté en avant, à droite et en bas. Il semble avoir été pressuré par les contractions de l'utérus. Le fœtus, dont l'épiderme se détache, offre sur le côté gauche du vertex et sur l'épaule du même côté une surface fortement ecchymosée et bleuâtre.

La mère, après avoir subi cette opération avec le plus grand courage et avoir déclaré que son enfant ne remuait plus depuis trois jours, expire une demi-heure après son accouchement.

Je me contente de ces trois observations que j'aurais pu faire suivre de quelques autres pour donner la preuve que s'il est des enfans qui naissent pâles à la suite d'un accouchement compliqué d'hémorragie par l'insertion anormale du placenta, il en est d'autres qui naissent avec des signes évidens de pléthore. Ces observations prouvent encore d'une manière directe que les vaisseaux, qui laissent échapper une assez grande quantité de sang pour constituer une hémorragie quelquefois mortelle, ne doivent pas communiquer avec ceux d'un fœtus qui naît pléthorique. Mais dira-t-on que cette communication existe lorsque le fœtus naît pâle ? En d'autres termes un fœtus peut-il naître anémique, exsangue à la suite d'une hémorragie utérine ? Nous disons hardiment non, et nous pouvons affirmer sans témérité.

Quelque respectables que soient les autorités qui ont prétendu que la circulation de la mère communiquait avec celle du fœtus, il n'est pas moins constaté qu'il existe une diversité très grande d'opinions sur ce point. Les uns, tels que A. Hunter, Mauriceau, Peu, MM. Ribes et d'Outrepont, admettent cette communication entre les deux circulations par voie anastomotique ; les autres, tels qu'Astruc, Burton et Blumenbach, admettent la voie d'absorption en faisant verser le sang des sinus utérins

---

loyer dans cette redoutable affection est très controversée. La saignée, les purgatifs, les révulsifs, les chlorures ont des partisans également zélés. Quelques médecins, par horreur du système, font de l'éclectisme et mêlent toutes ces choses ; d'autres, plus défians encore, s'en tiennent à la pure expectation, c'est-à-dire à l'inaction. Vous avez vu, il y a quelques années, ces méthodes opposées entrer en lice et produire leurs titres. Il y eut alors sinon une enquête, comme on le demande maintenant, du moins un débat contradictoire entre les parties. Tout le procès fut exposé et résumé dans un rapport très remarquable de M. Andral. Ces recherches comparatives amenèrent le savant et impartial rapporteur à conclure que les modes de médication les plus différens, ou même les plus opposés, avaient à très peu près les mêmes résultats ; et, qu'en définitive, s'il y avait quelque différence appréciable à noter, c'est à la médecine expectante qu'il faudrait donner gain de cause. Cette décision, comme il arrive toujours en pareille matière, ne décida rien. On conserva ses convictions, et on continua d'employer dans chaque hôpital la méthode précédemment adoptée. La question en resta là ; l'épidémie régnante est venue la remettre sur le tapis. Aujourd'hui, comme il y a six ans, on voit les mêmes divergences d'opinion et de pratique se produire dans les hôpitaux, et, par une conséquence facile à prévoir, les résultats statistiques paraissent être sensiblement les mêmes ; c'est à dire que, tout compensé, le total proportionnel des guérisons et des morts arrive à peu près partout au même chiffre. C'est là, du moins, l'opinion exprimée par la *Gazette des Hôpitaux*, dans un article qui a été l'occasion du projet d'enquête de M. Bouillaud.

Cette conclusion, déjà bien des fois renouvelée, et, sauf erreur, assez généralement adoptée à titre de simple fait statistique, peut cependant être interprétée de plusieurs manières. En effet, deux solutions se présentent pour expliquer cette identité des résultats dans des conditions différentes, et il serait difficile de décider quelle est la meilleure. La première consiste à dire, avec M. Rostan et autres, que la fièvre typhoïde n'étant pas une affection toujours identique à elle-même dans son essence, mais composée au contraire de plusieurs variétés, il arrive nécessairement, lorsqu'on emploie sans distinction un traitement exclusif à toutes ces formes, que les résultats de la médication sont toujours mixtes et indécis, et les succès comme les revers un pur effet du hasard. La médication n'est ainsi ni bonne ni mauvaise en soi absolument, mais seulement bonne pour les uns et mauvaise pour les autres. Or le même résultat ayant lieu isolément dans chaque service ou l'on applique une de ces thérapeutiques uniformes, il s'en suit que les effets bons et mauvais du traitement se neutralisent mutuellement, de manière qu'en définitive le chiffre total des guérisons ou des morts se trouve être celui qu'on obtiendrait par l'expectation simple, c'est-à-dire par la suppression de toute médication active. La statistique donnée par la nature coïnciderait ainsi avec celle donnée par l'art, mais seulement quant au résultat général, car dans le détail il est très probable que la nature eût distribué tout autrement que l'art la vie et la mort entre les individus. Cette explication est assurément sensée et très plausible ; mais on aimerait voir ces adversaires des traitemens uniformes appliquer leurs traitemens composés de façon à obtenir des statistiques autres, et surtout plus satisfaisantes que celles des praticiens exclusifs ; et c'est là malheureusement ce qui n'a pas encore été fait.

La seconde solution est plus simple que la précédente. Elle se réduit à admettre que tous les traitemens, soit exclusifs, soit mixtes, de la fièvre typhoïde sont

dans les sinus placentaires où les radicules de la veine ombilicale viennent puiser le sang. Quelles preuves les premiers apportent-ils en faveur de leur opinion? Que le fœtus naît exsangue par le fait des grandes pertes utérines; qu'une hémorragie peut avoir lieu par le bout placentaire du cordon; que l'odeur du camphre et la couleur de garance ont été constatées chez le fœtus dont la mère avait fait usage de ces substances; enfin, qu'un fœtus a été empoisonné par l'opium pris par la mère. Examinons chacune de ces preuves :

1° Fœtus exsangue. Bien avant les observations qui font le sujet de cette notice, Méry n'a-t-il pas démontré en 1708 à l'Académie des sciences que sur une chienne morte d'hémorragie les petits vivaient encore une demi-heure après, sans avoir perdu une goutte de sang? Wrisberg n'a-t-il pas prouvé qu'on avait observé des fœtus apoplectiques chez des femmes mortes anémiques? Mais d'ailleurs a-t-on fait l'autopsie de ces enfans prétendus exsangues? La pâleur d'un fœtus né asphyxié n'est elle pas ici la véritable cause d'erreur? Que d'enfans naissent pâles et faibles à la suite d'un accouchement trop prompt, souvent même après un accouchement laborieux et qu'on décore du nom d'*enfans exsangues*, lorsque la mère a été affectée de perte de sang!

2° Hémorragie par le bout placentaire du cordon. Cet accident, si toutefois il a jamais existé, a pu provenir d'un placenta gorgé de sang dans les ramifications de la veine ombilicale; et si jamais la mère a pu se trouver affaiblie d'une semblable hémorragie, c'est que le sang provenait du décollement placentaire qui bavait le long du cordon.

3° Action sur le fœtus des substances introduites chez la mère. Cette action de la garance et du camphre, et même cette action funeste de l'opium communiquée par la mère à l'enfant, ne sont-elles pas suffisamment expliquées par l'absorption, l'imbibition ou l'endosmose? N'a-t-on pas de puissantes raisons pour anéantir d'un trait la preuve qu'on voudrait tirer des plus délicates injections? Ne sait on pas que la matière injectée pénètre le plus souvent dans un ordre de vaisseaux différent de celui où cette matière a été d'abord introduite? Ne voit-on pas alors cette matière extravasée dans les tissus ambians?

Si les preuves présentées à l'appui de la circulation anastomotique placento-fœtale reposent sur des fondemens si fragiles, y a-t-il un autre mode de circulation qui puisse s'étayer sur des preuves plus démonstratives? Nous le pensons. Nous invoquerons même en sa faveur les lois physiologiques de l'évolution, l'anatomie comparée, des phénomènes pathologiques inexplicables par la circulation directe, et enfin des injections nouvelles et contradictoires de la circulation anastomotique.

1° Il existe une circulation élémentaire dans l'embryon avant que la circulation utéro-placentale soit établie.

2° Les ovipares donnent la preuve démonstrative que le fœtus peut se développer hors du sein de la mère, et qu'il se forme un appareil circulatoire extra-fœtal influencé par l'air qui traverse les porosités de la coquille.

3° L'état apoplectique d'un fœtus chez une mère morte exsangue ne peut se comprendre en admettant une circulation anastomotique entre la mère et l'enfant.

4° Enfin, si certaines injections faites sur des organes privés de vie ont pu dépasser facilement les limites physiologiques, il en est d'autres qui, renfermées dans leur véritable cercle, ont donné une démonstration plus logique de la circulation utéro-fœtale. A côté des injections indécises de M. Williams, qui, en 1826, a pénétré de la mère au fœtus avec de l'huile de lin, et de celles de Biancini, de Florence, qui a obtenu le même résultat, en 1828, avec de la colle et du mercure, on voit M. le professeur Mende, chargé de la clinique obstétricale de Gœttingue, qui, dans son rapport du 25 juin 1828 au 31 décembre 1829, cite le cas d'une femme dont il insuffla le placenta par l'artère utérine, injecta cette même artère avec du lait, et les vaisseaux ombilicaux avec une faible solution de gomme teinte en rouge. Les résultats de son expérience furent qu'il n'y avait point d'anastomose immédiate entre les vaisseaux sanguins de la mère et du fœtus; que le sang de la mère arrivait de l'artère utérine dans le sinus du placenta, où il baignait les dernières ramifications des vaisseaux ombilicaux, précisément à l'endroit où leurs ramuscules artériels devenaient des ramuscules veineux et où ils formaient des anses fermées qui nageaient dans le sinus. De petits ramuscules de la veine utérine, qui se prolongeaient également dans les mêmes sinus, semblaient y reprendre le sang. (Bulletins de Férussac, 1831, t. xxvii.) On voit M. Holland, qui, en 1832, n'a jamais pu arriver de la mère au cordon, ni des artères ombilicales à la mère. M. Hug Ley, médecin de l'hôpital de Middlesex et de l'hospice des femmes en couches de Westminster, a fait également des injections dont les détails intéressans et trop longs pour être développés ici se trouvent consignés dans la Gazette Médicale de 1833, p. 530, et démontrent ainsi que l'examen fait par MM. Edward Stanley et Herbert Mayo, d'une portion triangulaire du placenta préparée par Hunter et conservée sous le n. 3535 au musée du collége royal des chirurgiens de Londres, que la circulation utérine est complètement indépendante de la fœtale. De plus, M. Horner, de Philadelphie, a fait, le 25 avril 1833, une injection des plus curieuses dont les résultats ont été que la matière bleue poussée dans les vaisseaux utérins infiltrait la masse placentale, et que le suc coloré en jaune par le bichromate de plomb qui remplissait les vaisseaux ombilicaux n'avait point pénétré dans l'utérus. Celui-ci, distendu et desséché quinze jours après, a montré qu'il n'y avait point d'injection bleue dans les vaisseaux ombilicaux, ni d'injection jaune dans les vaisseaux utérins. (Voy. Gaz. Méd., 1834, p. 118.) M. Bonami, enfin, dans sa thèse sur la structure vasculaire du placenta, a pratiqué l'injection suivante. Il s'est servi de vernis à l'essence avec du minium qu'il a poussé dans la veine iliaque primitive et la veine ovarique, et pour seconde injection du côté de la mère, il a employé de l'essence de térébenthine mêlée à de l'indigo pour l'aorte inférieure. L'utérus incisé, il a injecté de l'huile de lin coloré par du blanc de céruse dans la veine ombilicale et de la même huile mêlée à de l'ocre jaune dans une artère ombilicale. L'injection rouge des veines utérines était distincte à la face fœtale. Artères utéro-placentaires très nombreuses au centre du placenta, dont les plus excentriques étaient à 2 centimètres de la circonférence et du diamètre d'un demi à 2 millimètres en forme de spirale, ayant un trajet oblique, ayant rampé pendant 1 centimètre avant d'arriver aux anfractuosités placentales, se continuant avec les artères utérines, présentant peu de ramifications et s'anastomosant rarement entre elles. Les veines étaient un peu plus volumineuses, rectilignes, ayant des ramifications nombreuses, des anastomoses très fréquentes et se terminant dans les grosses veines utérine. La veine coronaire signalée par MM. Meckel et Jacquemier s'anastomosant avec les veines placentaires en dedans et les veines et sinus utérins en dehors n'a jamais été rencontrée par MM. Bonami et Velpeau.

---

dans les cas graves impuissans, dans les cas légers inutiles, ou, en d'autres termes, dans la généralité des cas indifférens. On peut alléguer en faveur de cette interprétation ce qui se passe dans toutes les affections aiguës violenes, surtout à l'état épidémique, telles que le choléra-morbus, la peste, la fièvre jaune. L'art dans cette lutte inégale semble ne jouer d'autre rôle que celui de la mouche du coche. Il s'agite beaucoup, mais tout se fait cependant sans lui et malgré lui. Cette explication est peut-être plus près de la vérité que la première, mais elle est plus décourageante; elle désarme la médecine, c'est du pur scepticisme médical. Il n'est donc pas à craindre qu'elle prévale jamais, car des instincts plus forts que tous les raisonnemens pousseront toujours l'homme à chercher un remède à ses maux, le forçent à croire qu'il y en a, sans compter en outre que l'expérience même lui prouve dans une foule de cas, avec une évidence irrésistible, qu'il a dans ses mains la puissance de guérir. Ce scepticisme ne peut donc jamais être que relatif à telle ou telle maladie, mais il laisse une porte ouverte à de nouvelles recherches et promet d'espérer que notre pouvoir s'agrandira de jour en jour en même temps que notre science.

Ces deux modes d'explication du problème thérapeutique dont il s'agit supposent la réalité du fait en question, à savoir l'identité des résultats statistiques obtenus par des traitemens opposés dans la fièvre typhoïde. Mais il y a des médecins qui nient ce fait et qui soutiennent au contraire que les conséquences des traitemens sont extrêmement inégales. Cette opinion est naturellement celle des partisans des méthodes exclusives, et notamment de M. Bouillaud. Ceux-ci méritent surtout d'être écoutés; car ce sont eux qui, expérimentant avec suite et sur une grande échelle, ont le plus de chances de découvrir la vérité. Mais par malheur ils se contredisent, ce qui laisse subsister la difficulté tout entière. Comment donc s'y prendre pour arriver sur ce point à quelque chose de clair? puisqu'il s'agit d'une simple question de fait, et comme les faits dont il s'agit sont actuels, présens, accessibles à tous, il n'y a rien de plus simple, ce semble, pour terminer ce débat que d'en faire une fois pour toutes une vérification régulière et solennelle. C'est aussi là ce qu'a pensé M. Bouillaud. Profondément convaincu par une longue expérience de l'efficacité absolue de sa méthode dans les fièvres typhoïdes et de sa supériorité relative sur les autres systèmes de médication, il ne peut admettre l'opinion sceptique exprimée par la Gazette des Hôpitaux qui égalise tous les résultats et tous les traitemens. Mais voyant que, soit par incrédulité systématique chez quelques-uns, soit par paresse chez le grand nombre, les faits, pour lui indubitables, qui démontrent les bons effets de sa thérapeutique, sont chaque jour suspectés, niés ou considérés comme non avenus, il a pris le parti de provoquer des expériences comparatives directes, ou en langue parlementaire, une enquête. Cette marche est loyale, elle est scientifique, on ne peut que l'approuver. L'accession de M. Rayer y ajoute du poids. Est-elle praticable? c'est ce dont il est permis de douter.

Jusqu'ici on n'a donné que l'idée du projet qui, considéré en général, semble une chose très simple, très naturelle. Mais quand on en viendra aux moyens d'exécution, il perdra beaucoup de sa séduction. Il n'est rien qui s'oppose absolument à une enquête de cette nature; car on peut très bien nommer une commission *ad hoc* et rien n'empêche cette commission de suivre le traitement dans ceux des hôpitaux qui lui seront ouverts. Mais l'importance est de savoir si cette commission pourra matériellement

Les artères ombilicales s'anastomosaient facilement entre elles et communiquaient facilement avec la veine. L'injection poussée dans la veine ombilicale passait difficilement dans les artères.

La face utérine du placenta bien injectée ne donnait aucune issue à l'injection. Les extrémités des vaisseaux n'y présentaient aucun orifice béant. Point de communication entre les vaisseaux maternels et fœtaux.

Des détails aussi bien exposés par M. Bonami ne seraient pas suffisans pour donner la préférence au mode de circulation qu'ils établissent d'une manière aussi nette et aussi précise, si tous les faits physiologiques et pathologiques n'étaient pas complètement expliqués par la théorie qui en découle, tandis que ces mêmes faits sont d'une obscurité si grande qu'il est impossible de s'en rendre raison si l'on veut admettre la circulation directe entre la mère et l'enfant. Nous l'avons déjà fait pressentir; nous allons tâcher de le démontrer.

Parmi les plus grands partisans de la circulation directe entre la mère et l'enfant, on peut sans contredit compter Astruc, qui, pour faire mieux comprendre sa théorie de circulation anastomotique utéro-fœtale, avait imaginé des veines cœcales. « Ces veines, dit cet auteur célèbre, sont des appendices veineuses qui ne sont guère sensibles que dans les femmes grosses et dans les derniers mois de la grossesse; mais alors on trouve qu'elles débordent dans la matrice de 4 à 5 lignes dans l'endroit où le placenta est attaché; que par ces allongemens elles s'enfoncent, et, pour ainsi dire, s'engrènent dans des creux ou des niches qu'elles se sont pratiquées dans la substance du placenta; qu'elles contribuent par ce moyen à fortifier l'attache du placenta avec la matrice; enfin, qu'elles versent, par leur extrémité qui est *ouverte*, le sang de la mère dans les cellules du placenta, d'où il est *repris* par les rameaux de la veine ombilicale et porté à l'embryon (MALAD. DES FEM., t. I, p. 9, 1770), et qu'elles sont assez grosses pour y introduire une sonde assez volumineuse. » (Tom. IV, p. 144.) Et plus loin, Astruc ajoute : « La mère donne du sang au fœtus dès le troisième mois par les veines cœcales, mais le fœtus ne le rend jamais à la mère dans l'état naturel, etc., etc. »

N'est-il pas évident que ces veines, qui ne sont cœcales que jusqu'au troisième mois, ne sont pas autre chose que les veines utéro-placentaires, si bien décrites aujourd'hui, et dont la description, donnée par Astruc, ne laisse pas de lui faire beaucoup d'honneur à l'époque où il vivait? N'est-il pas évident qu'en disant plus bas : « ce ne sont pas des artères qui le fournissent par un *cours direct*, mais des veines cœcales qui le donnent par un *cours latéral* (perpendiculaire au tronc d'où elles naissent), » il n'a pas connu la circulation des artères utéro-placentaires et leurs anastomoses avec les veines du même nom? N'est-il pas plus évident encore qu'en admettant que les veines cœcales de la mère ne donnaient du sang au fœtus qu'au troisième mois, le fœtus présente, bien avant cette époque, une circulation sanguine bien apparente, et qu'alors il fallait aussi admettre que des sucs non sanguins absorbés chez la mère pouvaient se convertir en sang chez le fœtus? Voilà, ce me semble, des difficultés qui conduisent nécessairement l'auteur à des contradictions ou à des inconséquences.

En 1708, Méry, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Paris, donne l'observation suivante dans les MÉMOIRES DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES : « Une femme, enceinte de 9 mois, se tue d'une chute, presque sur le champ. On trouve 7 à 8 pintes de sang dans le ventre (la pinte devait être petite à cette époque), tous ses vaisseaux sanguins épuisés, l'enfant mort sans blessure extérieure, *ses vaisseaux vides de sang*, le placenta encore attaché à toute la face interne de la matrice, où il n'y avait *aucun sang extravasé*. » Cette observation importante, et dont les détails sont tous en faveur de la communication directe entre les vaisseaux maternels et fœtaux, est pourtant fort incomplète, parce qu'elle ne dit pas quel est le point par où le sang s'est épanché. Elle ne dit pas si la matrice, qui, à la vérité, ne contenait pas du sang dans sa cavité, ne présentait aucune fissure sur sa face externe. D'ailleurs, que cette fissure ait existé ou non, il suffit pour établir que la communication des vaisseaux du fœtus avec ceux de la mère ait essentiellement existé dans ce fait, il suffit, dis-je, de la vacuité que présentaient les vaisseaux du fœtus. Mais est-ce à dire que cette communication était normale? Est-ce qu'une chute qui donne lieu à une hémorragie si abondante ne porte aucune perturbation dans les rapports physiologiques de la circulation utéro-placentale? Est-ce qu'une pareille secousse, en ébranlant le fœtus contre le placenta et la matrice, n'aura pas pu produire au moins une simple contusion dans la masse si spongieuse du placenta, de manière à y déchirer au moins des capillaires des vaisseaux ombilicaux et maternels? Et alors est-il si difficile à comprendre que le sang fœtal ait passé en entier dans le ventre de la mère par les veines et sinus utérins qui sont sans valvules? Méry, enfin, semblait s'étayer sur ce fait pour établir la communication directe des artères utérines avec les capillaires des veines utérines. Il disait de plus que les capillaires des artères utérines, naturellement abouchés avec les capillaires des veines, *s'en détachaient* et allaient s'aboucher avec les vaisseaux fœtaux. Sur ce, Astruc de se récrier et de dire : « Que deviennent ces rameaux capillaires des artères et des veines utérins quand le placenta est séparé de la matrice? S'abouchent-ils de nouveau, ce qui paraît impossible; restent-ils séparés ou désunis? » C'est sur ces objections victorieuses qu'Astruc avait consolidé son système des veines cœcales. Que penser enfin de Méry, partisan de la circulation directe de la mère à l'enfant, quand il démontre que, sur une chienne saignée à blanc, les petits vivaient *pleins de sang* une demi-heure après la mort de la mère?

Aussi ce fait fut cause qu'en 1711 on soutint à la Faculté de médecine une thèse proposée en ces termes : *An fœtui sanguis maternus alimento*. Les conclusions furent négatives. Mais l'intrépide Astruc se leva et soutint que le sang d'une chienne ne communique pas avec celui de ses petits, mais qu'il n'en est pas ainsi chez la femme. « Il n'y a point, dit-il, de veines cœcales dans les animaux, en quelque temps qu'on les observe. Lorsqu'on détache dans une chienne qu'on a tuée près de son terme le placenta, plein de ses petits, d'avec la matrice, on ne voit point de vaisseaux qui se détachent du placenta; il ne coule pas une goutte de sang de la matrice. On en peut dire autant des cotylédons des vaches. Ces animaux n'ont point de règles, point de vidanges après avoir mis bas. Il est donc visible que ces animaux ne fournissent point de sang à leurs petits, et c'est tout ce qu'on peut conclure de l'expérience rapportée dans la thèse; mais cela n'empêche pas qu'on doive conclure le contraire pour les femmes... Mais d'où vient cette différence entre les femelles des animaux et la femme? Elle vient *peut-être* de ce qu'il fallait fournir au fœtus humain une nourriture plus forte, pour donner à ses parties, et surtout à son cerveau, le ressort et la fermeté nécessaires

---

et moralement accomplir sa tâche, de manière à rendre son examen inattaquable et ses décisions certaines. Quand on réfléchit à la multitude et à la complexité des faits impliqués dans cette recherche, on ne peut s'empêcher de craindre et de prévoir son insuccès. Pour en donner une idée il suffit de rappeler que la première commission de magnétisme animal, pour ne parler que de celle-là, a mis cinq années à étudier les faits qui lui étaient soumis, pour aboutir enfin à des conclusions tellement vagues que la question n'a pas avancé d'un pas. Or la question du magnétisme, question de vérification purement empirique et historique, n'offrait pas la millième partie des difficultés de celle de la fièvre typhoïde. Comment imaginer qu'une commission puisse suivre un millier de malades, et faire de chacun d'eux l'objet d'une observation clinique complète? Remarquez-bien, en effet, qu'il ne s'agit pas de constater statistiquement le nombre des malades qui sortent de telle ou telle salle, guéris ou morts; il faut, puisqu'il est question de thérapeutique, savoir individuellement l'histoire de chacun de ces malades, s'assurer de la nature de leur affection, de sa gravité présumée, en constater, jour pour jour, la marche, noter toutes les circonstances des traitemens, faire des autopsies pour éclairer les diagnostics, débattre chacun de ces points avec le médecin traitant, afin de prévenir les difficultés ultérieures. Ce tableau, que nous ne faisons qu'esquisser, n'a rien d'exagéré; nous le compléterons et justifierons au besoin, dès que la question sera amenée sur le terrain pratique. Sans doute, ces difficultés ne devraient pas arrêter, si on était sûr, à force de zèle, de patience et de travail, d'arriver à quelque résultat démontré et inattaquable; mais tout porte à croire que la commission ne recueillerait de son examen que des doutes; et, en supposant même qu'elle crût pouvoir déduire de ces inextricables expériences quelque conclusion nette et positive, la critique saurait bien, dans un but ou dans un autre, trouver dans les faits une conclusion différente; et tout serait à recommencer. Il n'y aurait qu'un cas où une vérification de ce genre serait possible et certaine, c'est si l'on présentait un mode de traitement tel qu'il jugulât une fièvre typhoïde confirmée, aussi infailliblement qu'une dose de quinine coupe une pernicieuse. Mais, si ce cas existait, il se ferait accepter immédiatement comme le soleil, en se montrant : il n'y aurait pas besoin d'enquête pour le constater. On ne songe à des enquêtes que pour des choses très douteuses, très cachées, très complexes, et c'est pour cela même que le plus souvent les enquêtes ne prouvent rien. Or, la valeur du traitement de la fièvre typhoïde, comme de celui de toutes les maladies non spécifiques ou réputées telles, est un de ces problèmes qu'on ne résoudra jamais *ex abrupto*, à coups de commissions. Chaque médecin est obligé ici de consulter son expérience personnelle, et ne croit et ne peut croire qu'à celle-là. Il n'y a que le temps seul qui puisse à la longue introduire sur ces points obscurs des convictions qu'il serait aussi difficile de justifier que de détruire par des expériences particulières.

Nous voilà lancés sans nous en apercevoir dans une discussion dont nous voulions seulement vous indiquer sommairement l'objet à titre de simple nouvelle. Hâtons-nous d'en sortir au plus vite et de profiter du peu de papier qui nous reste pour acquitter notre dette épistolaire.

La mort moissonne depuis quelque temps dans nos rangs, et frappe les têtes les plus illustres. A peine Double venait-il de recevoir nos derniers adieux, que son parent M. Pelletier a succombé. Vous savez que M. Pelletier laisse un nom célèbre et cher à l'humanité par ses travaux chimiques et particulièrement par

pour les fonctions supérieures auxquelles il est destiné. » C'est, sans doute à ce savant plaidoyer que fut due la conservation de la circulation directe entre la mère et l'enfant. Méry, pourtant, devenu inconséquent, n'avait plus une foi bien vive en sa théorie, et Ruysch niait formellement qu'il y eût aucune communication entre les vaisseaux de la matrice et le placenta, et, par conséquent, qu'il passât une goutte de sang de la mère à l'enfant. A ce sujet, Astruc semble ne pouvoir contenir son indignation. « Il est surprenant, dit-il, que Ruysch, chargé de l'examen des sages-femmes en Hollande, appelé souvent aux accouchemens difficiles, où il mettait la main à l'œuvre, qui a eu, par conséquent, beaucoup d'occasions d'examiner les matrices de femmes mortes en couches, n'ait pas connu la distribution des veines utérines et ait ignoré les veines cœcales... quoiqu'il paraisse, par les descriptions qu'il fait et par les figures qu'il donne, qu'il les a vues plus d'une fois sans les reconnaître. Il a nié même que le placenta pût laisser passer du *lait*, ce qui l'a jeté dans un grand embarras quand il a voulu expliquer la nutrition du fœtus, et l'a forcé d'avouer qu'il ne la *comprenait* pas. Peut-on donc, dans ces circonstances, faire valoir son autorité et la juger propre à décider la question ? »

Il était important, Messieurs, de vous prouver que, depuis longtemps, malgré l'engoûment que l'on partageait dans le siècle dernier pour la circulation directe, la circulation indépendante ne laissait pas que d'avoir des partisans, dont le mérite était d'autant plus grand qu'ils luttaient courageusement et avec talent contre une opinion fortement enracinée. L'auteur de la thèse, que l'on croit être Antoine de Jussieu, ou Falconnet et Ruysch, sont des autorités sur lesquelles on peut encore aujourd'hui s'appuyer. De nos jours, Joerg n'avance-t-il pas positivement, dans le tome IX du JOURNAL DES PROGRÈS DES SCIENCES, que le placenta ne puise dans la matrice que de l'oxigène; qu'il est le poumon physiologique du fœtus, et que les artères utérines représentent les bronches et la trachée artère? Geoffroy St-Hilaire, n'osant toucher à la circulation utéro-fœtale, n'eat-il paa porté à admettre l'absorption de l'air, ou au moins d'un gaz vivifiant par la surface du corps, au moyen d'espèces de trachées, ou au moyen des voies pulmonaires, qu'il ne balance pas de comparer à des véritables branchies? Quoique ce dernier auteur n'ait pas formulé une idée aussi claire que celle de Joerg, ses idées sur la vie intra-utérine du fœtus humain prouvent évidemment qu'il croyait à l'existence d'un mode particulier de respiration fœtale. Or, le défaut absolu de communication directe entre les vaisseaux maternels et les vaisseaux fœtaux, si bien établi par les savantes injections de MM. Holland, Hug-Ley, Horner, et surtout par celles de M. Bonami, implique la nécessité rigoureuse d'admettre l'action vivifiante de l'oxigène maternel sur le sang fœtal à travers les parois déliées des artères utéro-placentaires du côté de la mère et les parois des capillaires des artères ombilicales, au moment où ceux-ci vont se rendre dans les ramifications de la veine ombilicale.

Ainsi, le placenta reconnu comme un poumon fœtal, on comprend la continuité de la vie de ces petits chiens une demi-heure après la mort de leur mère exsangue. Les recherches de M. Bonami sur les vaisseaux utéro-placentaires prouvent jusqu'à l'évidence que les rapports des vaisseaux maternels et fœtaux sont les mêmes chez les carnassiers, les ruminans, les pachydermes et chez l'homme, c'est-à-dire qu'il n'y a pas, dans aucune de ces classes, la moindre communication entre les vaisseaux de la mère et ceux du fœtus; et que la différence qui existe tient à l'allongement, aux dispositions relatives de chaque ordre de ces vaisseaux. (GAZ. MÉD., 1840.) Puisqu'il est des auteurs, d'ailleurs fort recommandables, Dugès entr'autres, qui pensent qu'un fœtus peut naître exsangue à la suite d'une hémorragie, il faut nécessairement admettre que, dans ces cas, plus rares qu'on ne le pense, il y a déchirure des cotylédons placentaires, et par conséquent solution de continuité des vaisseaux ombilicaux, artériels ou veineux. Ma seconde observation ne prouve-t-elle pas jusqu'à l'évidence que, lorsqu'aucune manœuvre ne vient intéresser la contexture du placenta, le fœtus est extrêmement pléthorique? S'il fallait des preuves plus péremptoires d'une indépendance absolue de la circulation fœtale d'avec celle de la mère, nous invoquerions la différence tranchée qui existe entre le rhythme circulatoire fœtal et maternel, 140 pulsations chez le fœtus et 80 chez la mère; la différence du sang, qui, d'abord rosé, puis rouge, ensuite noirâtre, a une couleur identique dans les artères et dans les veines, et se trouve toujours moins coagulable chez le fœtus que chez l'adulte; et enfin les expériences de Prévost et Dumas, qui ont constaté que les globules sanguins du fœtus sont plus petits, expériences appuyées d'avance par l'opinion de Burton et de Levret, qui soutiennent que les globules rouges ne passent pas de la mère à l'enfant.

Après ces développemens, qui auraient pu être plus étendus, nous croyons pouvoir tirer les corollaires suivans :

1° Il n'y a pas de communication anastomotique entre la circulation maternelle et celle du fœtus chez l'homme comme chez la plupart des quadrupèdes.

2° Cette absence de communication est prouvée : 1° par l'existence d'un appareil circulatoire élémentaire chez l'embryon bien avant la formation du placenta; 2° par l'état pléthorique du fœtus dans les cas d'hémorragie utérine, où le placenta n'a subi aucune déchirure (obs. 2°); 3° par la continuation momentanée et sans hémorragie placentaire de la circulation placento-fœtale dans un œuf expulsé en entier.

3° La mort du fœtus n'est due qu'au défaut d'oxigénation du sang destiné à circuler dans ses organes. Cette mort peut être prévenue en précipitant la terminaison de l'accouchement et en évitant par là l'asphyxie (obs. 1re). Elle n'est jamais due à l'anémie, excepté lorsque les vaisseaux ombilicaux du placenta ont été déchirés.

4° La mort de la mère peut être due au décollement d'une très petite portion du placenta (obs. 2), ce qui prouve qu'elle succombe plutôt à une hémorragie veineuse qu'à une hémorragie artérielle, attendu que les veines utéro-placentaires ont de nombreuses anastomoses entre elles, ainsi que les sinus utérins, tandis que les artères utéro-placentaires ne présentent pas ou presque pas d'anastomoses.

5° La vie de la mère est d'autant plus exposée que le travail est plus long, comme chez les primipares, dans les cas d'insertion du placenta à l'orifice utérin, quoiqu'il y ait une petite surface décollée.

6° La vie de l'enfant est d'autant plus compromise que le décollement du placenta est plus considérable et plus prématuré, quelque rapide que soit la terminaison de l'accouchement (obs. 3), et *vice versa*.

7° Le seigle ergoté est nuisible à la mère et à l'enfant dans ces sortes d'hémorragie :

A. Parce qu'il détermine la constriction de l'utérus, autant et peut-être

---

la belle découverte du sulfate de quinine, dont son savant collaborateur M. Caventou partage la gloire. Après Pelletier est venu le tour d'un autre membre de l'Institut et de l'Académie de Médecine, M. William-Frédéric Edwards, connu par son remarquable traité de *l'influence des agens physiques sur la vie* et par des recherches d'anthropologie. Enfin nous apprenons à l'instant la mort de la plus grande illustration chirurgicale existante. Le baron Larrey vient de succomber à Lyon des suites d'une maladie contractée en Afrique. Après ces morts célèbres, nous avons eu à déplorer et comme confrères et comme amis, la perte d'un jeune médecin polonais, M. Matuzinsky, dont le noble et aimable caractère, le zèle laborieux et le talent prometaient, dans des jours meilleurs, un citoyen recommandable et utile à sa patrie. M. Matuzinsky était du reste très connu des principaux médecins de Paris dont il recherchait les lumières plus que le patronage. Il avait fondé dans son domicile un enseignement clinique des maladies de la peau, principalement destiné aux médecins étrangers.

Il y a eu aussi une autre mort, dont le retentissement a été grand en France et en Europe. Vous avez vu les détails de l'autopsie du prince royal. Que pouvait la médecine sur des lésions si terribles? L'art a dû rester impuissant en présence de cette agonie, qui devait produire tant de deuil. Des hommes, appartenant de près ou de loin à la médecine, n'ont pas craint d'exploiter à leur manière ce douloureux événement. L'agonie et la mort du fils aîné du roi ont fourni à ces hommes un sujet de *réclame* dans les journaux! Ce cas est-il prévu dans le code disciplinaire dont s'occupe l'Académie de médecine, et s'il est prévu, quel nom lui donnera-t-on?

Passons sur ces tristes faits. La mort de Double et de Larrey laisse deux fauteuils vacans à l'Académie des sciences. La lice est ouverte aux médecins et aux chirurgiens. La nomination de l'héritier de Larrey n'aura probablement lieu, ainsi que celle du successeur de Double, que dans six mois, car l'unique motif qui a déterminé l'Académie à proroger l'élection jusqu'à cette époque s'applique à cette seconde vacance comme à la première. Ce motif est, d'après la déclaration expresse de l'Académie elle-même, le petit nombre d'académiciens présens à Paris. Les candidats auront le temps de préparer leurs armes.

La suite à un courrier prochain.

— M. Edwards, membre de l'Académie royale des sciences morales et politiques et de l'Académie royale de médecine, vient de mourir à Versailles. On lui doit plusieurs ouvrages très estimés, entre autres un TRAITÉ DE L'INFLUENCE DES AGENS PHYSIQUES SUR LA VIE, qui a marqué un progrès dans la physiologie générale.

— Dans la mention qui a été faite des revaccinations pratiquées au collége de Versailles, nous avons omis de dire que ces revaccinations avaient été opérées par M. Boucher, médecin adjoint de cet établissement; nous nous empressons de réparer cet oubli.

---

plus dans son segment inférieur que dans son segment supérieur, sans provoquer la dilatation de l'orifice externe;

B. Parce que cette constriction qu'il a provoquée exprime de l'utérus le peu de sang que la mère aurait besoin de conserver;

C. Parce que le segment inférieur de l'utérus s'opposant à l'issue de l'enfant, les vaisseaux restent béans et continuent à fournir du sang tant que la présence de l'enfant maintient l'utérus dans une distension funeste. Il est doublement nuisible à l'enfant en le privant d'abord du sang oxigéné dont il a besoin, et ensuite en suspendant sa circulation propre par le fait d'une constriction qui le comprime de toutes parts et d'une manière permanente.

8° Le tampon est le meilleur moyen à employer surtout chez les primipares. Son emploi ne doit pas être fait trop tôt, mais il ne doit pas être trop tardif. Il détermine plus sûrement que le seigle ergoté des contractions normales qui ne tardent pas à faire dilater l'orifice. Appliqué trop tard, il ne peut plus s'opposer à l'hémorragie, lorsque le sang privé de cruor ne consiste plus qu'en une lymphe rougeâtre qui le pénètre toujours avec facilité en l'imbibant. Il ne saurait être nuisible dans cette extrémité, parce qu'il pourrait encore déterminer la dilatation de l'orifice.

9° C'est une pratique mauvaise, heureusement abandonnée depuis longtemps, que de se croire obligé de traverser le placenta quand il est inséré centre pour centre et d'extraire l'enfant à travers cette ouverture artificielle. C'est bien souvent à la suite de semblables tentatives qui déterminent presque toujours l'entier décollement du placenta que l'on voit celui-ci sortir avant l'enfant. Il est toujours possible de décoller le placenta par le point ou la surface qui ont fourni l'hémorragie et d'aller chercher le fœtus qui à la vérité pousse quelquefois devant lui le placenta quand il a été préalablement décollé. Agir différemment, c'est vouloir hâter plus sûrement la mort de l'enfant en déchirant les vaisseaux ombilicaux.

10° Enfin, on peut encore espérer d'avoir un enfant vivant même après la mort de la mère dans les cas surtout où une hémorragie foudroyante aura enlevé cette dernière dans un temps très court. Outre l'autorité de plusieurs auteurs, il y a peu de temps encore qu'un enfant fut trouvé vivant dans la Flandre française, sept heures environ après la mort de la mère. De là l'obligation de pratiquer l'opération césarienne chez toutes les femmes mortes enceintes.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DE L'IODURE DE POTASSIUM DANS LE TRAITEMENT DU RHUMATISME ARTICULAIRE; par M. E. BOUYER, D. M. à Marennes.

La GAZETTE MÉDICALE DE PARIS a publié, il y a deux ans (1840, p. 554), une observation que je lui ai adressée sur l'emploi de l'iodure de potassium dans le traitement d'une affection rhumatismale articulaire chronique, avec périostoses crâniennes, qui avait résisté à plusieurs autres modes de traitement, et notamment à l'usage de la médication antisyphilitique par les préparations de mercure et d'or (1). Cette observation, comme fait clinique isolé, pouvait bien ne pas avoir une très grande valeur, en ce sens que l'on est, jusqu'à un certain point, en droit de regarder la maladie comme due à une origine vénérienne. Aussi un savant professeur de la Faculté de Strasbourg me dit-il un jour à ce sujet: « Votre malade avait la vérole, et voilà pourquoi il a guéri. » Quelque respectable que me paraisse l'opinion de M. le professeur Forget, qui me tenait ce langage, je ne saurais la partager; et je viens aujourd'hui communiquer quelques observations entre autres que j'ai recueillies avec soin, dans le but de les soumettre aux lecteurs de la GAZETTE, qui, ayant lu ma première communication, ont pu avoir la pensée du professeur de Strasbourg.

OBS. I. — Le sieur P..., âgé de 28 ans, coutelier, a été atteint de rhumatisme aigu ayant son siége aux poignets et aux genoux. Ce jeune homme rentra chez lui, ivre, le 30 décembre 1839, et alla se coucher dans une cave où il dormit pendant cinq ou six heures. En sortant de son sommeil, il fut dans l'impossibilité de monter seul l'escalier: il lui fallut l'appui de deux personnes. Appelé près de lui le lendemain, je le trouvai étendu sur son lit, sans pouvoir remuer les membres et jetant les hauts cris. Il me rapporta qu'à l'âge de 12 ans il avait éprouvé une maladie semblable, et qu'il n'en avait été guéri qu'à grand'peine après avoir été en traitement pendant fort longtemps.

Désirant apprécier l'efficacité de l'iodure de potassium administré sans autre médication active concomitante, et d'ailleurs les saignées locales ou générales ne me paraissant pas indiquées d'une manière urgente, quoiqu'il y eût de la fièvre, de la rougeur à la face, de la soif, etc., je fis prendre la potion iodurée seule et sans autre adjuvant que le séjour au lit, l'application de flanelles sèches sur les articulations malades, l'usage de boissons délayantes chaudes et une diète sévère commandée par l'état aigu de la maladie. Après quatorze jours de traitement, mon malade était debout se promenant dans sa chambre à l'aide d'un bâton; et un mois et demi après l'invasion de sa maladie, il était assez fort pour reprendre les travaux de sa profession. Il a pris la potion d'iodure de potassium à 25 centigrammes d'abord, et la dose, augmentée de 25 centigrammes tous les cinq jours, a été portée jusqu'à 1 gramme. La potion a été prise pendant vingt-deux à vingt-trois jours. Depuis lors, cet homme n'a pas eu de nouvelle atteinte rhumatismale, du moins assez forte pour qu'il m'en parlât, quoiqu'il ait eu souvent occasion de me voir chez lui.

Dans ce fait, il ne peut y avoir de doute sur la nature de la maladie, dont je me suis abstenu, tant elle était évidente, de rapporter avec détail les symptômes; et surtout sur l'efficacité du médicament employé, puisqu'il a fait à lui seul tous les frais du traitement. En second lieu, le rhumatisme articulaire était bien exempt de toute complication vénérienne, car le malade n'avait jamais eu aucune atteinte de syphilis, pas même la plus légère blennorrhagie. Je ne vois pas d'autre moyen de trouver une origine suspecte à sa maladie que de dire qu'il avait reçu la syphilis par hérédité, quoique rien ne prouve que son père ou sa mère en aient jamais été atteints. Ce serait pousser le scepticisme un peu loin que de se refuser à croire à l'existence d'un rhumatisme articulaire simple, en face d'une observation de cette nature.

OBS. II. — Mme D..., âgée de 40 ans, mère de deux enfans pleins de vigueur et de santé, femme d'un homme qui m'a formellement déclaré n'avoir jamais eu aucune maladie vénérienne, *pas même le moindre écoulement*, selon son expression, et qui elle-même a toujours joui d'ailleurs d'une santé parfaite, était atteinte depuis plusieurs années de douleurs aux poignets, aux genoux et aux articulations tibio-tarsiennes, et en outre d'une périostose du tibia gauche. Mme D.., souffrait particulièrement en automne et par les temps humides et froids. Les douleurs des poignets étaient telles alors, qu'elle était quelquefois un mois sans pouvoir se livrer à des travaux d'aiguille. Celles des genoux et de la jambe la forçaient parfois à garder la chambre et même le lit. Chaque fois qu'une articulation était prise, elle était tuméfiée, mais sans rougeur à la peau. Les applications locales de diverses sortes auxquelles elle avait coutume de borner son traitement n'avaient jamais amené qu'un soulagement passager et bien imparfait. Mme D... m'a consulté dans le courant de l'été pluvieux de 1841, et il a suffi de vingt à vingt-cinq jours de traitement par l'iodure de potassium pour qu'elle se crût complètement guérie. Je ne partageais pas sa sécurité et j'ai voulu lui faire continuer son traitement, dans la crainte d'une rechute. Une maladroite considération d'économie l'a retenue, mais depuis lors elle n'a jamais éprouvé que de très légères douleurs une seule fois, et elle les a enrayées en prenant chez le pharmacien, sans me consulter, la potion iodurée pendant six ou huit jours. J'ai eu à regretter, dans ce cas, que Mme D... ne se soit pas assujétie à terminer complètement son traitement. Elle est satisfaite cependant, car la périostose du tibia a disparu, et elle peut toujours marcher et travailler.

Ce fait, tout incomplet qu'il paraît au premier abord, est, à mes yeux, un argument puissant en faveur de l'efficacité du traitement par l'iodure de potassium, que je n'hésite pas à regarder comme infiniment supérieur à tout autre, quand le rhumatisme a son siége dans les appareils articulaires. En effet, si la malade dont il est ici question n'a pas assez longtemps persisté dans l'emploi du traitement primitif pour obtenir une guérison complète, ne voit-on pas que son état a été singulièrement modifié, et que ses douleurs, devenues insignifiantes désormais, et n'exigeant, pour disparaître momentanément, que quelques jours de l'administration de l'iodure de potassium, disparaîtraient pour toujours si le traitement était complet. Madame D.. s'est trouvée dans le cas d'un malade qui, atteint d'une fièvre intermittente, aurait cessé l'emploi du sulfate de quinine dès le jour où l'accès aurait manqué pour la première fois, et recourrait avec succès au moyen de guérison à chaque rechute. La persistance de la maladie, et à côté la persistance de la curation par la médication employée, me semblent une démonstration sans réplique de l'efficacité du remède, qui, à n'en pas douter, doit guérir radicalement si l'on administre assez longtemps pour faire disparaître entièrement la disposition pathologique existante encore après la disparition des symptômes pathognomoniques de l'affection.

Voici une observation qui paraîtra plus concluante que la précédente, si, pour conclure, on a besoin de toucher au doigt un malade guéri.

OBS. III. — Madame B..., âgée de 32 ans, brune, d'une constitution vigoureuse,

(1) Le malade qui fait le sujet de cette observation n'a pas eu, depuis lors, la moindre atteinte de rhumatisme, quoiqu'il mène une vie active et qu'il voyage en toute saison et par tous les temps.

mère de trois enfans, fut prise, étant momentanément à la campagne, à la fin du mois de novembre 1841, d'un gonflement excessivement douloureux des deux genoux et d'une douleur lombaire, qui s'étendait jusque sur le côté gauche de la base de la poitrine. Le souvenir d'une arthrite rhumatismale identiquement la même, ayant existé trois ans auparavant, ne pouvait laisser de prime-abord le moindre doute sur la nature de l'affection. Pendant quinze jours, la maladie de madame B... avait été combattue par des émissions sanguines générales et locales et un régime antiphlogistique puissant. Un vésicatoire avait été appliqué sur la région lombaire. Aucune amélioration notable ne s'était manifestée sous l'influence de cette médication, quelque bien indiquée qu'elle fût par la nature des symptômes. Madame B... se fit transporter à la ville, et je lui prescrivis de suite la potion iodurée, dont voici la formule :

Prenez : Iodure de potassium... 0,25 centigr.
Sirop de pavots blancs.. 30 grammes.
Eau distillée.......... 60 grammes.
A prendre en trois fois, le matin, à midi et le soir.

Cette potion, prise pendant cinq jours, amena un mieux sensible. J'en continuai l'usage pendant sept semaines, en augmentant tous les cinq jours la quantité d'iodure de potassium de 25 centigrammes, de telle sorte que, dans les derniers jours, la dose était portée à 2 grammes, 50 centigr. par jour. Madame B..., après deux semaines de traitement, se trouva très bien, et si bien qu'il a fallu beaucoup d'insistance de ma part pour qu'elle continuât à suivre la médication que je lui prescrivis pendant un mois entier, alors qu'elle ne ressentait plus aucun malaise.

Dans cette observation, on ne soupçonnera pas, j'espère, une origine syphilitique à la maladie. L'affection était bien tranchée, et elle avait été caractérisée par un autre médecin, qui avait vu madame B... avant moi, à la campagne, et qui lui avait donné ses soins pendant les premiers jours. Il avait, avec raison, employé un traitement antiphlogistique énergique, et la malade n'en avait encore retiré aucun avantage marqué; mais peut être était-elle dans des dispositions plus favorables pour être soumise au traitement spécifique par l'iodure de potassium, que si ce traitement avait été employé *à priori*.

Obs. IV. — M. B..., âgé de 34 ans, propriétaire, habitant un pays marécageux, et s'occupant activement de l'exploitation de ses propriétés qui y sont situées, a été militaire, sous-officier de cavalerie; et pendant qu'il servait, il a été atteint d'une blennorrhagie. Il a été traité et guéri dans un hôpital militaire, et n'éprouvait plus aucun symptôme de maladie quelconque lorsqu'il revint dans son pays, où il se maria. Jamais, depuis son mariage, ni lui ni sa femme n'ont eu les plus légères apparences de syphilis.

M. B... a été pris, il y a trois ans, de douleurs articulaires, ayant leur siége aux deux genoux, mais plus particulièrement au genou droit, qui offrait de la tuméfaction, de la douleur excessive, se développant plus particulièrement lorsque, se croyant un peu mieux, il essayait de monter à cheval. Aucun traitement n'a pu le guérir, et cependant un praticien distingué du département, ayant égard aux antécédens de M. B., lui avait fait subir un traitement anti-syphilitique long et énergique, dans la pensée que l'arthrite dont il souffrait était due à l'infection vénérienne. Ce traitement n'avait pas eu le moindre succès, quoique le malade s'y fût soumis avec une rigoureuse ponctualité pendant plusieurs mois, lorsqu'il vint me consulter. Fort du succès que j'avais obtenu dans plusieurs cas analogues, et sans pourtant rejeter entièrement l'idée d'une origine syphilitique à l'arthrite de M. B..., je le soumis à un traitement actif par l'iodure de potassium. Non content de le donner à l'intérieur, selon ma formule habituelle, et ayant égard à l'extrême tuméfaction du genou, dont la peau n'offrait aucune trace d'inflammation active, mais qui était le siége d'une sorte de fluctuation profonde, due peut-être à une supersecrétion de synovie, je prescrivis des frictions deux fois par jour, avec la pommade suivante :

Prenez : Iodure de potassium... 4 grammes.
Axonge................ 30 »
Iode.................. 25 centig.

Ces frictions amenèrent bientôt la desquammation de la tumeur articulaire, et au bout de neuf à dix jours, je les interrompis, tout en continuant à dose progressive l'usage du médicament à l'intérieur. Moins d'un mois et demi de traitement a suffi à M. B... pour recouvrer sa santé, et après deux mois, il a pu reprendre sa vie active. Cinq mois se sont écoulés depuis lors, et j'ai su, ces jours derniers, que M. B... est aujourd'hui aussi bien portant que jamais.

Dira-t-on à l'occasion de cette observation ce que me disait M. le professeur Forget au sujet de celle que j'ai publiée en 1840? Bien que je puisse me croire autorisé par la comparaison de ce fait avec ceux qui précèdent, à répondre, par une négation formelle de l'existence actuelle de la syphilis, je me contenterai de faire remarquer : 1° que le malade avait eu des relations conjugales qui auraient dû avoir pour résultat l'infection de sa femme, s'il avait encore eu la vérole; 2° que la maladie vénérienne qu'il avait eue autrefois n'était qu'une blennorrhagie sans les chancres réputés caractéristiques par les syphilographes (du moins apparens en dehors du canal de l'urètre); 3° qu'à cette époque il avait été convenablement traité dans un hôpital militaire; 4° qu'il avait eu à cœur, avant de se marier, de s'assurer auprès d'un homme de l'art qu'il ne lui restait plus rien de son ancienne maladie vénérienne; 5° enfin que, depuis l'apparition de son arthrite, on l'avait inutilement soumis à un traitement antisyphilitique par les frictions mercurielles, poussées jusqu'à la salivation, et par la liqueur de Van Swieten.

Je n'ignore pas que toutes ces considérations peuvent être combattues par des raisons de quelque valeur que je m'abstiens d'énumérer pour ne pas trop allonger ce travail; mais enfin de tout ce débat, si je le prolongeais, je pourrais conclure de deux choses, l'une, ou que la maladie n'était pas vénérienne et qu'elle a guéri; ou que la maladie était vénérienne et qu'elle a aussi guéri. La guérison ayant eu lieu dans les deux hypothèses, la médication dont je m'occupe ici pourrait donc être employée dans les deux cas. Qu'on y prenne garde cependant, en parlant ainsi je n'exprime pas ma pensée; mon opinion à moi est que si l'arthrite est bien reconnue syphilitique, le traitement par l'iodure de potassium ne doit être employé avec des chances certaines de succès que dans le cas où la médication par les préparations du mercure ou d'or aurait été vainement tentée. Après tout, comme l'existence de la propriété curative d'un médicament dans un cas donné ne peut pas impliquer la non existence de son efficacité dans d'autres cas précisés également, je pourrais aussi bien dire que l'iodure de potassium guérit et l'arthrite rhumatismale non syphilitique, et l'arthrite rhumatismale entachée de syphilis; et j'apporterais en preuve de cette double assertion les quatre observations qui précèdent, jointes à celle que déjà la Gazette Médicale a fait connaître à ses lecteurs en 1840, et en outre l'autorité des médecins anglais et allemands qui ont déjà publié des observations de cette nature et dont je parlerai plus loin.

J'ai tenté la médication par l'iodure de potassium dans le rhumatisme musculaire et dans la sciatique; et je n'ai pas remarqué que son emploi fût plus efficace que les autres médications conseillées contre ces affections si rebelles. Aussi dirai-je que, chez une jeune fille de 22 ans, souffrant depuis près de trois ans d'une douleur qui avait son siége aux muscles du bras, de l'épaule et du dos, je l'ai administré sans succès; et dirai-je également que je l'ai conseillée à un homme de 40 ans atteint d'une douleur dans tout le trajet du nerf sciatique, chez lequel je n'ai obtenu qu'un résultat douteux et tout aussi incomplet que celui que m'avaient procuré successivement les linimens opiacés, les vésicatoires appliqués opiniâtrement le long du trajet du nerf malade, et la cautérisation transcurrente elle-même.

Ce n'est donc en réalité que dans le rhumatisme articulaire chronique et même aigu et dans la périostite que j'ai obtenu des succès, mais des succès tellement évidens, tellement positifs, surtout pour l'état chronique, que je n'hésite pas à déclarer que dans ma conviction l'iodure de potassium est aussi puissant pour la guérison de cette maladie que le mercure pour celle de la syphilis, que le quinquina pour celle des fièvres intermittentes.

Maintenant qu'il me soit permis d'examiner cette médication en elle-même qui, aux yeux de quelques médecins, a pu paraître hardie et même téméraire. J'ai mes raisons pour aborder cette question; car après la publication faite par la Gazette Médicale de l'observation que je lui ai communiquée au mois d'août 1840, le Journal des connaissances médicales pratiques et de pharmacologie a inséré dans son numéro du mois de novembre suivant (p. 57) une note qu'il accompagne de la réflexion que voici : « Toutefois, dit-il, il nous paraît prudent de ne pas perdre de vue, pendant l'administration de ce puissant agent pharmacologique, l'action qu'il exerce sur l'estomac et secondairement sur les enveloppes de l'organe central de la circulation plus ou moins compromises dans ce genre d'affection et dans quelques autres analogues. »

Ce n'est pas à tort sans doute que tous les auteurs de matière médicale et tous les thérapeutistes ont écrit, les uns après les autres, que l'administration de l'iode n'est pas toujours exempte de danger, et que l'un de ses inconvéniens les plus graves, et dont ne parle pas le journal que je viens de citer, est d'entraîner quelquefois après elle l'atrophie des glandes mammaires chez la femme et des testicules chez l'homme. Mais s'il y a du vrai dans cette proposition ainsi formulée en termes trop généraux peut-être, il me semble y voir aussi une exagération contre laquelle il est bon de se tenir en garde. Ce serait une faute immense que de rejeter de l'arsenal de la thérapeutique toute une classe si précieuse de médicamens, et en particulier l'iodure de potassium, parce qu'il y a possibilité d'en abuser et d'en faire tourner l'administration au détriment des malades. Ce triste privilége de pouvoir beaucoup nuire, de pouvoir entraîner la mort elle-même, n'appartient-il pas à toutes les substances les plus merveilleusement curatives de la matière médicale? Il n'y a à résoudre là qu'une question de quantité et d'opportunité : essayons donc de la

décider pour l'iodure de potassium et d'éloigner toute crainte de l'esprit des médecins.

On a dit avec raison, je crois, que l'association de l'opium aux préparations d'iode modifie singulièrement l'action toxique de cette substance et la propriété qu'elle a d'atrophier certaines glandes et d'agir sur la muqueuse gastrique. Je note donc, comme point important, que la formule de la potion iodurée contient une certaine quantité d'opium qui, bien que demeurant toujours la même, quand on augmente la dose d'iodure de potassium, peut être et doit être regardée comme le *correctif* du médicament qui y figure comme *base*. Il est bien vrai de dire que la plupart des formulaires indiquent comme devant être administrés à l'intérieur l'iode et les iodures en général à la dose seulement de 1, 2, 3, 5, 10 centigrammes au plus par jour; mais si cette prescription est l'expression d'une vérité qui puisse être regardée comme acquise à la pratique en ce qui concerne l'iode pur, l'iodure de mercure, etc., ce qui pourtant serait peut-être à examiner; je déclare pour mon compte que je la regarde comme l'expression d'une erreur en ce qui concerne l'iodure de potassium. Sans invoquer mon expérience personnelle ni l'expérience de ceux de mes confrères de Rochefort qui, comme moi et avant moi, ont administré ce médicament dans le traitement de l'arthrite rhumatismale, à la dose de 25 centigrammes par jour de prime-abord, et l'ont successivement porté jusqu'à celle de 2 et 3 grammes; je puis citer l'autorité de plusieurs praticiens qui en ont vanté l'emploi, et d'un, entre autres, qui a fait des expériences directes dans le but de déterminer jusqu'à quelle dose l'iode et ses diverses préparations peuvent être administrées sans produire d'effets nuisibles.

Au volume de 1835 de la GAZETTE MÉDICALE (p. 513) se trouve inséré un mémoire du docteur anglais Clendinnig qui a employé avec succès et qui recommande l'hydriodate de potasse (iodure de potassium) à l'intérieur dans la périostite syphilitique et dans le rhumatisme articulaire. Ce médecin a donné des quantités assez considérables d'iodure de potassium, puisque dès le début du traitement il en administrait 5, 9, 15 et même 18 grains dans un jour et augmentait graduellement les doses.

M. Tadini en 1836 (GAZ. MÉD., p. 382) a guéri une arthrite rhumatismale chronique par l'iodure de potassium qu'il a administré à la dose progressive de 10, 20, 30, 40 grains par jour.

En 1837 et à la page 2, la GAZETTE MÉDICALE a inséré un travail extrait de la GAZETTE MÉDICALE DE LONDRES, par le docteur Buchanan, ayant pour titre : MÉMOIRE SUR LES EFFETS PHYSIOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES DE L'IODE ADMINISTRÉ A HAUTE DOSE. J'y lis à la p. 5: « M. Magendie a donné l'iodure de potassium à la dose d'*un gros* par jour, mais divisé en plusieurs prises; m'étant assuré qu'on peut donner avec une impunité complète la même dose en une seule fois, j'ai augmenté graduellement la quantité donnée jusqu'à *deux gros* et enfin jusqu'à une *demi-once*, et je ne doute pas qu'on ne puisse l'administrer encore à des doses plus élevées sans aucun inconvénient. La seule précaution que je prenais en administrant ces doses élevées, c'était de faire boire au malade une grande quantité d'une boisson délayante. Dans aucun cas, ce médicament n'a agi d'une manière appréciable sur l'estomac et les intestins; il paraît qu'au contraire il est complètement absorbé. » Je renvoie volontiers le lecteur à ce savant mémoire du docteur anglais. Il contient une série d'expériences sur l'iode et ses divers composés et une appréciation très détaillée et surtout très tranquillisante des effets physiologiques produits par l'ingestion de ces agens précieux.

Le docteur Dietrich de Munich rapporte (GAZ. MÉD., 1840, p. 727) qu'il a employé avec succès l'iodure de potassium dans le traitement de la syphilis. Il a porté la dose jusqu'à 2 grammes par jour, et il signale en ces termes un accident survenu à l'un de ses malades: « Pendant tout le traitement, il ne se manifesta pas de symptômes fâcheux; ce n'est que lorsque le malade prit 2 grammes d'hydriodate de potasse par jour, qu'il éprouva une légère inflammation de la conjonctive et de la muqueuse nasale. » J'ai cité textuellement ce passage du médecin allemand, parce que, sur une dame de 67 à 68 ans, j'ai été obligé d'interrompre l'usage de l'iodure de potassium précisément pour la même cause et sans avoir pu en pousser l'administration assez loin pour en obtenir des résultats satisfaisans. De nouvelles tentatives faites, après la guérison de cette conjonctivite, l'ont rappelée encore. Il m'a fallu y renoncer. Cette malade est la seule, sur plus de trente à qui j'ai conseillé cette médication, qui m'ait présenté ce phénomène. C'était chez elle un défaut de tolérance (pour me servir de l'expression rasorienne) dont je n'ai pu découvrir la cause. L'hydriodate de potasse aurait-il la propriété de déterminer chez certains malades l'inflammation des muqueuses de l'œil et du nez? C'est à l'expérience à prononcer à ce sujet et à nous apprendre, si cela est possible, dans quelles conditions particulières se trouvent les personnes qui présentent cette susceptibilité. Ce serait une contre indication chez elles qui constituerait une exception à la règle générale de *tolérance* du médicament.

Depuis quelques années on s'est beaucoup occupé de l'emploi de l'huile de foie de morue dans le traitement des scrofules, et notamment quand cette maladie a son siége dans le tissu osseux et dans les appareils articulaires. M. Tauflieb, de Barr (Bas-Rhin), entre autres, a inséré en 1835 quelques observations à ce sujet dans la GAZETTE MÉDICALE, pag. 502. En 1839, ce même médecin revenant sur l'usage de cette substance a écrit un mémoire parmi les conclusions duquel je trouve la proposition suivante : « Conclusion 2° : Administrée convenablement, elle (l'huile de foie de morue) jouit de la propriété de guérir les scrofules des os, le carreau et les arthrites chroniques scrofuleuses et *rhumatismales*. » (GAZ. MÉD., 1839, p. 705 et suiv.)

En rapprochant le résultat des expériences faites par un grand nombre de praticiens sur la propriété anti-rhumatismale ou plutôt anti-arthritique de l'huile de foie de morue, et les observations qui constatent l'efficacité de l'iodure de potassium dans les mêmes circonstances, on ne sera pas surpris des résultats qu'ont obtenus les chimistes qui ont voulu déterminer quelle était, dans l'huile de foie de morue et dans l'huile de foie de raie, qui possède des propriétés analogues, la partie active, puissante, curative. Eh bien! l'analyse de ces huiles a fait découvrir en elles la présence de l'iode à l'état d'iodure de potassium; précisément *d'iodure de potassium!* Un travail de ce genre a été présenté récemment à l'Académie des sciences par M. Girardin pour l'huile de foie de raie (séance du 25 avril 1842), et d'autres avant lui avaient obtenu le même produit pour l'huile de foie de morue.

Les mêmes propriétés étant reconnues aux huiles animales que je viens de citer, et au produit chimique que je me félicite tant d'employer depuis quelques années; combien n'est-il pas préférable de recourir à ce dernier, qui présente sur les premières de si grands avantages pour la constante identité de sa composition, pour la facilité de son administration, et surtout parce que les malades le prennent sans dégoût et sans répugnance!

J'arrête ici ce travail entrepris dans le double but de donner de nouvelles preuves de l'efficacité de l'iodure de potassium dans le traitement de l'arthrite rhumatismale, et surtout de prémunir les médecins contre la crainte exagérée d'occasionner des accidens chez leurs malades en leur conseillant cette puissante médication. Je me crois en droit, en terminant, d'établir, d'après les données qui me sont fournies par mon expérience propre et par celle des autres, les conclusions qui suivent :

1° L'iodure de potassium est un remède d'une efficacité constatée dans le traitement du rhumatisme articulaire et de la périostite chroniques, quelquefois même du rhumatisme articulaire aigu, surtout quand il a été précédé d'un traitement antiphlogistique demeuré impuissant ou incomplètement curatif.

2° Ce médicament réussit également, et dans les cas où il n'y a pas de complication syphilitique, et dans ceux où cette complication existe, lors même que les traitemens antisyphilitiques ordinaires ont échoué.

3° La dose d'iodure de potassium peut être portée, dès le début du traitement, à 25 et même à 40 centigrammes par jour, et être graduellement élevée jusqu'à 4 et 6 grammes et plus, en l'associant à une petite quantité d'une préparation d'opium, sans que l'on ait pour cela à redouter des accidens toxiques, ni même l'atrophie des glandes mammaires ou des testicules.

4° Le seul phénomène morbide observé jusqu'à ce jour, et encore fort rarement, que l'on puisse attribuer à l'administration de l'iodure de potassium aux doses ci-dessus mentionnées, est une inflammation de la muqueuse naso-palpébrale, et encore ce fait demande-t-il d'être confirmé par une expérience plus étendue.

5° Enfin, l'iodure de potassium étant employé avec avantage dans des cas pour lesquels on a aussi conseillé les huiles de foie de morue et de raie, il doit leur être préféré comme d'une administration plus facile et moins dégoûtante pour les malades, et peut être aussi comme plus actif et plus sûr.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATION DE PNEUMONIE DU LOBE INFÉRIEUR DU POUMON GAUCHE, CHEZ UNE FEMME ENCEINTE DE SEPT MOIS, ATTEINTE DE DILATATION ET D'HYPERTROPHIE DE L'OREI[...]

LETTE DROITE DU CŒUR, TERMINÉE PAR LA MORT LE SIXIÈME JOUR; AUTOPSIE CADAVÉRIQUE ET OPÉRATION CÉSARIENNE IMMÉDIATEMENT APRÈS CETTE DERNIÈRE; ÉTAT PARTICULIER NON DÉCRIT PAR LES ANATOMO-PATHOLOGISTES DE LA PORTION PHLEGMASIÉE DU POUMON; communiquée par A. TOULMOUCHE, professeur à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes, membre correspondant de l'Académie royale de médecine, etc.

OBS.—Noyau, femme âgée de 35 ans, chez laquelle j'avais reconnu, un an avant, une dilatation des cavités droites du cœur avec hypertrophie, accompagnée d'un œdème considérable des extrémités inférieures, des parois du ventre et des mains, qui avait fini par disparaître sous l'influence des émissions sanguines, des préparations de digitale pourprée et d'un régime approprié, et qui était enceinte de près de sept mois, fut prise, le 11 mars 1841, de douleur de côté, d'oppression, de toux et de fièvre.

12. Le visage était vultueux, les lèvres bleuâtres, l'anxiété extrême, la suffocation imminente, la toux fréquente, la position assise dans le lit. La fièvre était forte, les crachats légèrement rouillés, le râle muqueux, la respiration courte

En percutant, on trouvait de la matité dans la moitié inférieure et postérieure du côté gauche de la poitrine, le râle y était crépitant, tandis qu'il était muqueux et sonore à droite: en même temps la respiration s'y entendait imparfaitement. La malade sentait les mouvemens de son enfant.

Diagnostic: pneumonie du lobe inférieur du poumon gauche, dilatation des cavités droites du cœur, avec hypertrophie légère (saignée de 500 grammes, infusion de fleurs de violettes, solution de 3 décigrammes de tartrate antimonié de potasse, diète absolue).

13. La solution n'avait été commencée que la veille au soir et la tolérance s'était établie. La fièvre, la teinte rouillée des crachats et le point de côté persistaient de même que la toux, l'oppression avait diminué, le visage était moins vultueux (saignée de 500 grammes, caillot couenneux avec une certaine quantité de sérum, même boisson, solution à 4 décigrammes).

14. La malade était mieux, la fièvre moindre, la matière de l'expectoration plus spumeuse, moins jaune, la douleur de côté moindre. Cependant, en auscultant, on ne percevait le râle crépitant humide de retour à gauche, que vers la cinquième côte, tandis qu'on n'entendait aucunement le bruit respiratoire au dessous et au dehors du sein et surtout en arrière. La bronchophonie persistait dans ce dernier point (continuation de la solution émétisée).

15. Je constatai que l'amélioration se soutenait, et je concevais l'espoir de sauver cette femme, lorsque dans la journée son état devint des plus graves et l'on vint, le soir, me chercher en toute hâte. La patiente ne sentait plus son enfant remuer, elle en était très inquiète; la respiration était plus gênée, la fièvre plus forte, la toux fréquente, les pressentimens sinistres. Je fis appliquer un large vésicatoire sur tout le côté gauche.

16 Ce dernier fut levé, mais il n'en resta pas de bons effets. La respiration s'embarrassa de plus en plus; l'oppression augmenta, le pouls s'affaiblit. Noyau voyait arriver sa fin avec résignation; elle expira le soir à neuf heures.

Comme j'avais la promesse qu'on me laisserait pratiquer l'opération césarienne, immédiatement après la mort, je l'exécutai aussitot, assisté d'un jeune confrère.

OPÉRATION CÉSARIENNE. Elle fut faite suivant les règles de l'art. Le placenta étant implanté à la face antérieure de l'utérus, le bistouri tomba sur son insertion. Je le détachai de côté et aperçus l'enveloppe amniotique, qui, déchirée, me permit d'aller chercher l'enfant qui était mort.

J'observai que les membranes n'étaient pas seulement juxtaposées à la face interne de la matrice, mais faiblement adhérentes ou intimement appliquées, de manière, qu'enlevées, la surface était légèrement villeuse.

L'utérus, dont les parois étaient minces, et qui était développé jusqu'au dessus de l'ombilic, comme on le remarque à ce terme de la grossesse, lorsqu'il eut été débarrassé de l'enfant et du placenta, revint graduellement sur lui même, de manière à rentrer dans l'excavation du petit bassin, qu'il dépassa de fort peu, et ses parois qui avaient à peine 7 millimètres d'épaisseur, acquirent au moins un centimètre et demi, en même temps qu'elles devinrent beaucoup plus fermes.

AUTOPSIE CADAVÉRIQUE FAITE IMMÉDIATEMENT APRÈS LA MORT. La température de l'intérieur du thorax était au moins de 26 à 29 degrés au-dessus de 0 (thermomètre de Réaumur). Ses cavités ne renfermaient pas de sérosité.

Le poumon gauche présentait une hépatisation rouge, de la moitié postérieure et du centre du lobe inférieur. Lorsque je l'incisai, il en jaillit, en nappe, une assez grande quantité de sang liquide et chaud, qui en sortit comme d'une éponge qu'on exprimerait. Tandis que les mêmes portions enlevées et examinées immédiatement étaient d'un rouge intense, très faciles à déchirer par la pression du doigt, et offraient, en un mot, les caractères anatomiques de la pneumonie au second degré, tels qu'on les rencontre vingt-quatre heures après la mort, moins toutefois la densité qui était remplacée par une sorte de spongiosité et un aspect plus humide, car une certaine quantité de sang encore liquide en sortait ou suintait de toutes parts par la pression.

La muqueuse bronchique était rouge. Il en était de même de celle du poumon opposé, qui était légèrement emphysémateux dans son trou antérieur et le long de son bord antérieur. La cavité du péricarde ne renfermait pas de sérosité. Le cœur offrait un volume double de celui de l'état normal. Le ventricule gauche, à parois peu épaisses, contenait du sang liquide très chaud. La valvule mitrale présentait quelques points cartilagineux. L'oreillette correspondante était de grandeur ordinaire, tandis que la droite était extrêmement vaste, à parois épaisses, à colonnes charnues aussi prononcées que celles du ventricule droit, qu'elle dépassait de beaucoup en grandeur.

Tous les organes abdominaux étaient sains.

Cette observation offre un double intérêt, d'abord celui des phénomènes observés dans l'utérus, lesquels démontrent l'indépendance de la contractilité de cet organe, puisqu'elle eut lieu après la mort avec presque la même énergie que pendant la vie, fait, du reste, qui était déjà acquis à la science, mais démontré d'une manière peut être moins évidente. Ensuite, sous celui du mode d'adhésion de la surface externe des membranes amniotiques à celle interne de la matrice, à cette période de la grossesse, disposition qui ferait penser que le liquide amniotique pourrait bien être, en partie, produit par une sorte d'endosmose, s'exerçant sur l'exhalation séro albumineuse, qui se fait probablement par sa surface interne ou à travers son réseau veineux, théorie que je ne fais qu'énoncer, faute de faits confirmatifs, et qui demanderait à être pesée et étudiée expérimentalement.

Le fait que je viens de relater est encore précieux, sous le rapport de la rareté d'examen de la pneumonie immédiatement après la cessation de la vie, car, dans tous les cas cités jusqu'ici dans les ouvrages de médecine, jamais les pathologistes, que je sache, n'ont parlé que des caractères anatomiques de cette lésion, tels que les autopsies cadavériques faites seulement douze, vingt-quatre ou trente-six heures après la mort, les ont fait connaître. En effet, ils n'ont nullement décrit l'état physique du sang dans le tissu du poumon enflammé, la manière dont il l'imprègne, son degré de fluidité, le mode de contractilité des petits vaisseaux ou du parenchyme dans lequel il est infiltré, les caractères de cette congestionabilité, et enfin l'aspect du tissu pulmonaire, atteint d'hépatisation rouge, étudié immédiatement après la mort. On peut se convaincre par la description que j'en ai donnée, que, sous ce rapport, il y avait une lacune complète dans la science, qu'un hasard très rare m'a seul mis à même de constater.

C'est de ce dernier point de vue que l'observation qui précède est d'une importance inévitable, en ce qu'elle démontre qu'il y a dans la pneumonie un état congestionnaire actif ou de stase pathologique du sang sur lequel la saignée générale agit puissamment, mais pas d'une manière absolue, puisque souvent, malgré l'abondance de ce liquide extrait et le renouvellement de ses déperditions, cet état n'est que fort peu modifié et n'en entraîne pas moins la mort par sa persistance ou son accroissement. D'où la conséquence thérapeutique, qu'il faut souvent y adjoindre d'autres moyens propres à modifier la condition morbifique du sang, que cette dernière fait le résultat de la prédominance morbide de sa fibrine ou de sa plasticité, ou de propriétés nouvelles plus ou moins sensibles dues à son état phlegmastique. C'est probablement de la sorte qu'agit le tartre stibié, donné à haute dose.

Ces considérations pourraient conduire à essayer de la même manière, comme antiphlogistique (antiphlegmasique), la pommade mercurielle, à dose élevée, comme on le fait pour certains phlegmons et dans les inflammations du péritoine, ou d'autres agens médicamenteux hyposténisans. Elles devraient aussi engager, au moins d'après la théorie, à éviter d'appliquer les vésicatoires vis à vis le point de la poitrine correspondant au lobe du poumon atteint de pneumonie, comme on le pratique ordinairement; car ils doivent tendre à augmenter, par voie de contiguïté, l'état congestionnaire de la partie malade. C'est aussi ce que les bons observateurs semblent avoir remarqué, puisqu'ils recommandent de n'y recourir que lorsque l'état aigu a été combattu d'une manière convenable.

OBSERVATION D'UN PLACENTA PIERREUX; communiquée par madame BUISSON DANTHEZ, maîtresse sage-femme de la Faculté de Paris, lauréat du concours de 1839.

Monsieur le rédacteur,

La note dont vous avez accompagné mon observation du développement du fœtus, malgré l'absence du cordon ombilical, paraît indiquer un doute relativement à cette absence, et par suite le peu d'exactitude de l'observation et de l'examen des parties. J'avoue que, comme vous, je me ferais un devoir de douter si ce fait n'eût été l'objet que d'un léger examen; mais il ne me faut rien moins que la certitude donnée par l'œil guidé

non par des idées préconçues, mais par le désir de voir ce qui est, pour affirmer ce que j'ai avancé, contrairement aux rectifications dont vous avez bien voulu accompagner les détails.

J'ai eu affaire à une exomphale, dites-vous; mais dans ces cas le cordon ne manque pas; il est seulement élargi et confondu parmi les viscères abdominaux, les vaisseaux qui le composent. Ceci existe sur les sujets que vous possédez, j'en ai la conviction; mais cela fut-il pour celui qui a fourni matière à mon observation, les vaisseaux eussent-ils échappé à nos recherches? je le demande. Quelle eût été leur utilité, puisque le placenta n'offrait pas de traces de double insertion? pour admettre les vaisseaux il faut au moins leur trouver un point de départ; dans ce cas il n'existait pas; le placenta n'en offrait pas la trace.

Ce fait, je l'espère, répond d'une manière suffisante à l'objection qui pourrait m'être faite relativement à l'existence des vaisseaux perdus au milieu des organes. Je ne parlerai pas de l'insuffisance du calibre de la veine qui était située au-dessous du foie; ses dimensions étaient trop faibles pour laisser supposer que la circulation pût exister à l'aide d'un si faible moyen.

Je comprends que voir soutenir des faits qui renversent une théorie établie sur l'autorité des hommes auxquels la science doit tout, paraît un peu prétentieux chez une sage-femme qui, malgré toute son instruction, n'en est pas moins réduite à ignorer beaucoup. Mais la vérité, je crois, n'a pas besoin de choisir ses organes; de quelque bouche qu'elle sorte, elle n'en parvient pas moins à être connue tôt ou tard.

Du reste, les faits qui s'élèvent contre la nutrition du fœtus par l'accumulation du sang, du placenta au fœtus, ne sont pas rares; si même vous le jugez à propos, je réclamerai de votre indulgence de publier dans votre estimable journal le fait suivant qui, par sa rareté, peut être de quelque intérêt pour les hommes qui s'occupent des maladies du fœtus ou de ses annexes.

Obs. — Marie Model, 28 ans, tempérament sanguin, deux couches antérieures d'enfans à terme bien développés et vivans, est accouchée le 28 février 1842 d'une fille du poids de 3 kil., parfaitement développée. La délivrance fut un peu retardée par suite du volume et surtout de la résistance du placenta, sujet de l'observation.

La femme n'éprouva aucun accident jusqu'au troisième jour, où elle présenta quelques symptômes de métro-péritonite survenus à la suite d'une vive contrariété, symptômes qui du reste, promptement et heureusement combattus, n'entraînèrent pas de retard pour le rétablissement complet de la mère.

Le placenta présentait une forme régulièrement arrondie; le cordon était adhérent au centre; les membranes se laissaient détacher facilement jusqu'à la racine du cordon. Les diamètres de 7 pouces en tous sens; l'épaisseur d'un pouce au centre.

Les vaisseaux, au lieu de se ramifier comme cela existe dans les cas ordinaires, venaient se terminer à deux sinus distincts pour les deux ordres de vaisseaux. La face fœtale ne présentait du reste rien de bien remarquable. Sur celle qui adhérait à l'utérus, on remarquait des lobes distincts, formés d'une matière concrète, qui résistait au scalpel; la couleur et la dureté étaient celles du plâtre gris. Étonnée de cette apparence, je voulus m'assurer jusqu'à quel point la substance spongieuse en était pleine; pour cela je lavai le délivre à grande eau, et je vins à reconnaître que le gâteau placentaire était formé en entier par des concrétions distinctes plus larges vers les bords qu'au centre; mais assez libres pour permettre de les séparer; c'est même à cette mobilité que la délivrance a dû de pouvoir s'effectuer sans trop grande difficulté. Surprise de trouver ce pareil état une partie que je savais pouvoir être atteinte d'affections différentes, je la fis voir à M. le docteur Larrey (cette malade lui était recommandée comme médecin de la société d'accouchement, sous le patronage de la reine) qui constata les faits observés par moi, et dont je vous donne un récit très bref.

Je suis loin de m'exagérer la portée d'une pareille observation; mais cependant les faits de cette espèce sont assez rares chez la femme, puisque M. Velpeau dit, dans son Traité d'accouchement, n'en avoir observé que quelques cas, pour mériter de fixer l'attention.

Ma première idée fut de rechercher si les goûts bizarres de l'alimentation ne pouvaient pas rendre compte de ce phénomène; la femme m'assura n'en avoir point éprouvé. Il n'existait chez elle aucune affection appréciable du cœur; jamais elle n'avait éprouvé d'atteintes de rhumatisme, ni de goutte; par suite on ne pouvait supposer que des concrétions, bien qu'analogues pour la consistance à celle que cette affection développe aux articulations, pussent lui être rapportées. Il est vrai que les placentas de quelques animaux (jumeux) présentent de pareils phénomènes; mais, je le demande, peut-on supposer que de pareilles anomalies puissent exister sans compromettre l'existence du produit, en arrêtant la circulation, évidemment moins libre que dans les cas ordinaires? Cependant l'enfant est vivant, et rien ne paraît avoir souffert en lui de cette dégénérescence de l'arrière-faix. N'est-ce pas une raison de plus pour supposer que d'autres agens concourent puissamment à la nutrition? La raison dirait oui; mais les théories s'y opposent. Que sont cependant les théories en face des faits de l'observation?

Agréez, etc.

Cas remarquable d'intolérance de l'estomac d'un jeune recrue pour le pain et la patisserie; communiqué par M. David, D. M. P., à Tonnerre.

Les autorités civiles et militaires, particulièrement les médecins, qui ont à constater annuellement l'invalidité de quelques jeunes gens désignés pour le service militaire, remplissent une charge honorable, semée assez souvent de difficultés. S'ils y sacrifient, parfois, des momens à l'ennui, ils ont aussi à y faire d'importantes récoltes d'observations, au moins curieuses. Quelquefois ils y rencontrent des faits physiologiques et des infirmités qui appellent l'attention des gens de l'art et toute la sollicitude des magistrats: d'utiles inductions peuvent en être tirées. Malheureusement ces faits ne sont pas tous régulièrement recueillis, sont trop rarement communiqués, et beaucoup restent ainsi perdus pour la science.

En France, plus spécialement, n'est-ce pas une sorte de phénomène que d'y rencontrer un soldat de 21 ans, dont l'estomac ne peut supporter une parcelle de pain? Offrir un exemple de cette *antipathie d'organes* est le motif de ma notice.

Obs. — Au nombre des recrues, de la classe de 1830, envoyées l'année suivante au 18e d'infanterie de ligne, alors en garnison à Phalsbourg, et auquel j'étais attaché provisoirement, se trouvait le jeune *Bruner*, d'un canton peu éloigné et d'une chétive apparence. On ne tarda pas à me le présenter comme atteint de vomissement, sitôt qu'il essayait ou qu'on le forçait à manger du pain et même lorsqu'il avalait du bouillon où l'on avait furtivement introduit de cet aliment.

Dans sa famille, peu aisée, il ne vivait, disait-il, que de pommes de terre, par goût spécial. Avec l'avis des chefs du corps, je le fis recevoir à l'hôpital militaire de la ville. Le médecin de cet établissement, de concert avec le docteur Wanderbach, qui en était le chirurgien-major, fit de minutieuses expériences, sans en concevoir de suspicions défavorables au jeune conscrit, constamment docile d'ailleurs. Cependant, ces messieurs l'envoyèrent, avec annotation, à l'hôpital militaire de Strasbourg, d'où il nous revint sans avoir été convaincu de subterfuges, ni de mauvais vouloir.

Pendant ses séjours d'hôpitaux, deux mois environ, nous prîmes, ainsi que le capitaine de sa compagnie, les informations possibles, près des autorités de son canton et de plusieurs habitans. Loin d'affaiblir les données que nous avions déjà, elles les confirmèrent par des certificats authentiques, dont le capitaine me remit un extrait. Il y en avait un des personnes chez lesquels *Bruner* servait en dernier lieu. Dès son bas-âge, on remarqua sa faible complexion, non maladive cependant; il n'atteignit que la taille strictement exigée par la loi de recrutement. Ses parens, cultivateurs, ne le nourrissaient que de pommes de terre et de lait. Il avait une telle répugnance pour le pain, les gâteaux et de tout ce qui se compose de farine, qu'en le menaçant de lui enfaire manger on était certain de le voir fuir et il ne retournait plus où cette menace lui avait été faite. Il ne montrait point de dégoût pour les légumes secs, mais il ne mangeait d'aucun légume vert; point de choux, oseille, épinards, etc. Durant le peu de temps qu'il passa au régiment, il mettait des pommes de terre dans le bouillon de son ordinaire et avec elles aussi, il mangeait sa ration de viande.

D'après ces circonstances, il fut décidé que, considérant *Bruner*, déjà nommé *panophabe* au régiment, comme atteint d'une *intolérance d'organe*, involontaire et incompatible avec les exigences du service militaire, il serait présenté à la revue d'inspection de M. le général Semelés. Les officiers de santé, chargés de la contre-visite par ce général-inspecteur, jugèrent *Bruner* impropre au service, et en juin 1831 il reçut un congé de renvoi.

Ce fait peut être présenté, ce me semble, comme rare et digne de l'attention des physiologistes et des médecins; c'est un exemple *d'aberration d'organe, d'antipathie de l'estomac humain*, pour l'aliment le plus généralement en usage depuis des siècles, en France surtout.

Par instinct, par besoin et par raisonnement, l'homme est essentiellement omnivore; la disposition et les formes différentes des dents sont le signe apparent de cette nécessité. Cependant, l'éducation première, les exemples et les privations font souvent déroger aux inspirations de la nature. Il n'en est pas moins notoire qu'en général notre estomac est plus accomodant que notre goût; ses répugnances sont moins fréquentes et une sage variété d'alimens est ordinairement une des conditions de santé plus stable; un changement de nourriture fait de temps à autre, en rapport avec les circonstances hygiéniques du moment, est une sorte de *stimulus* favorable de l'intégrité de nos fonctions digestives et à la réparation de nos pertes de tous les instans; un aliment nouveau, appeté ou

pris avec plaisir et sans excès, ce temps opportun, procure un surcroît d'énergie dans toute l'existence, et des heures de bien-être dont se réjouissent les plus moroses.

Le pain, d'un usage si ancien et si général, est de tous les aliments le plus nourrissant et le plus commode, par sa facilité de transport et de conservation. Pour les Français principalement, c'est la base de la nourriture journalière, et, pour un grand nombre encore, à peine s'il est chaque jour associé à du lait, du fromage ou à quelques végétaux ; la viande est, pour ceux-ci, une rare exception. Combien de malheureux prisonniers ne sont-ils pas condamnés à ne vivre que de pain et d'eau, pendant des mois et mêmes de longues années ! Ce n'est pas cette blâmable rigueur qui détériore davantage les plus vigoureuses santés. Le pain convient à tous les hommes; nombre d'animaux, de plusieurs classes, en mangent en se délectant; il convient aussi à tous les âges, mêmes aux plus jeunes en fans avec du lait ou de l'eau. On peut dire encore que c'est la meilleure espèce de hochet qu'on puisse leur présenter, sauf les précautions requises, le pain ne répugne jamais à qui se porte bien, à part les mauvaises qualités dont on peut le préserver.

On ne peut en dire autant d'aucune autre substance alimentaire; nulle ne convient à tous ni dans toutes les circonstances de la vie humaine, sans restrictions. On se lave oisément de tel ou tel aliment; ce que l'un appète ou digère sans peine, l'autre en éprouve une gêne à l'estomac, ou le repousse avec une répugnance invincible, sans qu'on puisse toujours affirmer la simple prédominance d'une ancienne habitude. Cette répugnance réclame l'attention soutenue du physiologiste et du médecin; elle s'observe plus souvent dans l'administration de certains médicamens tolérés par beaucoup d'estomacs et même désirés par plusieurs individus. Il en est qui se régalent volontiers de manne, ou se plaisent à mâcher de la rhubarbe, par exemple, et n'en éprouvent point d'effets purgatifs, tandis que d'autres ressentent des soulèvemens d'estomac à la simple vue de telle ou telle substance alimentaire ou médicamenteuse, dont tout le monde fait usage fréquent, et même en entendant prononcer le nom. On rencontre enfin quelques sujets qui, par état maladif, sont portés à s'introduire dans l'estomac des matières réputées inertes, ce qui signalerait assez un besoin du stimulant.

Notre estomac a donc des besoins de prédilection et des antipathies qu'il ne faut ni méconnaître ni dédaigner ; ces dernières peuvent aider aux indications et déterminer un choix entre plusieurs succédanés. Les antipathies de l'estomac sont moins nombreuses que les appétences; celles-ci semblent varier autant que l'ensemble des traits du visage et les nuances infinies de caractères. Les unes et les autres doivent être étudiées avec attention, car souvent elles sont l'indice de quelque besoin réagissant sur l'estomac, quand ce n'est pas l'estomac lui même qui en est le siége.

« Nous sommes organisés de telle manière, a dit Broussais, que le défaut d'excitans produit dans quelques-uns de nos organes un excès d'irritation. L'estomac est un organe singulier ; sa destinée est d'être toujours irrité, et les thérapeutistes ne doivent jamais perdre de vue ce fait important. »

Ce conseil, si positif et si sage, donné par un médecin célèbre, dont le système fit école, mais qui parut vouloir que partout on combattit à outrance l'irritation, doit être un sujet de profonde méditation pour tous les gens de l'art, notamment pour ceux qui n'admettent encore que des médications et des régimes exclusifs.

Au demeurant, on s'est trop peu occupé, je crois, des *caprices et des intolérances de l'estomac*. J'en offre un exemple; puisse-t-il appeler sur leur fréquence l'attention des médecins capables de remplir une lacune importante.

OPÉRATION DE CATARACTE FAITE PAR LA MÉTHODE SOUS-CONJONCTIVALE ; communiquée par le docteur Paul Bernard, médecin-oculiste à Paris.

Tous ceux qui connaissent les avantages de la méthode sous-cutanée et sous conjonctivale dans la ténotomie générale et oculaire seront sans doute portés à diriger leurs expérimentations vers ce point de la science si important à vérifier, à savoir, si les inflammations consécutives aux opérations de cataracte reconnaissent pour principale cause, dans la majorité des cas, soit l'introduction de l'air dans l'œil, soit son contact avec la plaie extérieure.

Quoi qu'en puissent dire quelques ophthalmologistes, sur l'innocuité de l'introduction de l'air dans l'œil, nous ne pouvons accepter comme preuve suffisante une assertion qui, malgré toute l'autorité des noms et des hommes qui soutiennent cette doctrine, se trouve en opposition avec d'autres faits bien observés. Ainsi, pour ne citer qu'un exemple entre un grand nombre, nous demanderons s'il est indifférent de pénétrer dans une articulation ou d'ouvrir un abcès par congestion, au moyen des procédés anciens, ou bien par la méthode sous-cutanée? — Assurément la différence, quant au résultat, est immense; car nous avons été à même de voir un grand nombre de fois M. Jules Guérin appliquer sa méthode à ces cas graves, et nous n'avons jamais vu un seul accident en résulter, tandis que, dans notre conviction, les malades eussent promptement succombé si on les avait opérés par les procédés anciens; l'action nuisible de l'air sur les plaies est donc une de ces vérités passées aujourd'hui en chirurgie à l'état d'axiôme.

Eh bien! qui pourrait affirmer et prouver que, dans l'opération de la cataracte, le plus grand nombre des inflammations consécutives, toutes choses égales d'ailleurs, n'est pas dû au contact de l'air, soit en enflammant la plaie extérieure et se propageant rapidement à l'intérieur d'un organe si délicat et si vasculaire, soit en s'introduisant directement dans l'œil?

A l'appui des considérations générales que nous venons d'émettre, nous dirons que M. Jules Guérin, qui a cherché à se rendre compte de son côté, des inflammations si souvent consécutives à l'opération de la cataracte, même la mieux faite, croit en avoir trouvé l'explication dans l'introduction de l'air, qui a lieu dans l'œil, suivant lui, de la même manière que dans le foyer des abcès par congestion, à la suite des ponctions directes faites pour les vider : « Lorsqu'on introduit, dit M. Guérin, l'aiguille à cataracte par une ponction directe, et, plus encore, quand on opère par extraction, il sort une certaine quantité d'humeur aqueuse qui, en vertu de la pression atmosphérique, l'œil conservant sa forme, est remplacée par une quantité équivalente d'air. »

Cette idée exposée par M. Guérin dans ses conférences l'avait conduit à penser qu'on pourrait appliquer le principe de la méthode sous-cutanée à l'opération de la cataracte, sans toutefois s'expliquer sur le procédé qu'il comptait mettre en usage.

Pénétré nous-même de la vérité des remarques de M. Guérin, sans pourtant en avoir eu connaissance avant notre opération, et témoin d'ailleurs d'un grand nombre de succès de toutes espèces dues à sa méthode et aux diverses applications qu'il en a faites sous nos yeux, nous avons de notre côté cherché à l'appliquer à l'opération de la cataracte par un procédé de notre invention que nous allons décrire et qui nous a parfaitement bien réussi. Toutefois nous ne donnons pas comme définitif ce procédé opératoire qui n'est qu'un premier essai, et que nous avons l'espoir fondé de perfectionner en le simplifiant ; nous ajouterons même dès à présent et par anticipation, que nous espérons pouvoir fixer l'œil et faire le pli de la conjonctive tout à la fois dans le point même d'élection pour l'introduction de l'aiguille.

Obs. — Madame veuve Priquet, 70 ans, fileuse de laine, rue des Fossés-Saint-Victor, 39, à Paris, est affectée d'une double cataracte lenticulaire complète à gauche, incomplète à droite mais fort avancée; les yeux du reste sont parfaitement sains et n'ont jamais été malades.

Le samedi 16 juillet 1842, après les petites précautions ordinaires, nous nous rendons chez cette cataractée et nous procédons de la manière suivante :

La malade étant assise sur un siége très bas et en face d'une fenêtre bien éclairée, un aide intelligent se place derrière elle et fixe la tête sur sa poitrine; la paupière supérieure est maintenue élevée au moyen de l'élévateur dont nous nous servons dans l'opération du strabisme, et aussitôt nous fixons l'œil avec une érigne double également à strabisme et que nous implantons à la partie interne et inférieure de l'œil gauche, à 4 ou 5 millimètres environ de la cornée. Nous traversons avec l'érigne non seulement la conjonctive et le fascia sous-conjonctival, mais même une partie de la sclérotique elle-même, afin d'avoir un point d'appui plus fort; en un mot, nous agissons tout à fait comme dans l'opération du strabisme, par la méthode sous-conjonctivale de M. Jules Guérin. L'aide est chargé de maintenir l'œil immobile en dedans et un peu en haut; alors saisissant à notre tour une seconde érigne double semblable à la première, nous l'implantons le plus en dehors possible à environ 10 ou 12 millim. de la cornée et dans un point correspondant, un peu au-dessous du diamètre transversal de l'œil et au bord inférieur du muscle droit externe. Nous soulevons aussitôt la conjonctive, en tirant en avant de la main gauche le large pli de la membrane muqueuse et du fascia sous-jacent maintenu et formé par l'implantation de notre érigne double, et prenant une aiguille ordinaire, très peu recourbée et tenue comme une plume à écrire, la concavité en arrière, nous l'introduisons lentement et avec précaution entre la conjonctive et la sclérotique, en lui faisant parcourir ainsi 5 à 6 millim.; puis arrivé au point d'élection, nous ôtons notre érigne, et aussitôt nous ramenons avec facilité en avant le manche de l'aiguille, sans déchirer la conjonctive qui, par son élasticité naturelle et son peu d'adhérence à la sclérotique, surtout du côté de l'angle externe, se plisse légèrement

sans résister ni se rompre. Nous traversons aussitôt les membranes de l'œil et nous faisons l'abaissement latéral de la cataracte comme à l'ordinaire. L'opération n'offre rien de remarquable Nous retirons l'aiguille avec la même facilité que par le procédé de la ponction directe; l'œil est fermé aussitôt et tourné vers le côté opposé à la lumière. Un instant après, nous invitons la malade à ouvrir l'œil opéré (l'autre étant recouvert d'un monocle) et à nous regarder; elle nous aperçoit très bien et peut aussi facilement distinguer divers autres objets. Nous examinons de près l'œil ainsi ouvert, et il nous est impossible de distinguer la petite plaie de la conjonctive; ce n'est qu'en invitant la malade à regarder en dedans que nous pouvons apercevoir un léger point rouge à 12 millim. au moins de la cornée.

La malade est couchée comme à l'ordinaire avec des compresses d'eau froide sur les yeux et mise à l'usage du bouillon coupé pour toute nourriture. Tout se passe parfaitement bien; pas la plus petite réaction ne survient; l'œil opéré n'est pas un seul instant sensible ou douloureux; en un mot, le succès est aussi complet que possible.

Maintenant, est-ce à la méthode sous-conjonctivale que nous devons cet heureux résultat? Il serait sans doute difficile de l'affirmer; mais nous sommes porté à croire que le défaut complet de parallélisme entre la plaie de la conjonctive et celle des autres membranes de l'œil n'a pu être qu'une excellente condition pour l'obtenir; car ayant pratiqué un assez grand nombre d'opérations de cataractes, nous avons constamment remarqué, même dans les cas les plus heureux, une plus ou moins grande sensibilité au toucher de l'œil opéré, surtout à l'époque où la réaction est ordinairement la plus forte, c'est-à dire du troisième au cinquième jour. Eh bien! chez la femme Priquet, le doigt promené chaque jour sur l'œil opéré n'a pas un seul instant fait accuser la plus légère douleur, la moindre sensibilité!....

Nous remarquerons ensuite que nous nous sommes servi d'instrumens usuels, et que, dans toute méthode opératoire, c'est un avantage incontestable de pouvoir se passer d'instrumens particuliers et d'invention nouvelle; car, avec notre érigne double à strabisme, nous avons fixé l'œil aussi solidement qu'avec la pince spéciale proposée dernièrement par M. Pétrequin.

Du reste, la fixation de l'œil est, dans la méthode sous-conjonctivale, d'une nécessité à peu près absolue, et tout est en sa faveur, puisqu'elle permet d'agir sur l'œil, où l'on veut et comme l'on veut. Le désavantage d'un peu moins de promptitude dans la manœuvre pour le chirurgien et d'un peu plus de douleur pour le malade sont de faibles inconvéniens, suivant nous, en compensation des chances moins nombreuses d'inflammations consécutives et de la facilité extrême qui en résulte pour porter l'aiguille devant la lentille et en faire l'abaissement. Toutefois nous pensons que la position horizontale du malade serait plus commode, et nous nous proposons de l'essayer à la première occasion.

Telle est l'opération de la cataracte par la méthode sous-conjonctivale. Le principe était bien inventé, sans doute, mais cette nouvelle application n'avait pas encore été faite, que nous sachions, sur le vivant. Heureux si cette nouvelle application de la méthode sous-cutanée, réalise pour l'opération de la cataracte, ce qu'elle a déjà tenu pour un si grand nombre d'opérations!

C'est à l'expérience qu'il appartient de confirmer ou d'infirmer notre opinion, qui a au moins en sa faveur, et *à priori*, le raisonnement, l'induction et un commencement favorable d'exécution pratique.

Note de M. Jules Guérin. — Ce premier essai de M. Bernard nous paraît des plus heureux, et nous avons l'espoir fondé que l'expérience ultérieure confirmera ses prévisions. Ainsi qu'il l'annonce, il compte perfectionner son procédé, qui déjà est suffisamment conforme au principe de la méthode. En attendant qu'il ait réalisé le perfectionnement qu'il a en vue, nous croyons devoir faire connaître le procédé que nous avions imaginé, de notre côté, et que nous comptions mettre en usage à la première occasion.

Ayant eu à injecter des yeux sur le cadavre, avec de l'air, pour faciliter nos essais avec la méthode sous-conjonctivale, nous avons cherché le moyen d'empêcher la sortie du fluide pendant nos manœuvres opératoires. Nous y sommes parvenu en faisant à la sclérotique une ponction oblique entre le fascia sous conjonctival et dans l'épaisseur même des lames de la sclérotique, de manière à ce que l'ouverture extérieure fût distante de l'intérieure de quelques millimètres. Après la sortie de la canule, les deux bords de la plaie, appliqués l'un contre l'autre, ferment tout passage aux fluides renfermés dans l'œil. Cette expérience, répétée un grand nombre de fois, nous suggéra l'idée d'un procédé pour l'abaissement de la cataracte par la méthode sous-conjonctivale. Voici ce procédé : après avoir fixé solidement l'œil au moyen des érignes, on fait, à 4 ou 5 millimètres en arrière du point d'élection pour le procédé ordinaire par abaissement, une ponction avec l'aiguille à cataracte. La pointe de l'instrument ayant été engagée entre le fascia et la sclérotique, on lui fait parcourir d'arrière en avant un trajet de 3 à 4 millim., après quoi on traverse obliquement toute l'épaisseur de la cornée opaque. Lorsque l'instrument commence à pénétrer dans l'intérieur de l'œil, on lui fait décrire un mouvement de bascule en avant, qui ramène sa lame parallèlement au plan du cristallin. Le fascia, en raison de sa laxité cédant facilement, glisse et se plisse en avant de l'instrument. On achève l'opération comme par les procédés ordinaires par abaissement. On retire l'instrument en lui faisant reprendre sa direction primitive. L'opération terminée, la plaie du fascia se reporte en arrière de celle de la sclérotique de toute la distance qu'il y a entre les deux ouvertures, et les lèvres obliques de celle de la sclérotique, s'appliquant l'une contre l'autre, empêchent tout épanchement de l'humeur aqueuse dans le tissu cellulaire sous-conjonctival et toute pénétration de l'air dans l'œil. On pourrait encore se borner à faire une simple ponction oblique d'avant en arrière, entre les lames de la sclérotique, sans avoir égard au fascia. Nous avons pu, à l'aide de cette précaution, empêcher la sortie de l'air de l'œil. Ce procédé, simple et facile, réunit toutes les conditions de la méthode sous-cutanée: nous espérons qu'il en produira les avantages.

LETTRE SUR LE TRAITEMENT DE L'ALIÉNATION MENTALE; par M. de Crozant, interne des hôpitaux.

Monsieur,

Permettez-moi de répondre, dans votre estimable journal, quelques mots à la singulière accusation que M. Millet y a portée contre moi dans l'article publié le 9 juillet sur le traitement de l'aliénation mentale.

Il semblerait résulter de la lecture de cette réclamation, que j'aurais été d'assez mauvaise foi pour donner l'histoire de la guérison d'un homme encore malade, ou que j'aurais été assez simple pour ne pas reconnaître la persistance du mal. N'étant pas le champion de tel ou tel individu, n'ayant jamais rapporté que des faits et des observations sans attaquer ni blesser qui que ce soit, personne, je crois, n'a le droit de soupçonner ma bonne foi; quant à la seconde interprétation, qui n'est pas discutable, il m'est pénible, je l'avoue, de l'accepter; je préfère donc passer outre.

Je dois cependant, dans l'intérêt de la vérité, dire que le jour de sa sortie du service, Lac... nous a multiplié autant que possible les preuves de sa guérison, nous a assuré à plusieurs reprises qu'il n'ajoutait plus aucune foi aux influences malveillantes qui l'avaient poursuivi, qu'il n'oublierait jamais ceux qui lui avaient rendu la raison et la santé, etc., et il m'eût été bien facile de lui faire signer alors une contre-épreuve à sa lettre publiée par M. Millet, si j'eusse pensé que cela pût être un jour nécessaire.

M. Millet a d'autant plus mauvaise grâce à attaquer cette observation, que, dans l'article d'où elle est extraite, j'ai soin de faire une large part au traitement moral, que l'observation elle-même ne peut jeter aucune défaveur sur ce système, puisque je termine par ces mots que M. Millet aura copiés probablement sans y faire attention : « Le malade ne songe plus à ses souffrances, que ce traitement à la fois physique et *moral* a dissipées. » En outre, on a usé envers lui d'un traitement mixte, comme le désire M. Leuret, cité par M. Millet, « lorsqu'aux symptômes psychiques viennent se joindre de la loquacité, de l'agitation, de l'apathie, etc., etc. »; et dans notre observation l'insomnie, la céphalalgie, les révasseries légitimaient parfaitement le traitement employé. Enfin, en publiant au mois de mai dernier, dans la Gazette des hôpitaux, le relevé statistique du service dont j'étais l'interne, j'ai montré que, sur 175 aliénés non paralysés reçus dans le courant de l'année, nous avons eu 68 guérisons; sur ce nombre, une guérison de plus ou de moins a peu d'importance et change peu la valeur du résultat. La science n'a donc rien à gagner à ce débat, et des esprits mal faits pourraient ne voir dans cette réclamation qu'une taquinerie mesquine; et comme c'est dans ce but qu'on aurait extorqué à un pauvre diable la preuve écrite de sa folie plus ou moins réelle et de la faiblesse de son esprit, il deviendrait difficile d'expliquer et de qualifier la nature d'un semblable procédé.

J'aime mieux croire, moi, que mon ancien camarade s'est tout simplement trompé sur la valeur et la portée de mon observation et de son attaque, d'autant qu'il y a mille moyens d'expliquer la différence de langage de Lac. devant nous et devant M. Millet. Une rechute était possible pendant les deux mois et demi qui se sont écoulés entre sa sortie du service (20 septembre) et sa visite chez M. Leuret (2 décembre). Lac... était parfai-

lement au courant des petites jalousies qui existent à Bicêtre, où il fut employé pendant deux mois. A-t-il espéré les flatter en essayant de persuader à M. Leuret qu'il n'était pas guéri, dans le désir de disposer son cœur à une douce bienveillance, qu'il aura ensuite peut-être sollicitée, comme il l'a fait ailleurs à ma connaissance...?

Quant aux faits présentés par M. Millet dans cet article, à l'appui du traitement de la folie, qu'il me soit permis de vous adresser quelques réflexions plus importantes. Les observations publiées dans ce travail (sauf une), celles publiées également par M. Millet dans les ARCHIVES, celles enfin que vous a adressées M. de Laforgue l'année dernière, dénotent toutes un oubli singulier des premiers élémens de l'étude de la folie, ou une grande foi dans l'ignorance des lecteurs. Toutes ces observations en effet portent en tête un cachet qui les frappe de nullité. Tout le monde sait que la folie produite par les excès de boisson, par l'ivrognerie, se dissipe en général au bout de quelques jours, sans autre traitement que de l'eau. C'est une chose si évidente que, dans le relevé statistique dont je parlais tout à l'heure, je dis, à propos de cette forme d'aliénation mentale : « Il faut toujours repousser les guérisons de folie citées en faveur de tel ou tel mode de traitement, lorsque, dans l'observation, on verra que la maladie a été causée par l'alcool; car, dans ces cas, quelque terribles que soient les symptômes, on est à peu près sûr de la guérison. » Eh bien ! en tête de toutes ces observations dont je parle, comme des deux premières de cet article, on écrit avec une franchise irréfléchie : Obs. I. *Ivrognerie;* hallucinations de l'ouïe, du toucher; traitement moral; guérison rapide.

Obs. II. *Ivrognerie;* hallucinations de l'ouïe ; préoccupation extrême; traitement moral peu intense ; guérison.

Les malades des obs. 3 et 4 que j'ai parfaitement connus à Bicêtre étaient dans cet état de stupeur qui suit les pertes séminales abondantes et les attaques d'épilepsie. Le n° 3 devait évidemment son état à des pratiques d'onanisme que M. Millet note avec soin dans le titre de l'observation, et pour mon compte dans un cas semblable j'aurais moins confiance au traitement moral qu'au bouillon de vieux coqs si vanté par Brillat-Savarin. Le n° 4 a eu des convulsions avec perte de connaissance, par conséquent épileptiques, quoiqu'il n'y eût pas d'écume à la bouche, ce signe n'étant nullement caractéristique. Il en a eu une très forte à la suite de laquelle il est tombé dans l'état qui a exigé son entrée à Bicêtre. Du reste, ces deux individus présentaient une dilatation considérable de la pupille, de la lenteur dans les réponses et dans les mouvemens, du refroidissement aux extrémités, etc. Ces signes purement physiques n'ont pu échapper à M. Millet.

Enfin, dans ces cinq observations, je ne vois pas où est le traitement moral actif, énergique, probant, capable de présenter quelque intérêt ; enfin ce traitement tel qu'il est exposé dans les ouvrages et les différens mémoires de M. Leuret qui sait trouver, quand il défend lui-même sa cause, des faits plus intéressans et plus propres à éclairer la question. Je lis partout dans ces observations : nourriture, travail, bains, eau de Sedlitz. Notez que, d'après M. Millet, tous ces malades ont été soumis à un *traitement moral exclusif*. Où est-il ? Je ne sais. Que peut-on trouver de moral dans le sarclage d'un champ de pommes de terre, dans le tirage d'une brouette? etc. Je n'y vois qu'une occupation utile qui convient aux chlorotiques, aux tuberculeux comme aux fous, qui laisse en repos l'esprit du malade et produit une dérivation physique heureuse; car si les muscles travaillent et usent, c'est aux dépens de quelque chose; ici c'est aux dépens du cerveau qui se trouve moins excité, c'est une hygiène physique excellente et une inoccupation momentanée de l'intelligence pendant lesquelles on laisse la santé arriver peu à peu ; c'est un système connu de tout le monde, qui compte en sa faveur des milliers de guérisons, et si M. Millet éprouve aujourd'hui le besoin de l'admirer et de remercier ceux qui ont commencé à le mettre en usage chez nous ; c'est Esquirol qu'il doit remercier, et surtout M. Ferrus qui a tant et tant fait pour organiser le travail à Bicêtre, et dont on semble s'efforcer tous les jours d'oublier les généreux efforts et les importantes améliorations.

Veuillez agréer, etc.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 25 JUILLET.

ÉLECTION DE L'ACADÉMIE.

Dans sa dernière séance, l'Académie a décidé, en comité secret, qu'il n'y avait pas lieu présentement à procéder au remplacement de M. Double. En conséquence, la nomination, dans la section de médecine et de chirurgie, est renvoyée à six mois. L'Académie croit devoir prévenir que cette décision a été prise vu le petit nombre des membres actuellement présens, et non à cause des candidats, parmi lesquels elle se plaît à reconnaître des hommes d'un mérite éminent.

PHTHISIE CHEZ L'HOMME ET CHEZ LES ANIMAUX.

M. RAYER termine la lecture du travail qu'il avait commencée dans la précédente séance. Les principaux faits que contient ce mémoire peuvent être résumés dans les propositions suivantes :

1° La phthisie tuberculeuse est, de toutes les maladies chroniques, la plus généralement répandue chez l'homme et les animaux.

2° Chez l'homme et les autres mammifères, la matière tuberculeuse peut être facilement distinguée du pus *récent*, toujours chargé de globules grenus. Chez les oiseaux, les caractères de la matière tuberculeuse sont moins tranchés. Des corps étrangers introduits artificiellement dans les poumons et dans les chairs ne donnent pas pour résultat une humeur blanche, opaque, à globules grenus, mais une matière sèche, jaunâtre, sans globules, dont les caractères physiques se rapprochent de ceux des tubercules des mammifères.

Chez les reptiles, les poissons et les insectes, les caractères des tubercules sont encore moins distincts.

3° Le pus chez les mammifères, notamment chez le cheval, éprouve, après un long séjour dans les organes, des transformations successives, à la suite desquelles il prend quelquefois l'apparence de la matière tuberculeuse.

4° Les tubercules pulmonaires chez l'homme et les quadrumanes ont généralement une teinte grise; dans la pommelière de la vache, la matière tuberculeuse a ordinairement une teinte jaune-chamois.

5° Chez l'homme et les animaux, le ramollissement *central* des tubercules ne peut être attribué à l'inflammation. Jamais il n'offre de globules de pus. Le ramollissement périphérique des tubercules est au contraire le plus souvent favorisé par l'inflammation des tissus contigus ; presque toujours il est mélangé de globules de pus.

6° La matière jaune que l'on trouve dans les kystes hydatiques des ruminans (après l'affaissement ou la rupture spontanée des hydatides) a quelque analogie avec la matière de la pommelière ; mais les kystes remplis de cette matière jaune contiennent presque toujours des débris de la poche hydatique, et quelquefois une certaine quantité de pus.

7° Les concrétions *crétacées* ou *calcaires* (principalement composées de phosphate et de carbonate de chaux), qu'on observe dans les poumons, chez l'homme et les animaux, ne doivent pas être considérées, ainsi qu'on l'a fait jusqu'à ce jour, comme étant presque toujours une dernière modification du tubercule; elles sont souvent chez l'homme, et très souvent chez le cheval, le résidu d'un petit dépôt de pus.

8° Chez plusieurs animaux, il se forme dans les poumons des granulations *vermineuses* et des granulations *morveuses* qui, dans l'étude générale des granulations, doivent être distinguées des granulations *tuberculeuses*.

9° Chez les quadrumanes et quelques oiseaux transportés des pays chauds dans nos climats, le développement de la phthisie se montre à son maximum de fréquence et presque à l'exclusion des autres maladies chroniques. Il est également favorisé par un changement de climat et d'alimentation chez d'autres animaux venant du Nord, et particulièrement chez le renne.

10° La phthisie, rare chez les solipèdes en domesticité, est plus rare encore chez les carnassiers. Toutefois, malgré l'influence préservatrice d'une forte constitution et d'un régime animal, plusieurs carnassiers, le chat domestique, et surtout le lion, le tigre, le jaguar transportés dans nos climats, peuvent être atteints de phthisie pulmonaire.

Cette même rareté de la phthisie a lieu, parmi les oiseaux, chez les rapaces.

11° Par une sorte d'opposition, le chien domestique parmi les carnassiers, le cheval parmi les solipèdes, sont moins sujets aux tubercules qu'au cancer, maladie que l'on avait regardée comme étrangère aux animaux.

12° Chez les ruminans et spécialement dans l'espèce bovine, la phthisie est souvent associée aux vers vésiculaires et en particulier à l'échinocoque; mais, contradictoirement à l'opinion plusieurs fois émise, il n'y a aucun rapport de transformation ou de succession entre les hydatides et les tubercules.

13° La dégénérescence graisseuse du foie témoigne ordinairement de la phthisie chez l'homme et de l'obésité générale chez les oiseaux.

14° Les altérations des os qu'on observe chez les singes tuberculeux, et spécialement chez ceux du nouveau continent, paraissent analogues aux déformations, au gonflement et au ramollissement spongieux des os des enfans phthisiques et scrofuleux. On observe de semblables altérations des os chez les carnassiers des pays chauds transportés dans nos climats.

15° Si la fréquence de la pneumonie et la rareté de la phthisie chez le chien domestique semblent indiquer un défaut de rapport entre ces deux maladies, il n'en est pas ainsi chez la vache et l'ânesse laitières, chez lesquelles le dépôt de la matière tuberculeuse coïncide presque toujours avec une pneumonie chronique et progressive.

16° La phthisie est héréditaire, mais elle n'est presque jamais congénitale, même à l'état rudimentaire.

17° Chez les phthisiques, le sperme contenu dans les vésicules séminales offre peu ou point d'animalcules spermatiques.

18° Les ulcères du larynx, de la trachée et des bronches n'ont pas la même signification chez l'homme et tous les animaux. Chez le premier, ils indiquant

presque toujours la phthisie pulmonaire et parfois la syphilis; chez les quadrumanes, une affection tuberculeuse générale; chez les solipèdes presque toujours la morve.

19° Dans le pneumo-thorax, il peut se former des moisissures sur la plèvre altérée d'un phthisique, comme il s'en produit quelquefois dans les sacs aériens des oiseaux tuberculeux, ou atteints de lésions des organes respiratoires. Dans ce cas, comme dans tous ceux qui ont été observés chez les vertébrés, le développement de ces végétaux inférieurs est toujours un phénomène *secondaire*.

M. Rayer termine ce mémoire par quelques considérations générales sur les élémens qui concourent à déterminer la phthisie pulmonaire chez l'homme et chez les animaux. Une cause prépondérante dans la production du tubercule chez les animaux, c'est la captivité ou la domesticité, et, plus généralement, *un changement notable et prolongé dans les conditions naturelles d'existence* Le renne venant du Nord, le singe venant du Midi, arrivent tous deux, mis en captivité, au même terme, quelque opposés que soient les points de départ. Cette cause peut être comparée, en raison de son intensité, aux mauvaises conditions de nourriture et de gîte qui, chez l'homme, déterminent si énergiquement la phthisie tuberculeuse. *Captivité* et *domesticité* pour l'animal, *misère* et *fatigue* pour l'homme: causes efficaces de phthisie.

Commissaires: MM. de Blainville, Serres, Flourens et Breschet.

— M. le président annonce à l'Académie la mort de l'un de ses membres, M. Pelletier.

PHRÉNOLOGIE.

M. Flourens fait hommage à l'Académie d'un ouvrage qu'il vient de publier, et qui a pour titre: Examen de la phrénologie.

STRUCTURE ET DISPOSITION DE LA MEMBRANE CADUQUE.

M. Coste lit un second mémoire sur la membrane caduque utéro-placentaire. Plusieurs auteurs admettent qu'il n'y a point de placenta maternel dans l'espèce humaine, et supposent qu'il n'existe entre la matrice et le placenta fœtal que la simple interposition d'une lame extrêmement mince qui ne serait en quelque sorte qu'un simple moyen de protection contre le contact trop immédiat de l'œuf. Mais l'observation directe ne confirme point cette opinion. M. Coste a vu, sur la matrice de trois femmes mortes à diverses époques de la gestation, une disposition tout à fait conforme à la description que Hunter a donnée des sinus placentaires. Il a pu constater aussi que les innombrables vaisseaux qui vont de l'utérus au placenta fœtal sont toujours portés par la caduque utérine qui se prolonge dans la totalité de ce dernier, et dont la substance, en quelque sorte hypertrophiée, occupe toute l'épaisseur et mêle aux villosités fœtales du chorion un véritable placenta maternel enrichi du plus abondant réseau que l'on puisse imaginer. Il résulte des recherches de l'auteur:

1° Que la caduque utérine constitue, avec la membrane qui tapisse la face externe du placenta et en pénètre toute l'épaisseur, une seule et même chose, puisque ces deux parties sont la continuation directe l'une de l'autre, et que le même appareil vasculaire forme dans leurs parois un système spécial tout à fait caractéristique, donnant à leur ensemble, pour ainsi dire, une sorte d'individualité.

2° Que, dès lors, la membrane caduque utérine, se trouvant exister tout aussi bien entre le placenta et la matrice que partout ailleurs, forme par conséquent autour de l'œuf une tunique complète qui l'enveloppe de toutes parts.

3° Qu'elle constitue, au milieu des villosités choriales, une trame à sinus sanguins, qui contribue à former le placenta, puisqu'elle maintient ces villosités réunies en bloc, sous forme de gâteau; et que, par suite, il faut admettre l'existence d'un placenta maternel, car la portion de la caduque qui le constitue tient à la matrice par continuité de tissu et prolonge les vaisseaux de la mère jusqu'à la face fœtale de ce même placenta.

PÉRIODICITÉ DES FIÈVRES INTERMITTENTES.

M. Audouard lit un mémoire ayant pour titre: De la périodicité des fièvres intermittentes.

Commissaires: MM. Magendie, Serres et Breschet.

ÉLECTION DE L'ACADÉMIE.

M. Piorry se présente comme candidat à la place vacante dans la section de médecine et de chirurgie par la mort de M. Double, et fait en même temps hommage à l'Académie du traité qu'il vient de publier sur les maladies du cœur et des vaisseaux.

— M. Ricord envoie à l'Académie la quatrième livraison de sa Clinique iconographique de l'hôpital des Vénériens.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 26 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. FOUQUIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

— M. le Président annonce à l'Académie la mort de deux de ses membres, MM. Pelletier et Edwards.

FIÈVRE JAUNE.

M. Chervin fait un rapport sur un mémoire de M. le docteur Rufz, consacré à la description de la fièvre jaune qui a régné à la Martinique pendant les années 1838 et 1839. Cette lecture sera continuée à la prochaine séance.

M. Thomas lit un mémoire sur l'épidémie de fièvre jaune qui a régné à la Nouvelle-Orléans durant l'automne de 1841. Dans ce mémoire, l'auteur se pose franchement en adversaire de la contagion.

HISTOIRE DE L'ANATOMIE ET DE LA PHYSIOLOGIE.

M. Malgaigne continue sa lecture sur l'anatomie et la physiologie d'Homère.

TUMEUR DE LA GRANDE LÈVRE.

M. Denonvilliers met sous les yeux de l'Académie une tumeur qu'il a récemment enlevée sur la grande lèvre d'une jeune fille. Cette tumeur a actuellement perdu beaucoup de son volume primitif; mais sur le vivant elle offrait des dimensions considérables. Une sensation de fluctuation que le palper y faisait percevoir avait donné naissance à quelques doutes sur sa nature, et l'on avait hésité entre un kyste et une dégénérescence analogue à l'éléphantiasis des Arabes. Cette dernière opinion fut cependant celle à laquelle on s'arrêta; et pour prévenir le développement extraordinaire que prennent quelquefois les tumeurs de ce genre, on résolut d'en faire l'ablation. La dissection a vérifié la justesse du diagnostic. La plaie s'est réunie par première intention et la malade est aujourd'hui guérie. La grande lèvre du côté opposé présente un commencement de tuméfaction semblable à celle-ci.

CORPS ÉTRANGER CONTENU DANS UNE HERNIE.

M. Denonvilliers présente encore les pièces provenant de l'autopsie d'un vieillard de 70 ans, mort, il y a huit jours, à la suite d'une opération de hernie crurale étranglée. La hernie s'était étranglée en même temps qu'elle avait paru pour la première fois, car le malade n'en avait jamais eu auparavant. Lorsqu'on l'opéra, la tumeur était rouge, douloureuse, absolument irréductible; le pouls petit et fréquent, le faciès misérable, etc. A l'autopsie, on trouva que l'anse herniée appartenait à l'intestin grêle; elle contenait un petit corps qu'on reconnut être une cerise à l'eau-de-vie. Quelle a été l'influence de ce corps étranger sur la production de la hernie? Il est difficile de le déterminer d'une manière précise. On peut du moins dire qu'elle a été des plus fâcheuses relativement aux suites de l'opération, car il existait aux parois de l'intestin une très petite perforation à l'endroit où il était en contact avec ce corps. Du reste, le péritoine offrait les traces d'une inflammation déjà assez avancée, mais il n'y avait pas d'épanchement stercoral.

LUXATION DES DEUX PREMIÈRES PIÈCES DU STERNUM.

M. Pacha présente un jeune homme chez lequel un éboulement a déterminé la luxation de la seconde pièce du sternum en haut et en avant de la première. Le sujet est aujourd'hui guéri des suites de l'accident, mais le déplacement persiste de manière à mettre la lésion tout à fait hors de doute.

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

BIBLIOGRAPHIE.

RECHERCHES SUR LES ABCÈS MULTIPLES ET SUR LES ACCIDENS QU'AMÈNE LA PRÉSENCE DU PUS DANS LE SYSTÈME VASCULAIRE, SUIVIES DE QUELQUES REMARQUES SUR LES ALTÉRATIONS DU SANG; par M. Félix d'Arcet. (Thèse de Paris, 1842.)

Parmi les travaux publiés sur l'histoire de l'infection purulente, la plupart ont été conçus dans l'unique but d'expliquer comment le pus est introduit dans le système circulatoire. Mais les effets de ce mélange, la nature de l'influence qu'il exerce sur la composition du sang, la raison du trouble qu'il imprime aux grandes fonctions de l'organisme, voilà des questions d'un intérêt non moins pressant. Si elles sont un peu négligées, de nos jours, si le nombre et le caractère des travaux qu'elles inspirent ne paraissent pas tout à fait en rapport avec leur importance, c'est précisément parce qu'elles exigent des connaissances plus spéciales, plus positives que les recherches d'étiologie éloignée, et que, pour avoir le droit de donner son opinion à ce sujet, il ne suffit pas de savoir disserter plus ou moins doctement sur les maladies locales ou générales, sur l'humorisme, le solidisme ou le vitalisme. En choisissant pour objet de sa dissertation inaugurale ce problème si difficile, et dont l'étendue est celle de la médecine elle-même, M. d'Arcet en connaissait toute l'immen-

sité. Mais, bien que sa position personnelle lui permît plus qu'à tout autre d'utiliser les découvertes de la chimie moderne, il ne s'est pas laissé fasciner aux séduisantes promesses de cette science si prestigieuse par sa simplicité. Non content de bien préciser la question, il n'a pas craint d'avouer qu'il ne prétendait point en livrer une solution définitive et irrévocable; enfin, il a eu le bon esprit, dans un sujet gros déjà de tant de controverses, de faire trève aux considérations de pur raisonnement, et d'apporter à l'appui de ses idées des analyses chimiques et des expériences sur les animaux. Commençons donc par le féliciter sur le choix de sa méthode; l'exposition des résultats qu'elle lui a donnés va justifier et compléter tout à la fois ces premiers éloges.

Le point de départ de M. d'Arcet était naturellement l'étude des altérations que le pus éprouve au contact de l'air ou du gaz oxigène. Ces altérations sont de deux ordres. Du pus étant placé dans ces conditions, on voit ses globules s'agglomérer, se réunir plusieurs ensemble; en outre, ils se forment en membranes couenneuses, plastiques, analogues à la couenne inflammatoire du sang; puis bientôt cette couche amorphe surnage, la liqueur sous-jacente ne s'éclaircit pas, et, en continuant l'action de l'oxigène, la décomposition putride s'empare de tout, sans cependant faire rentrer en dissolution l'espèce de fausse membrane qui s'en était séparée. La matière purulente exposée à l'air a donc subi deux modifications profondes. D'un côté, et *mécaniquement*, elle est devenue un corps insoluble, inerte, granulé, dont la ténuité n'est plus assez grande pour circuler avec le sang, et qui a perdu son volume *capillaire* pour en revêtir un autre qui l'exclut des dernières ramifications vasculaires. De l'autre, et au point de vue *chimique*, le contact du pus avec l'air détermine la production d'un liquide noirâtre, putride, exhalant une odeur d'une fétidité extrême, analogue à celle de la sanie des cadavres en putréfaction complète, imprégné de matières animales. M. d'Arcet n'ose pas rapporter ce liquide, ainsi que l'a fait M. Bonnet de Lyon, à l'hydrogène sulfuré ni à l'hydro-sulfate d'ammoniaque; car il contient autre chose que des composés inorganiques. Pour lui, cette matière paraît analogue à celles qui constituent certains miasmes et les exhalaisons cadavériques, vapeurs organiques inconnues dans leur essence, connues dans leur effet.

On conçoit aisément que la pénétration dans l'organisme d'un semblable liquide et son mélange au sang doivent amener des accidens plus ou moins graves, plus ou moins rapides. C'est ce que M. d'Arcet a prouvé par des expériences directes sur des animaux. Ces expériences se divisent naturellement en trois ordres, suivant la nature du liquide qui a servi à l'injection.

1° Expériences avec le premier produit de la décomposition spontanée du pus. Si, après avoir exposé du pus au contact du gaz oxygène pendant quelques jours, on le lave avec soin pour le débarrasser du sérum, d'abord à l'eau pure et par décantation, puis légèrement chlorurée, et enfin à l'eau ordinaire, et qu'on l'injecte ensuite dans les veines jugulaires d'un chien ou d'un lapin, on observe des phénomènes variés qui ne paraissent devoir s'expliquer que par les quantités différentes de matière employée. En effet, souvent les animaux sont tués immédiatement; tantôt après quelques instans de syncope et d'inertie, ils se relèvent, demeurent pendant un temps plus ou moins long dans la prostration et la faiblesse, puis se rétablissent entièrement; tantôt l'abattement augmente, le pouls est vif et dur, la respiration précipitée, et l'animal succombe au bout de 50 heures environ, dans un état comme asphyxique. Dans ce dernier cas, le poumon présente des phlyctènes, avec ecchymoses sous-pleurales, pénétrant dans le parenchyme, et ayant pour centre un noyau fortement hépatisé. Deux fois seulement l'auteur a trouvé au centre de quelques-unes des ecchymoses un noyau circonscrit, offrant une identité parfaite avec les abcès pulmonaires multiples chez l'homme.

2° Expériences avec le second produit de la décomposition spontanée du pus. Du pus ayant été laissé en contact avec l'air jusqu'à ce qu'il se soit développé en lui des qualités putrides, on le filtre et on obtient une sérosité jaunâtre, alcaline, noircissant l'argent, qui contient évidemment des composés sulfurés, mais ne paraît leur devoir qu'une partie de ses propriétés toxiques, puisque, après avoir été agitée avec de la litharge, elle a cessé d'en contenir, sans cesser de produire des effets mortels. Les vertus délétères de ce liquide seraient, d'après l'auteur, dues à un composé organique, miasmatique, volatil, probablement analogue au ferment, azoté comme lui, comme lui presque organisé, et jouissant de la propriété de continuer sur le sang l'action initiale engagée par son mélange avec lui. La continuité et la gravité lentement progressive de ses effets sur l'organisme déposent en faveur de cette analogie avec le ferment.

Ce liquide a été injecté sur plusieurs chiens, à la dose de 5 à 10 grammes. Voilà en somme les résultats obtenus. « Si nous résumons, dit M. d'Arcet, l'ordre suivant lequel se manifestent les symptômes, nous voyons le hoquet, les vomissemens, la diarrhée, le frisson, la fièvre, la dyspnée ouvrir la scène; puis leur succèdent l'adynamie la plus marquée, l'abattement, la stupeur, les évacuations urinaires et alvines involontaires, l'aspect blafard des membranes muqueuses, différentes hémorragies, les douleurs abdominales, la prostration la plus absolue, puis enfin la mort, tantôt calme, tantôt précédée de véritables convulsions, ou de simples frémissemens musculaires. »

L'autopsie montre les poumons violets, engoués, durcis, couverts de petites ecchymoses sous pleurales et intra-lobulaires; des ecchymoses semblables existent sur la rate, le foie et les intestins. Le sang est liquide, noirâtre, comme huileux ou poisseux, et contient des grumeaux qui s'écrasent entre les doigts, sans donner la sensation de la fibrine.

3° Expériences avec le pus en nature et non altéré. Le plus souvent, l'injection du pus en nature dans les veines des animaux n'a produit que les symptômes et les lésions anatomiques semblables à ceux décrits dans la seconde série d'expériences. Deux fois seulement, sur 11 ou 12 faits de cet ordre, M. d'Arcet est parvenu à obtenir dans le poumon de petites collections purulentes isolées, ayant bien des caractères communs avec les abcès multiples proprement dits, mais en différant cependant en ce qu'elles étaient plutôt sous-pleurales que lobulaires ou intra-lobulaires. Cette non réussite peut s'expliquer par la rapidité, l'instantanéité avec laquelle le mélange du pus au sang s'opère dans une injection, tandis que, chez les amputés, par exemple, il ne se fait que goutte à goutte et dans un long espace de temps.

Abordant ensuite l'explication du mécanisme de l'infection ou diathèse purulente, M. d'Arcet fait d'abord remarquer la coïncidence qui existe entre les effets observés sur l'homme vivant et les résultats des expériences sur les animaux, qui lui sont propres. Nous venons de rapporter avec détail ces dernières; d'un autre côté, tout le monde connaît le tableau clinique des altérations qui appartiennent à l'infection purulente des opérés. Nous n'avons donc point à nous prononcer ici sur la valeur de cet argument de M. d'Arcet, et tout lecteur sera à même de juger de la légitimité du rapprochement qui lui sert de base. Comme on le prévoit bien, du reste, l'interprétation des phénomènes morbides est on ne peut plus facile dans cette théorie. Au moment où le pus transporté dans les poumons s'y trouve mis en présence de l'oxigène, des changemens importans s'opèrent en lui, non pas physiologiques et vitaux, mais purement physiques. Les élémens se séparent en deux parties : les globules, en absorbant l'oxigène, augmenteront de volume par leur réunion, et deviendront des corps incapables de traverser les capillaires, dont ils devront alors obstruer le calibre, à la manière du mercure, de l'or, du charbon, et ils amèneront ainsi la série des altérations qu'on remarque à la suite de l'introduction de ces corps dans la circulation. La partie liquide, sous les mêmes influences, contractera des propriétés putrides qui détermineront les accidens énumérés et décrits plus haut, accidens tout à-fait identiques avec ceux qu'amène la circulation simultanée du sang et des matières putrides.

En résumé, on peut conclure de cet ensemble de faits que les désordres qui constituent l'infection purulente sont complexes et se rangent sous deux ordres principaux :

A. Une maladie des voies respiratoires, hépatiques ou autres, une inflammation enfin locale et mécanique des différens organes dont la trame capillaire a été embarrassée par les principes insolubles et pulvérulens développés dans le pus sous l'influence de l'oxygène ou de l'air, et n'entraînant à sa suite, comme symptômes généraux, que ceux des phlegmasies franches du même organe.

B. Un empoisonnement comme miasmatique, causé par l'absorption et la circulation de quelques principes du pus lui-même devenu putride, agissant sur le sang d'une manière spéciale et amenant des accidens graves, généraux, surtout caractérisés par l'adynamie et rentrant dans la classe des affections profondes où tout l'organisme est violemment ébranlé, telles que la peste, la fièvre typhoïde, le purpura, le charbon, la morve, toutes maladies que les anciens appelaient putrides, tant leur caractère spécial les avait vivement frappés.

Les recherches auxquelles M. d'Arcet s'est livré sur les affections caractérisées par la présence du pus l'ont conduit à quelques observations importantes, quoique n'ayant avec sa théorie qu'un rapport moins direct. C'est ainsi qu'il a constaté la présence de l'albumine dans les urines des malades chez lesquels des collections purulentes sont en voie de résorption spontanée. Ce phénomène n'a rien que de naturel, et n'infirme en aucun point l'explication donnée ci-dessus de l'infection purulente. Il dénote en effet seulement le passage de la sérosité du pus dans le sang. Or, l'on comprend très bien comment la partie la plus liquide de ce fluide morbide, après avoir filtré à travers la membrane pyogénique du foyer

local, peut parcourir ainsi l'arbre circulatoire tout entier, sans obstacle, et sans donner lieu aux accidens que détermine au contraire la présence du pus en nature.

Un problème capital restait encore à discuter; dans l'infection purulente, l'altération du sang est-elle primitive, est-elle secondaire? Sans prétendre le résoudre, sans se départir ici de cette sage réserve qui forme l'un des plus heureux caractères de son esprit scientifique, M. d'Arcet se déclare pour la première solution, et l'appuie de quelques considérations fort justes, à notre avis. Si ce n'était pas sur le sang, dit-il, que portent de prime abord les effets de l'intoxication purulente, concevrait-on que les phénomènes morbides qui la constituent fissent éruption avec une telle instantanéité? Les résultats des injections de pus dans le sang, reproduction fidèle des troubles observés sur l'homme, dans le cas de diathèse purulente, ne prouvent-ils pas que des effets semblables doivent être rapportés à une cause identique? D'un autre côté, le rôle que joue le sang dans les inflammations est un des faits de médecine les plus incontestables. On sait que la ligature du tronc artériel principal est le meilleur moyen d'enrayer les phlegmasies qui ont leur siége dans le membre soumis à cette opération. Les organes les plus abondamment pourvus de liquides sont aussi les plus sujets aux phlegmasies, comme le prouve un tableau comparatif dressé par l'auteur; et, même dans chaque organe, les parties où prédomine le système sanguin offrent les plus fréquens exemples de maladies inflammatoires; le tissu des extrémités des os en est une preuve. Tout concourt donc à établir la vérité de ce principe qu'émet M. d'Arcet, et qui est à la fois le point de départ et la confirmation de ses idées : *l'élément inflammatoire est exactement proportionnel à l'élément vasculaire.*

VARIÉTÉS

AU RÉDACTEUR.

Monsieur,

La sanction donnée par l'Académie de médecine au projet de M. le docteur Louis témoigne à la fois de son importance et de son opportunité. Toutefois, il est à regretter que, dans la savante discussion à laquelle il a donné lieu, on n'ait pas rappelé le nom d'un homme mort, il est vrai, depuis une centaine d'années, le docteur Radcliffe, qui, dans le nombre des legs faits par lui pour l'avancement de la médecine et le bien de l'humanité, institua une rente de 600 livres sterling, destinée à faire voyager pendant dix ans, dont cinq au moins dans les pays étrangers, deux jeunes médecins dont le choix avait été laissé à l'Université d'Oxford, dans laquelle Radcliffe avait fait ses études. Je ne sais si cet état de choses dura longtemps, mais il existait encore en 1785, époque à laquelle notre compatriote Vigarous de Montagut fit connaître à la France l'institution Radcliffe, en cherchant à en faire apprécier l'utilité. Notre confrère remarquait, à cette occasion, que les grands médecins, dans l'antiquité, ont voyagé; que les Anglais, parmi les modernes, ont été les premiers à suivre cet exemple; que les Allemands, les Suédois, les Danois, étaient, après eux, ceux qui voyageaient le plus; que les Russes commençaient à voyager aussi; que quelques Espagnols et quelques Italiens sortaient de leur pays, et que les médecins français, à qui les voyages ne devaient pas être moins utiles qu'à ceux des autres nations, ne pouvaient être *les seuls qui voulussent rester constamment attachés à leurs foyers* Il terminait en disant, parlant du généreux médecin anglais : « Sa nation lui doit de la reconnaissance, et nous un tribut d'éloges et le courage de l'imiter. ... » Je renvoie, pour plus de détails sur l'institution Radcliffe, à l'avertissement mis par le docteur Montagut à la tête de la traduction qu'il a donnée des RECHERCHES SUR L'ORIGINE ET LE SIÉGE DU SCORBUT ET DES FIÈVRES PUTRIDES, par Milmen, l'un des médecins voyageurs du docteur Radcliffe, et dont le nom, toujours cité avec éloges, dépose du bon choix qu'avait fait en lui la célèbre Université d'Oxford.

Il faut bien le reconnaître, et les relations des voyageurs le prouvent chaque jour davantage, la science médicale est loin d'être faite; elle n'existe réellement, avec toutes ses imperfections, tous ses *desirata*, que pour l'Europe, et l'on ne saurait dire à quels résultats conduiraient l'établissement et le contrôle, l'un par l'autre, de tous les faits de médecine offerts par l'homme sur les différens points où il existe. Il serait permis de l'espérer, sur une plus grande échelle, adoptée par tous les gouvernemens, du moins par ceux qui, par leur importance, se trouvent en quelque sorte à la tête de la civilisation, l'institution Radcliffe deviendrait un jour, pour la médecine, ce que celle de Linnée devint pour l'histoire naturelle, qui n'a été réunie en corps de science que par suite des explorations que l'illustre naturaliste fit entreprendre sur différens points du globe.

Félicitons-nous-en, Monsieur et très honoré confrère, grâce à M. le docteur Louis, le vœu exprimé il y a près d'un demi-siècle par le docteur Montagut a été enfin répété chez nous; il a été accueilli par la science; espérons qu'il le sera aussi par l'autorité, par le gouvernement.

Agréez, etc.

Dr GUYON.

Alger, 18 avril 1842.

— La chirurgie française vient de perdre une de ses plus grandes illustrations. M. le baron Larrey, ancien chirurgien en chef de l'armée d'Égypte, inspecteur-général du service de santé, membre du conseil supérieur de santé, membre des Académies royales des sciences et de médecine, est mort à Lyon, le 25 de ce mois, à l'âge de 76 ans. Son corps sera transporté à Paris par les soins de son fils, M. Hippolyte Larrey, qui l'avait accompagné en Afrique.

—M. Pelletier, professeur à l'école de pharmacie, membre des Académies royales des sciences et de médecine, a succombé à la longue et douloureuse maladie dont il était atteint et contre laquelle tous les moyens de l'art sont restés impuissans. Ses obsèques ont eu lieu le 22 de ce mois à l'église Saint-Germain-des-Prés. Un grand nombre de médecins et de pharmaciens lui ont rendu les derniers honneurs. M. Pelletier, par ses recherches, faites en commun avec M. Caventou sur les alcalis végétaux, avait rendu de très grands services à la science et à l'humanité. C'était un homme d'un jugement droit et sûr et d'un cœur excellent. Il emporte les regrets de tous.

— Pour paraître en novembre 1842, à la librairie de Méquignon-Marvis, rue de l'Ecole-de-Médecine, 3,

PETIT ATLAS COMPLET D'ANATOMIE DESCRIPTIVE DU CORPS HUMAIN; par A. L. J. BAYLE.

Cet atlas, format grand in-18 anglais, sera entièrement esquissé avec le diagraphe Gavard dessiné d'après nature sur des pièces anatomiques préparées exprès et gravées sur acier avec le plus grand soin.

Il se composera de 100 planches contenant environ 600 figures et un texte explicatif et raisonné en regard de chaque planche.

Il y aura des exemplaires retouchés en couleur d'après nature.

— TRAITÉ PRATIQUE ET THÉORIQUE D'ANATOMIE COMPARATIVE comprenant l'art de disséquer les animaux de toutes les classes et les moyens de conserver les pièces anatomiques; par HERCULE KRAUS DURCKEIM. — 2 vol. in-8, avec planches gravés. Prix broché: 13 fr.

— RECHERCHES PHYSIOLOGIQUES ET CLINIQUES SUR LE LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN OU CÉRÉBRO SPINAL; par F. MAGENDIE, membre de l'Institut et de l'Académie royale de médecine, etc. —Un vol. in-4°, avec atlas grand in-f°. Prix br., 15 fr.

Ces deux ouvrages se trouvent à la librairie de Méquignon-Marvis fils, éditeur, éditeur, rue de l'Ecole-de-Médecine, 3.

— TRAITÉ COMPLET DES BANDAGES ET APPAREILS POUR LES FRACTURES ET LUXATIONS, AVEC L'EXPOSÉ COMPARATIF DE LA NOUVELLE MÉTHODE DE M. MAYOR POUR LES TRAITER. — Un gros volume in-8° avec un atlas de 100 planches, par MICHEL THIVET, docteur en médecine, professeur particulier d'anatomie et de déligations chirurgicales à l'école Pratique de Paris, membre de la société anatomique. Prix de l'ouvrage complet, 12 fr.

L'auteur vient de terminer cet ouvrage, dont les deux premières parties ont été analysées dans le n° du 20 février 1841. Huit cents figures et faites par l'auteur achèvent de rendre clair ce que la description seule ne peut faire. Le succès que cet ouvrage a obtenu parmi les élèves nombreux qui suivent les cours de M. Thivet et les médecins de la province, lui est un sûr garant de son utilité dans la pratique. On y trouvera l'historique des appareils inamovibles; c'est en un mot le répertoire complet de tout ce qui a été fait dans ce genre. Il convient aussi aux curés des campagnes, aux sage-femmes et aux maîtres d'établissemens qui ont si souvent besoin, en attendant l'arrivée du chirurgien, de porter des secours aux blessés.

Chez l'auteur, rue des Poitevins, n° 2, à Paris, ou chez J.-B. Baillière, libraire rue de l'Ecole de Médecine, n° 17, à Paris.

— HISTOIRE DU SOMNAMBULISME CHEZ TOUS LES PEUPLES, sous les noms divers d'extases, songes, oracles et visions; examen des doctrines théoriques et philosophiques de l'antiquité et des temps modernes, sur ses causes, ses effets, ses abus, ses avantages et l'utilité de son concours avec la médecine; suivie d'une lettre à SA SAINTETÉ LE PAPE GRÉGOIRE XVI; par AUB. GAUTHIER, auteur de l'INTRODUCTION AU MAGNÉTISME, encouragée par SA MAJESTÉ et M. le ministre de l'instruction publique. — Deux volumes in-8°. Prix : 10 fr.

Chez Félix Malteste et comp., imprimeur-éditeur, 18, rue des Deux-Portes-St-Sauveur.
Germer-Baillière, libraire, 17, rue de l'Ecole-de-Médecine.
Dentu, libraire, 13, galerie d'Orléans.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 32. (TOME X. — 1842.) SAMEDI 6 AOUT 1842.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des Hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis ; chaque numéro est composé de 18 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 8 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

CONSTITUTION MÉDICALE.

DE L'ÉTAT SANITAIRE DE PARIS PENDANT LES SIX PREMIERS MOIS DE L'ANNÉE 1842 ; REMARQUES SUR LA CONSTITUTION MÉDICALE ACTUELLE, SUR LES MALADIES RÉGNANTES ET SPÉCIALEMENT SUR LA FIÈVRE TYPHOIDE.

Nous avons dit ailleurs (1) dans quelles heureuses conditions la santé publique s'était trouvée à Paris pendant les quatre derniers mois de l'année 1841 et nous avons fait voir par la comparaison de la mortalité des hôpitaux pendant les mêmes mois de 1840 et 1841, combien la balance était en faveur de cette dernière année. Nous avons constaté que cette faible mortalité avait coïncidé pendant quatre mois avec l'absence de toute affection dominante et même de tout caractère morbide soit épidémique soit constitutionnel; puis rapprochant cette observation de celle des conditions météorologiques, nous nous étions demandé si la température, si élevée pendant tout le mois de septembre, plus élevée même que pendant les mois de l'année qui sont ordinairement les plus chauds, et qui était restée si douce pendant les mois d'octobre, de novembre et de décembre, n'avait pas eu quelque influence sur cet état sanitaire; mais déjà nous annoncions (17 mars 1842) que ces conditions favorables s'étaient notablement modifiées par la prédominance de quelques affections qui n'offraient pas une gravité prononcée chez la plupart des sujets, mais qui, frappant un grand nombre d'individus à la fois et nécessairement des personnes débilitées soit par l'âge soit par la maladie, devraient influer sur la mortalité. On sait combien, pendant les premiers mois de 1842, cette dernière a sévi sur les vieillards et les enfans. Les chiffres suivans, empruntés aux registres des hôpitaux pour les cinq premiers mois de l'année 1842, comparés à ceux des mois correspondans de l'année 1841, nous donneront une mesure de l'accroissement de la mortalité au commencement de l'année dont nous nous occupons.

PREMIER TABLEAU.

Total des malades dans tous les hôpitaux de Paris.			Morts.
Restans au 31 décembre 1841,	5,160	....	
Reçus en janvier 1842.......	6,550	....	570
février............	6,000	....	566
mars..............	6,630	....	673
avril	6,859	....	706
mai...............	6,877	....	674
	38,175		3,189

(1) Gazette Médicale du 19 mars 1842.

Feuilleton.

LE TABLEAU DE GIRODET.

« Étudier ce tableau, fait partie des devoirs du médecin. »

(Corvisart.)

Non, la médecine n'a pas dans la hiérarchie sociale le rang qui lui est dû, il faut l'avouer avec douleur. Espérons néanmoins que les hommes comprendront enfin les bienfaits qu'ils doivent à notre profession, et ceux plus nombreux encore qu'ils pourraient en retirer. Mais, en attendant, gardons-nous d'oublier et de refuser les dédommagemens qui nous sont offerts par la reconnaissance ou le génie. Je compte hardiment au nombre de ces compensations le tableau célèbre de Girodet : *Hippocrate refusant les présens du roi de Perse.* J'ignore le sujet de celui qui fut donné par Rembrandt à son ami Nicolas Tulp (*Tulpius*), bourgmestre d'Amsterdam, tableau exposé, dit-on, dans une des salles du collége des chirurgiens de cette ville. Quant à celui de Girodet, il n'en est pas de plus connu et de plus heureusement choisi ; aussi le temps, l'admiration, l'ont-ils consacré chef-d'œuvre, non seulement par l'exécution, mais encore par l'idée qu'il exprime, par le sentiment qui l'a fait produire. La médecine devrait avoir son livre d'or pour écrire sur sa plus belle page la date de l'apparition de ce magnifique tableau.

On le sait, après la mort du père de Girodet, le docteur Trioson, de Montargis, prit soin du jeune orphelin ; il étudia ses goûts, il devina son génie, il lui ouvrit la carrière où ce grand artiste a marché depuis si glorieusement. Ce tableau de l'Hippocrate porte la date de Rome, 1792; l'auteur avait alors 23 ans, et it en fit hommage à son père adoptif. Celui-ci, après l'avoir religieusement conservé pendant longues années, ordonna par son testament qu'il fût remis à la Faculté de médecine de Paris où il est maintenant exposé dans la salle du conseil, véritable musée digne d'être étudié sous bien des rapports. Seulement il est fâcheux qu'aucune inscription ne rende hommage à la mémoire du testateur; de pareils dons méritent bien qu'on en témoigne publiquement sa gratitude.

Ce tableau, comme on le voit, n'est pas le résultat d'une recherche ingénieuse, d'une imitation plus ou moins hardie ; il a jailli comme l'expression de la reconnaissance, de ce sentiment qui émane de la plénitude de l'ame. Certes, Girodet, plus que Greuze, aurait pu dire, en se servant d'une expression maniérée et pourtant juste : *J'ai trempé mes pinceaux dans mon cœur.* Aussi en voyant ce tableau, est-ce la première pensée qui frappe l'esprit et dispose à une certaine émotion; la leçon morale n'en est que plus pénétrante. Quel est, en effet, le médecin d'un esprit cultivé, d'une ame tant soit peu élevée, qui ne reconnaisse tout à la fois dans cette production, une des plus belle actions d'Hippocrate, connue de toute la Grèce, que Plutarque ne pouvait oublier, et un avertissement continuel, une

Un mort sur 11 malades, $\frac{1}{2}$ ou environ 12. Proportion bien différente de celle fournie par le résultat des quatre mois précédens où la moyenne était de 1 mort sur près de 16 malades. Nous devons faire remarquer qu'en même temps que la mortalité augmentait, le nombre des malades offrait aussi un accroissement considérable, car la moyenne des malades reçus pendant chacun des quatre mois de l'année 1841 qui n'était que de 5,834, s'est élevée, pendant les cinq premiers mois de 1842, à 6,603.

Si nous comparons le résultat de ces mêmes mois avec celui des mois correspondans de 1841, nous trouverons la même défaveur, mais moins prononcée.

DEUXIÈME TABLEAU.

	Total des malades reçus dans tous les hôpitaux de Paris.	Morts.
Restans au 31 décembre 1840....	5,430	
Reçus en janvier 1841..........	6,290	593
février..............	5,772	539
mars..............	6,689	632
avril..............	6,503	664
mai..............	6,931	659
Total....	37,615	3 087

Un mort sur plus de 12 malades.

Si maintenant nous jetons les yeux sur les résultats fournis par les hospices où sont les enfans et les vieillards, sur lesquels les influences atmosphériques ont bien plus d'action que sur les adultes, nous reconnaîtrons encore que non seulement les cinq premiers mois de l'année 1842 ont été beaucoup moins favorables que les quatre derniers de 1841, mais encore que, comparés aux cinq mois correspondans de l'année précédente, ils offrent une infériorité prononcée.

TROISIÈME TABLEAU.

	Total des vieillards ou enfans-trouvés des hospices de Paris en 1842.	Morts.
Restans au 31 décembre 1841....	10,070	
Reçus en janvier 1842..........	974	332
février..............	936	275
mars..............	1,099	309
avril..............	1,085	337
mai..............	980	382
Total....	15,144	1,635

Ou 1 mort sur plus de 9 vieillards ou enfans.

QUATRIÈME TABLEAU.

	Total des vieillards et enfans-trouvés des hospices de Paris en 1841.	Morts.
Restans au 31 décembre 1840....	10,502	
Reçus en janvier 1841..........	869	331
février..............	954	267
mars..............	1,090	266
avril..............	952	344
mai..............	967	190
Total....	15,334	1,407

Ou un mort sur près de 11 enfans ou vieillards.

Voici le chiffre des morts qui ont eu lieu dans les mêmes hospices pendant les quatre derniers mois de 1840 et 1841 :

Total des vieillards et enfans pendant les mois de septembre, octobre, novembre et décembre 1840........ 14,110 Morts... 897

Ou un mort sur 15.

Idem, en 1841........ 14,185 Morts... 825

Ou un mort sur 17.

Double preuve de l'influence défavorable des derniers mois de l'hiver et des premiers mois du printemps, et spécialement de ceux de l'année 1842.

Examinons maintenant quelles ont été les variations de la température atmosphérique pendant les cinq mois dont la mortalité a été un peu différente, si on les compare l'un à l'autre sous ce point de vue.

CINQUIÈME TABLEAU.

	JANVIER.				FÉVRIER.			
		Maximum.		Minimum.		Maximum.		Minimum.
Moyenne du 1er au 10..	+	2,0	+	5,7	+	6,2	+	0,3
— 11 au 20..	+	1,1	+	2,9	+	7,3	+	0,6
— 21 au 31..	+	2,9	+	0,8	+	10,5	+	3,3
Moyenne du mois......	+	1,10	+	2,8	+	8,3	+	1,4

	MARS.				AVRIL.			
		Maximum.		Minimum.		Maximum.		Minimum.
Moyenne du 1er au 10..	+	14,1	+	5,2	+	9,0	+	2,4
— 11 au 20..	+	12,8	+	4,8	+	12,1	+	2,0
— 21 au 31..	+	10,0	+	3,8	+	24,0	+	10,9
Moyenne du mois......	+	12,3	+	4,6	+	15,3	+	4,1

	MAI.				JUIN.			
		Maximum.		Minimum.		Maximum.		Minimum.
Moyenne du 1er au 10..	+	18,7	+	8,5	+	26,1	+	13,1
— 11 au 20..	+	19,8	+	8,9	+	27,8	+	16,0
— 21 au 30..	+	21,5	+	9,8	+	25,5	+	13,7
Moyenne du mois......	+	19,7	+	8,7	+	26,5	+	14,3

Il serait intéressant de comparer la mortalité de chacun des mois dans les hôpitaux, puis dans les hospices, avec l'élévation ou l'abaissement de la température pendant ces mêmes mois ; mais il y a tant d'influences qui

---

admirable règle de conduite? Toutefois ce tableau exige d'être bien connu si l'on veut en apprécier la beauté artistique et morale. Y jeter un coup d'œil superficiel, en reléguer la gravure dans un coin de son cabinet, comme un simple meuble, sans l'étudier, sans la contempler chaque jour, n'appartient qu'à un esprit inculte, à un barbare tout à fait étranger aux arts et à la grandeur de la médecine. Comment! vous ne savez pas que ce tableau est un monument élevé à la gloire de notre profession, que c'est un chef-d'œuvre où l'admiration continuellement activée embrasse à la fois la conception et l'exécution, l'ensemble et les détails? Ignorez-vous que Girodet a traité son sujet en peintre, en poète, en philosophe, que jamais peut-être la science et le sentiment, le talent et la grâce ne s'étaient montrés dans une fusion aussi intime, dans un accord aussi complet?

Que voulez-vous? me répond l'homme au sang glacé, au pouls tranquille, je ne suis ni peintre ni *connaisseur*.... Il s'agit bien vraiment d'être connaisseur; il ne faut que voir, regarder attentivement, sentir et réfléchir. Est-il indispensable de connaître les principes de l'art, les règles de l'*écorché*? Faut-il se livrer à la recherche subtile du point qui sépare le trop du trop peu de beauté; connaître ce qui est conforme à l'archétype du beau en essence, au *to kalon*? Est-il besoin de ce fanatisme de commande, de cet enthousiasme froidement outré de quelques amateurs à goût appris pour admirer un tableau? Non vraiment. S'il en était ainsi, malheur aux arts et à ceux qui les cultivent. Quintilien dit avec cet esprit de justesse qui le caractérise : *Docti rationem artis intelligunt, indocti voluptatem* (lib. IX, 4). Or, que signifie ce mot profond : *voluptatem*? évidemment la forte impression que fait sur votre esprit le tableau que vous contemplez. Que faut-il pour cela? une éducation soignée, l'amour de l'art, une sensibilité vive et délicate, un coup d'œil tant soit peu exercé, enfin quelque chose de ce feu intérieur dont un homme de sens et de cœur n'est jamais dépourvu. Ainsi l'élévation de la pensée, le choix et les convenances du sujet, l'harmonie de la composition, le mouvement, le drame, seront toujours saisis et appréciés par quiconque n'a tenu un pinceau de sa vie. Voici une autre règle. Examinez si le tableau qui est devant vos yeux et dont il faut se pénétrer éveille en vous des idées de grandeur et de vertu, de noblesse et de fierté, d'épouvante et de terreur; s'il inspire les bonnes actions, les nobles pensées, le désir de s'élever au dessus du niveau commun, le mépris des bassesses lucratives, s'il fait préférer le triomphe du mérite à celui de l'intrigue; si en un mot vous vous sentez saisi et frappé; s'il excite en vous une sorte d'attachement, d'émotion, d'enthousiasme, soyez certain alors que le tableau est sorti de la tête d'un homme de génie et que vous êtes *organisé* pour le juger.

Toutes ces qualités qui ne sont autres que celle du goût et d'un sentiment profond de l'art, se retrouvent dans le tableau de Girodet, sous quelque rapport qu'on l'envisage. Remarquons, en premier lieu, que le devoir d'un peintre judicieux est de ne laisser aucune incertitude sur le sujet qu'il traite. Il n'y a pas de titre à un tableau, son aspect doit en servir. Qu'un artiste s'éprenne dans son cœur d'un sujet noble et moral, ce n'est pas assez, il faut encore que ce sujet soit si clairement, si nettement exposé que personne ne s'y trompe. Certes, qui que ce soit ne s'avisera de reprocher à Girodet l'oubli de ce principe; en voyant son tableau, qui ne comprend sur le champ le but du peintre et la grandeur de l'idée qu'il a si magnifiquement exprimée? Tout y est logique, tout se déduit de la pensée première.

viennent se joindre à celle de la température, et dont il est impossible de tenir compte aussi exactement qu'on peut le faire pour cette dernière, qu'on ne pourrait tirer des inductions réellement utiles de ces résultats, lors même que ces derniers offriraient des différences entre chaque mois plus prononcées que celles qui existent réellement.

Nous avons vu (loco cit.) qu'après les froids peu rigoureux des mois de janvier et de février, durant lesquels les maladies n'avaient offert aucun caractère particulier autre que ceux des maladies qui règnent ordinairement pendant l'hiver, on avait signalé l'apparition d'un grand nombre d'affections, de formes variées, mais qui toutes se liaient à une altération de la muqueuse des voies supérieures. Ces maladies, qui s'accompagnaient de symptômes fébriles et d'un sentiment d'accablement qui complique souvent les affections d'une nature grave, furent désignées à tort par le public, et même par quelques médecins, sous le nom de *grippe*. Malgré le grand nombre de sujets qui en furent atteints, elles ont fait cependant peu de victimes, à l'exception pourtant des vieillards et des enfans, dont un grand nombre succombèrent pendant les mois de mars, avril et mai, ainsi qu'on le voit par le tableau 4, tandis que, dans les circonstances ordinaires, la mortalité des vieillards est inférieure à celle des mois plus froids.

Ces affections de la muqueuse des voies supérieures, qui offraient dans leur marche progressive quelque chose d'analogue à ce que présente l'érysipèle, qui règnait aussi en même temps, ainsi que différentes affections cutanées, ont aujourd'hui presque disparu, mais non complètement, car on en remarque encore des traces dans le cours de la plupart des affections. En effet, on observe fréquemment dans le cours de ces dernières, et plus souvent dès le début, des stomatites, des angines, des coryzas, dont quelquefois l'origine paraît remonter à une époque antérieure à celle du début de la maladie principale. Chez quelques sujets, ceux surtout chez lesquels ces affections ont été abandonnées à elles-mêmes trop tôt, la toux a persisté, et il s'est établi un catarrhe chronique que les moyens hygiéniques et les chaleurs des mois de mai et juin n'ont pu faire disparaître.

La fièvre puerpérale, qui, à la fin de 1840, et dans le courant de 1841, avait apparu avec une gravité effrayante, à plusieurs reprises, dans les salles des femmes en couches des hôpitaux, y a encore fait de nombreuses victimes pendant les cinq mois dont nous nous occupons. Les chiffres suivans, qui donnent les résultats comparatifs pour les cinq premiers mois des années 1841 et 1842, à la Maternité, nous prouvent que, de ce côté encore, l'année 1842 est loin de se trouver dans des conditions favorables, et que les variations de température sont sans influence sur le cours de cette funeste maladie.

	1842.		1841.	
	Accouchemens.	Morts.	Accouchemens.	Morts.
Janvier	329	7	310	13
Février.......	308	12	295	9
Mars.........	335	32	327	15
Avril	334	55	281	46
Mai..........	286	35	318	7
Juin	236	7	288	4
	1828	148	1819	94

Ces chiffres ne suffisent-ils pas pour motiver une enquête sur des causes qui, depuis si longtemps, provoquent chaque année, et à plusieurs reprises, des épidémies aussi meurtrières? L'utilité d'une mesure de cette nature est d'autant plus urgente que plusieurs des conditions qui semblent favoriser le développement de cette affection formidable paraissent avoir été assez étudiées aujourd'hui pour qu'on soit certain de leur action désastreuse.

Les affections cutanées ont été très nombreuses pendant les premiers mois de l'année; la variole surtout a fait de nombreuses victimes, et plus d'une fois on a vu dans les hôpitaux les malades, couchés dans des lits voisins de ceux occupés par des varioleux, contracter l'infection, bien qu'ayant été vaccinés dans leur enfance. Ici encore n'y aurait-il pas quelque mesure à prendre dans l'intérêt non seulement des pauvres malades, qui, en entrant dans un hôpital pour y être traités de quelque affection souvent légère, y sont exposés à y contracter une maladie beaucoup plus grave, mais aussi dans celui de ce beau problème de l'extinction de la variole qu'avaient projeté nos prédécesseurs, et dont l'exécution s'éloigne de plus en plus? L'épidémie de variole, qui a fait tant de ravages depuis deux ans en Angleterre, a complètement cessé à Londres; le rapport du régistraire général n'y signale plus par semaine que d'un à 4 et 5 cas de mort de cette maladie.

Depuis six semaines ou deux mois, une maladie plus grave que la variole, parce qu'elle est moins connue, plus répandue et plus difficile à diagnostiquer dans des cas assez nombreux, règne en ce moment à Paris avec une intensité égale, peut-être même supérieure à celle qu'elle y offrit en 1831; c'est de la *fièvre typhoïde* que nous parlons. Elle est très répandue, non seulement dans les hôpitaux, où plusieurs salles en sont comme encombrées, mais encore en ville, dans les classes moyennes. Cette violente récrudescence d'une maladie, qui n'a pas disparu un instant de Paris depuis qu'on l'y a étudiée avec soin, doit soulever une foule de questions d'un grand intérêt. Bornons-nous à celles qui conviennent à la nature de cet article, c'est-à-dire à celles qui se rattachent aux rapports de cette affection, à ses points de contact avec les autres maladies, à l'influence qu'ont pu exercer sur elle les conditions atmosphériques, et à l'examen de cette question, savoir : si elle est sous l'influence d'une constitution générale très prononcée, ou si elle se présente sous la forme d'une épidémie isolée, sans rapports directs avec les autres affections régnantes.

Il est peu de personnes qui, en remarquant que la fièvre typhoïde s'est répandue presque tout à coup sous l'influence de la température élevée et sèche qui règne à Paris depuis plus de quatre mois, n'aient été disposées à l'attribuer à cette circonstance. Mais ceux qui ont conservé le souvenir de quelques autres épidémies de la même maladie se rappelleront que ce n'est pas toujours dans les temps chauds qu'elle s'est développée, et que le froid n'a jamais paru en arrêter le développement. Cependant, comme on ne trouve, ni dans la détresse des classes inférieures, ni dans la mauvaise qualité ou le prix élevé des alimens aucune des causes générales auxquelles on a attribué avec quelque apparence de raison les grandes épidémies de ces fièvres, nous devons nous borner à dire que rien ne démontre que la chaleur sèche et élevée que nous avons depuis quatre à cinq mois ait eu une influence certaine sur la production de la fièvre typhoïde.

Les partisans de la contagion de cette affection grave pourraient, il est

---

L'unité de composition est aussi une des grandes qualités d'un tableau; on l'exige avec raison dans tous les arts, mais particulièrement dans ceux qui représentent les actions humaines. Cette unité augmente l'intérêt, car celui-ci est comme la lumière, il s'affaiblit dès qu'il est divisé. Dans le tableau, objet de cette étude, tout ne tend-il pas au même but, à une intention finale et noble, *le refus d'Hippocrate*? le spectateur ne s'y méprend pas un instant. Ici le nombre des personnages n'altère en rien cette précieuse unité; loin de là, elle l'aide et la complète. En effet, de ces personnages, il n'y en a pas un de trop et d'inutile, pas un qu'on pût exclure. Ainsi tous concourent à l'action et à l'unité d'action, et cependant leur air, leur physionomie, leur attitude, leur ajustement, leur âge, leur condition diffèrent, leur individualité existe, on la reconnaît. C'est là, comme on sait, un des plus rares, mais aussi un des plus difficiles secrets de la peinture. Le grand mérite de la composition consiste dans la variété et l'enchaînement des objets, ils doivent être liés entre eux, pourtant distincts les uns des autres, et par dessus tout, qu'ils soient pénétrés de cette ame, de cet esprit de vie qui imprime aux ouvrages le sceau de l'immortalité. Qu'est-ce dans certains cas qu'un tableau chef-d'œuvre? pas autre chose qu'un sentiment intime, une pensée profonde longtemps mûrie dans l'intelligence et qui a fait explosion. Or, qui refuserait ces qualités au tableau de Girodet, ne le connaît pas, ne le comprend pas, ne le comprendra jamais.

Dès son apparition, l'ouvrage du jeune peintre fut admiré et hautement placé dans l'opinion publique; on reconnut qu'il y avait là le pinceau d'un maître. Cependant la critique ne perdit pas ses droits; et maintenant qu'une autre école a prédominé, quelques personnes affectent un complet dédain pour le tableau dont il s'agit. Il ne faut pas s'en étonner; l'homme de génie est tout à la fois de son temps et hors de son temps, Girodet en est un exemple. Sa manière est large, hardie et pourtant austère; à son époque, l'école de David dont il fut l'élève était la seule acceptée en France; cette école fut puissante et son esprit dominait les artistes. Aussi les personnages de l'Hippocrate ont-ils la pose un peu raide et académique; le dessin est hardi, fortement prononcé, mais il y a de la sécheresse. De plus, la jambe gauche d'Hippocrate est démesurément longue, défaut corrigé depuis dans la gravure. Le gris terreux du tableau, auquel on a substitué depuis des couleurs passablement heurtées, le clair-obscur incertain, peu ménagé, furent également reprochés au jeune artiste; ce n'est pas là, en effet, la vive couleur de l'école vénitienne. Girodet, malgré son irritabilité artistique, avouait lui-même une partie de ses défauts; à l'entendre, ce tableau n'était que le travail d'un jeune initié. Mais qui ne reconnaît à ce langage, la modeste bêtise d'un homme de génie ou d'un homme qui fait avec adresse la part de l'envie? Eh bien! ces défauts reconnus, le tableau de l'Hippocrate n'en est pas moins une œuvre remarquable. Il est impossible de n'être pas frappé de la grandeur du sujet; de ne pas reconnaître cette force de conception, ce dessin pur et savant, cette exquise justesse des mouvemens et des proportions, l'ordonnance grande et simple du tableau, cette énergique expression des passions humaines, ce je ne sais quoi de noble et d'élevé dont on retrouve toujours le secret et le sentiment dans l'étude intelligente du beau quelle que soit son expression. Présentez ce tableau comme une page de peinture antique découverte dans les ruines du Parthenon ou de Pompeï, et tout artiste l'acceptera comme telle. C'est là un degré de perfection auquel ne parviendra jamais un artiste-ouvrier, quelque dextérité qu'il ait dans la main

vrai, expliquer cet accroissement subit du nombre des sujets qui en sont affectés comme ils expliquent toutes les grandes invasions de maladies contagieuses, lesquelles, lorsqu'elles ont été pendant un certain temps sans régner épidémiquement, trouvent un plus grand nombre de sujets disposés à les contracter. Mais, dans cette hypothèse même, il y aurait encore une inconnue, car il resterait à indiquer la cause de cet accroissement subit de l'énergie du principe contagieux.

Si les influences météorologiques devaient suffire seules pour déterminer dans les maladies régnantes une constitution médicale, il n'est pas douteux qu'il y en aurait une en ce moment, et très prononcée ; car nous sommes depuis quatre ou cinq mois dans les conditions les plus favorables pour la production des phénomènes pathologiques qu'on attribue à l'action d'une température élevée avec sécheresse longtemps prolongée, et dont les phénomènes bilieux sont le trait principal. Or, en examinant attentivement les maladies les plus communes aujourd'hui, on reconnaît que toutes se compliquent des symptômes que produit la surabondance de la bile, et que, dans presque toutes, les évacuans administrés dès le début déterminent un soulagement prompt et considérable, quelquefois même enraient immédiatement la maladie. C'est le cas des érysipèles, des angines, des affections thoraciques qu'on rencontre encore assez fréquemment. Nous ne pouvons pourtant pas dire qu'il en soit autant de la fièvre typhoïde, bien que la plupart des sujets présentent aussi quelques traces d'un état bilieux prononcé, et qu'après l'emploi d'un éméto-cathartique ils offrent encore une grande disposition aux vomissemens de bile que le moindre mouvement, une toux, un effort pour se mettre sur le séant, suffisent pour provoquer, même à une époque avancée de la maladie. Mais la marche de la maladie elle-même n'éprouve, de l'adjonction de ces phénomènes bilieux et de l'emploi des moyens destinés à les combattre, aucun changement très appréciable. C'est toujours le même début, la même succession de phénomènes, avec la variété qu'on leur connaît et le même danger. Il est évident pour tous que la fièvre typhoïde conserve, sous l'influence de cette constitution médicale, toute son allure habituelle, à l'exception de quelques phénomènes bilieux qui ne paraissent pas exercer une influence notable sur sa marche ; tandis qu'en même temps, les autres affections d'une intensité moins grave sont manifestement modifiées par cet état bilieux, non seulement dans leur symptomatologie, mais encore dans leur marche et même dans leur mode de terminaison, si les moyens convenables leur sont opposés.

Nous avons dit que la marche de la fièvre typhoïde n'avait offert rien de particulier, ni dans les symptômes, ni dans leur mode de développement ou de succession; cependant on a signalé quelques légères différences que nous allons indiquer sommairement. Dans les circonstances ordinaires, les cas où l'on observe les taches lenticulaires sur le ventre, la poitrine, les extrémités supérieures et inférieures, sont rares; cette année ils sont fréquens. Mais cette différence, qui a été observée dans beaucoup d'autres occasions, est réellement sans importance sur la marche et la gravité de la maladie.

Quelques personnes ont dit avoir observé plus fréquemment la forme ataxique que les autres formes ; il est possible qu'il en ait été ainsi dès le début de cette épidémie; mais en ce moment, et depuis quelque temps, c'est la forme inflammatoire peu prononcée, mêlée de phénomènes bilieux et adynamiques qui prédomine.

On a encore signalé une différence que nous serions heureux de savoir confirmée, c'est que malgré le nombre peut-être plus considérable de cas graves, la mortalité serait moins forte. Le temps nous apprendra si cette différence est aussi notable qu'on l'a dit.

Concluons donc de ces faits que la fièvre typhoïde qui règne en ce moment à Paris, malgré l'influence d'une constitution médicale dont la plupart des autres affections offrent les traits, n'en suit pas moins la même marche et les mêmes formes qu'elle a présentées dans des circonstances souvent bien différentes, et sous l'influence de constitutions médicales toutes différentes aussi.

PATHOLOGIE MÉDICALE.

MÉMOIRE SUR LES MALADIES OCCASIONÉES PAR LE CHANVRE ET SUR UNE AFFECTION MORBIDE NOUVELLE DE LA BOUCHE, PRODUITE PAR LE CONTACT PROLONGÉ DE CETTE SUBSTANCE SUR CETTE PARTIE; par M. A. TOULMOUCHE, docteur-médecin à Rennes, professeur de pathologie externe à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de la même ville, membre correspondant de l'Académie royale de médecine, etc.

Ars medica tota in observationibus.

Dans les sciences qui ne doivent s'appuyer que sur l'observation, il est souvent nécessaire de soumettre cette dernière à un contrôle sévère ou de la recommencer sur une échelle moins limitée. Car lorsqu'il s'agit de poser des préceptes généraux, il faut qu'ils soient l'expression de ce qui a lieu dans le plus grand nombre des cas; et lorsque, sous ce dernier rapport, il y a insuffisance, il est rare que l'indécision de la science ne se traduise pas par des formes embarrassées.

C'est parce qu'en parcourant les divers travaux publiés par quelques médecins j'avais été frappé des contradictions qui s'y faisaient remarquer et de la manière servile dont chaque auteur avait copié ses prédécesseurs, que je conçus le projet d'observer par moi-même.

Pour éviter toute préoccupation, je m'efforçai d'oublier tout ce que j'avais lu. Je passai six années à noter avec sévérité ce qui se présentait, dans la maison centrale de détention de Rennes, chez les personnes employées aux diverses préparations auxquelles on soumet le chanvre; et après avoir réuni un nombre considérables d'observations, je les mis en œuvre et les destinai à servir de base à un mémoire propre à faire connaître les maladies auxquelles donnent lieu les manutentions si variées de cette substance pour l'amener à l'état de toile et la livrer ainsi manufacturée au commerce.

Je ne tardai pas à découvrir que le contact prolongé du chanvre sur la langue et la muqueuse buccale y déterminait une lésion dont aucun auteur n'avait parlé. C'est à la faire connaître, de même que les moyens de la prévenir ou de la guérir, qu'est destiné ce travail.

J'ai cru devoir y adjoindre ce que l'observation m'a fait connaître des

---

multa ex industria, pauca ex animo. N'allez donc pas croire que dans les arts le difficile est le synonyme du beau, bien moins encore le maniéré, le prétentieux, le dramatique outré, si vantés aujourd'hui, à une époque où tous les arts tendent au métier, où l'on préfère de beaucoup le genre qui rapporte au genre qui immortalise. Girodet n'a pas la fougue, l'emportement, que désirent certains amateurs de profession; en voyant ses tableaux, le spectateur ne doit nullement s'attendre à éprouver ce qu'exige un musicien moderne des compositions de ses confrères: « Je veux, dit-il, que la musique m'exalte, me transporte, me crispe les nerfs; *pensez-vous que j'entende de la musique pour mon plaisir.* » Non, cette espèce d'ivresse n'est pas faite pour l'auteur du tableau d'Hippocrate; à la majestueuse grandeur de ses compositions, à la sobriété expressive de ses moyens, on reconnaît un peintre *sans furie de l'art*; il y a dans ses œuvres quelque chose du feu contenu, de la sage abondance du génie toujours maître de lui. Que voulez-vous? la peinture, comme le style, c'est l'homme même. Parvenu à ce point culminant de la vie des artistes où la main exécute ce que la tête et le cœur demande, Girodet ne change point, on en a pour preuve l'*Atala*, où son génie a peut-être atteint le plus haut point de sa perfection; il ne ressemblait pas à Michel-Ange qui, exalté par l'image du beau qui lui apparaissait et qu'il craignait de perdre, avait une espèce de colère contre le marbre qui lui cachait sa statue.

On se tromperait néanmoins si l'on croyait que le tableau que nous examinons manque d'imagination et de souffle vital. L'exquise pureté des lignes, la beauté des formes, l'élégance naturelle des poses, en un mot, la perfection du dessin, n'excluent en rien l'expression vive et forte de l'action représentée. Girodet fut toujours un peintre à idées fortes et élevées; c'était un artiste vraiment touché au front du rayon divin, et jamais son nom ne s'effacera du livre de vie. Plus on l'étudie, plus on reconnaît en lui une intelligence de penseur et une âme de poète. Veut-on s'en convaincre, il n'y a qu'à étudier à fond l'*Hippocrate*, à se pénétrer de ses beautés, de son mérite, et cette vérité deviendra de la dernière évidence. Il ne faut pas même s'en tenir à l'ensemble de ce bel ouvrage, tout étonnant qu'il est, il convient de passer aux détails, de les scruter, pour compléter et justifier son admiration. Chacun des persoonages n'est-il pas un portrait d'une finesse extrême? La forte individualité des têtes est d'un caractère très remarquable; on y trouve de frappans rapports entre la conformation physique et la physionomie morale, et cette dernière offre un sentiment profond de réalité; tous sont animés, tous s'agitent et s'émeuvent, tous sont vivans de toute la vie de l'art. Leur attention est au comble, on les voit empressés, haletans d'espoir, puis surpris et accablés d'un stupide étonnement. Malgré leurs grands traits asiatiques, malgré l'ampleur du vêtement oriental dont ils se drapent avec tant d'art, vous découvrez en eux quelque chose de médiocre, de rampant, de borné, le sceau de l'esclavage est empreint sur leur visage, dans leur attitude, dans leurs gestes; l'ignorance, la cupidité se décèlent des pieds à la tête, ils sont affamés d'or et de servilité. Toutefois, remarquez que ce sentiment, commun à tous, s'exprime par des nuances individuelles, éminemment caractéristiques. L'un compte sur ses doigts les richesses inutilement jetées aux pieds du divin vieillard; l'autre lève les épaules avec colère et dédain. Voyez *Narbas*, placé à droite, debout, derrière *Ariobarzane*, qui renverse l'urne; son attitude est méditative, ses mains sont crispées par une sorte de mouvement convulsif; il reste cloué sur place, de

autres affections morbides provoquées par le pilage, le cardage et le lissage du chanvre.

La principale industrie à laquelle on emploie les prisonniers de l'un et de l'autre sexe, dans la maison centrale de détention de la ville de Rennes, étant la fabrication des toiles à voile, elle m'a fourni l'occasion d'observer l'influence qu'elle peut exercer sur leur santé et la nature des maladies auxquelles elle les expose.

Cette industrie comprend trois opérations bien distinctes : le peignage et le pilage du chanvre, son filage et enfin son tissage, à l'aide de métiers de tisseranderie. Les matières premières employées sont le chanvre et rarement le lin, à moins de commandes exceptionnelles. Le premier est tiré du département de Maine-et-Loire et de ceux limitrophes, et dans le cas seulement où il vient à y manquer, des pays du Nord.

On exécute le peignage du chanvre, de même que le cardage de l'étoupe, partie la plus grossière de cette substance végétale, dans le même atelier que son pilage, en sorte que les hommes qui y sont employés respirent au milieu d'une atmosphère chargée de poussière et d'aigrettes fines irritantes qui exercent une fâcheuse influence sur les organes respiratoires. En outre, il s'y joint, pour les pelures, des effets encore plus nuisibles, ceux qui résultent de l'apposition des pieds en sueur sur un sol en terre battue plus ou moins humide, laquelle devient cause déterminante de phlegmasies pulmonaires. J'en signalerai la nature un peu plus bas, en traitant des inconvéniens du pilage.

Je dois noter la rareté et l'insignifiance des lésions légères que se font aux mains les peigneurs ou céranseurs, lorsque, dans l'action mécanique à l'aide de laquelle ils étirent et peignent le chanvre, en le portant sur les cardes garnies de pointes de fer, il leur arrive de s'y accrocher les doigts. Elles consistent alors, en effet, dans des piqûres ou de légères déchirures qui guérissent promptement.

L'atelier dans lequel ils séjournent, de même que les pelures, est sans contredit l'un des plus malsains de la maison. Il est situé au nord d'une cour dite des tisserands et au rez-de-chaussée. Il n'a au sud que trois croisées peu élevées et une porte; au nord, quatre croisées très basses, ne recevant aucun courant d'air, à cause d'un grand mur de clôture dont les sépare un chemin de ronde très étroit, et à l'extrémité ouest, qu'une seule; outre qu'il est trop étroit pour le nombre des travailleurs qui y est employé. Il en résulte une stagnation d'air ou une atmosphère toujours chargée de poussière et des molécules irritantes qui se dégagent de la filasse pendant ses préparations, inconvéniens graves auxquels on ne pourrait remédier qu'en faisant exécuter le travail sous des hangars parfaitement aérés ou dans lesquels on pourrait établir des ventilateurs.

Le pilage du chanvre est la fonction la plus rétribuée dans l'établissement; c'est aussi celle qui entraîne les plus graves conséquences relativement à la production des maladies de poitrine, et qui fournit le plus de malades aux infirmeries. En général, les individus les plus robustes résistent seuls aux fâcheux effets exercés à la longue sur eux; d'une part, par l'aspiration continuelle des aigrettes fines et de la poussière âcre répandues dans l'air, et de l'autre, par l'apposition incessante des pieds nus et dans un état de moiteur ou de sueur, sur un sol plus ou moins froid, qui en supprime souvent la transpiration brusquement et donne lieu de la sorte à des métastases ou à des phlegmasies des bronches ou du tissu même des poumons. De là, des irritations de poitrine, qui, par leurs récidives, y entretiennent un état fluxionnaire qui finit par y développer l'affection tuberculeuse, à laquelle la position topographique si défavorable de la maison, l'emprisonnement, l'abus des plaisirs solitaires, et la nourriture principalement végétale ne les prédisposent déjà que trop.

C'est aussi ce qu'a observé M. Villermé qui, dans un mémoire publié dans le cahier d'avril 1839 des Annales d'hygiène publiques de médecine légale, dit : « Le cardage et le pilage du coton et du chanvre se faisant à la main, produit un nuage épais de poussières irritantes, qui se déposent sur les ouvriers, les salissent, s'attachent à leurs vêtemens de laine, à leurs cheveux, à leurs sourcils, à leurs paupières, à l'entrée du conduit auditif, à l'ouverture des narines, à la barbe. Il s'en introduit dans le nez, la bouche, le gosier et jusque dans les voies profondes de la respiration; car ils les respirent abondamment et elles exercent une fâcheuse influence sur leur santé.

» Les ouvriers, les contre-maîtres et les fabricans en conviennent. Aussi les premiers sont-ils appelés, en Alsace, à tour de rôle, dans les ateliers du cardage, où les salaires y sont très élevés comme appât. »

Il ajoute : « que les ouvriers se plaignent de sécheresse dans la bouche, le gosier, sont pris, au bout de peu de temps, de toux qui devient de plus en plus fréquente et ne tarde pas à revêtir les signes de la phthisie pulmonaire; que pour y obvier, il faudrait des ateliers bien ventilés, avoir soin d'ouvrir toutes les fenêtres d'un seul côté, tandis qu'on tiendrait les autres fermées; ce qu'on fait à Zurich dans la filature de M. Escher. »

En outre, j'ai constaté que la même opération donnait lieu à des bronchites aiguës et surtout chroniques, à des pneumonies et pleuro-pneumonies, à des emphysèmes pulmonaires et à des affections rhumatismales. Si l'auteur qui précède ne les a pas indiquées, c'est probablement parce qu'il n'a pas été à même d'observer, pendant un temps suffisant, les effets du pilage et du cardage sur la santé. J'ai donc cherché à combler cette lacune de son beau travail, ma position m'ayant mis à même de le faire, les sujets qui m'ont servi d'étude étant plus continuellement sous l'influence fâcheuse de ces deux opérations et m'ayant offert des lésions plus tranchées.

La même action irritante des matières tenues en suspension dans l'air se fait aussi sentir sur la muqueuse oculaire et palpébrale, en occasionnant des ophthalmies ou des blépharites (engorgemens et rougeurs des paupières avec ou sans érosion), effets qu'a également notés M. Sichel, à la clinique ophthalmologique de Paris. Enfin, la pression continuelle de la plante des pieds sur les paquets de chanvre, augmentée de tout le poids du corps et des efforts faits pour le malaxer, surtout lorsque le travail a été forcé, finit par développer dans ces parties un état douloureux, accompagné de gonflement, avec rougeur de la peau, qui oblige à l'interrompre et à prescrire le repos et la position horizontale pendant plusieurs jours. Cet accident s'observe dans ce cas, même chez ceux dont les pieds endurcis par l'habitude de ce travail devraient en être exempts; à plus forte raison ceux qui y débutent doivent-ils rarement l'éviter. C'est aussi ce que l'expérience confirme. Seulement, il s'y joint alors, surtout à l'endroit répondant à la partie moyenne de la voussure du pied, des ampoules qui finissent par s'ouvrir, s'excorier et forcent toujours à interrompre le pilage.

Dans quelques cas, en outre, des portions ligneuses du chanvre s'enfoncent dans la plante du pied; mais cet accident est assez rare et suivi de peu de danger.

---

stupeur et d'abattement. Un homme refuser de l'or! A-t-il jamais rien vu ni conçu de pareil? Il ne peut en croire ses yeux, ses idées sont bouleversées; ce médecin, est-ce un dieu? est-ce un homme? Des richesses!! que veut-il donc de plus? Sur un plan plus éloigé, on voit une femme, *Mithra*, elle pleure; son époux et ses enfans éprouvent sans doute les atteintes du fléau épidémique qui ravage la Perse et menace la Grèce; elle espérait en Hippocrate, mais celui-ci refuse les présens du grand roi, il se réserve pour son pays; à qui maintenant offrir son hommage, son encens, ses joyaux? Plus d'espérance, la mort va frapper les objets de sa tendresse. Quels mouvemens! quelle agitation! quels déchiremens dans cette scène, où la douleur, le désespoir, l'étonnement, où les passions basses du cœur, où les grands sentimens sont dans une lutte ardente et inattendue! Plus on approfondit l'étude de ce tableau, plus on admire la pensée profonde qui l'a inspiré. S'il est vrai que l'art se définit l'expression humaine dans ce qu'elle a d'intime et de passionné, on peut dire que le tableau de Girodet en est un des exemples les plus remarquables. En général, la médiocrité trouve tout trop fort et trop exalté, mais quand il s'agit de la vertu, de la conscience, de l'amour de la patrie, aux prises avec les richesses toujours si convoitées, on ne saurait donner trop de force à tout ce qui caractérise un si noble combat.

Mais après avoir admiré les personnages du tableau de Girodet, il faut bien s'arrêter sur celui qui est le centre et le point convergent de l'action dramatique, Hippocrate lui-même. Dans cette belle tête chauve et fruste, on reconnaît tout aussitôt le type traditionnel de celle du vieillard de Cos; il n'est pas de médecin instruit qui ne s'écrie : *le voilà!!* Cette tête est en tout conforme à l'idée que nous nous faisons de ce grand homme. De pareils traits expriment parfaitement cet énergique vouloir qui ne connaît que deux fins, la vertu et la vérité; on remarque cette gravité, ce calme recueilli qui naissent de la méditation, d'une complète absorption dans les profondeurs de la science. Il y a, en effet, dans la tête d'Hippocrate telle que les siècles nous l'ont transmise, quelque chose du *Zeus* d'Homère ou de Phidias, une sorte d'austérité tempérée de bienveillance, quelque chose de cette force sereine, de cette bonté du vrai philosophe qui considère les choses de ce monde sous le côté le plus vrai, le plus lumineux, n'ayant que le sentiment du devoir pour règle inflexible de la vie. Mais, dans le tableau de Girodet, ce sont les principes mêmes du grand homme qui sont en action, le voilà aux prises avec les dangereux tentateurs de ce monde, l'or et la flatterie; tous les deux sont vaincus. Que c'est bien là l'homme probe, l'homme d'honneur, le citoyen dévoué, le philosophe qui a dit : *In illo (medico) sit argenti contemptus, alienitas à mercimonià.* (De decenti ornatu.) La pose, le regard, la physionomie, tout répond à cette idée. Le mouvement est si vrai, l'attitude si simple, l'effet général si saisissant, qu'on croit assister à la scène même, et que l'on oublie tout à fait le travail du peintre, on sent le charme sans remonter à la cause. La figure d'Hippocrate est toujours celle que l'on connaît, mais on y remarque en outre de l'étonnement, de l'indignation; le front est calme et pourtant rembruni, contracté; le geste indicateur et dédaigneux, les yeux où le mépris de l'or se lit hautement, témoignent de ce qui se passe dans l'ame de ce grand médecin, une instinctive répulsion de tout ce qui est bas et vil. Dans l'ensemble des traits règne une expression de grandeur et de majesté mélangée de regret, de pitié douce et triste, de bonté ineffable quoique alliée à la sévérité; le grand, le noble, le grave, sont ici fondus dans des nuances admirablement exprimées

J'ai cherché à corriger les graves inconvéniens de l'application des pieds en sueur sur le sol en terre de l'atelier, en plaçant dessus un petit plancher. Mais les détenus, soit par esprit de routine, soit réellement par plus de difficulté et de fatigue dans leur travail, résultant du poli qu'acquérait promptement la surface du bois par les frottemens continus du chanvre et des pieds, les ont bientôt abandonnés, en dépit de tout ce que j'ai pu dire et faire, et sont revenus à leur ancien mode de pilage.

Le filage du chanvre, qui est en majeure partie exercé par les femmes, au nombre de plus de 250, outre la déperdition de salive trop abondante qu'il occasionne chez la plupart, l'inaction du corps, l'insipidité du travail, la position assise trop prolongée qu'il exige, laquelle doit avoir de fâcheux effets sur leur santé et en particulier sur la menstruation ; ce que j'ai observé en effet, puisque plus de la moitié d'entre elles est mal ou même pas réglée, donne encore lieu à une affection de la membrane muqueuse de la bouche et des papilles de la langue, que je n'ai vu décrite nulle part. C'est surtout à en faire connaître la nature, les caractères, la durée et le traitement qu'est destiné ce mémoire. Les hommes, ne filant que de l'étoupe en fil grossier pour la fabrication des toiles à emballage, n'y sont point sujets n'employant jamais leur salive à cette opération.

On sait que la langue est formée, en procédant de la base à la pointe, 1° de glandules de forme arrondie, nullement pédiculées; 2° de grosses *papilles à calice*, disposées sur deux lignes en forme de V ouvert en avant, au nombre de 16 à 20, de la forme de cônes tronqués, adhérens par leur sommet, tandis que leur base est libre, arrondie, rouge, entourée d'une petite rigole circulaire ou papille enveloppante affectant cette disposition; ce sont elles qui probablement sont tuméfiées et enflammées dans l'affection morbide dont je vais parler, du moins si l'on en juge par la douleur qu'occasionne le passage des alimens; 3° de petites papilles occupant toute la face dorsale de la langue, offrant un grand nombre de variétés de formes, telles que la lenticulaire, la conique, surtout la fungi ou filiforme; car l'œil, armé d'une loupe, les aperçoit formant de petites houpes baccillaires, serrées, contiguës, rouges ou plus pâles, légèrement translucides, implantées perpendiculairement sur la surface de la langue, lui donnant son velouté, constituées par l'épanouissement des filets nerveux qui vont s'y rendre, lesquels appartiennent à l'hypoglosse et surtout au lingual, et sont environnés d'un lacis de vaisseaux sanguins qui leur est uni au moyen d'un tissu cellulaire très fin, en même temps que les follicules muqueux de la partie postérieure du même organe reçoivent des filets du glosso-pharyngien; enfin, molles, un peu proéminentes et continuellement humectées.

Ce sont ces papilles qui, dans l'affection que je vais décrire, sont rouges, enflammées, dépouillées de l'épithélium, d'une sensibilité morbide, et qui, plus tard, par les progrès de la maladie, se détruisent par une sorte d'érosion, tantôt superficielle s'étendant en largeur seulement, tantôt plus prononcée, labourant la surface de la langue de fissures variables en étendue et en profondeur.

La lésion consiste dans une phlegmasie de presque toute la muqueuse buccale; mais principalement des portions qui tapissent le haut du pharynx, les amygdales, la voûte palatine et surtout la face dorsale de la langue, avec destruction d'une partie de son épithélium qui laisse à nu les papilles de cet organe. Il n'y a guère que le tiers ou même le quart des femmes à en être atteintes, ou celles qui ont *la bouche tendre*. Par cette expression, j'entends la muqueuse facilement irritable ou prédisposée aux phlegmasies, sorte d'idyosyncrasie qui peut être naturelle ou acquise, mais qui n'en existe pas moins.

J'ai longtemps hésité sur la dénomination que je donnerais à cette inflammation, n'ayant rien trouvé dans les auteurs qui ont traité des maladies des artisans qui eût quelque rapport avec elle. Je me suis arrêté à celle d'*inflammation érosive des papilles et de l'épithélium de la langue et érythémateuse de la muqueuse palatine et staphylienne de la bouche*. Me fondant sur ce que cette affection morbide porte primitivement d'une manière toute spéciale sur le corps papillaire et son épiderme, et ne semble s'étendre que secondairement aux autres portions de la muqueuse buccale;

Je n'ai point remarqué, chez les fileuses, les engorgemens, les boufissures, les mauvaises digestions, la perte des forces et les hémorroïdes, que M. Mérat a attribuées à l'action du filage, et signalés comme les maladies les plus fréquentes.

Avant de décrire les causes, les symptômes, les variétés, la durée, le mode de terminaison et le traitement de la lésion ci-dessus, j'achèverai de signaler les maladies les plus communes auxquelles donnent lieu les deux opérations de la tisseranderie et du calandrage, qui complètent l'industrie de la fabrication des toiles à voile, afin de suivre le plan que je me suis tracé.

Les ateliers dans lesquels sont établis les métiers sont en général très longs, disposés sur deux ou quatre côtés de cours peu spacieuses, au niveau ou au-dessous du sol, dont l'eau provenant des gouttières, pendant les temps de pluie, rejaillit et pénètre dans leur intérieur en partie, en même temps que celle bien plus abondante due aux crues de la rivière les inonde également parfois, de manière à forcer à les abandonner. Leurs fenêtres sont étroites, et n'étant pas à coulisses, ne peuvent s'ouvrir que très imparfaitement ou même pas en dedans, à cause de l'extrême rapprochement des métiers. Il en résulte : défaut d'aération, humidité habituelle et manque de lumière, le mur du fond n'offrant aucune ouverture propre à l'y laisser pénétrer, en sorte que les détenus souffrent beaucoup de l'infraction de ces trois grandes conditions hygiéniques.

Si l'on ajoute que la plupart, pour travailler avec plus de facilité, quittent leurs vestes et restent ainsi en chemise dans ces lieux humides et peu éclairés, le corps en moiteur ou en sueur par suite du rude travail auquel ils se livrent, et qu'ils ne se donnent pas la peine de la reprendre dans les temps de repos qui leur sont accordés, on concevra combien doivent être fréquentes les altérations de leur santé : c'est aussi ce qui a lieu.

En outre, la réunion d'un grand nombre d'individus, les miasmes qui s'échappent de tant de corps, les odeurs fétides dues à la malpropreté de la plupart d'entre eux, l'étroitesse du local relativement au chiffre des travailleurs, vicient l'air, deviennent à la longue et insensiblement causes de maladies. Aussi les tisserands finissent-ils par prendre un teint pâle et plombé. Les affections morbides auxquelles ils m'ont semblé le plus exposés sont, dans l'ordre de leur fréquence, des bronchites aiguës et chroniques, des pneumonies et pleuro-pneumonies, des rhumatismes, la phthisie pulmonaire; des courbatures, des fièvres intermittentes, des œdèmes, des furoncles aux fesses.

Deux ou trois fois j'ai observé l'inflammation de la gaîne des tendons des muscles de l'avant-bras, et jamais le scorbut.

Ah! rien de plus vrai, on n'est grand peintre qu'à la condition d'être penseur et poète d'abord. Aussi, que de bonheur, que de jouissances sont réservées à celui qui fait passer de tels sentimens dans l'âme du spectateur. Nul doute que Girodet, après avoir produit cette belle figure d'Hippocrate, a dû être satisfait de lui-même, croyons qu'il s'est enivré un instant du délire de Pygmalion, de cette joie pure et profonde de l'artiste qui voit sa pensée se réaliser.

Cependant la perfection artistique n'est pas l'unique mérite du tableau de l'Hippocrate; on y trouve encore une magnifique leçon de philosophie pratique. En général, les monumens des arts n'excitent qu'une curiosité stérile; mais ici, le sentiment de la reconnaissance, le sacrifice de son intérêt, une éclatante justice rendue à notre profession, se mêlent au témoignage de l'admiration. Le peintre complète pour les belles âmes la jouissance que procure un chef-d'œuvre, en y rattachant de nobles sentimens; personne n'a su opérer avec plus de bonheur la fusion de l'utile et du *beau*. Il faut reconnaître dans ce tableau bien étudié, quelque chose de grand, qui excite à la vertu, qui rend la conscience délicate et attentive, quelque chose qui nous enlève au-dessus de nous-mêmes, par la considération d'une loi éternelle, supérieure, celle de l'ordre et de la vertu. Dans sa lutte contre l'idée, l'artiste a non seulement surpassé l'impuissance de la matière, mais il s'est élevé dans la haute région du beau moral. Ainsi, le tableau de l'Hippocrate n'est pas seulement une belle chose, c'est encore une bonne action. Il plaît au goût, il éclaire l'esprit, il s'adresse au cœur, sublime et magnifique synthèse qu'il n'est donné qu'aux grands artistes de concevoir et d'exécuter. Il y a en effet, dans l'œuvre de Girodet, un sens moral plus profond, plus varié qu'il ne semble d'abord, et qu'on doit découvrir sous peine de faiblesse et de déchéance de jugement. Ce sens, si je ne me trompe, c'est la lutte de la vertu contre la fortune, c'est celle de l'intérêt particulier et de l'intérêt général, celle de la liberté contre l'esclavage, et surtout l'amour de la patrie, etc.

Vincet amor patriæ, laudumque immensa cupido!

(VIRG.)

Hippocrate repousse du pied les richesses du grand roi, pour visiter modestement Epicrate, Metrodore, Philistus, Meton, Clazomène, et autres petits bourgeois d'Athènes, qui probablement ne lui en sauront pas plus gré. Qu'importe? la puissante voix du devoir s'est fait entendre, le divin vieillard obéit. Et si l'on voulait déduire tous les résultats logiques de ce *traité de morale*, on arriverait certainement à une foule de conséquences importantes.

Considérez, en effet, non seulement l'action principale, mais les temps, les lieux, les circonstances, les personnages, leurs préjugés, le mobile de leurs actions, etc., alors vous verrez combien de choses, combien de faits, combien d'idées jaillissent de cette étonnante composition, idées nettes, vraies, justes, quoique toujours colorées au feu de l'imagination du peintre. Voici quelques vérités prises pour exemple, et les plus faciles à exprimer.

Première vérité : Un homme supérieur à ses concitoyens par son prodigieux savoir, mais juste, sage, aimant sa patrie, qui d'un instant à l'autre peut être exposé au fléau de la maladie qui règne en Perse, refuse avec dédain les richesses qu'un étranger lui offre.

Seconde vérité : Un souverain, le *grand roi*, qui commande à plusieurs na-

M. Villermé, dans le mémoire déjà cité, a bien indiqué les conditions défavorables pour la santé, du tissage, dans des lieux bas et humides et les moyens d'y remédier ; il a bien signalé les inflammations pulmonaires et la phthisie, comme les conséquences les plus meurtrières de cette industrie ; mais il a peu spécifié la nature des affections morbides les plus fréquentes, comme on le verra par le passage suivant : « Les tisserands à bras qui, pendant quatorze à dix-sept heures, travaillent chez eux à faire des toiles de chanvre ou de lin, dans des caves ou pièces plus ou moins enfoncées en terre, ou des rez-de-chaussée humides où le jour et l'air arrivent à peine, et où le soleil ne pénètre jamais, ont le visage peu coloré, sont étiolés, faibles.

» En outre, leurs salaires sont insuffisans, et les percussions répétées à tout instant du balancier de leurs métiers sur le cylindre autour duquel l'étoffe s'enroule, l'ébranlent et se transmettent à la partie de la poitrine ou au creux de l'estomac en contact avec ce cylindre, en sorte que les ouvriers intelligens, pour s'en préserver, placent à une certaine distance de ce dernier une traverse de bois qui les en éloigne, et suspendent leur siége avec des cordes, pour l'isoler du corps du métier. Mais ils n'obtiennent que fort incomplètement le résultat qu'ils s'étaient proposé, parce que cette traverse n'est pas fixée aux deux montans de la tête du métier, par l'intermédiaire de ressorts à boudins. On a bien cherché, à l'aide d'une colle de parement dite hygrométrique, inventée dernièrement, et qui permet de tisser à tous les étages des maisons, à parer aux graves inconvéniens de la fabrication des toiles dans des lieux humides, frais, à l'abri du moindre courant d'air, et on y a réussi ; mais cette colle étant plus chère que celle ordinaire, les simples tisserands, dont les gains sont si mesquins, continuent partout à travailler dans les mêmes ateliers malsains, ce qui les expose souvent aux affections scorbutiques et rhumatismales.

M. Villermé a vu, dans les filatures et parmi les tisserands à la main, la toux, les inflammations pulmonaires, la terrible phthisie, emporter un grand nombre d'ouvriers employés au cardage et au pilage, de même que les scrofules se développer chez la plupart des travailleurs des manufactures.

Dans la maison centrale de Rennes, les toiles à voile fabriquées sont le plus souvent pliées et expédiées au sortir des métiers, sans subir aucune autre préparation, lorsque l'acheteur les préfère dans cet état ; l'administration de la marine est dans ce cas. D'autres fois, elles sont soumises avant à une dernière opération appelée *calandrage*. Elle consiste à faire passer entre plusieurs cylindres, dont la pression peut être augmentée à volonté, et qui sont mus par un *tread-mill*, ou roue mise en mouvement par deux hommes marchant dans son intérieur, chaque pièce de toile, afin d'en faire disparaître toutes les inégalités et de donner plus d'apparence ou d'apprêt à son tissu avant de la plier et de la livrer au commerce. Cette roue a 4m 24 de diamètre. Les hommes qui la font tourner ne peuvent guère travailler de suite plus de sept à neuf minutes, au bout desquelles ils se reposent le même laps de temps, puis reprennent, et ainsi de suite pendant deux heures et demie le matin, et autant ou un peu plus l'après-midi.

Les effets de ce travail fatigant sont de provoquer une sueur abondante qui les oblige à changer plusieurs fois de chemise, de la fatigue et de la douleur vers le pli des jarrets, et quelquefois une grande gêne dans la respiration, si le mouvement de la roue devient trop accéléré. Je l'ai du moins éprouvé sur moi-même, m'étant soumis plusieurs fois à ce rude exercice.

Je passe maintenant à l'étude de l'inflammation érosive de l'épithélium et des papilles de la langue, et érythémateuse de la muqueuse buccale, occasionnée par le contact prolongé du chanvre dans le filage.

Causes. Celle qu'on peut assigner comme productrice de cette phlegmasie me semble complexe. En effet, elle se compose de l'action irritante du chanvre lui-même et de celle mécanique des doigts sur la langue, dans l'acte du filage.

La première ne peut guère être mise en doute, puisque la filasse n'est que le résultat de la décomposition par le rouissage, de la substance gommo-résineuse qui en agglutinait les filamens à l'écorce de la plante, lorsqu'elle était entière, laquelle a dû conserver une partie des principes âcres du chanvre et de ceux qu'elle a contractés par l'effet de la putréfaction dans des mares d'eaux stagnantes. C'est ce qu'il est difficile de nier, lorsqu'on observe que le teillage et surtout le broyage répandent une poussière qui picote les yeux et la poitrine, à cause des détritus de cette plante, de vase desséchée et de chenevottes qu'ils répandent dans l'air, et qui en outre excite de la toux, de l'enrouement et de la sécheresse de la gorge, et rend à la longue asthmatique et même phthisique. (Mérat, Dictionnaire de médecine, *Maladies des artisans.*)

Il faut ajouter que toutes les parties du chanvre sont très âcres ; aussi leur action me semble-t-elle devoir être à peu près la même que celle que produit le jus du tabac fumé d'une manière trop rapprochée, sur la muqueuse de la langue. En outre, il serait possible que la sueur des pieds de ceux qui pilent la filasse l'en imprégnât plus ou moins et lui communiquât une propriété encore plus irritante. C'est une assertion à vérifier.

J'attribue à cette qualité et à l'excitation continuelle qu'elle exerce sur les glandes salivaires, l'éréthisme, la rougeur et l'état douloureux de la muqueuse qui tapisse la face interne des lèvres, des joues, la voûte et le voile du palais, et la paroi postérieure du pharynx co-existant le plus souvent, mais sans érosion, tandis que l'apposition si fréquemment renouvelée des doigts et du chanvre sur la langue, dans l'action de le filer, y produit cette dernière, qui détruit partiellement ou en totalité l'épithélium qui en recouvre la face dorsale.

Si, dans la ville, cette lésion de la bouche a été moins souvent remarquée sur le grand nombre de femmes qu'on emploie au filage, cela dépend de ce qu'elles s'y livrent d'une manière moins continue que les détenues, ayant à s'occuper des soins du ménage et de ceux de la famille.

Ce qui démontre jusqu'à l'évidence la réalité de la double cause que j'ai assignée, c'est que, dans la maison centrale, toutes celles des fileuses chez lesquelles l'esprit de routine n'a pas été assez puissant pour les empêcher de se servir d'une éponge mouillée au lieu de leur salive pour façonner leur fil, n'ont plus été exposées à cette inflammation, tandis que les autres ont continué à avoir de fréquentes récidives de la même phlegmasie, ce que j'ai pu constater chez un grand nombre d'entre elles. Chez les travailleuses de la ville, qui sont plus éclairées ou moins entêtées, et veulent bien employer les éponges imbibées, je n'ai que rarement observé la même lésion de leur bouche.

J'ajouterai, d'après l'analogie et l'expérimentation de l'action irritante de l'atmosphère chargée de poussière de chanvre, puisque je n'ai jamais pu rester un certain temps dans l'atelier du pilage et du cardage sans

---

tions, devant lequel des millions d'esclaves sont prosternés, implore un simple particulier, il le conjure de secourir ses sujets. L'orgueil royal fléchit, le sceptre s'abaisse devant la science, et cette science est la médecine.

Troisième vérité : L'ignorance complète des Perses, nommés *barbares* à juste titre. La splendeur des sciences et notamment de la médecine, dans la Grèce, cette petite et brillante partie de l'Europe.

Quatrième vérité : Les progrès de l'esprit humain, précisément dans un pays libre, où chaque citoyen a sa part de souveraineté.

Cinquième vérité : Que la médecine s'aide de toutes les sciences et ne peut briller seule, car si les Grecs avaient une supériorité décidée dans cette science, ils ne l'avaient pas moins dans les beaux arts, dans les lettres et la philosophie.

Ne poussons pas plus loin ces déductions ; il suffit d'en avoir indiqué quelques-unes pour prouver la fécondité morale du tableau de Girodet. Elles servent de plus à démontrer que la partie technique, quelque parfaite qu'on la suppose, est souvent au-dessous de la grandeur et de l'étendue de la partie idéale de l'art. Il est certain que voir et admirer les œuvres des grands artistes conduit toujours aux plus hautes questions de la nature de l'homme.

Cependant des paroles à l'accent ironique me sont adressées. L'action d'Hippocrate est belle, dit-on, mais n'a rien de notre temps. Les médecins n'en sont pas là ; la condition obscure, la gêne, quelquefois la misère de beaucoup d'entre eux, ne vous disent-ils pas avec une langue de fer leur triste position ? L'argent, l'argent, voilà le dieu, le vrai, le seul de notre époque, mais pour le grand nombre, c'est le dieu inconnu. Qu'est-il donc besoin d'enseigner aux médecins le mépris de la richesse ? Eh bien, plus que jamais il faut leur montrer que la dignité de l'art a existé et peut exister encore sans la fortune. La *croix de bois* des évêques de la primitive église a conquis le monde, la croix d'or n'a été souvent qu'un vain symptôme d'opulence. D'ailleurs, cette fortune n'a pas de rigueurs pour tous les hommes de notre profession, et le tableau de Girodet doit toujours inspirer un noble désintéressement : c'est un modérateur de la cupidité, c'est un consolateur de l'adversité. Quand on l'a contemplé, je l'affirme, on se trouve plus fort, plus aguerri contre les misères de la vie et contre l'injustice ; on éprouve surtout une certaine fierté d'être médecin, d'être en communauté de sentimens et de profession avec le divin vieillard ; on se sent plus désireux de vérités, plus avide de science que de gloire et de gain.

D'autres objections me sont faites. Cet enthousiasme, cette admiration exaltée, tout le monde ne peut la ressentir, dès lors à quoi bon ? Cela est vrai, je dois le dire ; mais je suppose des yeux qui sachent voir et une âme capable d'émotion. Il est des hommes dont l'imagination au calme plat, dont les besoins, toujours placés dans les bas-fonds de la vie matérielle, ne comprennent rien aux jouissances de l'esprit ; ils ne voient pas, ils ne comprennent pas, ils ne sont pas émus, saisis, ravis, parce qu'ils sont des *esprits-corps*, comme dit La Fontaine ; la plus petite étincelle de feu sacré ne saurait pénétrer leur encéphale grossier et anormal. Le tableau de Girodet est donc pour eux comme non avenu ; il y a une toile et des couleurs, voilà tout ; il faut les plaindre, ils sont aveugles-nés. Mais il en est d'autres qui voient avec amour ce même tableau, qui en sont les contemplateurs assidus ; ils savent qu'il est la personnification la plus sublime de notre art, sa véritable apothéose : Dieu en soit loué ; remercions-les, bénissons-les.

Quant à moi, j'ai l'orgueil ou la faiblesse de me compter parmi ces derniers.

éprouver de l'irritation à la poitrine, de l'oppression, de la toux, qu'il est difficile de ne pas admettre que la même matière, après ces deux opérations, ne retienne pas une grande partie des principes âcres ou irritans qu'elle laissait dégager pendant celles-ci.

De ce que Morgagni, Ramazzini et Fourcroy pensent que les maladies auxquelles sont sujets les ouvriers qui préparent la filasse ne doivent pas être attribuées aux émanations délétères du chanvre, mais qu'elles sont produites par l'espèce d'atmosphère de poussière dans laquelle ils sont plongés, s'en suit-il que, par son contact continuel sur la muqueuse buccale, cette substance végétale ne puisse y déterminer une inflammation spécifique? Je ne le pense pas, et les observateurs précédens qui ne la mentionnent aucunement, probablement parce qu'ils n'avaient pas eu occasion de l'étudier, en auraient parlé s'ils avaient été à même d'en noter les causes et les effets, et de rencontrer comme moi cette phlegmasie de la membrane muqueuse de la bouche, même chez quelques pileurs et chez plusieurs femmes employées dans l'établissement, à ce qu'on appelle le *second brin*, mode de filage dans lequel on n'a pas besoin d'insaliver la filasse, et dans lequel par conséquent l'action irritante du chanvre sur l'intérieur de la bouche ne peut avoir lieu qu'en vertu du contact prolongé ou souvent renouvelé de la poussière aspirée de ce dernier.

SYMPTÔMES. Les plus constans sont : une salivation abondante, de la chaleur dans toute la bouche, de la douleur avec ou sans sentiment de brûlure dans l'action de mâcher, dans celle d'avaler, soit la salive, soit les alimens, ou celle de parler, surtout le soir, une sensibilité exquise de la langue allant jusqu'à la souffrance, dans ses mouvemens et son contact avec les arcades dentaires.

Dans quelques cas, j'ai vu la douleur s'étendre le long du pharynx jusqu'à la partie inférieure du cou, ou produire une sensation de constriction à la gorge.

Si l'on vient à examiner l'intérieur de la bouche, on aperçoit le mal, tantôt localisé à la face supérieure de la langue, tantôt s'étendant à toute la muqueuse buccale et même à celle du pharynx. Dans le premier cas, l'aspect de la langue varie beaucoup, suivant les divers degrés de la maladie et le nombre des récidives. Ainsi, sa face supérieure est d'un rouge vif, ses papilles de même couleur, érigées, d'une impressionnabilité extrême, ou très douloureuses, lorsque les alimens, les dents ou les doigts les touchent. Dans ce cas, bien que dépouillée par endroits de son épithélium, elle conserve encore l'espèce de velouté qui lui est propre.

Les formes affectées par ces érosions sont très variables. Ainsi, quelquefois elles commencent en arrière à la base de l'organe, sont triangulaires, s'élargissent en se portant vers la pointe, de manière à ne laisser de chaque côté qu'une légère bandelette d'épithélium. D'autres fois, elles forment deux longues bandes rouges, latéralement à la ligne médiane, ou une seule sur celle-ci. Tantôt, elles affectent une forme plus ou moins arrondie, irrégulière ou quadrilatère; tantôt enfin, elles représentent des espèces d'îlots ou d'isthmes.

J'ai examiné à une forte loupe les papilles enflammées de l'extrémité de la langue, et du reste de sa moitié antérieure elles présentaient des mamelons coniques, de volume inégal, les uns constituant des petits monticules à sommet lisse, rouge, à parois comme diaphanes; les autres (et c'était le plus grand nombre) conservant leur volume habituel.

L'épithélium, dans les points autrefois malades où il s'était imparfaitement reproduit, après d'anciennes érosions guéries, était plus épais par endroits, moins dans d'autres.

Dans un faible degré de cette affection, j'ai aussi vu plusieurs fois la même membrane érodée par petits points seulement ou intacte, les papilles étant seules enflammées.

Dans les cas contraires qui m'ont paru les plus graves, en ce que l'épithélium semble totalement ou en majeure partie détruit, la face supérieure de la langue était lisse, d'un rouge vif, sans aucun velouté, tantôt sèche, tantôt humide, ou (ce que j'ai observé souvent) labourée, çà et là de fissures superficielles plus ou moins profondes, soit le long ou sur les côtés de la ligne médiane, soit sur les parties latérales ou à sa base.

Dans un cas, j'ai vu régner un léger sillon dans la longueur de sa partie moyenne, avec des embranchemens latéraux irréguliers et de semblables fissures le long de ses bords.

Lorsque la phlegmasie s'étend (ce qui est le plus ordinaire) à toute ou partie de la muqueuse buccale, voici ce que j'ai remarqué : à la voûte palatine, une rougeur érythémateuse consistant en une quantité innombrable de petites éminences miliaires ou points d'un rouge vif, s'étendant presque toujours au voile du palais.

La membrane muqueuse qui tapisse la paroi postérieure du pharynx et les amygdales est fréquemment rouge, de même que parfois celle de la face interne des joues, mais plus rarement.

J'ai souvent trouvé les cryptes muqueux de l'intérieur des lèvres tuméfiés, d'un rouge vif, et la membrane qui les recouvre dans une sorte de turgescence, tandis que les gencives ne paraissent pas partager cet état. Je n'ai jamais vu cette affection de la bouche s'accompagner de fièvre; dans un cas je l'ai vu compliquée d'aphtes.

L'inflammation commençait toujours par la langue et s'étendait ensuite au reste de la muqueuse buccale; aussi le premier organe était-il toujours beaucoup plus malade.

VARIÉTÉS. J'en ai distingué quatre ou plutôt quatre degrés de la même maladie. Le premier, caractérisé par l'éréthysme et l'inflammation des papilles, sans érosion de l'épithélium.

Le deuxième, par le même état, mais avec destruction partielle de l'épithélium.

Le troisième, par l'aspect lisse général de la face dorsale de la langue dû à la totale destruction de son épithélium.

Le quatrième, enfin, caractérisé par la destruction générale ou partielle de l'épithélium et des fissures plus ou moins nombreuses.

Cependant, je dois dire qu'il m'est arrivé de rencontrer un assez grand nombre de fois la rougeur érythémateuse de la muqueuse qui tapisse la voûte palatine et le voile du palais, indépendamment de toute lésion de celle de la langue, mais seulement dans ces régions.

DURÉE. La durée moyenne de cette affection morbide a toujours été de trois à cinq jours. Jamais elle n'a été moindre de trois et dépassé sept, excepté dans quelques cas exceptionnels.

Les récidives sont fréquentes; dès que les fileuses en ont été atteintes une première fois, pour peu qu'elles continuent à porter la filasse à leurs lèvres et les doigts sur leur langue dans l'action de filer; car si elles évitent de le faire et qu'elles se servent d'une éponge mouillée au lieu de leur salive, elles n'ont plus à les craindre ou beaucoup plus rarement. Ce n'est qu'après s'en être convaincues par une expérience faite à leurs

---

Par reconnaissance, j'ai étudié l'œuvre du grand maître, avec cette attention profonde, ce scrupule passionné qu'elle mérite. Dans mon modeste cabinet, la gravure en est placée à l'endroit le mieux éclairé, le plus évident; en m'éveillant, c'est le premier objet qui frappe mes yeux et excite ma pensée. Aussi, pas un trait, pas une nuance, pas un contour, pas un détail que je ne connaisse à fond. Quelquefois je contemple le tableau dans son ensemble, j'admire la grandeur du drame qu'il représente, je m'identifie à l'action, je m'anime, je prends part aux passions qui y sont représentées, au mouvement, aux idées, aux émotions des personnages. D'autres fois ma pensée s'élance dans le passé : je parcours les siècles, je comprends les mœurs, les opinions, les usages des vieux peuples; je remonte ainsi le cours des âges les plus reculés. Souvent encore, isolant le tableau des objets environnans, soit avec ma main recourbée, soit à l'aide d'un tuyau de carton noirci, je rends par cette illusion de perspective, du reste bien connue, la perception bien plus vive, et, par cela même, la méditation beaucoup plus prolongée. La scène représentée me semble, en quelque sorte, réelle, vivante, animée. Il en résulte que, pendant un certain temps, les personnages du tableau ne me quittent pas; la figure d'Hippocrate m'est sans cesse présente, c'est un fantôme qui me poursuit et m'obsède. Il m'arrive aussi que, tâchant de monnoyer mes jouissances, j'examine à loisir et séparément chacune des parties de ce tableau; je me délecte dans les plus petits détails, dans les moindres traits des acteurs. Une de mes plus récréatives *flâneries*, puisqu'il faut dire le mot, est d'aller d'une figure à l'autre, comme dans un cercle d'anciennes connaissances. Aucun des quatorze personnages de ce dramatique tableau ne m'est étranger; je les connais tous pleinement et à fond; je leur ai même donné des noms, c'est *Abbas*, c'est *Mithra*, *Khizzer*, *Artaban*, *Artabatès*, *Darius*, *Tissapherne*, *Norbas*, etc. A force de les examiner, et comme par induction physiognomonique, je dirai leur manière d'être individuelle, leur tempérament, leur caractère, leur capacité mentale, presque leurs habitudes. On assure que Girodet s'est représenté lui-même, derrière Hippocrate; cette figure est aussi une des plus expressives, quoique des plus cachées, j'en ai fait une étude spéciale. Ami lecteur, vous souriez peut-être; voilà bien des momens perdus, dites-vous; cela est possible, mais rappelez-vous cet excellent principe de philosophie : *trahit quemque sua voluptas* : je serai excusé parce que je serai compris.

En effet, le tableau Girodet n'est-il pas un spectacle toujours divers, toujours nouveau, et par cela même toujours attrayant? Une œuvre d'art se compose de deux élémens unis et distincts, l'idée et l'expression. Or, qu'y a-t-il de plus varié, de plus étendu, de plus saisissant, surtout pour un médecin, que le sujet choisi par ce grand peintre, puis la manière dont il l'a conçu et exécuté? C'est le beau dans sa grandeur, dans sa simplicité, dans cette unité féconde et multiple qui semble procéder de Dieu même. Dès son apparition, ce tableau annonça ce que serait le jeune peintre qui l'avait produit, il n'a point failli à sa destinée; les chefs-d'œuvre se sont succédé, la postérité les admire, et Girodet a conquis la seule vie éternelle qui soit sur la terre, l'éternité du génie.

R. P.



dépens, qu'elles finissent par l'adopter et encore en est-il quelques-unes qu'on ne peut corriger de leur routine ou de leur apathie.

Voici un tableau dans lequel j'ai noté la fréquence des récidives; on verra combien elles ont été nombreuses.

FEMMES.

Noms.	Age.	Étendue de la maladie.	Nombre des récidives.	Nature de la préparation du chanvre.
Denasme	30	Inflammation de l'isth. du gosier, érosion de la langue	1	Filage. Idem.
Legoff	25	Idem	2	Idem.
Colut	25	Inflammation de la langue	2	Idem.
Mery	32	Idem	1	Idem.
Bernier	22	Inflammation de l'isthme du gosier et érosion générale de la langue	1	Idem.
Leguan	18	Idem	2	Idem.
Robert	33	Érosion de la langue	5	Idem.
Grosulle	26	Inflammation érythémateuse de la gorge et de la langue	3	Idem.
Herault	27	Idem	3	Idem.
Fourni	37	Érosion et destruction de l'épithélium de la langue	1	Idem.
Feurel	21	Inflammation de le langue et de la gorge	4	Idem.
Fraboulet	19	Idem	3	Idem.
Courtou	46	Inflammation érosive de la langue	1	Idem.
Raoul	28	Inflammation de la langue et de la gorge	1	Idem.
Legoff	23	Idem	2	Idem.
Colin	33	Inflammation érosive de la langue	1	Idem.
Paquer	24	Idem, érythémateuse de la langue et de la gorge	2	Idem.
Michel	19	Inflammation de la langue et de la gorge	6	Idem.
Roes	39	Erosion de la langue	1	Idem.
Geslin	61	Inflammation érythémateuse de la langue et de la gorge	5	Idem.
Jacob	52	Inflammation érythémateuse de la langue	1	Idem.
Flem	40	Inflammation de l'isthme du gosier et do la langue	2	Idem.
Digo	53	Idem	6	Idom.
Bam	60	Idem	5	Idem.
Legrand	36	Idem	2	Idem.
Penvuen	16	Erosion de l'épithélium de la langue.	2	Idem.
Lemarec	18	Inflammation érythémateuse de la gorge et de le langue	4	Idem.
Prodome	25	Idem	2	Idem.
Jouamy	22	Idem	4	Idem.
Voroguet	22	Inflammation érosive de la langue	2	Idem.
Darot	18	Idem, érythémateuse de l'isthme du gosier	1	Idem.
Louzet	21	Inflammation érosive, avec fissure de la langue	3	Idem.
Guigou	42	Inflammation érythémateuse de la langue et de la gorge	5	Idem.
Baneat	34	Idem	2	Idem.
Nedeleck	28	Idem	4	Idem.
Legall	23	Idem	3	Idem.
Laurent	26	Idem	2	Idem.
Jego	42	Idem	1	Idem.
Caroff	22	Inflammation érosive de la langue	1	Idem.
Javuen	37	Idem	7	Idem.
Roland	29	Idem	2	Idem.
Kevelec	23	Inflammat. érythémateuse de la gorge et de la langue	2	Idem.
Macaire	22	Idem	3	Idem.
Lecomte	31	Inflammation érosive de la langue	4	Idem.
Lorget	20	Infl. érythémateuse de la langue et de la gorge	4	Idom.
Prijean	26	Idem	5	Idem.
Le laim	50	Idem	2	Idem.
Polard	41	Idem	5	Idem.
Barbet	49	Idem	1	Idem.
Chapin	30	Inflammat. érythémateuse de la gorge et de la langue	3	Idem.
Gnillon	40	Inflammat. érythémat. de l'isthme du gosier	1	Idem.
Mourée	43	Frosion de l'épithélium de la langue.	5	Idem.
Lesueur	23	Inflammat. érythémateuse de la gorge et de la langue	4	Idem.
Lebiban	32	Erosion de l'épithélium de la langne.	1	Idem.
Lebars	31	Inflamm. érythématense de la langue et de la gorge	4	Idem.
Lacroix	60	Erosion de la langue	3	Idem.
Annie	22	Inflammat. éryth. de la langue et do la gorge	6	Idem.
Morelot	23	Idem	3	Idem.
Vari	31	Inflammat. érosive de l'épithélinm de la langne	3	Idem.
Nicolazi	32	Inflammation de l'isthme du gosier et	4	Idem.
Parcheminier	18	Infl. de la langue	5	Idem.
Lonsonarn	38	Inflammat. érosive de l'épithél. de la langue	3	Idem.
Lumivard	28	Inflamm. de la langue et de la gorge.	2	Idem.
Hervey	37	Idem	4	Idem.
Ravalec	27	Idem	3	Idem.
Legall	23	Idem	2	Idem.
Stultus	22	Infl. érosive de la langue et du gosier.	12	Idem.
Pelmeuil	52	Infl. éros. de la langue et des lévres	3	Idem.
Rouchase	25	Infl. de la langue et de la muqueuse palatine	1	Idem.
Percevanx	38	Infl. érnsive de l'épith. lingual	4	Idem.
Gezequel	19	Infl. de la langue et de la gorge	4	Idem.
Augélique	27	Infl. érosive de la langue	2	Idem.
Lemault	46	Infl. éryth. de la langue et de la gorge	3	Idem.
Brunel	34	Idem	4	Idem.
Fourel	22	Infl. érosive de l'épithélium lingual	7	Idem.
Nicole	36	Inflammation érosive de l'épithélium.	3	Idem.
Taugmant	52	Infl. éryth. de la langue et de la gorge.	1	Idem.
Peneven	18	Idem	6	Idem.
Morel	51	Idem	2	Idem.
Desrosiers	49	Inflammation érosive de l'épithélium de la langue	2	Idem.
Hureau	40	Infl. érythém. de la langue et de la gorge	4	Idem.
Piron	21	Erosion de l'épithélium de la languo.	2	Idem.
Cavalier	37	Infl. érythém. de la langue et de la gorge	1	Idem.
Debray	36	Idem	1	Idem.
Kerganel	43	Inflammation érosive de la langua	2	Idem.
Paquer	24	Idem	2	Idem.
Lacroizet	32	Infl. érythém. de la langue et de la gorge	3	Idem.
Morin	38	Inflammation érosive de l'épithélium de le langue	2	Idem.
Clsuche	31	Infl. de la langue ot de la gorge	2	Idem.
Labaudais	21	Infl éryth. de la gorge et de la langue.	8	Idem.
Bary	37	Idem	6	Idom.
Gallouet	16	Idem	3	Idem.
Chapelain	19	Infl. érosive de l'épithélium de la langue	12	Idem.
Lebert	50	Infl. de la langue et de la gorge	4	Idem.
Possec	33	Erosion de l'épithélium lingual	1	Idem.
Huet	51	Idem	1	Idem.
Goulet	27	Idem	4	Idem.
Ledaim	50	Inflammation érythém. de la langue et de la gorge	2	Idem.
Varjeaud	37	Erosion de l'épithélium de la langue.	1	Idem.
Zélie	19	Infl. érosive de la langue et do la muq. palatine	1	Idem.
Jamais	21	Erosion de l'épithélium de la langue	5	Idem.
Maquère	22	Idem	3	Idem.
Lemoino	24	Idem	1	Idem.
Merdon	29	Idem	1	Idem.
Perrin	28	Infl. érythém. de la gorge et de la muq. palatine	3	Idem.
Laurent	25	Infl. de la langue et de la gorge	2	Idem.
Lemeur	24	Idem	1	Idem.
Frovillo	38	Infl. érythém. de la gorge	1	Idem.
Briaud	32	Inflam. érosive de l'épithélinm de la langue	1	Idem.
Besnard	55	Infl. érythém. de la langue et de la gorge	1	Idem.
Gnyonvard	45	Idem	8	Idem.
Provins	25	Erosion de l'épithélium de la langue.	1	Idem.
Legas	27	Idem	8	Idem.
Cato	37	Inflam. érythém. de la langue et de la gorge	3	Idem.
Pregent	26	Erosion de l'épithélium lingual	1	Idem.
Colas	28	Idem	2	Idem.

Noms.	Âge.	Étendue de la maladie.	Nombre des récidives.	Nature de la préparation du chanvre.
Lesne	48	Inflam. érythém. de la gorge et de la langue	3	Idem.
Baslard	41	Idem	1	Idem.
Laruelle	19	Idem	1	Idem.
Richer	25	Idem	2	Idem.
Duroff	29	Idem	3	Idem.
Lecombe	37	Idem	5	Idem.
Amouraux	19	Erosion de l'épithélium de la langue	1	Idem.
Lameury	17	Idem	1	Idem.
Guillon	26	Inflam. érythém. de la langue et de la gorge	6	Idem.
Lecoquet	17	Idem	3	Idem.
Folet	27	Idem	1	Idem.
Narin	26	Infl. érythémat. de la langue et de la gorge	1	Idem.
Bouchat	41	Idem	1	Idem.
Lesueur	20	Idem	4	Idem.
Cameul	36	Idem	2	Idem.
Laclef	48	Idem	3	Idem.
Lemoine	24	Idem	3	Idem.
Louvel	24	Idem	2	Idem.
Muro	41	Idem	2	Idem.
Lefleur	29	Idem	3	Idem.
Créussé	27	Idem	1	Idem.
Catherine	39	Idem	1	Idem.
Hénault	41	Erosion de l'épithélium de la langue.	1	Idem.
Pelcian	27	Infl. érythém. de la lang. et de la gor.	6	Idem.
Lemouel	30	Infl. érosive de l'épithélium lingual	2	Idem.
Autray	18	Infl. érythém. de la gorge	1	Idem.
Monnier	21	Erosion de l'épithélium de la langue	2	Idem.
		Total	143	
		HOMMES.		
Robillard	27	Infl. érythémat. de la langne et de la muq. buccale	3	Tissage.
Copin	19	Idem	6	Idem.
Rochel	30	Infl. éros. de l'épithélium de la langue	3	Idem.
Houit	35	Idem	2	Idem.
Pavé	40	Idem	1	Idem.
Languille	27	Infl. érythém. de la muq. de la gorge.	6	Peignag.
Coit	21	Idem	3	Idem.
Tanquerel	40	Idem	1	Idem.
Lucas	24	Infl. érythém. de la lang. et de la gor.	2	Pilage.
Marouille	24	Idem	1	Idem.
Bérault	27	Idem	3	Idem.
Freslon	31	Infl. érythém. de la muq. palatine	2	Tissage.
Rochan	27	Erosion de l'épithél. de la langue	2	Idem.
Bouvet	48	Infl. éryth. da la langue et de la gorge	1	Pilage.
Giequel	34	Infl. érosive de l'épithélium lingual	1	Filage.
Jeusset	19	Infl. da la langue et de la gorge	3	Tramag.
Lamarre	41	Infl. érythém. de la muqueuse guttur.	7	Filage.
Leguevon	31	Infl. de la langue et de la gorge	3	Idem.
		Total général	161	

D'après le tableau qui précède 161 cas de récidives ont été observés sur un relevé de 318 malades, ce qui établit une proportion d'à peu près la moitié.

Sur ce chiffre de rechutes, j'ai noté 53 fois l'érosion ou destruction seule de l'épithélium de la langue, 108, l'inflammation soit seulement érythémateuse de la muqueuse gutturale ou palatine et plus rarement de celle des lèvres, soit en même temps érosive des papilles de la langue.

La proportion des récidives a été, sur les 318, de 47 pour une fois, de 38 pour 2, de 29 pour 3, de 17 pour 4, de 14 pour 5, de 9 pour 6, de 3 pour 7, de 2 pour 8, et de 1 pour 12.

Mode de terminaison. La maladie se termine toujours pour la muqueuse qui tapisse les parois latérales de la bouche, le voile du palais, la voûte palatine, la surface postérieure du pharynx et les lèvres, par résolution, c'est-à-dire que la rougeur et la douleur disparaissent graduellement, que l'éréthysme et le gonflement des cryptes muqueux cessent, de même que l'augmentation de la sécrétion salivaire.

Quant aux moyens employés par la nature, pour réparer sur la face dorsale de la langue les pertes d'épithélium, ils consistent dans la formation d'une espèce de pellicule qui le remplace, pâlit peu à peu, mais qui en diffère toujours par le défaut de velouté. Seulement, les limites de la déperdition finissent par se confondre en quelque sorte avec les portions d'épithélium qui ont échappé à la destruction, quoique les bords continuent encore pendant longtemps à faire un léger relief, la couleur à rester plus blanchâtre et la surface plus lisse.

J'ai examiné à la loupe, et comparativement, l'espèce de pellicule ou enduit organique qui remplace l'épithélium, ainsi que ce dernier. J'ai trouvé le premier uni, sans villosités, rouge, tandis que les portions d'épithélium qui avaient été épargnées, offraient une multitude de petits mamelons blanchâtres, de volume égal, veloutés, véritables petites houppes qui formaient autant de reliefs.

Lorsque j'explorais avec le même instrument les portions érodées, en me rapprochant de la pointe de la langue, je trouvais leur surface moins lisse et ronge.

Traitement. Avant d'essayer aucun traitement, j'ai voulu 1° constater s'il suffisait d'enlever la cause pour faire cesser l'effet, et pour cela j'ai abandonné la maladie à la nature, c'est-à-dire que je n'ai prescrit aucun gargarisme ou autre topique local, me contentant d'empêcher la mastication d'alimens solides, en donnant des bouillies, des laitages. La nature a guéri tout aussi promptement que par les moyens thérapeutiques que je relaterai ci après. Seulement, les malades ont souffert un peu plus; l'éréthisme et la chaleur accompagnés de douleur n'ayant cessé, avec l'inflammation, que vers le quatrième ou sixième jour.

2° J'ai ensuite traité la même affection locale par les gargarismes émolliens, c'est-à-dire avec un mélange de miel et d'eau d'orge. Les guérisons ont eu lieu, communément, en six à sept jours.

3° Par l'usage de gargarismes composés avec 4 à 8 grammes de sous-borate de soude, la moyenne de durée a été de trois à cinq jours.

4° Par ceux avec le sulfate d'alumine et de potasse, à la dose de 4 à 8 grammes; la cure à eu lieu en quatre à sept jours.

5° Enfin, par des gargarismes opiacés, tantôt avec 24 gouttes de laudanum, tantôt avec 3 à 6 décigrammes ou plus d'extrait gommeux d'opium; la guérison a été complète en trois à quatre jours.

Ce serait donc ce dernier traitement local qui devrait être préféré, quoique je n'aie observé qu'une très faible différence de durée avec les autres.

Il me reste, pour confirmer ce que j'ai avancé sur l'étiologie, la symptomatologie et le traitement de cette affection morbide, à présenter un certain nombre d'observations prises parmi le grand nombre de celles que je possède, afin de faire ressortir la fidélité du tableau que j'on ai tracé.

(La suite à un prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

I. ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA.

Les cahiers de février, mars, avril, mai et juin 1842 contiennent les articles originaux suivans: 1° *Sur la phlébite utérine diffuse des nouvelles accouchées;* par M. Sacbero. (Faits et réflexions à l'appui des idées du même auteur, que nous avons déjà fait connaître, v. Gaz. Méd., 1842, p. 152.) 2° *Considérations et déductions sur l'inflammation de cause traumatique;* par M. Malago. 3° *Considérations thérapeutiques sur les épispatiques;* par M. Bini. (Rien qui mérite d'être reproduit.) 4° *Nouvelles expériences cliniques sur le seigle ergoté;* par M. Uberti. 5° *Sur la nature et le siége des fièvres intermittentes;* par M. Mendini. (Ce travail est appuyé sur l'analyse des observations contenues dans le Traité des fièvres intermittentes de M. Bailly.) 6° *Mémoire pour prouver l'origine élastico-oscillatoire du dynamisme animal;* par M. Pari. (Premier article.) 7° *Aperçu général sur les maladies endémiques de la Grèce;* par M. A. Pallis. 8° *Observations critiques sur l'ouvrage récent du docteur Geromini intitulé: De la fièvre chez l'homme. Nouvel essai pratique de la médecine misontologique.* (Travail de polémique.) 9° *Sur quelques cas de maladies charbonneuses causées par l'ingestion de la viande provenant d'un bœuf mort de charbon à la langue;* par M. Odoardo Turchetti. 10° *Observations anatomiques et physiologiques sur la corde du tympan;* par M. Guarini. 11° *Observation d'hydrophobie guérie par l'emploi de la cédadille.* (Il s'agit du fait de M. le docteur Foulhioux, déjà rapporté dans la Gaz. Méd., 1841, n° 24.) 12° *Observation sur l'épidémie de variole qui a régné en* 1841

dans la commune de Castellaro; par M. Acquarone. 13° *Réflexions pathologico-pratiques adressées par M. Tommasini, en réponse à quelques-unes des objections qui ont été faites contre ses doctrines.* 14° *Unité diathésique du stimulus de la réaction organique morbide;* par M. Bini.

CONSIDÉRATIONS ET DÉDUCTIONS SUR L'INFLAMMATION DE CAUSE TRAUMATIQUE; par M. MALAGO.

Le mémoire de M. Malago ne se recommande guère que par l'apparence paradoxale des principes qui y sont énoncés. Nous disons *l'apparence*, car, pour quelques-uns d'entre eux, malgré la clarté avec laquelle ils se trouvent exprimés, nous éprouvons quelque hésitation à prendre les paroles de l'auteur au pied de la lettre. On va, du reste, juger, par un court résumé, de ce qu'il y a de vrai dans ses idées.

Après avoir tracé le tableau des différens effets de l'inflammation traumatique, de sa fréquence, de ses complications, de ses accidens, M. Malago déclare que l'inflammation qui résulte d'une action chimique ou mécanique lui paraît être beaucoup plus grave que celle qui succède aux causes communes, et qu'il appelle *médicale;* assertion qui heurte assez les croyances générales pour demander, avant d'être admise, quelque chose de plus qu'une simple affirmation. La phlegmasie qui accompagne les lésions traumatiques est, à ses yeux, l'agent le plus actif des accidens qui viennent en aggraver le pronostic, et c'est à combattre cet élément qu'il prescrit de veiller constamment et principalement, dans le traitement de ces altérations. Nous ne pouvons que partager cette manière de voir. Mais il n'en est plus de même, lorsque nous lisons dans ce travail « que l'inflammation ne concourt pas à la cicatrisation des plaies. » Sans doute l'excès du travail phlegmasique ne vient que trop souvent compromettre la réunion; sans doute aussi c'est à modérer l'inflammation concomitante bien plus qu'à l'exciter qu'on a le plus ordinairement à s'attacher dans le traitement des plaies; sous ce rapport, donc, les idées de M. Malago n'ont rien de dangereux pour la pratique. Mais elles n'en méritent pas moins d'être signalées comme absolument inexactes, à un point de vue plus absolu. Aucune plaie ne peut se fermer sans travail inflammatoire; et s'il fallait ici des preuves de cette vérité qui a force d'axiôme en médecine, nous n'aurions qu'à rappeler le fait si connu où M. Lacretelle, appréhendant les suites d'une vaste brûlure du membre inférieur, parvint à prévenir tous les accidens en maintenant sur une moitié de la surface dénudée une réfrigération constante, qui y empêcha à la fois et l'inflammation et la cicatrisation.

NOUVELLES EXPÉRIENCES CLINIQUES SUR LE SEIGLE ERGOTÉ; par M. UBERTI.

Le seigle ergoté agit-il comme excitant, ou sa propriété est elle au contraire hyposthénisante? La question divise encore aujourd'hui les pathologistes et a déjà provoqué, particulièrement en Italie, de nombreuses et importantes recherches. L'auteur qui adopte la seconde hypothèse la soutient par des considérations physiologiques et par des faits. A l'appui de l'action antisthénique qu'il attribue au seigle ergoté, il cite plusieurs cas tirés de sa pratique, cas dans lesquels ce médicament a paru exercer les plus heureux effets sur la marche d'affections manifestement inflammatoires, et spécialement de phlegmasies thoraciques. Le cas suivant donnera une idée du mode d'administration et de l'influence thérapeutique qu'il attribue à cet antiphlogistique.

OBS. — Un jeune maçon, de tempérament sanguin, ayant été exposé à un refroidissement, éprouva une toux fatigante ainsi que de la prostration musculaire. Il eut aussi, pendant la nuit, des frissons, suivis d'une chaleur brûlante et d'une sensation profonde, quoique peu intense, de douleur dans le côté droit. On lui donna une potion purgative. Le jour suivant, la toux et le point de côté étaient devenus plus forts, surtout durant l'inspiration. Il entra à l'infirmerie avec tous les signes d'une violente inflammation pulmonaire, pouls dur et irrité, yeux brillans, peau chaude et humide, crachats striés de sang. (Boissons mucilagineuses; extrait aqueux de seigle ergoté, 25 centigr. toutes les deux heures; diète absolue.)

Le soir, nul changement.

Le troisième jour, second du traitement, la respiration était courte, la soif brûlante, la face triste et de teinte terreuse, le point de côté plus aigu, pouls vite, mais moins fort. (La dose de seigle ergoté est portée au double; boisson pectorale.)

Le quatrième jour, exacerbation de tous les symptômes locaux et généraux, délire, toux continuelle, anxiété, râle crépitant dans presque tout le poumon droit. Dans un état si grave, une saignée parut devoir être pratiquée, mais on ne put venir à bout de la faire. On dut donc se contenter de persévérer dans le traitement commencé, en y ajoutant une application de sangsues sur le point douloureux, et le soir *un point étendu d'antagonisme sur le sternum* (1).

Le jour suivant, il ne paraissait aucun changement; seulement, dit M. Uberti, la toux était moins laborieuse, la respiration un peu plus libre, le délire n'avait rien de bien prononcé. (Continuation du seigle ergoté à la même dose.) L'amélioration commença à se montrer bien réelle les deux jours suivans, huitième et neuvième jours de la maladie, et le malade fut bientôt hors de danger.

Nous avons cité de préférence cette observation, parce qu'elle donne une idée assez exacte de la pratique de l'auteur. Dans plusieurs des autres cas rapportés par lui, on regrette de trouver des médications de diverse nature combinées avec l'emploi du seigle ergoté. C'est ainsi que, chez son premier malade, affecté de simple congestion pulmonaire, la cure fut commencée par un purgatif salin, et consolidée par un vésicatoire étendu, appliqué sur le sternum. Chez le troisième on joignit au seigle ergoté de *salutaires dérivations.* Il est vrai que le même reproche ne peut être adressé à toutes les observations; mais il est vrai aussi que, dans toutes, l'affection n'était pas aussi grave ni le danger aussi pressant que chez le sujet dont nous avons rapporté l'histoire plus détaillée. De nouveaux faits deviennent donc nécessaires. Mais si la preuve qui ressort de ceux-ci pas aussi complète que le prétend le médecin de Brescia, on ne peut nier du moins qu'il n'ait apporté à la question d'utiles élémens.

SUR QUELQUES CAS DE MALADIES CHARBONNEUSES CAUSÉES PAR L'INGESTION DE LA VIANDE PROVENANT D'UN BŒUF MORT DE CHARBON DE LA LANGUE; par M. ODOARDO TURCHETTI.

Dans le cours de l'année 1841, et pendant qu'une épidémie de variole régnait à Fucecchio, comme dans toute la Toscane, une épizootie de charbon de la langue sévissait dans différentes provinces du grand-duché. Or, il arriva que, malgré les lois faites pour empêcher le débit d'animaux morts d'une maladie suspecte, un boucher d'un pays voisin parvint à introduire à Fucecchio la viande d'un bœuf mort du charbon, et qu'il livra à vil prix. Alléchés par le bon marché, d'abondans consommateurs mangèrent de cette viande qu'aucun signe extérieur ne pouvait d'ailleurs leur faire reconnaître. Bientôt, la plupart d'entre eux furent atteints de maladie charbonneuse qui se présenta généralement sous la forme suivante.

L'invasion des premiers symptômes se faisait chez quelques-uns vingt-quatre heures, chez d'autres, deux et trois jours seulement après l'ingestion de la viande. Alors apparaissaient, sur la face, les lèvres, le cou, les bras, des tubercules très douloureux, entourés d'un petit cercle rouge. D'autres fois c'étaient de petites pustules blanchâtres avec une auréole violette. L'éruption, qu'elle consistât en pustules ou en tubercules, augmentait ensuite de volume et prenait les caractères du charbon, s'entourant alors d'un gonflement plus ou moins intense. Chez la plupart, au bout d'un septenaire, l'élimination de l'escarre laissait à nu une plaie d'assez bon aspect qui ne tardait point à se cicatriser.

Dans un moins grand nombre de cas cependant, la maladie suivit une marche plus inquiétante. Loin d'être bornée à un petit nombre de pustules ou de tubercules, l'inflammation charbonneuse s'étendait sous forme d'érysipèle avec un gonflement énorme. Dans ces cas, l'escarre ne se détachait qu'au bout de deux semaines; et l'ulcère consécutif à sa chute était de mauvaise nature. Des phénomènes nerveux ou gastriques accompagnaient la maladie locale et persistaient même après la disparition de celle-ci.

Les symptômes généraux les plus ordinaires furent la diarrhée, les vomissemens, le météorisme, les horborygmes, l'anorexie, une fièvre intense, le délire, la prostration des forces, des coliques, l'insomnie, de la tendance aux épanchemens séreux, les épistaxis, la lividité de la face. La convalescence était généralement très longue. Comme moyens de traitement, on employa de préférence les éméto-cathartiques et les *déprimans* les plus actifs.

L'auteur ne cite que deux cas de mort; et encore s'observèrent-ils chez deux individus affaiblis par l'âge.

Ce qu'il y a surtout de remarquable, et ce qui a été vérifié, non seulement par M. Turchetti, mais par plusieurs autres médecins du pays, c'est que pour contracter cette maladie, il n'était pas besoin d'avoir touché la viande soit crue soit cuite; et au contraire aucun de ceux qui furent employés à la couper, la porter, la vendre, ne gagna le charbon.

La circonstance la plus intéressante de la relation de M. Turchetti est

(1) Par ces paroles, que nous avons rendues textuellement, l'auteur entend-il désigner l'application d'un large vésicatoire?

sans contredit celle qui est relative au mode de propagation et à l'exemption absolue dont jouirent ceux qui, sans avoir mangé de la viande, s'étaient trouvés le plus directement et le plus longtemps en contact avec elle. Mis en regard des cas où l'affection s'est développée par la seule ingestion de la viande, et dont nous avons nous-mêmes cité un exemple concluant (v. GAZ. MÉD., 1842, p. 804), ce fait leur forme une sorte de contre-épreuve bien décisive ; et l'on ne saurait plus désormais se refuser à admettre les observations de ce genre, si longtemps regardées comme apocryphes ou même comme impossibles. Sous un autre rapport, l'intéressante communication de M. Turchetti nous offre l'exemple d'une affection charbonneuse assez légère; car, malgré l'influence, si pernicieuse dans ces cas, d'une épidémie variolique sévissant en même temps dans la contrée, malgré le grand nombre de sujets atteints, malgré, il nous permettra de le dire, les doutes que pourrait inspirer sur sa convenance un traitement déprimant, employé comme méthode générale dans une maladie communément regardée comme de nature asthénique, il est remarquable que deux morts seulement aient eu lieu. Une observation que nous tenons encore à faire, c'est que, contrairement à ce qui a été constaté par la plupart des auteurs, la forme érysipélateuse a paru ici être plus grave que la forme charbonneuse proprement dite.

OBSERVATIONS ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES SUR LA CORDE DU TYMPAN; par M. GUARINI.

M. Guarini avait déjà attaché son nom à l'étude des nerfs de cette région par un travail intéressant dont nous rendîmes compte en 1841 (v. GAZ. MÉD., p. 264). Celui qu'il publie aujourd'hui est une monographie complète de la corde du tympan, comprenant la structure, l'origine, la distribution et les usages de ce rameau mystérieux qui a tant exercé la patience et la subtilité des savans de tous les âges. On reconnaît sans peine, dans ces recherches, l'observateur attentif et l'expérimentateur scrupuleux; aussi croyons-nous devoir en donner un aperçu quelque peu détaillé.

La partie anatomique ne nous arrêtera pas longtemps. Adoptant l'opinion la plus répandue de nos jours, et dont ses propres dissections lui ont d'ailleurs confirmé la justesse, l'auteur professe que la corde du tympan ne tire pas son origine de la branche crânienne du nerf vidien, mais bien du facial lui-même.

C'est surtout dans la partie physiologique que M. Guarini a consigné les idées et les expériences qui lui sont propres. La corde du tympan, dit-il, est composée de fibres du facial; or le facial est un nerf moteur : donc la corde du tympan doit aussi être un nerf moteur. Voilà mon premier raisonnement. En second lieu, l'anatomie montre que la corde du tympan se distribue principalement aux fibres du muscle lingual. Donc ce nerf, qui est moteur, est celui qui communique à ces fibres la faculté de se contracter.

Il fallait vérifier par des expériences la justesse de ces déductions. Voici celles qu'a pratiquées l'auteur. Il s'est d'abord muni d'une pile, n'ayant pas plus de 8 à 9 couples d'un pouce de diamètre. Prenant ensuite l'animal sur lequel il veut opérer, il lui coupe la tête et fend promptement la langue ainsi que la mâchoire inférieure, sur la ligne médiane. Il faut alors attendre un instant, jusqu'à ce que les spasmes qui agitent tous les muscles soient appaisés, et lorsque tout est devenu tranquille, il implante une des aiguilles de la pile dans la partie antérieure de la langue, se réservant de porter l'autre sur les nerfs dont il veut étudier la fonct'on. Un soin qu'il est nécessaire de prendre, afin d'éviter le passage de l'électricité dans des nerfs autres que celui sur lequel on veut opérer, c'est de couvrir ceux-là avec un linge enduit de cérat.

Les choses étant ainsi disposées, si l'on galvanise le nerf hypoglosse, la langue se porte en avant, en arrière, en bas et en haut avec une grande vitesse; et ces mouvemens se succèdent avec tant de rapidité que l'organe tout entier semble être agité de convulsions. Cependant les fibres musculaires de sa partie médiane demeurent parfaitement immobiles.

En portant l'aiguille sur le nerf de la cinquième paire, on n'obtient pas de mouvemens de la langue, non plus que lorsqu'on touche le glosso-pharyngien,

Si enfin l'on galvanise le nerf facial, la langue se porte immédiatement en haut et en arrière, puis en bas, puis de nouveau en haut. En même temps, elle subit une sorte de mouvement vermiculaire dépendant de la contraction des fibres du muscle lingual. Le premier mouvement, en haut et en arrière, est produit par le muscle stylo glosse dont la partie supérieure reçoit ses fibres du facial, par la corde du tympan.

Ces expériences furent répétées plusieurs fois avec un plein succès, par M. Guarini, devant ses collègues. Quelques uns d'entre eux cependant lui suggérèrent un doute. Le facial et l'hypoglosse étant très rapprochés chez la brebis (animal qu'il avait choisi pour ses expériences), n'était-il pas probable que le fluide galvanique avait passé du premier au second? Pour résoudre cette difficulté, M. Guarini eut recours au moyen suivant,

Ayant, dit-il, mis à nu le nerf hypoglosse d'un côté, sur une brebis vivante, j'en excisai une portion de la longueur de plus d'un pouce, et après avoir tué l'animal, je m'assurai que le galvanisme appliqué sur l'hypoglosse, du côté où il avait été réséqué, ne produisait aucun mouvement de la langue, tandis que les convulsions ordinaires apparaissaient quand on touchait l'hypoglosse du côté qui était resté intact. Et cependant, en portant l'aiguille sur le nerf facial, du côté où l'hypoglosse avait subi une perte de substance, je vis la langue se retirer, comme d'habitude, en haut et en arrière, et effectuer aussi ses mouvemens vermiculaires.

Un doute restait néanmoins encore sur la part que prend la corde du tympan à la contraction du muscle lingual; car il pouvait fort bien se faire que le mouvement vermiculaire attribué à l'action de ce muscle ne fût en réalité que l'effet de celle du stylo-glosse. L'expérience suivante répondit encore à cette objection. La tête ayant été séparée du tronc, un bistouri droit fut porté obliquement en bas et en arrière, en contact avec le bord postérieur de la mâchoire inférieure vers le milieu de sa hauteur. De là, en tournant son tranchant en arrière, on le conduisit jusqu'à la colonne vertébrale, coupant dans ce mouvement le nerf hypoglosse, les muscles stylo glosses, stylo-pharyngien et digastrique, mais laissant intacts le muscle lingual et la corde du tympan. Cela fait, le nerf facial fut galvanisé; la langue ne se porta plus en arrière, mais le mouvement vermiculaire se manifesta comme de coutume.

Les conclusions physiologiques qui ressortent de ces expériences sont d'abord que le nerf hypoglosse n'est pas le seul nerf moteur de la langue. Si cependant la langue paraît immobile et comme paralysée après la section de l'hypoglosse, ce n'est pas qu'elle ait entièrement perdu sa mobilité, mais cela vient de ce que le muscle lingual, dont la contractilité persiste, ne peut lui imprimer que des mouvemens intrinsèques, très difficiles à constater, et non plus des mouvemens de déplacement de l'organe en totalité.

En considérant la multiplicité des mouvemens qu'exécute le lingual, et la variété presque infinie des formes que sa contraction peut imprimer à la langue, M. Guarini est porté à penser que l'action de ce muscle, et par conséquent que la fonction de la corde du tympan est de servir à l'articulation des sons.

Les faits qui forment la base du travail de M. Guarini ne sont pas du nombre de ceux qu'on puisse critiquer sans avoir cherché à les reproduire. Nous nous contenterons donc, pour le moment, d'appeler sur ces résultats l'attention des physiologistes, et de dire que les expériences sur lesquelles ils s'appuient paraissent avoir été dirigées avec beaucoup de soin et de perspicacité. Du reste, par cela même que le mouvement attribué par l'auteur à la corde du tympan est obscur, faible et difficile à distinguer, les hommes prévenus contre ses conclusions auront aussi beau jeu à les nier que l'inventeur a eu de facilité à les admettre. C'est donc à de nouvelles expériences à décider la question. Il y aurait peut être, néanmoins, dès ce moment, quelques observations à présenter sur les corollaires physiologiques, que l'auteur ne formule, il est vrai, qu'avec une certaine réserve. Il est trop rare de voir la prononciation, du moins celle des consonnes labiales, altérée dans la paralysie faciale, pour qu'on puisse admettre, sans autre preuve, que le jeu de la langue dans l'articulation des sons dépend du nerf facial. S'il nous était permis d'émettre une hypothèse à la place d'une autre hypothèse, et surtout de la fonder sur un fait aussi douteux que l'est encore l'influence du facial sur les mouvemens de la langue, nous serions plutôt d'avis que l'action du muscle lingual a rapport à la gustation, et que la contraction de ses fibres a pour but de déterminer une application plus intime de la papille sensible contre le corps sapide. Au reste, une opinion à peu près semblable a déjà été émise par M. Bernard (V. Thèse de Paris du 2 mai 1842); et elle trouverait un appui dans trois faits pathologiques (dont l'un observé par nous, en 1835, à la Salpêtrière), où une diminution marquée de la faculté gustative a coïncidé avec la paralysie du facial.

II. BULLETINO DELLE SCIENZE MEDICHE.

Les numéros de janvier, février, mars, avril et mai 1842 contiennent les mémoires originaux suivans : 1° *Fausse articulation de l'humérus à la suite d'une fracture non consolidée, guérie au moyen du séton;* par M. Baroni. 2° *Sur le travail de M. Blaud, relatif à la puissance vitale considérée dans ses lois pathologiques;* par M. Toffoli. 3° *Ob-*

servation de pied équin guéri par la ténotomie; par M. Rizzoli. (Fait absolument conforme aux cas de cet ordre déjà observés; section du tendon d'Achille par la méthode sous-cutanée; pas d'accidens; guérison prompte et complète.) 4° *Résultats d'expériences faites sur différens animaux avec l'acide arsénieux;* par M. Ciannelli. (Ces expériences prouvent que le sang, l'urine et les poumons des animaux empoisonnés par l'acide arsénieux sont devenus à leur tour un poison pour des volatiles auxquelles on a fait avaler ces substances.) 5° *De la statistique médicale;* par M. Capello. (Considérations générales sur le but de la statistique en médecine, sur ses bases, sa nécessité, ses incertitudes, ses règles.) 6° *Nouvelle opération de chirurgie; extirpation sous-cutanée de la mâchoire inférieure;* par M. Signoroni. 7° *Sur un cas de hernie du péritoine simulant une entéro-épiplocèle;* par M. Cerulli. (Une femme fut opérée pour les symptômes d'une hernie inguinale étranglée; on ne trouva qu'une tumeur molle qu'on réduisit sans l'ouvrir. Les accidens persistèrent et la malade mourut. A l'autopsie, on vit une portion enflammée du péritoine pariétal appliquée contre l'anneau. M. Cerulli appelle cela une hernie du péritoine; mais les rédacteurs font observer et avec raison, suivant nous, que la vacuité du sac, reconnue seulement après la mort, est loin de prouver qu'il n'eût pas contenu d'intestin pendant la vie.) 8° *Avantages obtenus dans deux cas de maladies nerveuses par l'usage du nitrate d'argent. Sur l'emploi du chlorure d'argent;* par M. Rizzoli. (Deux cas de guérison, l'un d'une épilepsie rebelle à tous les remèdes, et qui, en ce moment, a cessé complètement, depuis huit mois déjà; l'autre, d'une névralgie faciale. La dose du médicament, chez les deux sujets, fut d'un seizième de grain par jour, divisé en deux pilules.) 9° *Essai d'anatomie physiologique et pathologique des veines;* par M. Benvenisti. (Premier article.) 10° *Quelques considérations sur le traitement des tumeurs dites lymphatiques;* par M. Cappelletti. (Le traitement conseillé par l'auteur pour les abcès froids se compose de trois moyens qu'on applique successivement : ponction avec le trocart pour évacuer le pus, injection dans le foyer d'une solution de nitrate d'argent, compression modérée et permanente sur la surface extérieure de la tumeur.) 11° *Sur les eaux thermales de Poretta;* par M. Paolini. 12° *Observation d'une métastase laiteuse;* par M. D. Rasi. 13° *Histoire d'une laryngo-trachéite syphilitique guérie par le deuto-chlorure de mercure;* par M. Gamberini. (Des chancres existaient sur le voile du palais et mirent le médecin sur la voie pour diagnostiquer la nature de l'affection laryngienne. Le malade n'accusait pour point de départ qu'une blennorrhagie de peu de durée. La guérison que n'avaient pu obtenir, depuis sept ans, les médications les plus variées, fut rapide dès qu'on eut commencé l'usage intérieur du mercure.)

FAUSSE ARTICULATION DE L'HUMÉRUS A LA SUITE D'UNE FRACTURE NON CONSOLIDÉE, GUÉRIE AU MOYEN DU SÉTON; par M. BARONI.

L'observation que publie M. Baroni est un nouvel exemple des bons effets du séton dans les articulations anormales et de l'innocuité de son emploi. A ce double titre, il ne paraîtra pas inopportun d'en retracer ici les principales circonstances.

OBS. — Un homme âgé de 37 ans, faucheur, de bonne constitution, se fit, en déchargeant son fusil, une fracture vers la partie moyenne de l'humérus droit, contre laquelle la crosse de l'arme se trouvait en ce moment appuyée. Entré de suite à l'hôpital, on reconnut une fracture simple que l'on traita, durant les seize premiers jours, par l'application de cataplasmes. Au bout de ce temps, on mit un appareil; mais, comme après l'avoir laissé trente jours la consolidation n'était pas survenue, il fut remplacé par un emplâtre, et le malade sortit de l'hôpital. Il resta quelque temps après se confier aux soins de M. Baroni. Les deux fragmens étaient obliques et chevauchaient l'un sur l'autre de près d'un pouce. Très mobiles d'ailleurs, les mouvemens qu'on leur imprimait et la pression qu'on exerçait sur eux ne réveillaient aucune douleur. En cet état, M. Baroni jugea que le séton était indiqué. Une aiguille entraînant après elle une mèche de coton traversa l'intervalle des deux fragmens maintenus écartés par un aide, et y laissa le corps étranger. Une seule attelle courbe fut placée sur le bras et l'avant-bras. La réaction se montra fort légère. Mais la consolidation n'ayant fait aucun progrès au bout de quelques semaines, on ajouta quelques attelles pour rendre l'appareil plus exactement contentif. A cette époque, l'opéré fut pris de fièvre qu'on attribua à un refroidissement; en même temps, la suppuration du séton devint plus abondante et l'inflammation développée autour de la fracture s'étendit jusque dans l'aisselle où un abcès se forma et fut ouvert. A partir de ce moment, tout alla de mieux en mieux, et la consolidation fit de tels progrès que le séton put être retiré après avoir été laissé pendant près de deux mois. Le malade a repris son premier métier, et le bras est revenu à ses dimensions primitives.

Voilà un nouvel exemple de succès dû au séton. Mais quoiqu'il n'ait produit ici aucun accident sérieux, il n'était pas permis d'oublier ceux auxquels il pouvait exposer le malade; car c'est en sachant tenir compte de toutes les éventualités rationnellement présumables que le chirurgien instruit se distingue de l'opérateur routinier. Or, chez un malade dont la fracture ne datait que de trois mois et demi environ, chez un malade où le défaut de consolidation tenait sans doute en grande partie aux vices patens du traitement primitivement mis en usage, était-il indiqué, était-il nécessaire d'employer le séton de prime-abord, et avant d'avoir essayé des moyens plus doux et tout aussi rationnels dans ce cas, tels que l'application prolongée d'un appareil ou le frottement des fragmens? Nous nous bornons à poser cette question aux lecteurs. Remarquons encore que le travail de consolidation n'a paru commencer qu'au moment où le séton a produit une inflammation vive dans le foyer de la fracture.

NOUVELLE OPÉRATION DE CHIRURGIE; EXTIRPATION SOUS-CUTANÉE DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE; par M. Signoroni.

Nous avions déjà annoncé cette opération (V. GAZ. MÉD. 1842, p. 152), mais en nous réservant d'attendre, pour la juger, que l'auteur lui-même l'eût fait connaître dans tous ses détails. Le moment est donc venu d'apprécier la portée clinique de ce nouveau mode opératoire, et c'est ce que nous ferons après avoir rapporté la manière dont il a été exécuté.

Il s'agissait d'une femme, jeune encore, robuste et de tempérament sanguin, chez laquelle un ostéo-sarcôme avait envahi la mâchoire inférieure. La tumeur, développée entre les lames écartées de l'os, avait le volume du poing, et occupait l'espace compris entre la première incisive et le col du condyle du côté droit. Du reste, soit dans la surface interne de la bouche, soit dans la partie du col et de la tempe correspondante à la tumeur, on ne trouvait pas l'ombre d'altérations. Le mal était donc tout-à-fait local, borné à l'os, et la santé générale d'ailleurs en très bon état.

M. Signoroni, ayant surtout en vue d'épargner à cette jeune malade la difformité d'une cicatrice apparente, difformité qu'aucun des procédés actuels ne peut éviter, songea à imaginer un moyen d'enlever la portion altérée sans faire d'incision extérieure. Un pareil procédé devait, en outre, avoir l'avantage de laisser intacts le conduit de Sténon, l'artère faciale et les rameaux nerveux de la région.

Le procédé auquel il s'arrêta (et que, pour le dire à l'avance, il appliqua avec un plein succès chez cette malade), comprend trois temps principaux: 1° isolement de la tumeur; 2° résection de la partie altérée du maxillaire inférieur; 3° extraction de cette partie détachée. Pour accomplir ces divers temps, il a fait construire trois instrumens particuliers. Le premier (*scalpellino scarnificatore*), ne saurait être mieux compris qu'en le comparant à une hache, mais réduite à des proportions extrêmement petites. Les deux autres sont destinés à la section de l'os. L'auteur les nomme ciseaux ossivores. L'un, plus petit, est en bec de perroquet, et rappelle presque absolument le costotome employé parmi nous pour les autopsies; l'autre, de dimensions plus considérables, a ses branches en forme de bec de grue, c'est-à-dire recourbées à leur extrémité et perpendiculaires sur la direction du manche. Muni de ces instrumens, le chirurgien procéda à l'opération, comme il suit :

PREMIER TEMPS. La bouche étant ouverte autant que possible, et la dent qui répond à la limite antérieure du mal arrachée, on commence l'isolement de la portion affectée en faisant avec le petit scalpel une incision, qui divise la membrane muqueuse buccale à son union avec les gencives, dans toute l'étendue du cancer, et même à quelques lignes au delà, pour la plus grande facilité de l'opération. Après avoir ainsi dénudé le corps de l'os, on répète la même manœuvre pour la branche ascendante, si elle est altérée, et l'on coupe ainsi tous les muscles qui y prennent insertion, le buccinateur, le masséter et le ptérygoïdien externe. On complète l'isolement en pratiquant quelques autres incisions, avec le même instrument, sur la partie de l'os qui est au niveau du plancher de la bouche, en rasant le bord interne du maxillaire et coupant par conséquent le génio glosse, le génio-hyoïdien et le mylo-hyoïdien. Il faut ensuite isoler la partie interne de la branche ascendante, en divisant les insertions des muscles ptérygoïdien interne et une portion du muscle temporal.

DEUXIÈME TEMPS. La section de l'os, dont se compose le second temps, est pratiquée à l'aide des cisailles. La grande, à bec de grue, sert à diviser le corps de la mâchoire. On applique pour cela ses deux branches sur les deux faces de l'os, et le simple rapprochement des manches de l'instrument suffit pour accomplir cette partie de l'opération. Cela fait, le chirurgien prend la petite pince, à branches droites et à bec de perroquet, et il tâche de la placer sur la branche ascendante, au delà des limites de l'altération, et de manière à ce que la branche concave de l'instrument corresponde à la face externe de l'os, et la branche convexe à sa face interne. Cette seconde section s'exécute avec la plus grande facilité,

TROISIÈME TEMPS. L'extraction de la pièce osseuse détachée n'est, selon M. Signoroni, qu'une partie tout-à-fait accessoire de l'opération, du moins quant à la difficulté. La tumeur, étant séparée de toutes ses attaches, rien n'est plus aisé que de la faire sortir par l'intérieur de la bouche. Il suffit pour cela de quelques coups de scalpel qui la séparent de ses dernières adhérences. On pourrait aussi la diviser en deux portions, si elle était trop volumineuse pour traverser librement l'ouverture buccale.

Outre les avantages de ce procédé que nous avons déjà indiqués, l'auteur mentionne encore celui d'épargner le nerf grand hypoglosse, le facial, et les branches cervicales ascendantes ; d'un autre côté, le peu de danger de léser la carotide interne, la veine jugulaire profonde et l'artère auriculaire antérieure. Enfin, d'après lui, la plaie de l'opération est soustraite à l'influence fâcheuse des agens extérieurs, et elle participe conséquemment à l'innocuité si remarquable des opérations sous-cutanées.

La description qui précède montre que nous avions bien jugé ce mode opératoire, lorsque, il y a quatre mois, sur le simple titre, nous faisions pressentir qu'il ne s'agissait que de l'amputation de l'os après l'incision de la muqueuse buccale. Examinons maintenant les avantages que M. Signoroni lui attribue. Et d'abord, ce ne serait que par la plus étrange confusion des mots et des choses que l'on voudrait revendiquer pour cette opération la dénomination non plus que les conditions propres aux sections sous-cutanées ; et ce n'est pas dans ce journal, où les principes de cette méthode ont été si souvent développés par l'auteur lui-même, qu'il sera besoin d'insister longuement, pour montrer que l'innovation du professeur de Padoue ne peut faire valoir aucun lien de parenté avec la classe des opérations qui méritent véritablement le nom de sous-cutanées. De là ressort, sans autre explication, la ruine des espérances que cette désignation fautive semblait, au premier abord, pleinement justifier. Ainsi, sous le rapport de la réaction inflammatoire et nerveuse, de la suppuration, des lenteurs de la cure, des accidens qui peuvent la traverser, etc., on ne peut plus invoquer, en faveur de ce procédé, l'analogie de ce qui a lieu dans les autres opérations sous-cutanées, et la preuve de sa prétendue supériorité reste encore tout entière à fournir.

Quant aux autres avantages, tels que la certitude d'épargner, par ce procédé, le conduit de Sténon, l'artère faciale, le nerf grand hypoglosse, le nerf facial, nous laisserons aux lecteurs le soin d'apprécier si ces accidens sont effectivement aussi fréquens, dans les autres méthodes d'amputation, que le prétend M. Signoroni. Nous ferons seulement remarquer, au sujet de la lésion de la carotide interne, que, même en la supposant moins fréquente dans l'opération dite sous-cutanée (ce que nous n'accordons point), la balance, sous le rapport de l'hémorrhagie, ne se trouverait pas encore établie en faveur de ce mode opératoire. Il est évident, en effet, que si la carotide était accidentellement atteinte pendant l'exécution du procédé de M. Signoroni, les moyens hémostatiques seraient beaucoup plus difficiles à appliquer, et par suite les chances d'une hémorragie foudroyante beaucoup plus grandes que dans l'opération ordinaire. Je ne parle pas de la difficulté de lier les artères de moyen calibre qui viendraient à être divisées.

Mais les raisons qui militent le plus puissamment contre ce mode opératoire ne sont pas tant l'inanité des avantages que lui attribue son inventeur, que la réalité des accidens fâcheux qui seraient la conséquence forcée de son adoption. Est-il un principe plus légitime, plus incontesté, en fait d'affections cancéreuses, que de subordonner tout, dans l'opération, à l'ablation exacte de la totalité des tissus malades ou menacés de malad e? Eh bien! l'ablation sous-cutanée de M. Signoroni pèche ouvertement contre ce précepte, et crée par conséquent contre les opérés une somme de chances fâcheuses égale, on pourrait presque dire supérieure, à celles qu'ils couraient s'ils étaient abandonnés sans opération. Comment reconnaître, comment soupçonner les limites de l'altération osseuse, en opérant par l'intérieur de la cavité buccale, lorsque, au lieu de mettre largement les parties à découvert pour juger de leur état, on va les *accrocher*, ainsi que le dit l'auteur, hors de la portée de la vue? Comment constater si les parties molles que, dans ce procédé, on coupe, au hasard, à leur point d'insertion sur l'os, participent à la dégénérescence ou peuvent, au contraire, être conservées sans risques? Et qu'on ne dise pas que le procédé de M. Signoroni ne devra être appliqué qu'aux cas où le cancer est exactement circonscrit à l'os. Ce n'est point ainsi que se posent les indications en médecine opératoire ; car si, sur le cadavre, il est aisé de déterminer par la dissection les limites de l'affection cancéreuse, sur le vivant et avant l'opération, au contraire, on ne peut jamais être sûr de les préciser avec assez de rigueur, pour être autorisé à fonder sur cette espèce de diagnostic le choix d'un procédé dont l'indication est entièrement subordonnée à sa justesse. En un mot, dire que l'extirpation sous-cutanée ne convient que dans les cas où l'on serait assuré d'avance de l'intégrité des parties molles voisines, c'est exprimer un avis que doit partager tout praticien prudent, mais c'est, en même temps, avouer qu'elle ne convient que dans un nombre extrêmement restreint de cas.

Malgré les nombreux défauts que ce mode opératoire nous paraît offrir, et que nous n'avons pu relever sans quelque chaleur, nous ne contestons en aucune façon le succès obtenu par M. Signoroni. Nous pensons même qu'il a droit à des éloges pour l'invention d'un procédé et d'instrumens qui trouveraient une application rationnelle dans d'autres circonstances, dans le cas de nécrose ou d'exostose du maxillaire, par exemple ; mais notre opinion est que, dans l'intérêt même de son propre avenir, c'est aux cas de cette nature que doit presque toujours rester borné l'emploi de cette nouvelle opération.

OBSERVATION D'UNE MÉTASTASE LAITEUSE ; par M. D. RASI.

L'histoire des métastases laiteuses est celle de plus d'une maladie. Longtemps admis sur des considérations hypothétiques et en vue de théories arbitraires, le transport du lait dans les humeurs, dans les organes de l'économie, éveilla enfin les doutes des médecins. C'est alors qu'un appel fut fait à l'analyse chimique, que l'on proclama seule capable de décider la question pendante depuis des siècles. Qu'arriva-t-il cependant? La chimie ne donna que des solutions incertaines ; la distinction du pus et du lait devint un des problèmes les plus difficiles d'analyse organique, et, dans cette impuissance de l'expérimentation, le rationalisme, longtemps décrié, parut un moment sur le point de reprendre possession d'une question d'où il avait été rejeté. Aujourd'hui même, que les progrès de la chimie moderne semblent promettre aux études de cette espèce des résultats plus heureux, il ne se présente que rarement des cas où la nature du lait ait été soigneusement constatée dans les liquides où on prétend l'avoir rencontré. La GAZETTE MÉDICALE n'est point restée étrangère à l'impulsion qu'a reçue dans ce sens la médecine humorale, et M. Rasi reconnaît que c'est en partie pour répondre à un appel fait par nous en 1840 (V. GAZ. MÉD., p. 538), qu'il publie aujourd'hui l'observation suivante, où tous les moyens de vérification ont été employés pour déterminer la composition du liquide présumé laiteux.

OBS. — Ancilla Bassi, robuste et vive paysanne de 27 ans, mit au monde un enfant qu'elle nourrit avec beaucoup de courage, quoique les deux mamelons se fussent, dès les premiers momens de l'allaitement, couverts de gerçures. M. Rasi ordonna le sevrage. Bientôt, à la suite d'imprudences de différens genres, la sécrétion laiteuse se suspendit. Mais en même temps des douleurs accompagnées de fièvre se déclarèrent dans les articulations des membres inférieurs. On crut à une arthrite, et un traitement antiphlogistique fut administré en conséquence. Cependant les articulations, quoique le siége de douleurs, ne devinrent ni rouges, ni sensibles au toucher, et il restait quelques doutes sur la nature de la maladie, lorsque le dix-septième jour, à la suite d'une sueur générale, apparurent sur la surface entière du corps des granulations blanchâtres semblables à celles de la miliaire. Trente heures après, elles étaient converties en vésicules du volume d'une lentille. Cette éruption dura sept jours, et on put recueillir une assez grande quantité du liquide que contenaient ces vésicules. Sa ressemblance avec le lait était en apparence on ne peut plus frappante.

L'analyse chimique faite par M. Muratori a donné les résultats suivans : le liquide est blanc, opaque, sans odeur, d'une densité plus grande que celle de l'eau. Il rougit légèrement la teinture de tournesol, n'est pas coagulé par les acides, et forme par l'addition de l'éther sulfurique des flocons blancs qui, séparés et traités par les acides chlorhydrique et acétique dilués, se sont parfaitement dissous, montrant par là leur rapport exact avec la matière caséeuse que contient le lait de femme.

Une portion de ce liquide, abandonnée à elle-même dans un vase exposé à l'air, s'est divisée en trois couches bien distinctes : la supérieure, d'un blanc légèrement jaunâtre, onctueuse au toucher, soluble presqu'en totalité dans l'éther sulfurique et saponifiable dans une lessive de soude caustique. La couche moyenne avait l'apparence du lait étendu d'eau et ressemblait parfaitement à du lait de femme dans les premiers momens de l'allaitement. L'inférieure enfin, qui adhérait au fond du vase, avait la consistance de la matière caséeuse ; elle était blanche, opaque, légèrement acide, non onctueuse au toucher, soluble dans les acides chlorhydrique et acétique.

Une dernière portion du liquide a été évaporée à siccité, et le résidu de sa calcination dans un creuset de platine a donné par l'analyse les sulfates qui se rencontrent dans le lait de femme.

M. le docteur Marco Pollini a également trouvé, par l'examen microscopique, la similitude la plus grande entre le liquide extrait des vésicules et celle malade et le lait de femme.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 1er AOUT.

ÉLECTION DE L'ACADÉMIE.

M. CRUVEILHIER se présente comme candidat à la place laissée vacante dans la section de médecine et de chirurgie par la mort de M. Double.

M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie la mort de M. le baron Larrey.

FORMATION ET TRAITEMENT DU GOITRE.

M. PASCAL adresse une note sur les influences locales qui déterminent le développement du goître et sur l'usage des eaux minérales ferrugineuses pour prévenir et guérir cette affection.

Il paraît constant, d'après les observations de MM. Bénédict, Fodéré et Roulin : 1° que la stagnation de l'air humide, soit froid, soit chaud, *dispose éminemment* à cette maladie, et qu'ainsi toutes les gorges humides des montagnes dirigées vers le Nord sont surtout celles dont les habitans présentent le plus de goîtres ; 2° puis, que l'usage des eaux impures et froides, comme unique boisson habituelle, est, si l'on peut ainsi dire, la *cause déterminante* de l'apparition du goître à laquelle a disposé l'atmosphère humide spécifiée précédemment. Les eaux des puits, des citernes, des pompes, sont surtout celles qui ont été signalées comme d'un usage pernicieux.

M. Pascal appelle ensuite l'attention sur le fait suivant : Il existe à 3 lieues environ de Metz trois villages appelés Pierre-Villers, Rombas et Villers-les Rombas. Ces trois localités placées dans les mêmes conditions hygiéniques différaient seulement en ce que Villers possédait une fontaine, dont les eaux ferrugineuses servaient à l'alimentation de tous les habitans. Or, il y a 50 ans, on remarquait que les goîtres étaient extrêmement communs et volumineux à Pierre-Villers, assez nombreux à Rombas, et au contraire inconnus à Villers. Non seulement l'hypertrophie du corps thyroïde était inconnue à Villers ; mais même les habitans qui du village voisin venaient s'installer dans ce hameau, cessaient d'être disposés au goître ou même guérissaient de ceux qu'ils avaient. Il était donc impossible d'échapper à cette conséquence, que cette eau était la seule cause de l'absence des goîtres, puisque Rombas et Pierre-Villers placés tous deux dans des conditions opposées étaient remplis de goîtreux lorsque Villers n'en avait pas.

Depuis l'époque dont nous parlons, l'amélioration des conditions d'aération, d'alimentation, et surtout d'habitation, etc, a presque chassé le goître de ces trois localités.

De ces faits, on peut conclure :

1° Que, malgré l'humidité et la stagnation de l'atmosphère, l'usage d'une eau ferrugineuse s'oppose au développement du goître, ou le guérit quand il est récent.

2° Que là où une eau ferrugineuse n'existe pas, l'assainissement des maisons diminue la disposition des habitans à contracter cette maladie.

ORIGINE ET STRUCTURE DE LA CADUQUE.

M. COSTE répond aux réclamations de M. Lesauvage en signalant les oppositions suivantes entre la manière de voir de cet auteur est la sienne propre.

1° M. Lesauvage croit qu'à l'époque de la conception, un fluide est versé dans l'utérus dont il remplit la cavité, et que la membrane caduque résulte d'une sorte de cristallisation de la superficie de ce même fluide. M. Coste pense au contraire que ce *fluide primordial* n'existe pas, du moins au moment où la caduque se forme, et que, par conséquent, cette membrane a une autre origine que celle que M. Lesauvage lui suppose.

2° M. Lesauvage admet que des vaisseaux indépendans de ceux de l'utérus se forment dans la caduque. — Les faits que M. Coste a exposés devant l'Académie tendent, au contraire, à prouver que ces vaisseaux sont un prolongement, une extension de ceux de la matrice ; et, sous ce rapport encore, il y a entre les opinions de ces deux auteurs une divergence complète.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 2 AOUT. — PRÉSIDENCE DE M. FOUQUIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie la mort de M. le baron Larrey.

M. VILLENEUVE : Messieurs, il y a aujourd'hui cinq ans que nous avons perdu un de nos membres les plus recommandables par sa probité et son dévouement scientifique, Desgenettes. Le réglement veut que nous attendions cinq ans avant de délibérer au sujet de savoir si le buste du membre décédé doit être placé dans la salle de nos séances. Ce terme étant expiré depuis la mort de Desgenettes, je demande que le conseil d'administration s'occupe de présenter une proposition relative à cet objet.

FIÈVRE JAUNE.

M. CHERVIN termine la lecture de son rapport sur le premier mémoire de M. Rufz relatif à l'épidémie de fièvre jaune qui a régné à la Martinique en 1838 et 1839. Un second mémoire de ce médecin sera l'objet d'un rapport particulier que M. Chervin lira dans une prochaine séance.

STRUCTURE DES GLOBULES DU LAIT.

M. DELENS fait, en son nom et en celui de MM. Dubois et Chevallier, un rapport sur un mémoire de M. Mandl ayant pour titre : DE LA STRUCTURE DES GLOBULES DU LAIT.

Après avoir énuméré les recherches récentes qu'a suscitées l'étude du lait, et notamment les travaux de MM. Donné, Devergie, Lassaigne, Guibourt, Henry, Chevallier, Quévenne, etc., M. le rapporteur rappelle que M. Mandl distingue dans chaque globule du lait un noyau butyreux qui en constitue le centre, et une pellicule membraneuse servant d'enveloppe. La détermination de la structure des globules n'est pas sans importance en médecine. En effet, si l'organisation que M. Mandl suppose existe en réalité, voilà la vie des liquides démontrée, et par conséquent un champ immense ouvert à la pathologie humorale. A un autre point de vue, la connaissance approfondie de la constitution moléculaire du lait ne peut qu'aider puissamment à apprécier les degrés variables de nutritivité que possèdent les différentes espèces de lait dans la série animale, dans diverses conditions de santé, de température, etc.

Ces considérations intéressantes, continue M. Delens, M. Mandl ne les a point abordées, il ne les a pas même indiquées ; il s'en est tenu à l'analyse moléculaire du lait. Pour vérifier ses résultats, la commission a cru devoir non seulement répéter ses expériences, mais encore en pratiquer d'autres dont l'idée lui a été suggérée par le récit de celles de M. Mandl.

Le point en litige, nous le répétons, était de savoir si le globule du lait est pourvu, ou non, d'une membrane extérieure, ou, en d'autres termes, s'il est organique ou inorganique. Pour décider cette importante question, il faut s'abstenir d'employer dans l'analyse du lait des agens chimiques ou physiques de nature à altérer la structure naturelle de ses globules. Il est du reste, même au premier coup-d'œil et indépendamment de toute expérience, des considérations qui militent en faveur de l'opinion de M. Mandl. C'est ainsi que le lait ne tache pas à la manière des corps gras. C'est ainsi que l'opération du barratage détermine la formation du beurre au même moment et d'une manière presque instantanée pour toute la masse de lait soumise au battement.

Quant au moyen indiqué par M. Mandl pour mettre à nu les globules lactés, leur noyau et leur enveloppe, il consiste à écraser du lait de vache que l'on fait glisser entre deux plaques de verre mues en sens inverse. On observe alors sur ces plaques, d'une part, des gouttelettes huileuses, et, de l'autre, des débris de membranes rompues, et affectant des formes et des dimensions très variées. Cette expérience semble démonstrative à M. Mandl.

Tout en en reconnaissant la parfaite justesse, les commissaires ont été frappés d'un fait qui aurait pu jeter des doutes, de la contradiction même sur les conclusions que l'auteur a voulu en déduire. Nous voulons parler de l'épaisseur qu'ont présentée quelques-uns de ces débris de pellicules, et de leur longueur également trop considérable pour qu'on pût les regarder comme les enveloppes de globules d'un aussi petit diamètre. Mais en mêlant un peu d'eau avec le lait, et observant ensuite attentivement les effets successifs d'un écrasement porté par degrés jusqu'à son summum, nous avons constaté que les pellicules paraissent plus minces, plus ténues que lorsqu'on procède à l'écrasement sans addition d'eau ; et la différence entre ces deux expériences vient de ce que, dans cette dernière, deux ou plusieurs pellicules brisées s'agglutinent entre elles et n'en forment plus qu'une seule.

L'anatomie microscopique comparée offrait encore un précieux complément de preuves. Nous avons donc soumis à l'écrasement, du pollen de mercuriale, et d'autres parties de végétaux renfermant des globules. Parmi ces substances végétales, il en est quelques-unes qui nous ont offert, par leur écrasement, les mêmes phénomènes que ceux qui accompagnent la trituration ou plutôt la pression du lait.

Il paraît au reste que, pendant l'écrasement, quelques globules augmentent de volume en se réunissant les uns aux autres. Vos commissaires ont principalement observé cette fusion en étudiant les effets qui se produisent quand on écrase la crême, substance qui déjà est, comme on le sait, formée des globules les plus volumineux du lait.

Les observations que nous venons d'émettre, dit en terminant M. Delens, ne changent rien à la conviction que nous avons sur la valeur du moyen proposé par M. Mandl ; et nous pensons que son travail est un véritable service rendu à ceux qui s'occupent de l'étude moléculaire des liquides organiques animaux. En conséquence, nous proposons d'adresser à l'auteur une lettre de remercîmens, et de l'engager à faire part à l'Académie de la suite de ses intéressans travaux. Nous regrettons que la prochaine publication de ses recherches sur ce sujet nous mette dans l'impossibilité de vous proposer leur insertion au Bulletin.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

SERINGUE POUR LES INJECTIONS ANATOMIQUES.

M. THILLAYE fait un rapport sur la pompe à injection donnant une pression

connue et constante, présentée par M. Poiseuille, dans la séance du 31 mai. (V. Gaz. Méd., 1842, n. 23.) D'après M. le rapporteur, l'invention de M Poiseuille, quoique susceptible encore de quelques changemens de peu d'importance, sera d'une grande utilité pour ceux qui s'occupent d'études anatomiques.

Cette conclusion est adoptée.

CORPS ÉTRANGERS INTRODUITS DANS L'URÈTRE ET DANS LA VESSIE.

M. Ségalas lit un rapport sur une taille périnéale faite par M. le docteur Raux, d'Hesdin, pour extraire de la vessie un fragment de tuyau de pipe servant d'axe à un calcul.

Le nommé Hubert Caron, âgé de 27 ans, par une fantaisie inexplicable, s'introduisit un manche de pipe dans le canal, où il se brisa. Le fragment, profondément entré, franchit le col de la vessie. Là il devint la cause d'une irritation permanente, bientôt suivie de la formation d'une concrétion calculeuse. L'opération fut jugée nécessaire, et M. Raux préféra la taille à la lithotritie; il obtint un succès complet.

Après avoir félicité l'auteur de ce succès, M. Ségalas pense qu'il y a lieu de se demander si cette conduite doit être donnée en exemple. Nul doute, dit-il, que la lithotritie n'eût été applicable ici; la simple pression eût facilement triomphé des concrétions calculeuses formées autour du tuyau de pipe, comme le prouve l'effet produit par l'action des tenettes; ensuite la percussion eût vaincu tout aussi facilement la résistance du tuyau de pipe, j'en ai acquis la conviction par des expériences directes: le marteau, par l'intermédiaire du brise-pierre à pression et à percussion, a réduit en petits fragmens des tuyaux de pipes de diverses densités, de diverses dimensions. D'ailleurs, en admettant, ce qui n'est guère admissible, l'impossibilité de fixer le tuyau de pipe avec un instrument approprié, son extraction eût pu être tentée avec quelques chances de succès: l'arsenal de la chirurgie eût offert des ressources pour cela.

Néanmoins, nous estimons que toute personne n'ayant pas l'habitude de manier les instrumens de lithotritie devrait, à l'imitation de M. Raux, pratiquer la taille, sinon de prime-abord, du moins après de courtes tentatives de lithotritie, surtout dans l'hypothèse ou, comme dans le cas présent, le sujet serait jeune et se trouverait dans des conditions favorables à la cystotomie.

Je ne m'arrêterai pas à rechercher dans quel but le sujet de l'observation qui vous est soumise a porté un fragment de tuyau de pipe dans l'urètre: je rappellerai seulement que les faits de ce genre sont nombreux dans la science, et que parmi les corps étrangers introduits ainsi dans le canal des urines, on en a vu assez souvent de semblables à celui dont il s'agit ici, je veux dire chez les hommes; car chez les femmes ce sont des instrumens d'un autre ordre, tels que les étuis à aiguilles, qui paraissent obtenir la préférence pour un tel usage.

M. Ségalas entre ici dans des considérations très intéressantes sur le mécanisme de l'introduction des corps étrangers dans la vessie par l'urètre.

Les conclusions du rapport sont: 1° de remercier M. Raux de son intéressante communication; 2° d'insérer le nom de ce praticien sur la liste des candidats aux prochaines places de correspondans.

Ces conclusions sont adoptées.

FRACTURES DU CRANE.

M. Marchal met sous les yeux de l'Académie le crâne d'un cadavre sur lequel il a produit, en le faisant tomber de sa hauteur sur la partie postérieure de la tête, des lésions presque identiquement semblables à celles offertes par le crâne de M. le duc d'Orléans. A ce sujet, M. Marchal fait remarquer qu'une chute sur la partie postérieure de la tête doit produire des effets beaucoup plus graves que celles où le crâne porte sur le sol par sa partie antérieure, d'abord parce que celui qui tombe par derrière ne peut fléchir le tronc pour diminuer la rapidité du mouvement, et en second lieu parce que les bras ne se trouvent pas aussi bien disposés pour rompre le coup en se portant à la rencontre de l'obstacle.

HERNIES GRAISSEUSES DE LA PAROI ABDOMINALE.

M. Denonvilliers présente à l'Académie la paroi abdominale d'une femme sur laquelle on voit une de ces tumeurs désignées sous le nom de *hernie graisseuse de la ligne blanche*, qui sont, comme on sait, formées par un peloton de graisse solide, développée entre la peau et les aponévroses, et s'engageant en partie à travers quelques éraillures de la ligne blanche, ou bien ayant son origine à la face externe du péritoine, et s'étant fait jour à l'extérieur à travers une des éraillures indiquées.

Dans le cas actuel, la tumeur graisseuse présente ceci de très curieux que: 1° c'est à travers l'anneau ombilical lui-même qu'elle s'est fait jour, de sorte qu'elle mérite vraiment le nom de hernie graisseuse ombilicale; 2° elle rentre et sort librement de manière à se placer alternativement devant ou derrière la paroi abdominale et à simuler parfaitement une véritable hernie intestinale ou épiploïque.

Une circonstance donne à cette observation un intérêt particulier, c'est que la femme sur qui a été recueillie la pièce était affectée d'une péritonite, à laquelle elle succomba, dont on n'avait pas vu le début, et qui simulait par ses symptômes ceux d'un étranglement, de telle sorte que leur coïncidence avec la tumeur ombilicale fit croire à quelques personnes qu'il s'agissait d'une hernie ombilicale étranglée. On sait que la science possède un certain nombre d'exemples d'erreurs de ce genre, et que l'erreur fut même poussée à ce point que l'opération fut pratiquée. Toutefois, M. Denonvilliers ne se laissa pas prendre à ces apparences, et annonça, avant la mort de la malade, l'existence de quelque tumeur graisseuse coïncidant avec une péritonite. Il ne pouvait concilier l'idée d'une hernie étranglée avec la persistance des accidens après que la tumeur eût été réduite, à moins d'admettre un étranglement par le collet du sac, et la réduction en masse de la hernie encore enveloppée de son sac et emportant avec elle, dans l'abdomen, la cause de l'étranglement. Or, c'est ce qu'il devait regarder, et ce qu'il regardait en effet comme impossible, dans une région ou le péritoine est si intimement uni à la paroi abdominale.

La séance est levée à cinq heures.

VARIÉTÉS.

SOUSCRIPTION POUR UN MONUMENT A LA MÉMOIRE DE M. LE BARON LARREY.

La Gazette Médicale applaudit et s'associe de tout cœur à l'heureuse et noble idée qui a inspiré la lettre suivante:

Monsieur le rédacteur,

Le baron Larrey n'est plus; celui que l'Empereur a glorifié dans son testament, et qui, d'Héliopolis à Waterloo, a si dignement représenté notre art sur tous les champs de bataille, vient de succomber à Lyon, au retour de l'inspection médicale qu'il avait été chargé de faire en Afrique. Déjà nos confrères civils et militaires de Lyon ont payé aux restes de l'illustre défunt le pieux tribut de leurs hommages; quelques jours encore, et ces restes précieux, ramenés à Paris par un fils qui comprend tous les devoirs d'une glorieuse hérédité, pourront recevoir, avant de descendre dans la tombe, la salutation de tout le corps médical de Paris; mais nos démonstrations envers la mémoire de Larrey se borneront-elles à ces fugitifs adieux? La science qu'il a enrichie, et dont il fut, par l'étendue de son expérience, l'un des oracles les plus écoutés, la profession sur laquelle il a déversé pendant soixante ans l'éclat de la renommée la plus pure de ces temps-ci, n'ont-elles rien à ajouter aux discours qui vont retentir sur une tombe?...

Il y a trois ans, quand Broussais est mort, vous avez ouvert les colonnes de votre journal à une souscription pour un monument qui s'élève aujourd'hui dans l'enceinte du Val-de-Grâce; tous les amis de la science ont apprécié votre empressement; il vous appartient de recommencer, pour Larrey, ce que vous avez fait pour Broussais; l'appel que nous adressons à nos confrères de la France et de l'Europe ne saurait manquer d'être répété par la Gazette Médicale; la France et l'Europe médicales l'entendront, car le nom de Larrey a trouvé des admirateurs partout où la science et le dévouement à l'humanité obtiennent honneur et crédit; le monument que notre piété espère pour Larrey sera le produit d'une souscription européenne; une foule de confrères nous ont exprimé le désir de la voir ouverte; l'initiative que nous prenons n'est que la satisfaction d'un vœu général. C'est aux médecins à soigner les gloires de leur profession; les statues, les monumens lui sont peu familiers; heureuse la génération médicale qui a l'occasion d'en élever.

Recevez, etc.

Casimir Broussais.
Michel Lévy.
E. Millon,
professeur au Val-de-Grâce.

Paris, le 2 août.

— M. Bégin, chirurgien en chef, premier professeur du Val-de-Grâce, vient d'être élevé au grade d'inspecteur, membre du conseil de santé des armées, en remplacement du baron Larrey, qui vient de mourir à Lyon. Le suffrage unanime du corps médical de l'armée portait le digne chirurgien en chef du Val-de-Grâce au siége laissé vacant dans le conseil par la mort de M. Larrey.

— Physiologie de médecine et métaphysique du magnétisme; par J. Charpignon, médecin à Orléans. — In-8°. Prix: 5 fr.

Paris, chez Germer Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Orléans, chez Pesty, libraire, rue d'Escures, 3.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 33. (TOME X. — 1842.) SAMEDI 13 AOUT 1842.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des Hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

REVUE GÉNÉRALE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. PROJET D'ENQUÊTE CLINIQUE POUR LA FIÈVRE TYPHOIDE.

[N]os prévisions se sont réalisées. L'Académie vient de rejeter ou à peu près le projet d'enquête clinique dont un de ses membres les plus distingués l'avait saisie. On ne peut guère interpréter autrement la décision ambiguë qui renvoie à une commission future le soin d'examiner si le projet doit ou ne doit pas être pris en considération. C'est là une espèce de fin de non recevoir qui éconduit tout doucement l'idée, en respectant, honorant et même approuvant le sentiment qui l'a inspirée. Cependant, tout n'étant pas absolument terminé, il peut être utile de revenir sur la dernière discussion dans l'intérêt des débats futurs, s'il y en a.

Cette discussion n'a pas été complètement satisfaisante. Il nous semble que le projet n'a été ni suffisamment attaqué, ni suffisamment défendue et qu'on a, de part et d'autre, passé le plus souvent à côté de la question. On a touché en courant à une foule de petites difficultés de détail, sans aborder jamais le point capital du sujet. Trop souvent aussi des considérations personnelles sont venues compliquer le débat qui, par sa nature, et nous aimons à le dire, par la forme et dans l'esprit de la proposition, devait rester dans les rigoureuses limites de l'abstraction scientifique.

Considérée sous un point de vue tout à fait général, la question soulevée par M. Bouillaud n'était nouvelle ni dans la science, ni même à l'Académie : elle se résout, en définitive, dans l'éternel problème de l'influence de la thérapeutique sur la marche et l'issue des affections malignes, et plus particulièrement des fièvres graves, quelque nom qu'on leur donne. Depuis Hippocrate jusqu'à Sydenham, depuis Sydenham jusqu'à Pinel et à Broussais, cette question a été toujours pendante, toujours agitée, sans pouvoir être pleinement décidée. La médecine de nos jours appuyée sur ses découvertes en anatomie pathologique, sur les perfectionnemens introduits dans la partie matérielle du diagnostic, et encouragée en outre par les brillans résultats des méthodes d'expérimentation en usage dans les sciences physiques, s'est crue mieux en mesure d'arriver à une solution. Persuadée que l'incertitude des résultats thérapeutiques avait sa source dans l'inexactitude des observations, dans l'imperfection des procédés de vérification, elle a cherché à mettre dans la recherche et la constatation des faits cliniques la précision rigoureuse des sciences dites exactes. C'est là l'origine du crédit extraordinaire dont jouit en ce moment encore la statistique médicale et de la confiance accordée assez généralement aux inductions qu'on en tire. Sans entrer dans

Feuilleton.

DISCOURS PRONONCÉ SUR LA TOMBE DE M. LE BARON LARREY, AU NOM DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES, PAR M. R. BRESCHET.

Si la mort du juste est un malheur pour sa famille et ses amis, cette mort est une calamité publique lorsqu'elle frappe dans le grand citoyen un modèle accompli parmi les hommes qui honorent le plus leur profession, parmi ceux qui se dévouent à leur patrie, parmi ceux, enfin, qui consolent l'humanité et donnent de grands exemples de courage et de vertus.

La perte récente du baron Larrey porte tous ces caractères, et l'histoire de sa vie est une longue série d'actions honorables, de bienfaits, de dévouement à son pays et à l'humanité tout entière.

Jean-Dominique Larrey naquit en 1766, dans le petit village de Bandeau, près de Bagnères-de-Bigorre. Il perdit, encore enfant, son père et sa mère, et dut au généreux intérêt de l'abbé Grasset sa première éducation. Mais bientôt un oncle paternel, qui exerçait la chirurgie à Toulouse, l'appela près de lui pour diriger ses études classiques et le faire entrer dans la carrière médicale. M. Larrey n'avait que 15 ans, lorsqu'il devint disciple de son oncle. Il consacra sept années à ses études médicales élémentaires, et vint alors se présenter à un concours pour une place de chirurgien dans la marine militaire; il fut nommé et partit de Brest en 1787, pour les colonies, à bord de la frégate *la Vigilante*. Il donna, dès son entrée dans la carrière chirurgicale, des preuves de son zèle, de sa judicieuse prévoyance et de son dévouement.

Il revint bientôt après en France, fut témoin de cette tourmente révolutionnaire qui devait à la fois tout détruire pour tout créer sur de nouvelles et de plus larges bases.

Il fut attaché comme chirurgien interne à l'hôpital des Invalides, et, au bout de quelques années, muni d'un brevet de chirurgien aide-major, il partit pour l'armée du Rhin.

M. Larrey prit bientôt une part très active aux améliorations qui furent introduites dans les ambulances de l'armée; partout où il était appelé, on reconnaissait à d'heureux changemens son activité et son amour du bien public. Il fit établir des ambulances volantes au moyen desquelles nos soldats recevaient, peu d'instans après avoir été blessés, les secours de la chirurgie.

Les services que rendait M. Larrey, avec ses ambulances volantes, étaient immenses, et déjà, en 1793, notre illustre confrère était signalé à la reconnaissance publique : on lit dans le rapport du général de Beauharnais, après une bataille livrée devant Mayence, le 22 juillet 1793 : « Parmi ceux des braves dont l'intelligence et l'activité ont servi brillamment la république dans cette journée, je ne dois pas laisser ignorer l'adjudant-général Bailly, Abattucci, de l'artillerie légère, et le chirurgien-major Larrey, avec tous ses camarades de l'ambulance volante, dont les infatigables soins dans les pansemens des blessés ont diminué ce

la discussion des principes de cette méthode, discussion qui, abordée à fond, exigerait un livre encore à faire, il suffit de dire qu'en fait son application à la thérapeutique en général, et en particulier à celle des fièvres typhoïdes, n'a pas eu les résultats qu'on s'en était promis. Au lieu d'apporter la lumière, elle a plutôt épaissi les ténèbres, et loin de donner des convictions plus fermes aux praticiens, elle a détruit les croyances établies par le temps. Aucune des méthodes générales de traitement, consacrées par l'autorité des maîtres et par la pratique journalière des médecins de tous les pays, n'a résisté à l'épreuve de la statistique. Avec la statistique, on a nié pour la première fois l'utilité de la saignée dans les inflammations pulmonaires, la spécificité anti-syphilitique du mercure, et une foule d'autres principes de thérapeutique dont on ne s'était jamais avisé de douter. Et de même qu'elle a servi à tout nier, la statistique a servi avec une égale facilité à tout prouver. C'est ainsi que, relativement à la fièvre typhoïde, elle a fourni des chiffres pour les délayans, pour les toniques, pour l'expectation, pour les émissions sanguines modérées, pour les saignées coup sur coup, pour les purgatifs et vomitifs coup sur coup, pour les chlorures, pour le quinquina, pour les traitemens mixtes, pour les traitemens exclusifs, pour les traitemens nuls ; et tous ces chiffres, invoqués à grand bruit par les divers partis, variant incessamment d'un hôpital à un autre hôpital, d'une année à une autre année, pour toutes les méthodes et pour chaque praticien, disant le pour et le contre, et se détruisant ainsi mutuellement, il n'est résulté de leur comparaison que la conclusion sceptique formulée, il y a cinq ans, dans le célèbre rapport de M. Andral. Cette conclusion, comme personne ne l'ignore, peut être résumée en cette proposition : *Tous les modes de traitement sont également bons*, ou si l'on aime mieux en cette autre : *Tous les modes de traitement sont également mauvais*, ou enfin dans cette troisième qui est la traduction des deux premières : *Tous les traitemens sont indifférens*. Tel fut le résultat de la statistique interprétée par la commission académique de 1837. Nous ne savons pas si cette conclusion est vraie ou fausse, car il n'y a, à notre connaissance, aucun moyen possible de s'en assurer; il nous suffit de remarquer, à titre de simple fait, qu'elle a été fournie par la méthode numérique.

L'enquête clinique qu'on propose aujourd'hui n'aurait, on le voit, rien de nouveau. Elle mettrait en présence les mêmes hôpitaux, les mêmes hommes, les mêmes chiffres, les mêmes faits, et donnerait inévitablement les mêmes résultats. Il y a lieu de s'étonner que l'Académie ait eu si peu de mémoire de ce précédent. Il n'en a pas été fait mention une seule fois, ce semble, dans le cours de la discussion. Les adversaires du projet actuel auraient dû particulièrement s'en souvenir. On dira sans doute que cette première expérience n'a pas été bien faite, que les statistiques dont on s'est servi alors n'étaient pas bonnes, que les inductions qu'on en a tirées n'étaient pas légitimes, que les faits n'étaient pas assez nombreux, et que sais-je encore ! Mais si ces objections sont valables contre la première enquête, il est à croire qu'elles ne manqueraient pas contre la seconde, et la décréditent d'avance. Est-on bien sûr, dans cette hypothèse, que la commission future sera composée d'hommes plus éclairés, plus consciencieux, plus laborieux que celle de 1837, et qu'elle rencontrera, pour rendre compte de ses travaux, un esprit plus juste et plus impartial que M. Andral ? Cela n'est pas possible. Espère-t-on trouver pour la nouvelle enquête des formes d'expérimentation plus exactes, des procédés d'observation plus légitimes? Nous en doutons beaucoup; car, sur ce dernier point, les partisans de l'enquête ne sont pas d'accord. Chacun propose un *modus faciendi* différent, et déclare les moyens proposés par les autres impraticables. La commission préparatoire est-elle capable de lever ces difficultés d'exécution ? C'est ce que nous saurons bientôt.

Une circonstance curieuse à remarquer, c'est que les médecins des hôpitaux, les plus intéressés personnellement dans ce débat, sont, sauf une ou deux exceptions, les plus zélés promoteurs de l'enquête. La cause en est que chacun d'eux est sérieusement convaincu *in petto* que le résultat sera favorable à sa méthode, ou du moins, ce qui revient à peu près au même, défavorable aux méthodes autres que la sienne. Ces praticiens connaissent cependant très bien les statistiques publiées par leurs collègues, qui ne cèdent certes en rien aux leurs ou même les dépassent, D'où leur vient donc cette confiance à l'endroit de leur propre expérience et leur défiance à l'égard de celle d'autrui ? C'est parce qu'en matière d'observation clinique on ne croit guère qu'à ce qu'on voit, qu'à ce qu'on fait soi-même. Les statistiques dont on n'a pas manié les élémens sont toujours suspectes. On ne conteste pas la vérité des chiffres bruts, mais on n'est pas rassuré sur la nature des matériaux qui les ont fournis. Or, il n'en est pas de même quand il s'agit des résultats de notre propre expérience. Là nous sommes ou croyons être sûrs de la rigueur de notre marche; nous savons ou croyons savoir ce que nos chiffres représentent et signifient précisément. C'est en partie à ce sentiment secret, parfaitement naturel et excusable, du reste, qu'il faut attribuer l'empressement avec lequel quelques praticiens accueillent les projets d'expériences comparatives. Ce sentiment n'est nullement incompatible d'ailleurs avec le pur amour de la science, car, en définitive, il n'est, même dans ses exagérations, que le désir de faire triompher la vérité. C'est là, du moins, l'interprétation qu'on doit en donner d'après le caractère et le mérite des hommes qui en paraissent animés. Seulement, il convient de remarquer que ces hommes, si éclairés d'ailleurs, sont dans l'illusion lorsqu'ils s'imaginent être en mesure de faire passer dans l'esprit des autres la conviction dont ils sont pénétrés. Si l'enquête a lieu ils ne tarderont pas à le reconnaître. L'auteur de la proposition lui-même devrait, plus que personne, douter de l'efficacité de démonstration des enquêtes; car il ne peut raisonnablement, en ce qui le concerne du moins, en rien attendre. Les faits qu'il a, dit-il, à faire voir aux commissaires, ont été souvent proclamés par lui avec un accent de conviction qui ne permet pas le moindre doute sur la sincérité de son opinion ; ces faits ont lieu publiquement depuis des années dans un des hôpitaux les plus suivis; des milliers d'élèves, des centaines de médecins les ont vus, ont pu les vérifier. N'est-ce pas là, comme le dit M. Bouillaud lui-même, une enquête des plus authentiques qu'on puisse souhaiter ? Et cependant, comme il l'avoue aussi lui-même, ces résultats, si clairs pour lui et pour ceux qui les ont vus, rencontrent une invincible incrédulité dans le reste du public médical. Comment peut-il espérer dès lors que l'opinion de quelques académiciens, en la supposant favorable à ses doctrines, aurait sur les esprits plus d'autorité que ses propres assertions, toutes appuyées de preuves véritables, que les déclarations spontanées de ceux qui en ont affirmé la vérité, plus d'autorité que le temps et la publicité ?

Mais restons dans les choses, sans nous occuper des personnes. Quel est le but de l'enquête dont il s'agit? Évidemment de déterminer expérimentalement quelle est parmi les méthodes thérapeutiques de la fièvre typhoïde la plus efficace, c'est-à-dire celle qui sauve le plus de ma-

---

qu'un pareil jour a d'affligeant pour l'humanité, et ont servi l'humanité elle-même en contribuant à sauver les braves défenseurs de la patrie. »

C'est sur la proposition de M. Larrey que les ambulances volantes furent attachées à l'avant-garde de l'armée commandée par son ami le brave et vertueux général Desaix. Si nous suivons notre confrère en Egypte, dans les déserts de la Lybie, où l'armée française était décimée chaque jour par la chaleur, par tous les genres de privations, et où le soldat ne trouvait de loin à loin pour se désaltérer qu'un peu d'eau bourbeuse, nous verrons qu'au lieu de se munir pour lui de chocolat et de biscuits, d'après la recommandation du général en chef, M. Larrey s'était chargé de linge, de charpie, de médicamens héroïques et de quelques liquides corroborans. Il pansait les soldats, ranimait leur courage, réveillait ou soutenait leurs forces par un peu d'alcool qu'il portait toujours avec lui.

Ecoutons le plus grand génie des temps modernes et le premier capitaine de notre siècle et des siècles passés parler de M. Larrey ; dans une circonstance mémorable, Napoléon dit à une députation des Pyrénées : « Votre concitoyen Larrey honore l'humanité par son désintéressement et son courage ; il a sauvé un grand nombre de nos soldats dans les déserts qui bordent la Lybie, en leur prodiguant le peu d'eau douce et de liqueur spiritueuse dont il avait le plus grand besoin pour lui-même. »

M. Larrey a successivement apporté son infatigable activité dans tous les pays où nos armées victorieuses ont promené le drapeau national; ainsi, l'Allemagne, la Hollande, l'Italie, la Corse, l'Espagne, la Pologne, la Russie, ont admiré son zèle, ses talens, et reçu des services de sa philantropie.

En 1794, M. Larrey est nommé chirurgien en chef; il arrive à Toulon, se lie d'amitié avec un jeune officier d'artillerie, dont la gloire devait plus tard étonner le monde, et jusqu'à la mort du héros, M. Larrey a été fidèle à cette amitié.

Une école de médecine et de chirurgie militaire venait d'être établie au Val-de-Grâce ; M. Larrey y fut appelé en qualité de professeur. Cette école serait devenue célèbre et aurait rendu de grands services, mais en très peu de temps professeurs et disciples furent appelés aux armées. Plus tard, cette école a été rétablie ; elle brille aujourd'hui de tout l'éclat qu'elle avait promis de jeter.

En 1798, M. Larrey partit pour l'Egypte, et pendant les quelques années qu'a duré cette expédition, on sait quelles moissons de gloire, quels trésors de science cette armée a rapportés parmi nous. M. Larrey a publié sur cette campagne une relation qui restera comme sont restées les relations d'Ambroise Paré, avec lequel il avait plus d'une ressemblance.

M. Larrey fut nommé, en 1802, chirurgien en chef de la garde des consuls et deux ans plus tard, il fut compris dans la première promotion des officiers de la Légion-d'Honneur.

Il fut successivement nommé inspecteur-général du service de santé et chirurgien en chef de la garde impériale. Enfin, en 1812, il reçut le titre de chirurgien en chef de la grande armée.

Dans les cent jours, M. Larrey reprit son service actif aux armées, et partit pour Waterloo, où il fut blessé et fait prisonnier ; il allait être passé par les armes, lorsqu'un jeune chirurgien, en lui plaçant le bandeau sur les yeux, reconnut en lui son ancien maître.

N'ayant rapporté de tous ses services et de son continuel dévouement que de la gloire et la profonde estime des glorieux débris de nos armées, M. Larrey

lades. Supposons que cette expérience soit faite et qu'on arrive à constater qu'un de ces traitemens, celui de la Charité, par exemple, a une évidente supériorité sur celui des autres hôpitaux. Qu'en résulterait-il pour la médecine en général? Beaucoup moins qu'on ne pourrait le croire. On aurait en effet constaté les bons effets du traitement, mais non pas précisément de la méthode, car cette méthode, pour porter ses fruits, a besoin (et on en convient) d'être appliquée avec un extrême discernement, d'être diversifiée à l'infini pour chaque cas individuel; et son plein succès dépend en très grande partie de l'habileté du médecin. On aura beau chercher à déterminer les conditions de la méthode, on n'arrivera jamais à tracer à son application des règles invariables, et la part de l'artiste devra toujours être comptée pour beaucoup dans le résultat. Il se pourrait donc très bien qu'une de ces méthodes, grossièrement caractérisées par l'emploi prédominant d'un agent thérapeutique, comme les émissions sanguines, les évacuans ou tout autre, eût, entre les mains des autres praticiens, des résultats bien moins heureux, quoiqu'elle eût extérieurement les mêmes caractères. Il est donc très possible que les beaux succès dont ces diverses méthodes se glorifient et que nous supposerons réels, jusqu'à preuve du contraire, sont principalement dus à l'habileté des praticiens qui les appliquent; l'efficacité de leur traitement ne tenant pas exclusivement à l'action propre du moyen adopté, mais bien à son ingénieuse et savante application. Cette explication ne peut certes déplaire aux hommes distingués dont il s'agit. Si elle est vraie, ou du moins très probable, comme c'est notre avis, elle ôte à l'enquête projetée une grande partie de son intérêt, car si la science et l'humanité auraient tout à gagner à la découverte d'un moyen certain de guérison pour la fièvre typhoïde, il importe beaucoup moins de savoir que, dans tel temps et dans tel pays, un praticien portant tel ou tel nom a été plus ou moins habile ou heureux qu'un autre.

Si l'Académie prenait en considération ce projet, et si on le discutait de nouveau nous aurions beaucoup à ajouter à ces remarques et à celles que nous avons émises précédemment. (V. l'avant-dernier numéro.) Il y a là une question de logique médicale qui ne saurait être trop approfondie, et sur laquelle il règne encore bien de l'obscurité dans les esprits, comme on a pu s'en convaincre par la discussion même de l'Académie.

En effet, ainsi que nous l'avons déjà dit, les partisans et les adversaires du projet d'enquête n'ont guère fait, qu'on nous passe le terme, qu'escarmoucher; ils n'ont pas livré une véritable bataille. L'auteur de la proposition lui-même, non certes par défaut de conviction, mais plutôt sans doute par la défiance que lui inspiraient les dispositions probables de l'Académie, n'a peut-être pas formulé son projet avec assez de précision pour donner à la délibération une base fixe et sûre.

M. Récamier, dont ses collègues ont à regretter trop souvent l'absence, a fait, avec autorité, quelques bonnes objections. L'effet de ses paroles, s'il eût été plus sobre de digressions, aurait été plus grand. M. Castel n'a dit que quelques mots, sensés sans doute, mais obscurs faute de développement. L'objection de M. Moreau, objection souvent répétée, qu'il n'y a pas de vraies unités morbides, et que par conséquent on ne peut pas conclure de ce qui arrive dans un cas à ce qui arrivera dans un autre, n'est pas, à notre avis, acceptable sous cette forme absolue. S'il n'y a pas en pathologie des unités rigoureuses, il y a du moins des analogies, et des analogies qui permettent d'assimiler les cas. Si, en effet, cette assimilation n'était pas possible à quelque degré, il n'y aurait pas de science, et même pas d'art, puisque la science comme l'art supposent nécessairement une généralité qui, en théorie, s'appelle une loi, et en pratique une règle. Or, il n'y aurait ni loi, ni règle, si les faits étaient de tout point isolés. M. Piorry, répondant indirectement à M. Récamier, a assuré qu'aujourd'hui on ne pouvait pas se tromper sur le diagnostic des maladies, attendu qu'on ne se contente plus de créer une maladie avec une groupe de symptômes, ce qui rendait l'erreur si facile autrefois, mais qu'on s'adresse aux organes malades dont l'état matériel peut être facilement et sûrement apprécié au moyen du mesurage, de la percussion et de l'auscultation. Sans entrer dans la partie théorique de ce problème nous demanderons à M. Piorry par quel moyen il peut, dans l'affection typhoïde, mesurer la céphalalgie, ausculter la prostration, percuter la stupeur, constater plessimétriquement la fièvre. Or, tous ces phénomènes sont des symptômes, et ce sont ces symptômes seuls qui, avant l'autopsie, constituent la maladie.

Nous ne trouvons pas que M. Rayer ait mis à la défense de la proposition l'intérêt et le zèle que fesait supposer son adhésion publique. Il croit à la possibilité et à l'efficacité de l'enquête; il voudrait que la commission se bornât à suivre le traitement employés dans les hôpitaux et à exprimer son opinion sur ce qu'elle aurait vu. Il trouve impraticable le procédé de M. Bouillaud, consistant à réunir dans un même lieu tous les malades et tous les expérimentateurs. Mais M. Bouillaud rejette à son tour l'idée de M. Rayer comme impossible. Ils ont, selon nous, tous deux raison en cela; mais cette dissidence absolue des deux principaux promotours de la mesure sur les moyens d'exécution n'est pas d'un bon augure. M. Renauldin veut qu'à l'avenir la fièvre dite typhoïde ne s'appelle plus *typhoïde* mais *typhode*. Nous n'apercevons pas clairement l'utilité de cette nouvelle dénomination. Cette diabolique fièvre a déjà bien assez de noms. Le moyen de vérification proposé par M. Ferrus consistant à faire suivre les traitemens par des membres isolés de la commission, dont les rapports particuliers seraient ensuite réunis en un travail général, serait matériellement la plus exécutable; mais comment scinder ainsi une commission, et comment les commissaires pourraient-ils affirmer et signer ce qu'ils n'ont pas vu!

Nous attendons maintenant le résultat des réflexions de la future commission; elle doit faire une enquête sur le projet d'enquête. Nous sommes donc assez loin de la fin.

PATHOLOGIE MÉDICALE.

MÉMOIRE SUR LES MALADIES OCCASIONÉES PAR LE CHANVRE ET SUR UNE AFFECTION MORBIDE NOUVELLE DE LA BOUCHE, PRODUITE PAR LE CONTACT PROLONGÉ DE CETTE SUBSTANCE SUR CETTE PARTIE; par M. A. TOULMOUCHE, docteur-médecin à Rennes, professeur de pathologie externe à l'Ecole préparatoire de médecine et de

---

traversa douloureusement la période de la restauration. Mais le gouvernement de 1830 le retrouva avec le même zèle pour le bien, le même dévouement à ses devoirs et à sa patrie, comme lorsqu'il était en Egypte, dans le champ d'Aboukir ou au pied des Pyramides. C'est ce zèle incessant que nous devons accuser de nous avoir ravi cet homme vertueux, plein de force et d'amour pour le bien. M. Larrey est mort à Lyon, en revenant de l'Algérie où il avait été envoyé en mission.

Nous pourrions vous retracer ici, Messieurs, tout ce que l'humanité doit à la philantropie de M. Larrey pendant les circonstances les plus tristes, depuis la révolution de 1830 et surtout pendant l'invasion du choléra. Après avoir combattu ce fléau au milieu de la capitale, il alla, en 1835, porter son expérience et la sécurité au milieu des populations du midi de la France.

Nous ne parlerons ni de son titre de baron, ni des décorations nombreuses obtenues par M. Larrey, pendant sa longue carrière, parce qu'il possédait, suivant nous, de plus beaux titres et de moins périssables; nous voulons parler de son nom et de ses vertus. C'est le seul héritage qu'il laisse à son digne fils, frappé presque en même temps par les deux plus grandes infortunes qu'un fils puisse éprouver; mais ce fils trouvera dans les nombreux amis de son père des appuis, des consolateurs et une nouvelle famille.

Après avoir tracé bien rapidement la vie militaire de M. le baron Larrey, qu'il me soit permis de dire quelques mots de sa vie scientifique.

On se demande, Messieurs, comment, avec une vie si occupée, M. Larrey a pu écrire les importans ouvrages qu'il nous laisse, et qui lui ont mérité le titre de membre correspondant de presque toutes les sociétés savantes de l'Europe, et celui de membre titulaire de l'Institut! C'est au mois de décembre 1829, qu'il vint dans l'Académie des sciences remplacer M. Pelletan.

On ne sait ce qui doit le plus étonner ou de l'activité incessante de M. Larrey dans son service militaire ou de cette même activité pour recueillir des observations et composer des ouvrages qui sont à la fois l'histoire de ses campagnes militaires et des mémoires scientifiques du plus haut intérêt.

Ces ouvrages sont attrayans à la lecture, parce que l'auteur a su les rendre dramatiques par le nom et la situation des personnages dont il y fait mention, par le récit des combats et des batailles, enfin par la description toute pittoresque des localités.

M. Larrey a publié, en 1803, une RELATION HISTORIQUE ET CHIRURGICALE DE L'EXPÉDITION DE L'ARMÉE D'ORIENT EN ÉGYPTE ET EN SYRIE.

En 1812, trois volumes de MÉMOIRES DE CHIRURGIE MILITAIRE ET CAMPAGNES. (Le quatrième volume qui complète cet ouvrage n'a paru qu'en 1817.) Bien auparavant (1808) il avait publié un mémoire fort important *sur les amputations des membres à la suite de coups de feu*. Il soutient et avec raison la doctrine des amputations immédiates, si mal défendue par Boucher, et aujourd'hui son opinion ne trouve plus d'opposans.

En 1821, il a fait paraître un RECUEIL DE MÉMOIRES DE CHIRURGIE, dont le premier volume est presque entièrement consacré à faire connaître les avantages de l'*emploi du feu* ou *cautère actuel*, et surtout les heureux résultats de l'emploi d'un moyen emprunté aux Chinois et aux Japonais, je veux parler du *moxa*, dont M. Larrey faisait un très fréquent usage. Il démontre, par de nombreuses

pharmacie de la même ville, membre correspondant de l'Académie royale de médecine, etc.

Ars medica tota in observationibus.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

PREMIER DEGRÉ DE LA MALADIE.

Obs. I. — Legrandec, détenue, âgée de 36 ans, fileuse, ayant déjà été atteinte plusieurs fois d'érosions de l'épithelium de la langue, entra, le 24 juin 1834, à l'infirmerie, pour une récidive de la même affection, mais au premier degré.

Elle consistait dans une rougeur érythémateuse de la muqueuse palatine, avec gonflement, commençant derrière les dents incisives, envahissant toute la partie moyenne, où elle se rétrécissait vers le milieu, pour s'élargir de nouveau en se portant en arrière. Elle occupait, en outre, toute la largeur du voile du palais; seulement la rougeur et la tuméfaction y diminuaient d'une manière insensible. Elle formait de la sorte deux triangles se joignant vers la partie moyenne de la ligne médiane par leurs sommets, séparés par un petit intervalle, où la muqueuse palatine était dans l'état normal. Les bords de celui qui était antérieur présentaient une espèce de liséré d'un rouge très vif.

La même phlegmasie s'étendait par points, à la face interne de la lèvre inférieure; la muqueuse de la langue était parfaitement saine.

La malade avait bien la bouche douloureuse, surtout lorsqu'elle voulait mâcher ou avaler. (Gargarisme fait avec l'eau d'orge et 24 gouttes de laudanum, le quart lait; pour boisson de l'eau gommeuse.) La guérison eut lieu au bout de deux jours.

Obs. II. — Bourec, fille, âgée de 21 ans, fileuse, se présenta à la visite pour faire examiner sa bouche. Les papilles de la langue étaient d'un rouge vif, le reste de l'organe pâle. Elle se plaignait de mal à la gorge. En l'inspectant, j'aperçus une plaque rouge, composée de petits points saillans de même couleur, à la face antérieure du voile du palais, et une rougeur vive à son bord libre et à la luette, de même qu'une espèce de bandelette en arcade au-dessus de ces parties, laquelle s'étendait un peu en dehors, jusqu'à la partie antérieure des amygdales. Ces dernières n'étaient nullement tuméfiées.

La patiente se plaignait de picotemens dans l'action d'avaler. Elle fut guérie en quelques jours par le seul bénéfice de la nature. Je m'étais contenté de prescrire des alimens liquides et doux.

Obs. III. — Prodome, fille, âgée de 23 ans, employée au filage, entra le 23 février 1835 dans le service de pathologie interne. La surface de la langue était humide, ses papilles d'un rouge vif sur toute la ligne médiane et ses côtes. L'action de manger était douloureuse. (Le quart lait; gargarisme émollient fait avec une décoction d'orge miellée; eau d'orge pour boisson.)

25. La langue était plus pâle, les papilles moins érigées et d'un rouge moins vif, la douleur diminuée. (Même prescription.)

27. Toute souffrance avait cessé; la malade sortit guérie le lendemain. Seulement, comme il arrive à toutes celles qui ont éprouvé une véritable destruction de l'épithélium par l'action du chanvre, la face supérieure de la langue n'avait point le velouté que lui donne cette membrane. Elle ne le reprit que longtemps après, ce qui a toujours lieu.

Je fis passer cette fille au *second brin*, mode de filage qui ne nécessite pas l'emploi de la salive pour lier les fibres du chanvre.

Obs. IV. — Roland, fille âgée de 17 ans, fileuse, qui au bout de quatre ou cinq mois de travail avait eu mal à la langue, mais avait guéri, fut admise à l'infirmerie, le 9 novembre 1833. Elle avait cet organe hérissé à sa pointe de petites papilles isolées, d'un rouge vif, tuméfiées. L'épithélium était érodé par petits points, le long et de chaque côté de la ligne médiane, tandis que dans le reste de son étendue, il s'offrait en plaques blanches plus ou moins grandes.

On remarquait, vers la partie postérieure de la membrane palatine, une multitude de glandules ou cryptes muqueux rouges, gonflés, et à la face antérieure des amygdales, de même qu'au fond du pharynx, de la rougeur dans la tunique qui les tapisse.

10. Le quart antérieur de la langue était douloureux; le milieu présentait des plaques blanchâtres, formant un léger bas-relief (traces ou cicatrices d'anciennes érosions de l'épithélium qui avaient guéri). Une rougeur vive de la muqueuse de la paroi postérieure du pharynx et de celle qui recouvre les amygdales qui étaient légèrement tuméfiées se faisait également remarquer. Il y avait de la douleur dans l'action de mâcher et d'avaler. (Bouillie, eau d'orge, gargarisme avec 4 grammes de sulfate d'alumine et de potasse, et 2 décig. d'extrait aqueux d'opium.)

11. Les papilles du tiers antérieur de la langue étaient rouges, érigées, très sensibles; les amygdales toujours un peu gonflées. Je fis ajouter à la prescription un pédiluve sinapisé, et toucher ces dernières, le matin et le soir, avec de la poudre d'alun.

13. Les papilles examinées à la loupe s'offraient sous la forme de mamelons coniques, dont quelques-uns çà et là étaient plus volumineux, tandis que le plus grand nombre présentait des espèces de monticules, à sommets lisses, rouges, à parois minces, diaphanes. Le reste de la surface linguale se montrait recouvert de l'épithelium; seulement il était plus épais par endroits, moins dans les autres, à cause de sa reproduction imparfaite, après d'anciennes érosions guéries. Je découvris également, le long de la ligne médiane, une fissure tapissée d'épithélium ou ayant guéri.

La malade n'éprouvant plus de douleur en avalant, on cessa de toucher les amygdales avec la poudre d'alun. (La demie lait, même gargarisme.) La guérison s'effectua au bout de quelques jours.

Obs. V. — Roland, détenue, âgée de 18 ans, fileuse déjà citée, entra à l'infirmerie le 29 mars 1834, présentant une érosion de l'épithélium lingual au premier degré, caractérisée par la destruction de cette membrane par petits points seulement, par la rougeur et la saillie des papilles de la langue vers sa pointe et sur ses côtés. La membrane muqueuse de la gorge était pâle. (La demie lait, eau d'orge, gargarisme émollient.)

30. La langue était moins rouge, la douleur la même.

Le lendemain, cet organe était remarquable par sa sécheresse. Ses papilles étaient saillantes et d'une sensibilité exquise, lorsqu'on les touchait.

2 avril. Il y avait de l'amélioration. (Même quantité d'alimens, gargarisme laudanisé, eau gommeuse pour boisson.)

4. La langue était pâle, humide, naturelle, excepté à la pointe où les papilles étaient encore érigées, d'un rouge vif et douloureuses.

Deux jours après la malade sortit guérie.

On voit, par les observations qui précèdent, que le simple érythème de la muqueuse buccale, sans érosion de l'épithélium de la langue, est assez rare. Le plus souvent la nature n'offre rien d'aussi arrêté que les divisions ou lignes de démarcation tranchées que nous établissons pour la facilité de l'étude, dans la description des affections morbides. En effet, dans les quatre degrés de celle que je décris, on les voit se fondre, passer graduellement de l'une à l'autre, co-exister ou même présenter trois degrés réunis.

C'est au lecteur à tenir compte de cette observation, à ne voir dans la description que j'en ai donnée que des points d'arrêt ou jalons artificiels, propres à guider le praticien, et à étudier surtout, comme peinture vraie du genre de lésion que je signale, les histoires que j'en donne.

DEUXIÈME DEGRÉ.

Obs. VI. — Lebastard, fille âgée de 18 ans, occupée dans la maison à filer, entra le 29 mars 1832, dans les salles de pathologie interne, pour la phlegmasie à la fois érythémateuse et érosive qui attaque la muqueuse buccale.

---

observations, les heureux effets de cet agent, dans les maladies chirurgicales et surtout dans la *sacro-coxalgie* et dans la *fémoro-coxalgie*.

De 1829 à 1832, M. Larrey a fait imprimer quatre volume de CLINIQUE CHIRURGICALE EXERCÉE PARTICULIÈREMENT DANS LES CAMPS ET LES HÔPITAUX MILITAIRES, DEPUIS 1792 JUSQ'EN 1832.

On trouve soit dans les principaux ouvrages que je viens d'indiquer, soit dans des mémoires publiés séparément, de savantes et judicieuses considérations sur les plus importantes questions de la chirurgie. Il me suffira d'en citer quelques-unes.

1° Un MÉMOIRE SUR LA FIÈVRE JAUNE; 1822.

2° Un MÉMOIRE SUR LE TÉTANOS TRAUMATIQUE.

3° D'importans préceptes SUR LES PLAIES PÉNÉTRANTES DE LA POITRINE ET DE L'ABDOMEN, ET SUR LA NÉCESSITÉ DE LES FERMER SANS RECOURIR AU DÉBRIDEMENT.

4° La médecine opératoire doit à M. Larrey une multitude de nouveaux procédés pour l'exécution des opérations chirurgicales majeures. Nous citerons surtout son PROCÉDÉ POUR L'EXARTICULATION DU BRAS DANS SON UNION AVEC LE SCAPULUM. Ce procédé est aujourd'hui généralement adopté.

5° L'ancienne académie de chirurgie avait à peine aperçu la possibilité de l'amputation de la cuisse dans l'articulation coxo-femorale. M. Larrey a indiqué une bonne méthode pour pratiquer cette opération, qu'il a exécutée plusieurs fois et avec succès aux armées. On peut affirmer qu'il a enrichi la chirurgie de cette opération.

6° Ses considérations sur les avantages des réunions immédiates des plaies simples et des plaies pratiquées dans les opérations ont fait faire un véritable progrès à la chirurgie.

7° Le premier il a signalé la nature et la cause de l'*ophthalmie purulente*, ou *ophthalmie d'Egypte*, qui a fait tant de ravages depuis notre expédition d'Egypte, dans les armées anglaises, belges, prussiennes, russes, etc.

8° Le premier il a fait connaître tous les avantages qu'on pouvait retirer, soit dans la pratique aux armées, soit dans la pratique civile, des *appareils inamovibles* dans le traitement des fractures, et surtout des fractures compliquées. Le bandage dont Moscati avait donné une indication fort imparfaite, dans les mémoires de l'Académie de chirurgie, n'était qu'une simple indication; la découverte de ce moyen chirurgical appartient à M. Larrey. Depuis lui, cet appareil a été très perfectionné par M. Seutin et par plusieurs chirurgiens français.

Je vois, Messieurs, que je dépasserais les bornes d'une simple notice, si je voulais énumérer tous les travaux scientifiques de M. Larrey sur divers sujets de chirurgie, de médecine, d'hygiène publique, etc.

Vous êtes pénétrés, je le vois, Messieurs, d'une profonde estime pour le zèle et le talent déployés par M. Larrey dans sa carrière scientifique et dans sa carrière de chirurgien militaire, mais cette estime deviendra de la vénération lorsque vous connaîtrez sa vie morale, qui est un long dévoûment à la chose publique et à l'humanité. En effet, Messieurs, il est un mérite au-dessus de tous ceux que donnent le courage, le haut savoir, c'est celui de la vertu. Ici la vie de Larrey brille encore du plus vif éclat; écoutons un historien moderne:

« Après les batailles de Bautzen et de Wurchen (1813), des personnes, jalouses de faire leur cour à Napoléon, en diminuant à ses yeux le nombre considérable

Elle était caractérisée par l'absence de l'épithélium sur toute la partie moyenne de la langue, laquelle était d'un rouge prononcé mais humide, tandis que son tiers antérieur était hérissé de papilles d'une couleur rouge très vive. De chaque côté on apercevait deux bandelettes blanchâtres. La membrane palatine présentait une quantité innombrable de petites éminences miliaires d'un rouge vif. (Le quart lait, gargarisme avec 4 grammes de sous-borate de soude, eau gommeuse pour boisson.)

30. La langue était moins rouge, les papilles étaient moins érigées, les douleurs diminuées; la malade mangeait plus aisément. (Même prescription.)

1er avril. Quelques papilles étaient encore d'un rouge assez prononcé, mais leur sensibilité était moins vive au toucher.

2. La guérison étant complète, la sortie fut accordée.

Obs. VII. — Cognan, détenue, âgée de 26 ans, fileuse, ayant mal à la langue, depuis huit jours, fut reçue le 14 février 1833, à l'infirmerie. L'érosion commençait à la base de l'organe, se portait jusqu'à sa pointe, en affectant la forme d'un parallélogramme allongé, et offrant une surface d'un rouge vif, qui s'y terminait en trois bandes séparées par des intersections blanchâtres.

On apercevait, de chaque côté de la langue, une bandelette d'épithélium rougeâtre.

Cette fille éprouvait de la douleur dans l'acte de la mastication, se plaignait de mal à la gorge lorsqu'elle avalait. La muqueuse du voile du palais était seule un peu rouge.

16. La langue était plus pâle. Les côtés du quadrilatère de la partie érodée commençaient à se fondre avec les bandelettes latérales d'épithélium. Cependant l'organe était encore douloureux.

Aucun traitement local ne fut prescrit, et néanmoins la malade guérit au bout de quelques jours, par les seuls efforts de la nature.

Obs. VIII. — Quevenec, détenue, âgée de 24 ans, fileuse, fut obligée de cesser son travail le 6 janvier 1836, à cause d'une phlegmasie érosive de la muqueuse linguale, caractérisée par une raie rouge dépouillée d'épithélium, occupant la ligne médiane, commençant à la base de l'organe, large de 6 à 7 millimètres dans son milieu, et se terminant en triangle vers sa pointe.

Les papilles étaient d'un rouge vif et érodées sur les côtés de cette dernière; la muqueuse du pharynx enflammée. (Le quart lait, gargarisme avec 4 grammes de sulfate d'alumine et de potasse, eau d'orge.)

8. La langue était moins rouge, humide; les papilles moins érigées, plus égales. Il n'existait pas de douleur à la gorge. (Même prescription.) Le lendemain, cette fille sortit guérie.

Obs. IX. — Cheminard, prisonnière, âgée de 19 ans, prise de mal à la langue depuis quinze jours, fut admise dans les salles de médecine, le 10 novembre 1835.

Les papilles, à l'extrémité de cet organe qui était généralement humide, formaient des petites saillies d'un rouge vif, tandis que sa face supérieure présentait une plaque rouge, ayant la forme d'un triangle un peu rétréci au milieu, s'étendant vers sa base, à bords irréguliers, découpés, comme festonnés, et flanquée de chaque côté de deux bandelettes blanchâtres d'épithélium.

Le bord du voile du palais, de même que la muqueuse qui recouvre les amygdales et la paroi postérieure du pharynx étaient rouges. La malade éprouvait des picotements dans la bouche, surtout dans l'action de manger. Elle était, en outre, atteinte d'aménorrhée et se plaignait de douleurs dans le bas-ventre. (Lait demi-quart, application de huit sangsues à la partie supérieure et interne des cuisses, pédiluves sinapisés, décoction d'orge.)

11. L'aspect de la langue était plus pâle, les papilles moins saillantes. (Nul traitement local.)

12. Le même organe était humide, seulement sur ses bords, et les papilles affaissées.

13. On remarquait un sillon irrégulier le long de la ligne médiane, mais recouvert d'épithélium. La malade n'éprouvait plus de douleur dans l'action de mâcher et d'avaler, en sorte qu'elle sortit guérit au bout de trois jours.

Obs. X. — Coidmeur, femme âgée de 35 ans, fileuse, fut reçue à l'infirmerie, le 7 décembre 1836, pour une inflammation de la muqueuse de la gorge et de celle de la langue.

Les papilles furent trouvées érigées et d'un rouge vif vers la pointe de cette dernière; l'épithélium enlevé depuis cette partie jusqu'à sa base, dans un espace triangulaire à côtés irréguliers, se rétrécissant vers le milieu de sa longueur, ayant sa base tournée vers l'extrémité antérieure de la langue, et son sommet prolongé en arrière.

Il était resté transversalement, vers la pointe de cet organe, une bandelette d'épithélium d'un rouge vif, mais conservant son velouté, tandis que les deux latérales étaient blanchâtres.

La malade se plaignait de douleurs dans la bouche, le pharynx et le long de l'œsophage, qui augmentaient dans l'acte de la mastication (La demie lait, gargarisme avec 24 gouttes de laudanum.)

9. La rougeur du milieu de la langue était beaucoup moindre; elle se confondait d'une manière insensible avec celle du reste de l'organe. Les papilles étaient plus pâles, nullement tuméfiées, et la souffrance presque nulle. (Même gargarisme.)

10. Cette femme sortit guérie le lendemain.

Obs. XI. — Guigou, détenue, âgée de 37 ans, fut admise dans le service de médecine, le 14 février 1835, pour une récidive de phlegmasie érythémateuse et érosive de la muqueuse buccale.

L'érosion de la langue était à peu près de forme quadrilatère. Elle commençait à sa base et se terminait à 3 centimètres de sa pointe. L'épithélium formait une large bande sur les côtés et revêtait le quart antérieur de l'organe, dont la surface était très humide. Il existait un ptyalisme prononcé.

La muqueuse palatine et celle du voile du palais étaient rouges.

La malade ne souffrait que dans l'acte de la mastication. Il lui semblait, disait-elle, mâcher du bois. (La demie lait, gargarisme émollient, pour boisson de l'eau d'orge.)

16. La langue était rouge; les papilles à base saillante vers la partie moyenne, plus érigées et d'une couleur vive dans son tiers antérieur. Guigou rapportait ses plus vives douleurs aux côtés de l'organe qui se séchaient continuellement et se collaient au palais. Elle y éprouvait un sentiment de brûlure. (Même gargarisme.)

18. La langue était d'une couleur pâle, uniforme, d'un aspect moins lisse et peu sensible.

20. Dans les trois quarts de sa largeur et toute sa longueur, elle offrait une surface quadrilatère recouverte d'un épithélium ou membrane de nouvelle formation, se détachant par un peu plus de coloration rouge sur celle des deux bandelettes latérales de l'épithélium épargné. L'action de mâcher s'exécutait comme dans l'état normal. Cette femme sortit le même jour guérie.

Obs. XII. — Legalaudec, détenue déjà citée, fileuse, entra à l'infirmerie le 9 novembre 1834, après de nombreuses atteintes de la phlegmasie buccale que je décris, lesquelles diminuaient pendant huit jours, mais ne tardaient pas à se renouveler.

10. L'état de la langue était le suivant : on remarquait une destruction de l'épithélium dans un espace triangulaire dont la pointe était dirigée vers l'isthme du gosier et la base vers l'extrémité antérieure. Là, les papilles étaient érigées, tandis que plus en arrière, la surface était lisse, sèche, rouge. Les côtés avaient conservé une bandelette d'épithélium d'aspect blanchâtre et comme velouté.

La muqueuse buccale était généralement rouge, surtout celle qui tapisse la partie postérieure de la membrane palatine, la face antérieure du voile du palais et la postérieure du pharynx.

La douleur éprouvée était brûlante. Elle s'étendait le long de ce dernier jusqu'à la partie inférieure du col. La malade ne pouvait ni mâcher ni avaler le pain. (Bouillie de farine de froment, gargarisme avec la décoction d'orge, le miel et 24 gouttes de laudanum, pédiluve sinapisé.)

11. La langue était moins lisse et moins rouge, humide; les papilles plus naturelles; les bandelettes latérales de l'épithélium blanchâtres; elles faisaient un

---

des blessés, osèrent lui dire que plusieurs de ces blessés s'étaient mutilés volontairement pour se soustraire au service; que tous les blessés qui avaient les doigts tronqués ou les mains traversées par des balles étaient dans ce cas. Sur ces calomnieuses et atroces assertions, Napoléon donne l'ordre de les réunir tous à Dresde, et de les renfermer dans le camp retranché établi pour la douane; ils étaient au nombre d'environ 1200; une commission composée de plusieurs chirurgiens principaux devait examiner chacun de ces blessés.

» Un conseil de guerre ou tribunal militaire fut institué pour juger ceux qui auraient été reconnus coupables et les faire exécuter sur le champ. Larrey avait été nommé président de la commission de santé. La veille du jour où elle devait s'assembler, un personnage, intéressé à trouver des coupables dans cette affaire, lui ordonna de trouver, le lendemain, quatre coupables par division pour être traduits devant le conseil de guerre et fusillés sur l'heure. Rempli d'effroi et d'indignation à la vue d'un tel ordre, Larrey allait donner sa démission et quitter l'armée, lorsqu'une personne de confiance à qui il fit part de son projet l'en détourna en lui faisant observer qu'il pourrait être utile à ces malheureux par sa fermeté et sa franchise; Larrey ne balança pas un moment. La visite dura quatre jours entiers et l'examen fut des plus rigoureux. Larrey prouva, par la force de ses raisonnemens et le caractère des blessures, que tous les accusés étaient innocens; il opposa la plus vigoureuse résistance, sauva tous les blessés et les fit renvoyer absous. Il adressa ensuite un rapport à Napoléon, et croyant lui avoir déplu dans cette circonstance, il attendait tranquillement sa disgrâce. Mais Napoléon avait l'instinct sublime, et les grandes et bonnes actions exerçaient sur lui un grand empire. Dans le milieu de la nuit du même jour, le baron Fain se présente chez Larrey pour lui remettre, de la part de l'empereur, une lettre des plus flatteuses, où il le félicitait de la conduite ferme, honorable et pleine d'humanité qu'il venait de tenir. Cette lettre était accompagnée d'un présent de 6 000 fr. et du brevet d'une pension de 3,000 fr. de rente sur sa cassette; il y était dit qu'elle était indépendante de tout traitement. Cette pension, qui avait une si belle origine, fut conservée à M. Larrey par une loi (Moniteur, du 10 avril 1818). Les lignes que Napoléon a tracées dans son testament touchant M. Larrey resteront gravées dans la mémoire des siècles.

» Sa vie se rattache tout entière, dit un autre historien, à la gloire des armées et à leur reconnaissance. Les champs de batailles et les hôpitaux furent pendant toutes nos guerres le théâtre de son infatigable activité et l'école d'un des plus grands talens dans l'art chirurgical dont la France puisse s'honorer. »

Bonaparte, à St-Jean-d'Acre, admirait les efforts de notre confrère pour sauver les blessés. Sur la demande de M. Larrey, il mit à sa disposition tous ses chevaux, sans en excepter un seul, pour transporter tous les blessés dans un lieu sûr.

Au siége d'Alexandrie, Larrey, s'occupant comme toujours, de la conservation de ses blessés, et ne sachant dans son dénuement absolu quelle nourriture leur donner, fit tuer ses chevaux pour en faire du bouillon. Il fit le même sacrifice lors de la bataille d'Essling; et l'on vit le général Masséna, qui partageait la détresse générale, venir demander à prendre part au triste repas de nos soldats blessés.

A Jaffa, au milieu de la plus terrible épidémie pestilentielle, aucun danger n'effraie et n'arrête M. Larrey; 14 chirurgiens, 11 pharmaciens, 8 médecins et

léger relief. (Quart lait, même gargarisme, décoction d'orge pour boisson.)

14. La malade avalait facilement; la rougeur de la muqueuse de la gorge était moindre; les papilles de lextrémité linguale plus pâles, mais encore saillantes.

13. La langue était moins rouge, plus humide sur les bords. En l'examinant à la loupo, on reconnaissait que toute sa partie moyenne était lisse, dépouillée d'épithélium, tandis que ce dernier, conservé dans deux bandelettes latérales, se montrait sous la forme de petits mamelons blanchâtres de même volume ou de petites houppes d'un aspect tomenteux. Vers la pointe de l'organe, la portion érodée était moins lisse.

Legalandec n'éprouvait plus de douleur en avalant, mais encore un peu en mâchant, surtout la croûte. Elle conservait ce qu'elle appelait *la langue tendre*. Elle sortit guérie le surlendemain.

Obs. XIII. — Boudet, femme âgée de 37 ans, fileuse, qui était dans mes salles, pour une légère entérite, offrait un exemple de guérison d'érosion de l'épithélium de la langue.

En effet, cette dernière présentait sur son milieu et à sa partie postérieure, la trace d'une ancienne destruction de cette membrane, longue do 3 centimètres, large de 14 millimètres, de forme ovale très allongée, à bords légèrement dentelés, à surface d'un rouge pâle et dépouillée d'épithélium.

Elle déclara avoir beaucoup souffert de la langue deux mois avant. Le reste de l'organe avait l'aspect velouté qui lui est ordinaire.

TROISIÈME DEGRÉ DE LA MALADIE.

Obs. XIV. — Legaheudec, détenue déjà citée, qui, depuis sa sortie do l'hôpital, avait, malgré la défense qu'on lui en avait faite, continué à filer avec sa salive, en portant continuellement ses doigts à sa bouche, en sorte que la langue était restée rouge; brodée dans un espace triangulaire étroit, commençant à sa base, se portant jusqu'à la limite de son tiers antérieur et bornée latéralement par des bandelettes d'épithélium à bords irrégullers faisant un léger bas relief, y fut admise de nouveau, le 12 décembre 1834.

13° La muqueuse palatine et celle du pharynx étaient rouges de même que celle des lèvres qui étaient douloureuses, la langue était humide, mais rouge, lisse, plus inégale vers la pointe; elle semblait comme entièrement dépouillée car les deux bandelettes latérales avaient en grande partie disparu et à peine en restait-il quelques petits îlots vers la partie postérieure.

La malade se plaignait d'un sentiment de brulûre et de beaucoup de douleur, surtout le soir. (Gargarisme opiacé, eau d'orge, lait.)

14° La surface de la langue était moins rouge et moins lisse, la souffrance moindre. (Même gargarisme, le quart lait, orge)

15° La même partie était plus pâle, d'un aspect plus velouté, d'une teinte uniforme, mais encore sensible dans l'action de mâcher des alimens solides.

La malade quitta le service le lendemain.

Obs. XV. — Iego, prisonnière, âgée de 44 ans, fileuse, entra le 29 novembre 1833, dans les salles de pathologie interne, pour une phlegmasie érosive de la langue.

Cette dernière était rouge, dépouillée dans toute l'étendue de sa face dorsale de son épithelium, excepté sur les côtés où il on restait encore une bandelette étroite, allongée, un peu dirigée en dedans, se terminant en pointe à a peu près dix à douze millimètres de son extrémité antérieure ou, là seulement les papilles étaient saillantes et d'un rouge vif.

Le grand espace rouge et lisse se terminait brusquement au devant de la base de l'organe, en se portant un peu à droite et pouvait avoir 15 millim.

La malade éprouvait de la souffrance lorsquelle voulait mâcher quelqu'aliment. Elle la rapportait au milieu de la langue qui était généralement humide. (Le quart lait, décoction d'orge, gargarisme émollient.)

30 Cct organe était rouge, la douleur presque nulle durant la mastication, les papilles moins érigées. (Même gargarisme.)

1er Décembre. Le milieu de la langue avait une couleur plus blanchâtre. La guérison semblait complète: Iego sortit le lendemain.

Obs. XVI. — Morelat, femme de 38 ans, fileuse, ayant déjà eu plusieurs fois mal à la langue, entra le 18 novembre 1836, à l'infirmerie, offrant la même lésion, mais à un état plus aigu.

19. La langue était d'un rouge vif, lisse; les papilles de même couleur érigées vers la pointe. On y remarquait une grande plaque rouge occupant tout son milieu; mais se portant un peu à gauche vers sa base; et en outre un lambeau droit et blanchâtre d'épithélium, dont le bord interne, irrégulier, présentait des portions ayant la forme d'îlots et de presqu'îles. A peine si du côtée gauche il en restait une très petite bandelette.

La patiente se plaignait d'une douleur brûlante à la langue, devenant plus forte la nuit, de même que dans l'action de mâcher. (Eau gommeuse pour boisson, le quart lait, gargarisme émollient.)

20. Le même organe était uniformément blanchâtre. La grande plaque triangulaire semblait avoir disparu vers la pointe et sur les côtés. Les papilles étaient encore rouges et érigées, mais les douleurs moindres.

21. La langue était rouge et lisse. (Même traitement.)

Le lendemain, elle l'était moins et les papilles plus affaissées.

26. Elle offrait, le long de la ligne médiane, une dépression très marquée à laquelle aboutissaient des petits sillons latéraux imitant les branches d'un végétal. Les papilles continuaient à être enflammées. (Même gargarisme.)

28. La langue était revêtue d'une sorte de nouvel épithélium, à surface moins lisse, mais encore plus rouge que dans l'état normal. La malade no souffrait plus lorsqu'elle mâchait ou avalait. Elle obtint sa sortie le lendemain.

Obs. XVII. — Cheminard, déjà citée, âgée de 20 ans, fileuse, rentra à l'infirmerie pour une rechute, le 17 décembre 1836. La maladie semblait à l'état suraigu. En effet, en apercevait de chaque côté de la ligne médiane de la langue une large surface érodée d'un rouge extrêmement vif. Tout le reste do l'organe était enflammé, dépouillé d'épithélium et les papilles érigées dans tout son quart antérieur.

Il existait une rougeur intense de la muqueuse palatine et pharyngienne avec légère tuméfaction des amygdales, de la douleur dans l'acte de la déglutition, laquelle s'étendait jusqu'à la partie moyenne du cou et un sentiment do brûlure à la langue. On ne remarquait aucune bandelette d'épithélium sur les côtés de cette dernière. (Bouillie, gargarisme opiacé, eau gommeuse.)

18. Le même organe était moins rouge, plus humide; les papilles moins saillantes, les bandes latérales d'epithélium reparaissaient; la douleur de la gorge avait de beaucoup diminué, mais était encore forte au tiers antérieur de la langue. (Le quart lait, même prescription.)

20. La surface dorsale était bien moins rouge, surtout à la base et sur les côtés. Elle l'était davantage vers la pointe, toutes les papilles étaient encore un peu enflammées. La rougeur se fondait d'une manière insensible avec les bandes latérales d'épithélium. (Même traitement.)

21. La langue était revêtue d'une nouvelle production ou membrane moins épaisse que l'épithélium. Sa surface avait à peu près l'aspect naturel.

Cette femme sortit le lendemain.

QUATRIÈME DEGRÉ.

Obs. XVIII. — Cheminard, détenue, âgée de 25 ans, entra pour la troisième fois à l'infirmerie, le 19 mars 1836, pour une érosion de la langue.

Cette dernière était partout d'un rouge vif, dépouillée d'épithélium, et offrait le long de la ligne médiane un sillon avec des embranchements latéraux irrégutiers, et sur ses bords de semblables fissures. Tout le pourtour de sa pointe était hérissé de papilles d'un rouge vif, mais humides. La muqueuse palatine et celle du voile du palais étaient enflammées, cello de la face interne des joues également, mais à un moindre degré.

La malade éprouvait un sentiment de brûluro lorsqu'elle avalait. Les mouvemens et le contact des dents étaient douloureux. (Le quart lait; gargarisme avec le miel et l'orge; eau gemmeuse pour boisson.)

30. La langue était toujours rouge, mais les souffrances étaient moindres.

31. On remarquait les érosions assez profondes de chaque côté de la ligne médiane. Les papilles étaient encore d'un rouge prononcé. (Même prescription.)

---

tous les gens attachés au service de l'hôpital ont succombé sous les coups incessans du terrible fléau; M. Larrey, méprisant le danger, toujours calme et dévoué à ses devoirs, ne s'occupe que du soin de sauver ses blessés.

J'ai déjà dit quelque part que c'est dans les épidémies qu'il faut voir le médecin, et alors en peut apprendre jusqu'où peut aller le zèle pour le bien public, et l'oubli de soi-même pour s'acquitter de ses devoirs. Dans les épidémies, il partage tous les dangers; des vapeurs malfaisantes se mêlent à l'air qu'il respire; de tous côtés la contagion l'environne, elle l'atteint, il meurt et on l'oublie!

« Connaissez-vous Larrey, dit un jour l'empereur Napoléon, au docteur Arnott, dans une de ses visites à Ste-Hélène? — Je ne le connais que de nom, répondit celui-ci.» Cette interrogation venait à la suite d'une conversation dans laquelle l'empereur cherchait à connaître si les Anglais éprouvent, à la suite des batailles, plus de pertes de blessés, que les Français. Il répondit que les chirurgiens français étaient fort instruits, mais qu'il croyait les pertes plus considérables de notre côté.

L'empereur semblait croire le contraire, et en donnait pour raison les soins et les talens du baron Larrey, dont il fit l'éloge en ces termes :

« Quel homme, dit-il, quel brave et digne homme que Larrey! que de soins donnés par lui à l'armée d'Égypte, soit dans la traversée du désert, soit après l'affaire de St-Jean-d'Acre, soit enfin en Europe! J'ai conçu pour lui une estime qui ne s'est jamais démentie. Si l'armée élève une colonne à la reconnaissance, elle doit l'ériger à Larrey.»

(Relation de Ch. Marchand.)

Arrêtons-nous, Messieurs, je m'aperçois, mais trop tard, que tout mon récit était inutile; uno seule parole devait suffire; elle est tout un éloge et frappe Larrey du sceau de l'immortalité, cette parole a été prononcée par le plus grand génie des temps modernes. Il a dit, en parlant de notre illustre confrère: *« C'est l'homme le plus vertueux que j'aie connu.»*

Érigeons à la gloire de Larrey et à celle de notre profession, Messieurs, cette colonne dont a parlé l'empereur, et inscrivons-y les paroles de Napoléon; la postérité saura, n'en doutez pas, y reconnaître l'homme de bien auquel nous venons aujourd'hui rendre les derniers devoirs.

SOUSCRIPTION OUVERTE AU BUREAU DE LA GAZETTE MÉDICALE POUR LE MONUMENT A ÉLEVER A LA MÉMOIRE DU BARON LARREY. (1re liste.)

MM. Armand Pouget, D. M. P. 300 fr.—Bédor à Troyes, 5 fr.

Pendant les vacances, M. Longet commencera, mardi prochain, 16 août, à l'École pratique, des leçons particulières sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux.

L'heure sera fixée par la majorité de MM. les élèves.

Un nouveau cours de Vivisections sera ouvert le même jour.

2 avril. La langue était humide, moins rouge, nullement douloureuse.

3. La guérison était complète.

Obs. XIX. — Lebail, femme âgée de 41 ans, fileuse, fut admise dans les salles de médecine le 16 avril 1836, pour une érosion de l'épithélium de la langue.

On observait une rougeur vive des deux tiers antérieurs de l'organe. A peine s'il restait, sur les côtés de sa base, une languette très mince d'épithélium. Il existait, vers le tiers antérieur de la ligne médiane, trois fissures profondes d'un demi-millimètre, et sur toute la circonférence de la langue, une multitude de plus petites, ayant une direction verticale. Les papilles étaient érigées et d'un rouge vif. La malade souffrait en mangeant. (Le quart lait, gargarisme avec 6 grammes de sous-borate de soude, eau gommeuse.)

17. La langue était moins rouge, son aspect presque naturel, ses papilles affaissées. (La demie, même prescription.)

18. Lebail sortit guérie.

Obs. XX. — Cheminard entra pour la quatrième fois, le 2 mai 1836, à l'infirmerie, présentant une rougeur générale de la langue, avec des fissures plus ou moins profondes sur les côtés, et plusieurs autres irrégulières sur la ligne médiane. Au-devant de sa base, les papilles étaient enflammées, tuméfiées, mais humides. En outre, il existait une rougeur assez vive de la muqueuse palatine, de celle de l'isthme du gosier, et des parois latérales de la bouche, avec gonflement des amygdales.

Cette fille éprouvait de la douleur en avalant et en mâchant. (La quart lait, gargarisme avec 8 grammes de sulfate d'alumine et de potasse, eau gommeuse.)

3. La langue était moins rouge, recouverte par endroits d'une légère pellicule blanchâtre, la souffrance moindre et bornée aux côtés de la bouche. (Même prescription.)

Le lendemain, l'amygdale gauche était un peu tuméfiée.

5. La langue était dans l'état normal. La malade sortit guérie le lendemain.

Obs. XXI. — Lecorc, détenue, occupée dans la maison à filer, âgée de 44 ans, se présenta le 3 février 1835, à la visite. La langue, dans toute sa face supérieure, était d'un rouge vif, entièrement dépouillée de son épithélium, les papilles érigées. Elle offrait, de chaque côté de la ligne médiane et vers son tiers antérieur, une fissure superficielle. Elle était très humide et la salivation abondante.

Cette fille éprouvait dans toute la bouche et la gorge une douleur assez intense, accompagnée de picottemens, lorsqu'elle voulait exercer la mastication. (Le quart lait, gargarisme émollient, eau d'orge.)

5. La langue était beaucoup moins rouge, la fissure presque guérie, les papilles affaissées et la douleur presque nulle.

6. Il survint quelques aphtes aux lèvres et à la muqueuse de la face interne des joues qui nécessitèrent l'emploi d'un gargarisme fait avec 8 grammes de sous-borate de soude.

La malade obtint la sortie le lendemain.

Obs. XXII. — Coustie, jeune fille âgée de 19 ans, fileuse, fut admise dans les salles, le 16 février 1836, pour une phlegmasie érosive de la langue.

Cet organe était d'un rouge intense; sa surface généralement lisse, excepté vers la pointe où les papilles étaient érigées. La ligne médiane offrait une fissure à bords mousses, relevés, et la base plusieurs autres plus petites, se coupant dans des directions variées : on en remarquait encore sur ses bords. La malade éprouvait en mangeant une sensation de brûlure.

20. La langue était moins rouge, les sillons moins profonds, les papilles plus pâles, les douleurs nulles; il y avait plus de facilité à avaler.

21. L'aspect de la face dorsale de cet organe était blanchâtre. La guérison semblait complète. J'accordai la sortie.

Obs. XXIII. — Javuen, femme âgée de 37 ans, séjournant depuis 15 jours dans les salles de l'infirmerie pour une maladie étrangère à la phlegmasie érosive de la langue, fut atteinte tout à coup de fissures transversales à la face dorsale de cet organe, lesquelles se montrèrent au nombre de cinq. Les trois antérieures étaient plus profondes, leur fond d'un rouge vif, dépourvu d'épithélium, tandis que ce dernier ne manquait dans aucun autre point de la langue, qui était humide et recouverte à sa base d'un enduit blanc jaunâtre. Leurs bords étaient mousses.

Les caractères de ces gerçures étaient tout à fait différens de ceux des fissures occasionées par l'action prolongée du chanvre, outre que la muqueuse de la bouche n'était nullement atteinte d'inflammation érythémateuse.

En terminant par cette observation, j'ai voulu mettre en garde contre les erreurs qu'on pourrait commettre dans les cas de développement spontané de fissures, pendant la durée de certaines maladies, accident qui n'est rien moins que rare, et qui pourrait facilement être attribué à l'action de la filasse du chanvre sur la langue chez des femmes se livrant à l'industrie du filage.

D'après des informations que j'ai prises pour savoir si la même phlegmasie érosive de la muqueuse buccale se faisait remarquer chez les fileuses de la ville et des autres manufactures de toiles à voile, j'ai acquis la certitude qu'un petit nombre seulement en était atteint, bien que presque toutes se servent de leur salive pour humecter leur fil lorsqu'elles travaillent. J'attribue cette moindre fréquence à ce que, comme je l'ai dit, obligées de partager leur temps entre les soins du ménage et de la famille et leur travail, l'action du chanvre sur la langue est moins continue, le filage étant plus souvent interrompu.

En recherchant dans Berti, Rigoli, Packara, Barrufaldini, Marcandier, Brall, Nuvoleno, Calvini, ce qui avait été écrit sur le chanvre, je me suis assuré que ces auteurs ne l'ont étudié que sous le rapport purement économique.

Je n'ai pas été plus heureux en parcourant les ouvrages de Morgagni, de Ramazzini, d'Hezel, de Juncker, de Boucher, de Skragge, de Brieude, de Bartholdi, de Wickemann, d'Adelmann, de Bertrand, de Gosse (de Genève), d'Adran, qui ont écrit sur les maladies des artisans, mais qui n'ont rien dit de celles qui peuvent être occasionées par la même plante dans les préparations qu'on lui fait subir pour l'industrie.

Enfin, dans les trois dictionnaires de médecine, MM. A. Richard, Biett et Mérat, qui ont traité des affections morbides auxquelles sont exposés les cardeurs, fileurs de chanvre et les tisserands, n'ont rien fait connaître sur celles des fileuses de la même substance végétale. Ils ont tous répété les mêmes assertions, mais ils n'ont point dit avoir observé par eux-mêmes; aucun d'eux ne mentionne la phlegmasie érythémateuse et érosive que je viens de décrire chez ces travailleuses. Il y avait donc, sous ce rapport, lacune dans la science, soit que cette lésion ait échappé à l'attention de ces observateurs, soit qu'elle ait été confondue avec d'autres de la bouche. Il en a encore été de même dans le recueil : LES ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE MÉDECINE LÉGALE, où il n'est parlé du chanvre que sous le rapport du rouissage.

Je terminerai en déclarant que ce mémoire a été terminé avant de me livrer aux recherches ci-dessus, dans la crainte que mes observations et les conséquences que j'en voulais déduire ne pussent être influencées par elles; car j'ai toujours pensé qu'il fallait, dans les sciences expérimentales, savoir oublier plus souvent qu'on ne le fait ce qui a été écrit sur le point qu'on veut éclairer. C'est le moyen de voir sans prévention, avec plus d'indépendance, et de décrire avec plus de vérité. Ainsi ont fait tous ceux qui ont pu revendiquer quelques découvertes, qu'elles aient été le résultat de combinaisons scientifiques ou celui du hasard.

Comme moyen hygiénique à opposer à cette affection morbide de la bouche, j'ai cru devoir conseiller l'adoption pour les fileuses d'une éponge très humide adaptée à leur quenouille, afin qu'au lieu de porter leurs doigts à leur bouche en même temps que la filasse, pour l'humecter de leur salive et en agglutiner les grains dans la confection du fil, elles pussent le mouiller avec l'eau des éponges.

Mais l'habitude, ou l'esprit de routine, si vivace chez les Bretonnes, ont longtemps lutté contre cette mesure, qu'elles repoussaient. Il a fallu que de fréquentes rechutes et le refus de tout médicament pour apaiser les douleurs de leur bouche domptassent leur obstination. Elles ont peu à peu cédé et adopté les éponges, et depuis, la maladie de la langue et de la muqueuse pharyngienne et palatine a presque disparu entièrement de la maison centrale de détention; car ce n'est que de loin en loin qu'il s'en présente encore quelques cas rares.

Il serait à désirer qu'on pût trouver un moyen aussi simple et aussi sûr dans ses résultats pour obvier aux inconvéniens si graves de l'apposition fréquente des pieds en sueur sur la terre battue des ateliers dans le pilage du chanvre. Ayant échoué dans celui d'un plancher de bois, qui acquiert promptement un poli tel que le travailleur ne peut plus fonctionner, il est urgent qu'on fasse à cet égard un appel au génie inventif des industriels ou des savans. On conçoit que la difficulté ou le problème à résoudre serait de trouver un plancher fait d'une substance qui serait à la fois mauvais conducteur du calorique (telle que le bois), et en même temps non susceptible d'acquérir du poli et de redevenir glissante par les frôlemens réitérés des pieds, en sorte que ces derniers cessent d'avoir prise sur la filasse et ne parviennent pas à la malaxer ou la rouler convenablement. Je ne concevrais guères qu'un plancher en bois, à la surface duquel on appliquerait, à l'aide d'un enduit très collant, nou susceptible de se ramollir par la chaleur et la transpiration des pieds, une couche de sable fin ou de telle autre substance pulvérisée, propre à maintenir sa surface rugueuse, de manière à ce qu'elle ne pût être polie par les frottemens de la filasse, mais continuer à fixer suffisamment cette dernière sans toutefois en retenir des portions.

On voit, dès lors, combien d'essais il faudrait faire avant d'être sûr de résultats d'une certaine durée.

Dans l'impossibilité de pouvoir offrir une solution à cet égard, parce que les entrepreneurs, ne pouvant être mus par les mêmes idées que le médecin qui s'occupe d'hygiène, se refuseront toujours à aventurer des capitaux dans des essais. Il est à désirer que les corps savans ou les sociétés industrielles en fassent le sujet d'un prix.

La question pourrait être ainsi posée : trouver un moyen qui permette le pilage parfait du chanvre, et évite aux ouvriers les effets fâcheux qui résultent de l'apposition obligée de leurs pieds nus plus ou moins en sueur, sur un sol en terre battue d'une humidité variable.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

III. MEMORIALE DELLA MEDICINA CONTEMPORANEA.

Les numéros d'août, septembre, octobre, novembre et décembre 1841, et janvier, février et mars 1842 contiennent les mémoires originaux suivans : *Quelques mots sur l'homœopathie ;* par M. Pataу. (L'auteur compare la plupart des partisans de l'homœopathie à ce chevalier napolitain qui livra douze combats singuliers pour soutenir la prééminence de l'Arioste sur tous les poètes, et finit cependant par avouer, avant de mourir, qu'il ne l'avait jamais lu). 2° *De l'influence du sang de la veine-porte sur la production des paroxysmes fébriles ;* par M. Mendini. 3° *Sur le safran ;* par M. Morgante. (L'auteur a obtenu d'excellens effets de l'emploi du safran dans la chlorose avec aménorrhée.) 4° *Observations pratiques sur le sang extrait dans les fièvres périodiques intermittentes ;* par M. Facen. 5° *Statistique de l'hospice d'aliénés de Bloomingdale aux États-Unis ;* par M. Turina. (Extrait du New-York Journal of med. and surg. La Gaz. Méd. a déjà donné l'analyse de ce travail. Voir 1840, p. 142.) 6° *L'angioïdite active sanguine ne diffère pas de nature, mais seulement de degré d'avec l'inflammation ; par conséquent elle serait plus exactement nommée sub-inflammation ;* par M. Mendini. 7° *Observation d'amputation de tout l'os maxillaire supérieur ;* par M. Bocca. 8° *Études sur les globules du sang ;* par M. Pari. (Article de polémique.) 9° *De quelques progrès récens de la médecine et de l'influence exercée sur ces progrès par les publications périodiques ;* par M. Fario. (Discours d'introduction bien écrit, mais dépourvu d'intérêt au point de vue pratique.) 10° *Sur la fièvre intermittente légitime, en réponse à un article de M. Gamberini ;* par M. Govoni. 11° *De l'action de la vapeur d'eau sur le calomélas à la vapeur ;* par M. Bighini. (La préparation du calomel au moyen de la vapeur a pour effet de réduire une portion de ce sel à l'état de deuto-chlorure et de lui donner par conséquent une composition différente de celle du calomel préparé par porphyrisation.) 12° *Nouveau moyen de préparer le chlorure de zinc ;* par le même. 13° *Nouvelle amélioration introduite dans la préparation du protosulfure de mercure ;* par le même. (Introduisez dans une fiole parties égales de mercure pur et de soufre sublimé, lavé et bien séché. Exposez-la ensuite au bain marie, à une température qui n'excède pas 70° degrés R., en ayant soin d'agiter la fiole de temps en temps. Au bout de 35 ou 40 minutes, la combinaison se sera opérée.) 14° *Réflexions médico-pratiques sur l'heureux emploi du seigle ergoté dans quelques espèces d'hystérie ;* par M. Nardo. 15° *Lettres sur l'éclectisme en médecine ;* par MM. Cocchi et Asson. 16° *Remarques pratiques sur l'usage de l'indigo, seul ou combiné avec le castoréum et l'assa-fétida, dans l'épilepsie ;* par M. Podrecca. 17° *Quelques questions sur l'étude des globules chez les animaux ;* par M. le docteur B. C. 18° *Question médico-légale, relative à l'avortement d'un fœtus anencéphale ;* par M. Ziliotto. (Discussion des questions que soulève le cas dernièrement rapporté par la Gaz. Méd. d'une femme acquittée d'une accusation d'avortement, d'après cette considération que le fœtus, étant anencéphale, ne pouvait pas être réputé viable.) 19° *Tableau synoptique et comparatif de la morve chez l'homme, de la syphilis, de la peste et de la variole ;* par M. Fassetta. (Article intéressant par le rapprochement et la comparaison qu'il établit entre les caractères propres à chacune de ces affections contagieuses, mais ne contenant d'ailleurs rien qui ne soit connu.) 20° *Sur le véritable siége de la fièvre ;* par M. Biaggi. (La fièvre, selon M. Biaggi, est produite par une inflammation du cœur ; son opinion est appuyée, dit-il, sur un très grand nombre d'ouvertures de cadavres.) 21° *Sur la structure de quelques parties du cerveau ;* par le même. (L'exposition de ce travail serait trop difficile sans le secours des planches que l'auteur a annexées au texte.) 22° *Avis sur la manière dont on peut pratiquer certaines opérations de chirurgie dans les campagnes ;* par M. Pagello. 23° *Classification des maladies nerveuses, et spécialement de l'hystérie et de l'hypocondrie, sous le rapport de l'étiologie et du diagnostic ;* par M. Nardo.

Observations pratiques sur le sang extrait dans les fièvres périodiques intermittentes ; par M. Facen.

Il ne s'agit dans ce travail ni d'analyse chimique ni d'observations microscopiques. C'est seulement sur les proportions du sérum et du caillot, sur la présence ou l'absence de couenne, sur la couleur et la densité du liquide qu'ont porté les recherches de l'auteur. On comprend aisément combien leur intérêt est diminué par cette insuffisance des moyens d'investigation. Néanmoins les expériences ayant été nombreuses et faites dans des conditions fort variées, il ne sera pas sans importance de donner une idée des résultats auxquels elles ont conduit l'auteur.

Le sang retiré dans le début d'une fièvre périodique légitime diffère à peine du sang à l'état normal ; et cela, qu'on le prenne dans le stade de froid, de chaleur ou de sueur, ou pendant l'apyrexie. En général, cependant, la quantité de sérum est moindre pendant la sueur.

La tendance de la fibrine à se coaguler croît en raison directe du nombre des accès fébriles ; de sorte qu'après dix ou douze accès, la couenne inflammatoire commence à se former à la surface du caillot.

Il n'existe pas de couenne inflammatoire dans les fièvres gastriques simples ni dans les fièvres vermineuses, tant que le mal n'a pas envahi un viscère parenchymateux ou le système artériel. Il en est de même dans les fièvres intermittentes pernicieuses légitimes, où l'on ne découvre pas de couenne, du moins dans le début, quelque graves et menaçans que soient les symptômes.

La répétition fréquente des paroxysmes fébriles donne à la fibrine cette aptitude à se condenser et à se solidifier qui produit la formation de la couenne pleurétique, couenne dont la consistance varie en raison de l'intensité, de la durée et du nombre des accès.

L'expérience de M. Facen prouve que l'action du quinquina est plus sûre et plus durable quand on associe à ce médicament l'emploi des antiphlogistiques.

Nous passons sous silence les déductions de l'auteur sur la nature et le mode de production des fièvres intermittentes.

Observation d'amputation de tout l'os maxillaire supérieur ; par M. Bocca.

Obs. — Une jeune fille, de 19 ans, portait à la joue gauche une tumeur du volume d'une orange ; le bord alvéolaire était tuméfié et soulevait la lèvre supérieure, les dents implantées pêle-mêle dans les arcades dentaires, l'œil caché par la tumeur, le bord orbitaire arrondi.

D'après cet ensemble de symptômes dont le premier développement remontait à deux ans, M. Bocca diagnostiqua un fongus du sinus maxillaire et pensant que l'amputation de tout l'os était le seul remède à proposer contre une altération aussi avancée, il la pratiqua de la manière suivante :

La malade assise sur une chaise basse et la tête renversée sur la poitrine d'un aide, trois incisions furent faites absolument comme dans le procédé de M. Gensoul, c'est-à-dire la première allant de l'angle interne de l'œil à la lèvre supérieure qu'elle divisa au niveau de la dent canine ; la deuxième partant du tiers inférieur de celle-ci et se dirigeant transversalement vers le lobule de l'oreille ; la troisième remontant verticalement de l'extrémité externe de cette dernière. L'os mis à nu, l'opérateur divisa avec un fort scalpel l'os maxillaire à son union avec le malaire ; puis, en second lieu, il le détacha de l'unguis et de l'ethmoïde. Faisant alors ouvrir largement la bouche de la patiente, il sépara avec le bistouri le voile du palais de son insertion à l'os palatin. Enfin, l'opération fut terminée par la section du nerf maxillaire supérieur faite avec un bistouri introduit à plat le long du plancher de l'orbite, et l'extraction de l'os devint alors très facile. Douze points de suture servirent à réunir les plaies. Une vessie pleine de glace fut maintenue à demeure sur la région opérée.

Les suites de l'opération n'eurent aucune gravité, et cependant l'intensité de la fièvre traumatique, favorisée sans doute par le tempérament de la malade, détermina M. Bocca à lui faire pratiquer trois saignées. Du reste, elle ne passa pas une seule nuit sans dormir d'un sommeil tranquille. Lorsqu'on leva l'appareil, le quatrième jour, toutes les plaies étaient réunies par première intention.

L'auteur a revu son opérée au bout de cinq mois ; il n'y avait nulle apparence de récidive ; la prononciation, la mastication s'effectuaient librement, et la salive était retenue à volonté. (Il est à regretter qu'on ne parle point de la paralysie faciale qui a sans doute eu lieu, au moins momentanément.)

Plusieurs circonstances rendent cette observation digne d'intérêt. Notons d'abord la préférence accordée par M. Bocca, pour le tracé des incisions extérieures, au procédé de M. Gensoul. Ces trois incisions laissent à la vérité des cicatrices plus apparentes que l'incision unique de MM. Blandin et Velpeau, et par conséquent il y a, en thèse générale, de l'avantage à se contenter de ces dernières. Mais cependant il serait dangereux de sacrifier outre mesure à ce principe de coquetterie ; et lorsque la tumeur est très volumineuse, comme dans ce cas, lorsqu'on prévoit que la dissection en sera difficile, le procédé de l'inventeur a une supériorité incontestable, en ce que seul il permet de détacher la masse morbide dans toute sa circonférence avec la promptitude qui, spécialement ici, est un précepte de rigueur.

Il est, dans l'observation de M. Bocca, une circonstance que ce chirurgien présente comme une modification apportée au procédé de M. Gensoul. C'est celle qui consiste à détacher le voile du palais avant de pratiquer la séparation de l'os maxillaire malade d'avec celui du côté opposé. Il faut, dit l'auteur, apporter beaucoup de précision à couper les attaches du voile palatin ; et il serait difficile de bien exécuter ce temps délicat de l'opération si on le remettait après la section du maxillaire, à cause du sang qui coule alors dans la bouche. Nous ne saurions partager cette

manière de voir. Pour quiconque a assisté à une de ces opérations, c'est en effet l'écoulement du sang dans la gorge qui gêne le plus et l'opérateur et l'opéré. Mais c'est précisément, en raison de ce motif, qu'il faut réserver pour le dernier temps celui qui est le plus capable de provoquer cet écoulement du sang dans la cavité buccale, c'est-à-dire la séparation du voile du palais. Car, si vous commencez par-là, les mouvemens auxquels le malade se livrera pour cracher le sang qui menace à chaque instant de le suffoquer rendront très difficile à exécuter la division de la voûte palatine sur la ligne médiane.

Enfin l'on aura sans doute remarqué la bénignité extrême des suites, après une opération en apparence aussi grave que celle ci. Il n'y a, dans cette absence presque complète de réaction, rien d'extraordinaire. Ce n'est qu'un exemple de plus à l'appui de cette règle que l'inventeur de l'opération, M. Gensoul, avait coutume de rappeler à ses élèves, en leur disant plaisamment : « Le département de la face n'envoie pas de députés au cerveau. »

RÉFLEXIONS MÉDICO-PRATIQUES SUR L'HEUREUX EMPLOI DU SEIGLE ERGOTÉ DANS QUELQUES ESPÈCES D'HYSTÉRIE; par M. NARDO.

Loin de vouloir localiser le siége de l'hystérie dans un appareil ou dans un système d'organes, comme l'avaient essayé Georget, Dubois, Louyer-Villermay, etc., M. Nardo admet qu'elle peut dépendre de lésions variées, bien que le plus souvent elle ait sa source dans une maladie de l'appareil de la génération. De là, elle s'irradie dans le cerveau ou dans l'estomac et par conséquent peut se prêter, selon qu'elle a suivi telle ou telle marche, aux divisions suivantes, qui ont l'avantage d'embrasser également dans leur généralité les phénomènes hystériques qui s'observent aussi quelquefois chez l'homme : 1° ataxie génitale simple, 2° ataxie génito encéphalique, 3° ataxie génito gastrique, 4° ataxie génito-encéphalo-gastrique, 5° ataxie génito gastro-encéphalique. Nous ne nous arrêterons pas à cette classification qui n'a d'autre tort, à nos yeux, que d'assigner un rôle un peu trop élevé aux lésions de l'estomac, lesquelles, quand elles existent réellement et ne sont pas purement imaginaires, n'ont le plus souvent, selon nous, que l'importance d'un symptôme tout à fait consécutif.

Les deux premières espèces sont celles dans lesquelles l'auteur a retiré les meilleurs effets de l'usage du seigle ergoté. Il l'administre mêlé avec du sucre en poudre, à une dose qui ne dépasse jamais 15 décigrammes par jour, et en laissant un jour de repos tous les trois ou quatre jours. Parmi les cas de guérison qu'il rapporte assez succinctement, on remarque celui d'une jeune dame chez laquelle l'emploi du seigle ergoté mit fin en même temps à l'hystérie et à la stérilité qui durait depuis très longtemps.

REMARQUES PRATIQUES SUR L'USAGE DE L'INDIGO, SEUL OU COMBINÉ AVEC LE CASTORÉUM ET L'ASSA-FÉTIDA, DANS L'ÉPILEPSIE; par M. PODRECCA.

L'auteur avait déjà publié, en 1839, quelques observations de guérison d'épilepsie par l'emploi de l'indigo. Mais la critique lui reprocha alors d'avoir mêlé ce médicament avec d'autres antispasmodiques, ce qui mettait dans l'impossibilité de déterminer sa valeur absolue. C'est pour combler cette lacune et répondre à ces objections qu'il fait connaître aujourd'hui trois faits du même genre. Nous doutons cependant qu'il ait tout à fait atteint le but qu'il se proposait; car dans ceux de ces cas où l'indigo a été donné seul, on voit qu'après avoir éprouvé une amélioration, assez marquée il est vrai, dans le nombre et l'intensité des accès, les malades ont été perdus de vue. L'auteur lui-même semble partager les préventions de ses critiques contre l'indigo donné seul. En effet, dans un cas où il avait à lutter contre des attaques d'épilepsie de la plus grande force, il employa de prime-abord la médication combinée, à laquelle il dut un succès remarquable. Ces remarques n'ôtent rien à la vertu antispasmodique et anti-épileptique de l'indigo; car il est assez curieux d'observer que, malgré les guérisons obtenues par l'indigo uni au castoréum et à l'assa-fétida, ces deux derniers médicamens, employés sans addition d'indigo, n'ont paru jouir que d'une efficacité secondaire. Il semblerait donc que, dans le mélange de ces trois substances, l'indigo est véritablement le principe actif, mais qu'il a, jusqu'à un certain point, besoin de leur association pour déployer toute son énergie. Quoi qu'il en soit, voici la forme sous laquelle M. Podrecca le prescrit :

Indigo............	1 drachme
Castoréum........	8 grains
Assa-fétida........	16 —

Faites 18 pilules à prendre toutes les heures et demie.

AVIS SUR LA MANIÈRE DONT ON PEUT PRATIQUER CERTAINES OPÉRATIONS DE CHIRURGIE, DANS LES CAMPAGNES; par M. PAGELLO.

La simplification de la chirurgie, récemment tentée sur une si vaste échelle par M. Mayor de Lausanne, est véritablement un besoin pour celui qui est appelé à pratiquer dans les campagnes, loin de tout secours intellectuel, et souvent forcé de se passer d'aides et de procéder seul aux opérations les plus délicates. M. Munaret, dans son intéressant ouvrage Du Médecin des villes et du Médecin des campagnes, a déjà indiqué quelques-uns des expédiens les plus importans à connaître dans ces conjonctures difficiles. M. Pagello, initié par une pratique personnelle aux mille désillusionnemens d'une clientelle villageoise, apporte aujourd'hui le fruit de son expérience sur le même objet. Parmi une foule de recettes déjà connues, ou trop simples pour n'être pas devinées par chaque médecin au moment du besoin, nous avons remarqué les deux suivantes.

En faisant l'ouverture des abcès, il faut avoir soin, avant de commencer la ponction, de placer le malade de telle manière que ses mouvemens, s'il en exécute, ne puissent que concourir à l'agrandissement de l'incision dans le sens le plus convenable. Ainsi, règle générale, il sera toujours prudent de faire la ponction de bas en haut.

L'ablation des amygdales, l'ouverture des abcès de cette région, l'excision de la luette, sont surtout rendues difficiles par les mouvemens que exécutent les malades. Pour les maîtriser et même les prévenir, sans le secours d'aucun aide, faites placer le patient sur une chaise renversée contre un mur et ne portant sur le sol que par ses deux pieds postérieurs. Le malade ainsi tenu en équilibre restera immobile, car le moindre mouvement l'exposerait à une chute dont il redoute les conséquences. Pour occuper ses mains, passez un mouchoir sous son siége, et confiez-lui en les extrémités, en lui persuadant que le succès de l'opération serait compromis s'il venait à les abandonner.

IV. IL FILIATRE SEBEZIO.

Les numéros de mars, avril, mai, juin et juillet 1842 se composent des articles originaux suivans : 1° *Sur l'emploi du caille lait dans les scrofules*; par M. Ferramosca. 2° *Ecoulement blennorrhagique guéri par les injections de nitrate d'argent fondu*; par M. Spadafora. (Fait dénué d'intérêt.) 3° *Recherches étiologiques sur l'asthme*; par M. Del Mastro. (L'auteur rapporte l'asthme à des altérations organiques très diverses; mais il admet aussi un asthme idiopathique, résultant d'une lésion dynamique des nerfs pulmonaires. Le traitement doit varier en conséquence du diagnostic de la cause.) 4° *Opération de pelviotomie*; par M. Ippolito. 5° *Anévrisme considérable du creux du jarret, guéri au moyen de la ligature*; par M. Féra. (Rien de notable; la ligature fut faite au niveau de la partie moyenne de la cuisse; le malade guérit sans accidens.) 7° *Sur les maladies observées à Ste-Euphémie*; par M. Geoffrè. 7° *Observations d'une tumeur fongueuse sanguine, et d'un vaste abcès lymphatique*. (Tumeur érectile congénitale volumineuse, située à la fesse, guérie sans accidens par l'excision.) 8° *Emploi de l'huile de croton tiglium dans une céphalée rhumatismale et dans une fièvre nerveuse avec stupeur*. (Dans ces deux cas très graves, l'huile de *croton tiglium* a été donnée à l'intérieur et a agi en provoquant des évacuations abondantes. Les malades ont guéri.) 9° *Cas d'hydropisie enkystée*; par M. Augrisani. (A la suite d'une plaie pénétrante dans le flanc gauche, le malade éprouvait de vives douleurs dans la région pubio-vésicale. Une incision pratiquée sur ce point donna issue à 3 onces environ de sérosité, et les douleurs furent calmées.) 10° *Quelques mots sur le seigle ergoté*; par M. Agostinacchio. (Outre la propriété déprimante qu'il reconnaît au seigle ergoté, l'auteur lui attribue une action de nature spécifique sur le tissu de l'utérus.) 11° *Sur les fièvres typhoïdes traitées à l'hôpital de Ste-Marie de Loreta*; par M. de Renzi. 12° *Sur la force spécifique et élective des médicamens*; par M. Del Mastro. 13° *Relation de l'épidémie de Pescopagano*; par M. Aranco. 14° *Réflexions sur une autopsie cadavérique dont les résultats ont paru en contradiction avec la maladie observée durant la vie*; par M. Cavaliere. (Travail sans intérêt pour nos lecteurs. Il s'agit d'une femme sur le cadavre de laquelle un chirurgien trouva une collection séreuse dans la poitrine et l'abdomen. Il en conclut qu'elle avait succombé à une ascite et à un hydrothorax, tandis que, selon l'auteur, sa maladie avait été une hystérie, compliquée de fièvre gastrique, avec deux attaques d'apoplexie.) 15° *De l'utilité des frictions faites avec la pommade stibiée sur les plaies des vésicatoires, dans les inflammations de poitrine*; par M. Spadafora. 16° *Du mode le plus avantageux pour administrer le sulfate de quinine*; par M. Riccardi. (Mettez dans la bouche la quantité de sulfate de quinine que vous voulez prendre; puis introduisez une gorgée de limonade minérale : même chez les femmes et les enfans, la déglutition s'ef-

fectuera très aisément par ce moyen.) 17° *Sur la manière d'agir du sulfate de quinine;* par M. Bazzano. (Pour l'auteur, ce médicament n'est pas un hyposténisant, comme le prétendent quelques médecins, c'est un véritable tonique.) 18° *Cas de phlébite;* par M. Carusi. (Phlébite des veines de l'avant-bras et du bras, développée à la suite d'une saignée de la salvatelle, et terminée par suppuration; guérison.) 19° *Pied-bot, varus équin, guéri par la section du tendon d'Achille et de l'aponévrose plantaire;* par M. Grassi. (Rien de nouveau.) 20° *Observation de plaie de tête;* par M. Cama. (La plaie, faite avec un poignard, avait porté sur le milieu de la suture sagitale. On s'assura, avec un stylet boutonné, qu'elle pénétrait perpendiculairement à un pouce et demi de profondeur. Le malade guérit rapidement, sans avoir offert ni perte de connaissance (si ce n'est sur le coup), ni délire, ni paralysie.) 21° *Lettre sur le renversement des cils;* par M. Alessi. (Article aussi bien écrit que judicieusement pensé, mais dont le caractère tout polémique rendrait l'analyse sans intérêt pour nos lecteurs.) 22° *Observation d'un cas très rare de pathologie humorale;* par M. La Cava. (Maladie congénitale, consistant en accès très rapprochés pendant lesquels le sujet perdait la connaissance et le mouvement. L'auteur l'attribue à l'usage immodéré que la mère du malade avait fait du sel pendant sa grossesse. Guérison par la tisane de Pollini et la décoction de salsepareille.)

SUR L'EMPLOI DU CAILLE-LAIT DANS LES SCROFULES; par M. FERRAMOSCA.

L'usage de cette plante dans les scrofules avait déjà été recommandé par Gaspari et Cirillo. M. Ferramosca qui la préconise de nouveau dit en avoir retiré de tels effets qu'il la préfère aux remèdes réputés spécifiques de cette affection, et même à l'iode. Mais, pour qu'elle réussisse, il est nécessaire de ne l'employer que dans les cas de maladie scrofuleuse pure et sans complications. L'analyse chimique, en y montrant la présence de l'acétate de potasse, de l'acide gallique et du tannin est venue donner, pour l'auteur, le complément obligé d'une interprétation rationnelle aux heureux résultats qu'il avait déjà obtenus de son emploi empirique. On l'administre à l'extérieur, en l'appliquant pilée sur les engorgements et les ulcères scrofuleux; et à l'intérieur en en donnant le suc à une dose aussi élevée que les malades la peuvent supporter.

OPÉRATION DE PELVIOTOMIE; par M. IPPOLITO.

L'opération qui fait le sujet de cette communication a été pratiquée à l'hospice des Incurables de Naples, en présence de M. Galbiati, l'inventeur de la bipubiotomie. On sait que sa méthode consiste à diviser de chaque côté la branche du pubis, puis celle de l'ischion, enfin à couper au la ligne médiane les ligaments interpubiens. Voici dans quelles circonstances a eu lieu la nouvelle application de ce procédé.

Obs. — Une femme rachitique, âgée de 23 ans, se fit recevoir à l'hospice des Incurables. Grosse de neuf mois, elle avait perdu les eaux depuis trois jours, et depuis ce temps de légères douleurs avaient persévéré. En mesurant son bassin avec le pelvimètre de Baudelocque, on trouva 3 pouces au diamètre sacro-pubien; mais comme la base du sacrum était très inclinée à gauche, l'espace compris entre ce point et l'éminence ilio-pectinée correspondante était de moins d'un pouce, de manière que la partie gauche du grand bassin était entièrement inutile pour l'accouchement. La tête se présentait à l'orifice utérin; mais celui-ci était à peine assez dilaté pour admettre l'extrémité du doigt.

L'opération césarienne paraissant trop dangereuse à cause de l'époque déjà éloignée de l'écoulement des eaux amniotiques, on résolut de faire la pelviotomie. M. Galbiati aurait désiré qu'on la différât jusqu'à ce que l'orifice utérin eût acquis plus de largeur; mais la majorité des consultans s'étant prononcée pour l'exécution immédiate, M. Ippolito procéda à l'opération. Elle fut longue, mais très bien supportée, et la malade ne perdit pas plus d'une once de sang. (L'auteur ne donne aucun autre détail sur le procédé opératoire: il dit seulement que la lenteur de la section vint soit des instrumens, qui étaient des cisailles à dents, soit du volume considérable qu'offraient les branches ascendantes du pubis.)

Après l'opération, la malade fut mise au bain. Les douleurs expultrices allèrent en augmentant; mais il n'en fut pas de même de la dilatation du col. On administra alors du seigle ergoté qui activa les douleurs et amena vingt heures après l'opération, l'accouchement naturel d'un fœtus bien développé, mais qui mourut en traversant le détroit inférieur. Quant à la mère, les suites s'annoncèrent d'abord comme très heureuses; mais les signes d'une vive réaction ne tardèrent pas à apparaître, le ventre devint douloureux et tendu, le pouls resta élevé et fréquent, et malgré tous les soins employés, elle succomba le huitième jour.

Autopsie. La surface des plaies de l'opération était frappée de gangrène. Le péritoine qui recouvre l'utérus présentait des ecchymoses, et contenait dans ce point une petite quantité de liquide purulent. Toute la surface intérieure de cette membrane était plus rouge que d'ordinaire. Les symphyses sacro-iliaques n'avaient subi aucune altération.

Il ne peut être question d'établir ici, à propos de ce fait, un parallèle entre la bipubiotomie de M. Galbiati et la symphyséotomie ordinaire, encore moins de comparer la section du pubis avec l'opération césarienne. Les seules remarques que suggère cette observation sont relatives à l'époque où l'on crut devoir opérer; et nous les trouvons formulées d'une manière si judicieuse par les rédacteurs du journal où ce fait est consigné, que nous nous bornerons à les reproduire textuellement.

L'opération, disent-ils, fut faite trop hâtivement. En effet, si l'on avait attendu pour la pratiquer que l'orifice de l'utérus fût dilaté, on aurait pu extraire le fœtus vivant et bien portant aussitôt après la section des pubis terminée. En épargnant ainsi à l'utérus vingt heures environ de contractions, en épargnant des douleurs aussi prolongées à une malade affaiblie déjà par quatre jours de souffrances et par l'opération, il est très probable que celle-ci eut été innocente pour la mère, chez laquelle d'ailleurs l'autopsie a montré qu'aucune lésion grave n'avait été produite par le fait du procédé particulier mis en usage.

SUR LES FIÈVRES TYPHOÏDES TRAITÉES A L'HÔPITAL DE SAINTE-MARIE DE LORETO; par M. DE RENZI.

Une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné à Naples, pendant les mois de mars et d'avril 1841, fait le sujet de ce mémoire. Pour donner une idée de la gravité de cette maladie, l'auteur publie le chiffre des admissions et des décès depuis le premier septembre 1840 jusqu'en juin 1841. Dans cet espace de temps, nous trouvons 823 malades et 76 décès. Sur ce nombre, 372 malades et 37 décès appartiennent aux deux mois sus-dénommés. Il est facile dès lors d'établir une comparaison entre la mortalité qui a eu lieu pendant l'épidémie et celle des mois précédens et ultérieurs. Les phénomènes les plus graves et les plus fréquens furent les symptômes du côté du cerveau; et souvent le début de la maladie, simula, même aux yeux des médecins, l'invasion d'une apoplexie.

M. de Renzi a profité de cette circonstance malheureuse pour se livrer à des études suivies sur la composition du sang dans la fièvre typhoïde. Voici le résultat des recherches qu'il a répétées sur un grand nombre de malades, sans se laisser décourager par la difficulté de tirer des conclusions certaines d'expériences où tant d'élémens importans nous échappent, où il serait, par exemple, si nécessaire de pouvoir tenir compte de l'influence des divers médicamens, du régime des boissons, des saignées et de mille autres circonstances.

M. de Renzi a d'abord reconnu, à l'instar de MM. Andral et Gavarret: 1° que le caillot, dans la fièvre typhoïde, est mou et oléagineux; 2° que la fibrine y est en quantité beaucoup moindre, non seulement que dans les maladies inflammatoires, mais même qu'à l'état de santé; 3° l'augmentation des globules qui, étant un produit des conditions particulières qui se développent dans le sang soustrait à l'empire de la vie, sont toujours en proportion de la cohésion plus ou moins grande des principes immédiats de ce liquide; 4° le cruor mêlé au sérum s'y dissout, le colore en rouge et s'y précipite sous forme d'un sédiment pulvérulent. L'hématosine n'a que peu de cohérence avec les globules et la fibrine.

A ces observations déjà faites par les médecins français, M. de Renzi a ajouté d'autres caractères également importans. Ainsi, d'après ses expériences, les globules n'augmentent pas seulement en quantité, mais le plus grand nombre d'entre eux, outre qu'ils se dépouillent facilement de la matière colorante, semblent de plus être privés de leur noyau central, et paraissent moins compactes, moins solides, et pour ainsi dire moins vivaces. En second lieu, il existe dans le sang de la fièvre typhoïde une odeur spéciale, qui a une certaine analogie avec celle que répandrait le sang d'une brebis, déjà soumis à un commencement de putréfaction.

Malgré la réalité, bien constatée par lui, de toutes ces altérations, M. de Renzi ne professe point que la cause de la fièvre typhoïde réside uniquement dans une modification de composition du sang. Seulement cette altération doit être regardée comme le point de départ d'un grand nombre des symptômes. Il faut également tenir compte de la lésion nerveuse caractérisée par la stupeur et la prostration musculaire, ainsi que des altérations de la muqueuse intestinale. A ce point de vue, le typhus serait donc un état morbide complexe, mais bien distinct néanmoins de la simple inflammation, de la névrose, des cachexies, etc.

Non seulement la fièvre typhoïde est un être à part et distinct de ces diverses affections, mais elle mérite même d'être séparée d'avec la pyrexie. Les altérations du sang sont en effet tellement différentes dans ces deux états que ce caractère suffit pour élever entre eux une barrière insurmontable. Il ressort encore de ces considérations que toutes les variétés de l'affection typhoïde, malgré leurs différences de formes, ont cependant deux signes communs et constans, qui sont l'altération particulière du sang et l'abattement de la force nerveuse, ainsi que l'abolition des sens.

Ces recherches sur l'altération du sang donnent une explication très sa-

tisfaisante de plusieurs des phénomènes qui marquent le cours des fièvres typhoïdes. On sait que M. Magendie a vu des hémorragies et des congestions se produire, chez les animaux vivans, à mesure qu'il *défibrinait* leur sang. De même, et en vertu de cette analogie expérimentale, nous pouvons rationnellement attribuer à la diminution de fibrine qu'on remarque dans le sang de la fièvre typhoïde, les trois ordres suivans de symptômes qui y sont si fréquens : 1° la tendance aux congestions, qui envahissent différens organes et mettent souvent la vie des malades en danger, sans qu'on puisse les rapporter à un travail inflammatoire; 2° les hémorragies capillaires, et, par dessus tout, les épistaxis, les métrorragies, parfois les épanchemens qui se font dans les centres nerveux ou au sein des grandes cavités internes; 3° enfin, les petites hémorragies interstitielles, sous-épidermiques et sous-muqueuses, telles que les taches, les suffusions, les pétéchies, etc.

DE L'UTILITÉ DES FRICTIONS FAITES AVEC LA POMMADE STIBIÉE SUR LES PLAIES DES VÉSICATOIRES, DANS LES INFLAMMATIONS DE POITRINE; par M. SPADAFORA.

Tous les médecins emploient les frictions stibiées et connaissent la valeur de ce moyen dans les maladies de poitrine. Mais c'est surtout contre les affections chroniques qu'on a appliqué ce mode de révulsion, dont les effets, un peu lents à se développer, semblent par cela même, dans ces cas, être plus en rapport avec la marche des phénomènes morbides. M. Spadafora préconise les frictions faites avec la pommade stibiée sur la surface même des vésicatoires. Ainsi combinés, ces deux moyens impriment à la dérivation qui en résulte une action à la fois rapide et profonde. Mais ce n'est pas là le seul avantage qu'il attribue à cette médication; l'absorption d'une portion du sel antimonial qui passe dans la circulation doit, suivant lui, concourir efficacement à la guérison, en raison des propriétés bien connues que possèdent les préparations de ce métal contre les phlegmasies thoraciques.

Nous ne saurions partager la confiance de l'auteur sous ce dernier rapport. Outre que la quantité d'antimoine ainsi absorbé paraît devoir être tout à fait insignifiante, outre qu'on ne voit généralement pas les frictions stibiées, quand on les pratique dans tout autre but, provoquer les symptômes de l'ingestion du tartre émétique, M. Spadafora a sans doute oublié que la surface du vésicatoire ainsi frictionné ne tarde pas à se couvrir d'une escarre; or, cette circonstance, qu'il mentionne d'ailleurs lui-même dans sa description, ne doit-elle pas mettre un obstacle insurmontable à la continuation de l'absorption sur les effets de laquelle il compte?

V. GIORNALE DELLE SCIENZE MEDICHE.

Les numéros de mars, avril, mai, juin et juillet 1842 se composent des articles originaux suivans : 1° *Observation extraordinaire de vers intestinaux*; par M. Gilli. (Chez un enfant de 18 mois, des ascarides lombricoïdes furent évacués en très grande quantité : on en compta 510 dans l'espace de huit jours.) 2° *Ténia expulsé par l'emploi du julap*; par M. Régis. (La quantité du purgatif pris par le malade fut de 2 gros.) 3° *Réflexions critiques sur le traité de la phlogose et des fondemens de l'anatomie et de la zoologie physiologique et pathologique de M. Lippi*; par M. Antonelli. 4° *Cas singulier de difformité des parties génitales chez un soldat*; par M. Fenolio. 5° *Histoire d'un accouchement contre-nature par insertion du placenta sur le col*; par M. Aliprandi. (La malade dont il s'agit avait déjà eu quatorze accouchemens tous terminés naturellement et heureusement. On fut obligé, dans celui-ci, de pratiquer la version, qui amena un enfant mort depuis quelques heures. La mère guérit.) 6° *Lettre au docteur Battalia au sujet de ses recherches historiques et pratiques sur le croup, ainsi que des moyens qu'il propose pour reconnaître et guérir cette affection*; par M. Borelli. (Travail sans aucune importance pratique.) 7° *Observations et expériences sur diverses taches considérées sous le point de vue chimico-légal*; par M. Ferrari. (Il s'agissait de taches de sang sur des vêtemens; l'auteur décrit les procédés chimiques et microscopiques, bien connus déjà, qu'il a employés pour déterminer leur nature.) 8° *Quelques considérations sur les fonctions de l'encéphale*; par M. Carnevale-Arella. (Travail de compilation bien plus que d'inspiration personnelle.) 9° *Réflexions sur la fréquence actuelle des morts subites par apoplexie*; par M. Speranza. (L'auteur emploie la première moitié de son mémoire à démontrer que l'apoplexie ne tient pas à l'usage des cravates, ainsi que l'a prétendu récemment un médecin anglais. Dans la seconde, il cherche à prouver que les vicissitudes atmosphériques ont la plus grande influence sur la production de l'apoplexie.) 10° *Observation, avec réflexions, d'un cas de ramollissement de la moelle et de l'encéphale*; par M. Fenollo. (Rien d'important à faire connaître.) 11° *Utilité de l'iodure de potassium dans les maladies causées par le mercure, et dans la syphilis rebelle à l'emploi des mercuriaux*; par M. Demichelis. (Deux observations, dont chacune est à l'appui de l'une et de l'autre de ces deux assertions, ce prouvent la justesse, vulgaire d'ailleurs parmi nous depuis les travaux de M. Ricord.) 12° *Histoire d'une fièvre pernicieuse léthargique, heureusement terminée par une éruption aphteuse critique*; par M. Carmagnola. (Le premier accès avait duré près de cinquante heures; les aphtes parurent immédiatement, après ces deux éruptions successives; un second accès moins fort leur succéda et termina la scène.) 13° *Cas d'empoisonnement par des champignons*; par M. Fardella. (Rien de remarquable.) 14° *Recherches sur la cause et la nature de l'anaphrodisie chez l'homme*. (Classification méthodique des lésions diverses qui peuvent aboutir au même résultat, à l'impuissance, malgré la bonne conformation des organes génitaux.) 15° *Sur le persulfate de quinine*; par M. Sachera. (L'auteur revendique la préférence pour cette préparation du quinquina, qui, étant plus soluble que les autres, doit, soivant lui, agir plus promptement. Son jugement est appuyé, dit-il, sur une foule d'observations.) 16° *Observations sur le scorbut et sur le meilleur moyen de le guérir*; par M. Carnevale-Arella. 17° *Considérations sur l'emploi de l'iodure de potassium dans le traitement de la syphilis*; par M. Sperino. 18° *Syphilis consistant en douleurs ostéocopes et une exostose, guérie par l'iodure de potassium*; par M. Riberi. 19° *Syphilis invétérée, rebelle aux moyens ordinaires, guérie au moyen de l'hydriodate de potasse*; par M. Casca. 20° *Observation d'un cas d'anévrisme disséquant, avec réflexions*; par M. Tessier.

CAS SINGULIER DE DIFFORMITÉ DES PARTIES GÉNITALES CHEZ UN SOLDAT; par M. FENOLIO.

OBS. — Un jeune soldat, âgé de 20 ans, se présenta devant le conseil de guerre pour être réformé. Il avait la peau fine et blanche, les épaules étroites, les hanches prononcées, le visage imberbe, la voix féminine. Deux mamelles paraissaient au-devant de sa poitrine, non pas effacées et rudimentaires, mais assez volumineuses et contenant évidemment un corps glanduleux; elles n'avaient du reste acquis leur grosseur actuelle que depuis deux ans. Les organes génitaux offraient la conformation suivante. Deux replis cutanés existaient sur les côtés, contenant chacun un testicule facile à reconnaître par la sensation que la pression y déterminait. Au-dessus et entre ces deux replis, était un très petit pénis réduit au gland, manquant de corps caverneux et d'urètre. Un peu plus bas se trouvait l'ouverture d'un conduit par où sortait l'urine. L'individu ne voulut pas se laisser sonder. Interrogé s'il avait des érections, s'il ressentait plus d'émotion auprès des personnes d'un sexe que de celles de l'autre, il répondit qu'il n'avait jamais observé de modification dans le volume du pénis, et que les sensations dont on lui parlait lui étaient absolument étrangères. On remarqua seulement qu'il éprouvait une répugnance extrême, une pudeur tout à fait féminine, à se déshabiller et à se laisser examiner en public.

Les archives de la science contiennent une foule de cas semblables à celui-ci, du moins en ce qui a rapport aux organes génitaux; mais ce qui le distingue et lui donne une importance toute particulière, c'est la présence de mamelles bien conformées chez un sujet qui, par ses testicules, appartenait si évidemment au sexe masculin. La singularité de cette coexistence n'a pas échappé à M. Fenolio, et ne pouvant s'en rendre raison, il a été jusqu'à se demander s'il n'y avait pas, chez cet individu, un utérus, bien que nul vestige n'indiquât qu'il en fût ainsi.

OBSERVATION SUR LE SCORBUT ET SUR LE MEILLEUR MOYEN DE LE GUÉRIR; par M. CARNEVALE-ARELLA.

Le scorbut ne résulte pas d'une seule cause. Le plus souvent, diverses circonstances concourent à le produire; tels sont l'abus du sel marin et des viandes salées, la privation de légumes frais, les vapeurs de la mer, la respiration d'un air confiné et privé de ses propriétés principales, le froid humide, les fièvres intermittentes prolongées, une alimentation insuffisante. Ces différentes causes, quoiqu'ayant chacune un mode d'action tout spécial, modifient profondément la nutrition, appauvrissent le sang en y diminuant la quantité de la fibrine et des globules, et augmentant en proportion égale celle du sérum. Dans cet abattement physique et moral, le virus scorbutique envahit plus aisément l'organisme, si bien disposé à subir son influence.

La propriété contagieuse du scorbut semble vraisemblable à l'auteur. Au commencement de sa pratique, il n'y croyait point; mais ayant souvent eu l'occasion de voir qu'à l'hôpital les deux voisins d'un scorbutique contractaient la maladie, sa conviction chancela. Il prit le parti d'isoler les individus scorbutiques, et lorsqu'il ne le pouvait pas, de soumettre au moins leurs voisins et ceux qui les approchaient au même régime qu'eux. Par cette conduite, il vit diminuer notablement le nombre des malades. Des exemples nombreux lui ont appris que l'affection se transmet en habitant avec un scorbutique, en mangeant avec sa cuiller, en buvant dans son verre. Mais les considérations de cet ordre ne suffiront pas, nous le pensons, pour faire partager à la majorité des lecteurs l'opinion

de M. Arella ; car à ces faits, qui semblent si démonstratifs en faveur de la contagion, on pourra éternellement opposer que les circonstances hygiéniques étant lesmêmes pour le sujet infectant et le sujet infecté, c'est à cette communauté de conditions, bien plus qu'à un contact insignifiant, que la coexistence du mal chez l'un et l'autre doit être rapportée.

Quant au traitement du scorbut, l'auteur reconnaît qu'il serait sans doute fort intéressant de pouvoir l'établir sur une connaissance approfondie de la nature du mal. Mais, laissant de côté les explications, il proclame l'excellence du cresson dans le traitement des scorbutiques, parce que l'usage de cette plante lui a donné des résultats constamment favorables.

DE L'EMPLOI DE L'IODURE DE POTASSIUM DANS LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS ; par MM. SPERINO, RIBERI et GASCA.

Indiqué déjà dans le traitement de la syphilis consécutive, par Brera, Williams, Bullock, etc., l'emploi de l'iodure de potassium s'est surtout répandu en Europe, depuis que M. Ricord est venu lui donner la sanction d'une expérimentation constamment heureuse et l'appui de son enseignement si populaire. Les médecins italiens qui réclament aujourd'hui la priorité à ce sujet, en faveur d'un de leurs compatriotes, n'ont guère été conduits à administrer ce médicament que lorsqu'ils ont entendu parler des succès obtenus à Paris. Leur témoignage au moins est tout-à-fait favorable à cette nouvelle méthode de traitement, car la liste des observation qu'ils citent à l'appui est une liste de guérisons.

MM. Riberi et Gasca rapportent chacun un cas de syphilis ancienne, qui, après avoir résisté à divers traitemens mercuriels, fut rapidement guérie par l'iodure de potassium. Il s'agissait dans un cas d'une hydarthrose et dans l'autre, d'ulcères avec carie des os palatins et nasaux. Mais celui qui a le plus fait pour éclairer la question est M. Sperino, qui cite cinquante faits de guérison, tous tirés de sa pratique et ayant, pour la plupart, rapport à des sujets chez lesquels le mercure avait déjà échoué ou même exaspéré les accidens. Quoique des symptômes fort différens aient été traités par ce moyen, c'est surtout dans les affections des os qu'il a eu les plus brillans avantages; ce qui est en conformité parfaite avec les observations de M. Ricord. Le plus ordinairement M. Sperino a vu les douleurs ostéocopes diminuer au bout de 2 ou 3 jours de traitement, et disparaître entièrement avant 8 jours révolus.

La dose du médicament a été variable, suivant la gravité et l'ancienneté du mal. Généralement on commençait par 10 grains dissous dans l'eau distillée avec addition de sirop de gomme, et on allait progressivement jusqu'à 30 grains, pris en deux fois, matin et soir. M. Sperino n'a jamais osé dépasser cette quantité.

Les accidens qu'on peut rapporter à l'usage de ce remède ont été, dans 6 cas, une légère irritation gastro-intestinale, qui apparut dans le début du traitement, et ne dura que trois ou quatre jours. Dans deux cas, il y eut de la céphalalgie, des vertiges. Chez une femme qui allaitait son enfant, la sécrétion laiteuse fut diminuée, et l'on dut, par conséquent, abandonner la médication iodurée. Deux fois seulement il y a eu une salivation assez intense.

On voit, d'après cette courte analyse, que les expériences de M. Sperino ont été faites avec attention et discernement, et que ce n'est point à la légère qu'il s'est déclaré partisan de cette médication. Nul doute que son exemple et son autorité n'exercent une grande influence sur les médecins. En rapprochant ces faits de ceux qui ont déjà été publiés par MM. Ricord et Baumès, et qui se répètent tous les jours dans les grands hôpitaux de France, on a un faisceau d'observations bien capables d'encourager les plus timides à imiter une pratique qui n'a, jusqu'à présent, été marquée que par des succès.

OBSERVATION D'UN CAS D'ANÉVRISME DISSÉQUANT, AVEC RÉFLEXIONS ; par M. TESSIER.

OBS. — Un homme de 60 ans fut apporté à l'hôpital, sans connaissance, la face pâle, le pouls presque nul. Un médecin le traitait depuis trois jours chez lui pour une apoplexie, et lui avait déjà fait deux saignées. A peine était-il entré qu'il succomba, sans qu'on eût eu le temps de commencer aucun traitement.

AUTOPSIE. Le péricarde était distendu par du sang coagulé, mais on ne put découvrir la source de laquelle il provenait. Dans les trois quarts antérieurs de l'aorte ascendante, la tunique externe était séparée de la moyenne, tandis que ces membranes restaient adhérentes entre elles dans le quart postérieur. Ce décollement s'étendait à la crosse de l'aorte, puis se continuait sur le côté gauche de l'aorte thoracique et abdominale; enfin on le suivait jusque sur les artères iliaques, crurales et poplitées. La même disposition existait tout autour de l'innominée et des deux carotides primitives jusqu'à leur division. Sur tous ces points, la séparation de la tunique celluleuse donnait lieu à deux canaux distincts, l'un compris entre cette tunique et la moyenne, plein d'un sang noir, l'autre constitué par la cavité naturelle du vaisseau, vide de sang. Les intercostales et les branches qui naissent de l'aorte abdominale étaient dans le même état, ainsi que la face antérieure de l'oreillette gauche, et la postérieure de l'oreillette droite. A une ligne de distance de l'origine du tronc innominé, les deux membranes internes étaient divisées en travers, et le bord supérieur de cette solution de continuité formait dans l'intérieur de l'artère un éperon de l'étendue de 5 à 6 lignes. Des ossifications nombreuses existaient, particulièrement sur la portion ascendante de l'aorte.

A la suite de cette intéressante observation, M. Tessier fait un résumé de tous les cas de ce genre connus dans la science et qui sont au nombre de 9, sur lesquels 2 appartiennent à Morgagni, 1 à Laënnec, 1 à M. Pennock, 1 à M. Goddard et 4 autres ont été publiés dans divers journaux anglais. Le rapprochement de ces cas le conduit à quelques réflexions sur le mécanisme de cette curieuse espèce d'anévrisme.

Et d'abord il est remarquable que, chez tous les sujets, la maladie n'a mis que fort peu de temps pour déterminer la mort. Ce temps a été de sept heures, trois, quatre, trente jours; sur un seul, huit ans, et encore, chez ce dernier, y a-t-il beaucoup de raisons pour douter qu'un intervalle aussi long ait existé entre le début de l'altération et la mort. Une preuve, d'ailleurs, que le décollement existait depuis peu de temps sur les cadavres où on l'a observé, c'est que le sang contenu entre les deux membranes y était à l'état liquide ou sous forme de coagulum noir ; c'est, d'un autre côté, qu'il n'y avait dans ce point aucun vestige de travail inflammatoire.

Le soin que M. Tessier a mis à démontrer cette proposition préliminaire fait pressentir la conclusion qu'il veut en déduire. Si le plus généralement les anévrismes s'entourent d'un sac, c'est que, au moment où les deux membranes internes se rompent par suite d'une lésion de leur texture, l'inflammation qui accompagne cette lésion a déjà établi entre la tunique moyenne et externe une adhérence qui met obstacle à ce que le sang fuse entre elles. Supposez au contraire que la rupture s'opère avant la formation de cette adhérence, ou que la solution de continuité dépasse ses limites, rien n'empêchera le sang de passer dans l'intervalle qui sépare les deux tuniques externes et l'anévrisme disséquant se produira alors dans une étendue plus ou moins considérable.

L'hypothèse de M. Tessier offre assurément quelque vraisemblance à un certain point de vue. Mais ce n'est pourtant qu'une hypothèse, œuvre du raisonnement, et comme telle facile à démontrer, mais non moins facile à contester. Si l'importance du sujet le méritait en effet, nous n'aurions pas de peine à trouver des argumens aussi probans contre elle que ceux de son inventeur paraissent l'être en sa faveur. C'est ainsi que M. Tessier explique la fréquence des anévrismes à sac comparée à la rareté des anévrismes disséquans, en disant qu'il y a ordinairement au pourtour de la rupture des deux tuniques internes une adhérence entre ces tuniques et la celluleuse, d'où naît un obstacle à l'infiltration du sang dans leur intervalle. Or d'après ce que nous avons vu, d'après l'opinion des meilleurs auteurs, il est positif que cette adhérence n'est qu'une disposition rare et exceptionnelle dans les altérations des parois artérielles. Sur ce premier point, il y aurait donc déjà un désaccord entre la théorie de M. Tessier et les faits ; car si l'adhérence manque le plus souvent, comme nous le soutenons, il en résulterait que les anévrismes disséquans devraient être plus communs que les anévrismes à sac ; conséquence logiquement déduite, et cependant en opposition flagrante avec les faits.

En second lieu, l'inflammation à laquelle M. Tessier attribue cette adhérence devrait évidemment, au moment de la rupture, s'être déjà propagée à la membrane celluleuse, dans le point où celle-ci est contiguë à la solution de continuité des tuniques internes. La membrane celluleuse devrait donc être devenue, dans ce point, inextensible, friable et cassante, comme le sont tous les tissus enflammés. Elle ne pourrait donc pas se prêter, ainsi que l'auteur le suppose, à la distension qui doit la convertir en sac. Nouvelle considération tout à fait rationnelle, mais qui nous conduirait encore forcément à cette conséquence absurde que les anévrismes à sac seraient plus rares que les anévrismes disséquans.

Nous ne pousserons pas plus loin cette discussion ; car nous n'avons pas pour but de détruire l'explication de M. Tessier ; nous voulions seulement montrer combien elle nous paraît attaquable dans son principe et dans ses conclusions.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 8 AOUT.

M. Hippolyte Larrey écrit à l'Académie pour l'informer que les funérailles de son père auront lieu jeudi 11 août, à 11 heures.

ORGANOGÉNIE HUMAINE.

M. SERRES présente à l'Académie un ouvrage qu'il vient de publier, intitulé : PRINCIPES DE L'ORGANOGÉNIE, CONTENANT L'EXPOSÉ DES RÈGLES QUE SUIVENT LES ORGANISMES DE L'HOMME ET DES ANIMAUX DANS LE COURS DE LEUR DÉVELOPPEMENT.

L'idée, dit M. Serres, que les organismes de l'homme et des animaux sont semblables à eux-mêmes à toutes les périodes de leur existence est déjà loin de nous.

L'idée contraire, ou celle qui les suppose différens aux époques principales de leur formation a surmonté enfin les obstacles de diverses natures qui rendaient si difficile sa réalisation.

Personne ne croit plus maintenant que l'embryon soit une miniature de l'animal parfait. Tous les anatomistes de nos jours s'accordent pour reconnaître qu'il ne parvient à ce dernier état qu'après avoir traversé des états primitifs ou secondaires, qui lui servent en quelque sorte d'échelons.

La science est unanime sous ce rapport ; elle ne l'est pas encore concernant les règles que suivent en se développant les divers organismes. Mais le fait capital étant hors de doute, les physiologistes ne peuvent tarder à s'accorder sur le mode d'après lequel il s'accomplit.

La modification importante introduite par les professeurs du Muséum dans le programme de la chaire d'anatomie humaine de cet établissement est surtout de nature à favoriser ce résultat.

Si jusqu'à ces derniers temps l'enseignement de l'anatomie de l'homme était presque resté étranger aux progrès immenses de la zoologie et de l'anatomie comparée, les professeurs du Muséum, et particulièrement mon prédécesseur, M. Flourens, ont parfaitement compris qu'il était nécessaire de le mettre au niveau de celui de ces sciences naturelles. C'est aussi ce que je me suis efforcé de faire depuis trois ans que je suis chargé de cet enseignement.

Mais nul ouvrage ne présentant la science physique de l'homme sous l'aspect d'après lequel j'ai dû l'envisager au Muséum, plusieurs des personnes qui m'ont fait l'honneur d'assister à mes leçons ont pensé qu'il pouvait être utile d'en publier un sommaire, soit pour en faciliter l'intelligence à notre jeunesse studieuse, soit pour lui servir de guide dans le mouvement rapide imprimé, ces dernières années, aux sciences anatomiques et physiologiques. Telle est l'origine de la publication de cet ouvrage, tel est le but que je me propose d'atteindre.

STRUCTURE ET DÉVELOPPEMENT DES DENTS CHEZ LES MAMMIFÈRES.

M. DUVERNOY lit un mémoire intitulé : SUR LES DENTS DES MUSARAIGNES CONSIDÉRÉES DANS LEUR COMPOSITION ET LEUR STRUCTURE INTIMES, LEURS RAPPORTS AVEC LES MACHOIRES, LEUR DÉVELOPPEMENT ET LEUR SUCCESSION. De ce travail où il étudie la structure intime de la dent, en prenant pour objet de ses recherches les dents des mammifères en général, l'auteur tire les déductions suivantes.

Le bulbe se compose de deux parties distinctes ayant chacune une fonction particulière. L'une, en rapport indirect avec les vaisseaux sanguins qui arrivent à la capsule dentaire, est une sorte de follicule dont les parois sécrètent et versent dans la cavité de ce follicule ou du noyau pulpeux les matériaux de la substance tubuleuse. C'est à la fois l'organe préparateur et le réservoir de ces matériaux.

L'autre partie du bulbe qui enveloppe la première est le canevas de la substance principale ou tubuleuse de la dent, lequel se durcit à mesure que les tubes capillaires dont il se compose reçoivent ou absorbent les matériaux préparés par l'organe sécréteur de ce bulbe.

Cette théorie concilie jusqu'à un certain point l'ancienne, qui regardait la formation des dents comme une sécrétion de la surface du bulbe avec celle adoptée récemment par M. Owen, qui admet que les dents croissent comme les os, par intussusception, et que leur durcissement ne diffère de celui des os que parce qu'il est centripète dans les dents et centrifuge dans les os.

Le bulbe ne paraît donc pas à M. Duvernoy destiné tout entier à se transformer en dent dans tous les cas. Il en est réellement, en partie, l'organe sécréteur, en ce qu'il en prend les matériaux dans le sang et qu'il les verse dans sa cavité. Ceci est conforme à l'ancienne théorie.

Ces matériaux passent à mesure à travers les parois de cet organe de sécrétion, en dehors de ces parois, dans le canevas tubuleux de la substance principale, dont la forme et les dimensions sont déterminées, pour chaque dent, et limitées d'un côté par la membrane qui tapisse les parois de la cavité du noyau pulpeux, et de l'autre par celle qui se trouve plus tard enveloppée par l'émail de la couronne. Ces deux membranes sont continues et forment une poulie renfermant ce canevas tubuleux de la dent, et plus tard toute la substance tubuleuse.

L'arrangement des matériaux de la dent sécrétés par ce bulbe n'est donc pas une simple transsudation de ces matériaux par couches dont la première se dépose dans le vide de la capsule dentaire, entre le bulbe et la membrane émaillante, et dont les autres se mouleraient successivement dans les précédentes en se plaçant successivement autour de la surface du bulbe.

Cet arrangement est déterminé par la forme, le nombre et la direction des tubes nutritifs qui composent la partie dentaire du bulbe, et qui se chargent de ses matériaux.

La substance principale des dents ne paraît contenir aucun vaisseau sanguin en activité. En cela elle diffère essentiellement des os.

Les dents ne recevant pas de sang dans leur substance tubuleuse prennent dans le noyau pulpeux leurs matériaux nutritifs.

La moelle des os pourrait tout au plus être comparée à la substance du noyau pulpeux, ainsi que l'a fait M. Owen, qui appelle canal médullaire unique ce noyau pulpeux d'une dent de mammifère.

Les dents simples une fois durcies ne croissent pas par développement, quoique se nourrissant par intussusception. La couche de matière inerte et cristalline qui revêt leur couronne en est une démonstration incontestable Ce développement donnant plus d'extension à la surface recouverte par l'émail, le fendrait et le détacherait nécessairement.

L'accroissement et le décroissement des dents par intussusception a donc, par cette circonstance et par l'absence de vaisseaux sanguins dans sa substance principale, deux circonstances essentielles qui la distinguent de celui des os.

La partie glanduleuse d'un bulbe dentaire, dans une dent dont l'accroissement est borné, est d'autant plus petite que cet accroissement est plus rapproché de son terme.

Le canevas, de substance tubulée, qui fait partie de ce même bulbe se durcit rapidement et sans qu'il reste de traces d'intermittences, ou de périodes de ce durcissement et de l'accroissement du bulbe par des couches apparentes de sels calcaires qui auraient été déposées successivement.

Au contraire, dans une dent dont l'accroissement est pour ainsi dire sans limites, telle qu'une incisive de rongeur, ou une défense d'éléphant, la partie glanduleuse du noyau pulpeux reste toujours considérable, et celle qui devra former successivement le canevas de la dent, ne peut manquer de se développer à mesure que celle qui l'a précédée a été durcie. Il y a à cet égard une succession de développemens et de durcissemens qui fait comprendre les couches successives de ces dents et les cônes emboîtés les uns dans les autres, qui sont si évidens dans les défenses fossiles de l'éléphant.

M. SERRES : En parlant des anatomistes modernes qui ont dirigé leurs recherches sur la structure des dents, M. Duvernoy a omis de citer M. Nasmyth, qui, concurremment, et peut-être même avant M. Richard Owen, a fait connaître les mêmes résultats sur ce point d'anatomie. Les idées de ces deux savans occupent depuis longtemps l'Angleterre; et ici même, à l'Académie des sciences, nous avons reçu, il y a déjà 15 à 18 mois, un mémoire de M. Nasmyth où se trouvent exprimées des notions à peu près semblables à celles qui forment le fond de l'intéressant travail que vient de lire M. Duvernoy.

M. DUVERNOY : Je remercie mon collègue, M. Serres, de me fournir l'occasion de réparer une omission involontaire, qui forme une lacune dans mon travail. Je pourrai la remplir d'une manière plus convenable, en lisant la suite de mes recherches dans la prochaine séance.

M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie que lundi prochain tombant le jour de l'Assomption, la séance de l'Académie n'aura lieu que le mardi 16 août.

ORIGINE ET STRUCTURE DE LA MEMBRANE CADUQUE.

M. MARTIN ST-ANGE, après avoir rappelé les points sur lesquels MM. Coste et Lesauvage sont en discussion relativement à l'origine de la membrane caduque, dit que les résultats de ses expériences et de ses recherches anatomiques infirment les vues *trop générales* émises par MM. Coste et Lesauvage, et *tendent* plutôt à rétablir ce qui est déjà admis. Il y a plus de dix ans que je m'occupe, dit M. St-Ange, de l'anatomie pathologique de l'œuf humain, et le grand nombre de faits que j'ai observés, quoique ne suffisant pas encore pour arriver à quelque chose de positif, rendent bien compte cependant de la grande divergence d'opinions qui existe parmi les anatomistes et les physiologistes qui se sont occupés de décrire la membrane caduque. Il y a du vrai dans presque tout ce que les auteurs ont dit, mais tous n'ont pas assez observé, surtout les faits d'anatomie pathologique, qui sont le véritable flambeau de l'anatomie physiologique. Aussi a-t-on souvent été induit en erreur en prenant l'exception ou l'état maladif pour la règle ou l'état normal. Plus tard je demanderai à l'Académie la permission de lire les conclusions de mon travail sur l'anatomie pathologique de l'œuf. Ce serait abuser actuellement de ses momens que de l'entretenir de choses non encore suffisamment étudiées (1).

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 9 AOUT. — PRÉSIDENCE DE M. FOUQUIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

OBSÈQUES DE LARREY.

M. LE SECRÉTAIRE annonce de la part de M. Hippolyte Larrey que les funérailles de M. le baron Larrey auront lieu jeudi 16 août.

MM. Parisel, Cornac, Gimelle, Bousquet, Réveillé-Parise, Labarraque, Poirson, Jourdan et Baron sont désignés pour assister à cette cérémonie, au nom de l'Académie de médecine.

PROJET D'UNE ENQUÊTE SUR LE MEILLEUR TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

M. BOUILLAUD : Une maladie grave, sur la nature et le traitement de laquelle se sont élevées dans tous les temps des disputes que les laborieuses investigations du dernier quart de siècle qui vient de s'écouler n'ont pu terminer, une maladie qui, elle aussi, *répand la terreur*, la fièvre typhoïde sévit depuis quelques semaines d'une manière épidémique et dans les hôpitaux et dans la ville. Certes, Messieurs, ce serait faire injure au corps médical que de supposer qu'il puisse exister un seul de ses membres qui ne désire ardemment de voir cesser les déso-

(1) Nous avons été à même d'apprécier les nombreuses et consciencieuses recherches de notre honorable confrère. Nous croyons que la science doit en retirer de vives lumières pour la solution des questions encore obscures de l'ovologie et de l'embryogénie. Nous l'engageons à les faire connaître prochainement.

(NOTE DU RÉDACTEUR.)

lantes disputes dont il vient d'être question, et qui ne soit prêt à contribuer de toutes ses forces à l'adoption d'un moyen, d'une mesure, dont l'application éclairée, sincère, consciencieuse, serait de nature à mettre d'accord les praticiens sur les points les plus importans à la fois et les plus controversés de la fièvre typhoïde. Le point majeur et vraiment culminant est sans contredit le traitement de cette maladie. Eh bien! existe-t-il une mesure qui, convenablement formulée et rigoureusement mise à exécution, soit capable de fournir ces données positives, claires, lumineuses, sans le secours desquelles on ne saurait parvenir à la solution du grand et sérieux problème dont il s'agit. Or, je n'hésite point à le déclarer, cette mesure existe, et cette mesure c'est la création, l'organisation d'une commission d'enquête clinique. Je ne veux point, quant à présent, faire ressortir tous les avantages qui résulteraient du système que je propose appliqué à une foule de questions médicales du plus haut intérêt, et de la solution desquelles dépend la vie de tant de milliers d'hommes. Qu'il me soit seulement permis de m'étonner qu'on n'ait pas encore songé, ou qu'on n'ait du moins que très rarement songé à l'emploi d'une méthode de conviction, d'un moyen de démonstration qui se présente si naturellement à tout esprit juste et sincèrement ami de la vérité.

Revenant à la question *spéciale* pour laquelle j'ai obtenu la parole, j'ai l'honneur de proposer à l'Académie de demander à l'autorité compétente qu'elle veuille bien l'autoriser à nommer dans son sein une commission *spéciale* chargée de constater au lit des malades quelle est, parmi les méthodes si diverses de traitement qu'on oppose à la fièvre typhoïde, celle qui fait baisser le plus le chiffre de la mortalité, et qui sous ce rapport comme sous d'autres moins importans, tels que la durée de la maladie, etc., mérite la préférence. Que si l'on peut obtenir l'autorisation dont je viens de parler, que si l'on ne refuse à la commission aucun des moyens dont elle a besoin pour s'éclairer suffisamment, et que les commissaires, profondément pénétrés de la gravité, et, s'il est permis de le dire, de la sainteté de leur ministère, ne reculent devant aucune des difficultés qu'ils pourront rencontrer sur leur passage, l'Académie peut être assurée qu'elle s'applaudira quelque jour de la démarche qu'elle aura faite. Le plus grand service qui, dans l'état actuel des choses médicales, puisse être rendu aux amis des saines doctrines thérapeutiques, et partant de l'humanité souffrante tout entière, c'est évidemment de recourir au mode d'examen, de vérification en quelque sorte officielle que j'invoque ici, pourvu, bien entendu, qu'il soit exécuté avec la volonté ferme et la patience infatigable qu'il réclame.

Avant que le principe d'une *enquête clinique* sur le point indiqué plus haut n'ait été adopté, il n'y a pas lieu d'exposer avec les détails convenables tout ce qui se rattache à l'organisation de la commission, ainsi qu'au mode d'exécution de la mesure proposée. Toutefois, je ne terminerai pas sans ajouter que les difficultés d'exécution ne sont pas aussi sérieuses que certaines personnes pourraient le croire. Que l'on consacre, en effet, une salle spéciale à un nombre donné de sujets atteints de la fièvre typhoïde pour y être traités comparativement par les principales méthodes qui se disputent la préférence, que les observations soient exactement recueillies en présence de la commission, avec toute la publicité désirable, et je ne crains pas de prédire que le moment viendra où la conviction s'emparera des esprits même les plus récalcitrans. Alors, Messieurs, vous saurez à quoi vous en tenir sur tout ce que l'on dit, le plus souvent sans aucune preuve réellement *scientifique*, des prétendus avantages de certaines méthodes et en même temps qu'ils auront éclairé leurs esprits, dissipé les doutes qui enveloppaient leur croyance thérapeutique, les médecins vraiment dignes de ce nom sentiront leur conscience dégagée de l'un des poids les plus lourds qui aient jamais pesé sur elle. C'est uniquement pour concourir, autant qu'il est en moi, à un si précieux résultat, que je me suis décidé à faire pour la seconde fois dans cette enceinte la proposition que vous allez examiner. Heureux si, par le secours de tous ceux de mes honorables collègues en qui l'Académie a le plus de confiance, je pouvais obtenir aujourd'hui de la savante assemblée ce qu'elle n'a pas cru devoir accorder il y a quelques années! C'est ce que je souhaite bien plus, je l'avoue, que je ne l'espère.

M. Chervin : Quel que soit le sort de cette proposition, elle prouvera du moins la franchise et la loyauté de M. Bouillaud. Voilà tout ce que j'avais à dire pour le moment.

M. Recamier : Cette proposition, toute séduisante qu'elle paraît d'abord, renferme en elle des difficultés que l'expérience mettrait bien vite au jour si l'Académie consentait à l'adopter. Elle ne tend à rien moins, remarquez-le bien, qu'à créer une commission investigatrice venant s'ingérer, avec ses doctrines particulières, de juger les doctrines de chacun de nous. Mais sur quels élémens porteront ses jugemens? La gravité des cas ne différera-t-elle pas suivant chaque hôpital, chaque service? Dans le même service n'y aura-t-il pas des malades plus ou moins sérieusement affectés? Messieurs, dans l'exercice de la médecine, chacun prend ses indications comme il l'entend et de la manière qu'il croit la plus avantageuse au malade. C'est à tel ou tel symptôme, à telle ou telle coïncidence que les uns ou les autres accordent le plus d'importance, et qu'ils prennent, en vont les cas pour point de départ et pour régulateur de leur conduite. Mais il y a plus : même en admettant chez tous les sujets l'identité absolue de la maladie locale, souvent un épiphénomène imprévu me dictera un changement dans mes prescriptions. Et vous voudriez, au nom d'une commission d'enquête, me forcer de traiter tous mes malades de la même manière et depuis le commencement jusqu'à la fin! cela est impossible! impossible! ce que vous demandez impliquerait la décadence de l'art en soumettant ses prescriptions à des règles tracées d'avance; car la médecine, songez-y bien, ne sera jamais ce qu'elle doit être qu'en raison de la sagacité de celui qui l'exerce.

Que feront vos commissaires? Ils viendront, dites-vous, contrôler dans tous les services les résultats obtenus. Mais qui vous répond de l'unité de leurs vues? Car, prenez-y garde, tout le monde n'a pas un verre plat sur les yeux. Les uns, habitués à se servir de lentilles, grossiront involontairement les petits objets. D'autres ne verront qu'à travers des verres concaves. Chacun donc, jugeant d'un point de vue différent, apportera des élémens si hétérogènes qu'il sera impossible de tirer de leur collationnement le moindre parti. Agissons suivant d'autres principes. Rapportons les observations dont nous aurons été témoins en tenant compte des moindres circonstances capables d'influer sur la terminaison; et de ces faits, attentivement comparés, jailliront naturellement et à moins de frais, des conclusions beaucoup moins inattaquables que celles de l'enquête qui vous est proposée. Pour me résumer donc au sujet de la demande faite par M. Bouillaud, je dirai que, d'accord avec lui sur l'importance du problème qu'il soulève, je ne puis donner mon assentiment aux mesures qu'il propose pour le résoudre.

Un mot encore, avant de terminer, sur une autre question qui très prochainement va préoccuper l'Académie, et qui touche aussi à l'autorité de ses membres. Lors de la dernière élection, j'ai insisté pour que la section ne rangeât les candidats présentés à la place vacante que par ordre alphabétique, et pour que le soin de les classer par ordre de mérite fût laissé à l'Académie tout entière. Je demande que les présentations soient faites dorénavant de cette manière. Il arriverait sans cela qu'un candidat pourrait être jugé en dernier ressort, et quelquefois éliminé de l'Académie par un très petit nombre de membres.

M. Castel : L'enquête qu'on vous propose est-elle possible? Est-elle utile? — Possible? Elle ne l'est point; car il faudrait pour la mettre à exécution que chaque médecin des hôpitaux laissât distraire de son service un certain nombre de malades. On a invoqué l'intervention de l'autorité. Mais soyez assurés que si les médecins étaient persuadés des avantages de la proposition, il n'y aurait pas besoin de recourir à un pouvoir supérieur; chacun d'eux s'empresserait de fournir les élémens d'un jugement définitif.

Maintenant l'enquête serait-elle utile? Quel est le but d'une enquête? Evidemment, d'éclaircir des faits qui sont douteux. Mais la moindre réflexion suffit pour montrer que ce n'est pas ici le cas. D'ailleurs une proposition semblable a déjà été écartée il y a quelques années. Les mêmes raisons subsistent aujourd'hui. Pourquoi donc changerions-nous d'avis? On parle des dangers que peut entraîner l'état actuel, de la nécessité de prendre immédiatement un parti. Mais c'est précisément sur cette considération que je m'appuierai pour repousser le projet d'enquête, car s'il y avait danger, s'il y avait urgence, n'est-il pas évident qu'il serait imprudent d'en attendre les résultats? Qu'on ouvre, si l'on veut, une conférence sur la fièvre typhoïde où chacun apportera le tribut de son expérience personnelle. Mais une enquête avec tout son appareil! Ce serait là répandre l'alarme sans aucun profit. Les discussions que déjà si souvent nous avons entendues dans cette enceinte sur le même objet n'ont-elles pas surabondamment prouvé qu'il n'y a rien de positif, rien d'avantageux à en attendre? Je repousse donc toute proposition d'enquête, mais je ne repousserais nullement une conférence ouverte dans le but de connaître les meilleurs moyens à opposer à la fièvre typhoïde.

M. Moreau : La proposition que vient de faire M. Bouillaud prouve le zèle infatigable de cet honorable collègue pour les intérêts de l'humanité, mais je crois que malheureusement elle est inexécutable. Avant d'en commencer l'application il faudrait d'abord avoir démontré que les phénomènes vitaux sont susceptibles d'un calcul rigoureux, d'une appréciation mathématique. Mais sur quelle maladie, d'ailleurs, vient-on proposer une enquête, déjà si difficile, lorsqu'on l'examine à un point de vue général? Précisément sur l'affection dont nous ignorons le plus complètement peut-être le siége et la nature. Enfin n'y aurait-il pas plus que des inconvéniens à soumettre les malades à une série de moyens qui constituent une véritable expérimentation? (Non! non!) Eh quoi! n'est-ce pas une expérimentation qu'une méthode de traitement qui doit rester la même jusqu'à la fin, où les prescriptions ne peuvent pas changer, alors même que l'état du malade change et réclame le plus impérieusement des modifications?

M. Piorry : Je ne crois pas que les obstacles au projet de M. Bouillaud existent tels qu'on vous les a présentés. La maladie, à un point de vue général, n'est pas une collection de symptômes; c'est un état organique. Et cette distinction éclaire toute la discussion. En effet, je comprends qu'en regardant la maladie comme une collection de symptômes, on puisse désespérer de rassembler des unités morbides comparables entre elles. Mais la question change lorsqu'on ne voit dans la maladie qu'un état organique. Car puisqu'on peut mesurer les organes, on peut aussi apprécier rigoureusement leurs altérations et par conséquent les comparer entre elles. (Exclamations.) Les matériaux de l'enquête existent donc tout formés. Dites, si vous le voulez, que la comparaison sera difficile, qu'on risquera beaucoup de ne pas arriver par cette voie à une certitude absolue. Je partage votre défiance; mais convenez au moins qu'on obtiendra ainsi quelque chose de plus positif que ce qui existe dans l'état actuel. Je finis donc en appuyant le projet d'enquête.

M. Nacquart : Les modes de traitement aujourd'hui en usage contre la fièvre typhoïde sont tellement disparates, tellement contradictoires dans leurs principes que personne assurément ne niera qu'il n'y ait quelque chose à faire sur cette question. Quoi? Je ne le sais pas moi-même; mais sans contredit il y a lieu à nommer une commission pour examiner le sujet dans toute son étendue.

M. Rayer : J'ai demandé la parole pour appuyer le projet d'enquête demandée par M. Bouillaud. Avant de prendre parti pour ou contre cette motion, il importe de bien peser les faits. Il est avéré, et tout le monde le reconnaît, que les moyens les plus variés se partagent la faveur publique dans le traitement de la fièvre typhoïde. Que demande M. Bouillaud? Qu'on recueille fidèlement les résultats que donne chaque méthode, que l'on compare ces faits et que l'on juge. Connaissez-vous une autre voie, une voie plus sûre pour arriver à la vérité? M. Moreau a vu dans cette mesure un inconvénient grave, celui d'imposer aux médecins l'obligation d'employer des moyens auxquels ils n'ont pas confiance. C'est pour l'éviter que je demanderais que les commissaires nommés par l'Académie allassent eux-mêmes dans les différens hôpitaux. Car, quelque nombreuses, quelque opposées que soient les méthodes en vogue contre la fièvre ty-

phoïde, vous n'ignorez pas que chacune a un ou plusieurs praticiens qui la mettent en usage par conviction, et c'est dans leurs services qu'il conviendrait d'aller de préférence pour en étudier les effets.

M. Bouillaud : L'objet de ma proposition est bien simple ; je vais le répéter puisqu'il paraît n'avoir pas été bien saisi. Je propose que l'Académie s'adresse au ministre afin d'obtenir de lui l'autorisation de faire étudier dans leurs effets, par une commission, les divers moyens de traitement mis en usage contre la fièvre typhoïde. Il faudrait pour cela réunir 40 ou 50 malades affectés de fièvre typhoïde dans une salle où ils seraient traités par les diverses méthodes. (Exclamations.) Les commissaires de l'Académie ne seraient là que comme vérificateurs ; ils ne feraient que constater la nature de la maladie et les effets des prescriptions. Si l'on veut qu'au lieu de cela vos commissaires se transportent dans tous les hôpitaux, je ne m'y oppose en aucune manière, mais ce serait à n'en plus finir. Ce que je dis là ne s'applique pas particulièrement à ma méthode ; tout ce que je demande pour elle, c'est qu'on me laisse prendre, pour l'appliquer, les malades le plus gravement affectés.

M. Renauldin : Je ne suis point l'ennemi de la proposition d'enquête, mais un premier point à décider préalablement serait de savoir s'il y a actuellement opportunité à la faire. Eh bien ! je ne le pense pas. Le typhus (je préfère cette expression ou celle de fièvre typhode, au terme de fièvre typhoïde) est peut être en ce moment plus commun à Paris qu'il y a un mois ; mais ce qui est certain, et ce que je vois tous les jours à l'hôpital Beaujon, c'est que la mortalité n'est nullement augmentée.

M. Ferrus : C'est avec regret que je me vois forcé de ne point partager l'avis que vient d'exprimer M. Renauldin. En effet, épidémique ou sporadique, la fièvre typhoïde sévit toujours parmi nous. Il n'est pas moins certain qu'il règne dans la science un vague extrême sur ce qu'il convient d'entendre par cette dénomination d'affections typhoïdes. Cela étant, je crois l'enquête utile, opportune, nécessaire même. Il me paraît seulement qu'il y aurait quelque inconvénient à mettre en présence, dans une même salle, les différens médecins ainsi que leurs divers modes de traitement. Si, au contraire, les commissaires nommés par l'Académie voulaient se transporter dans les hôpitaux, et y observer d'une manière suivie, le même but serait atteint sans aucune difficulté. Il n'y aurait pas même d'autorisation spéciale à demander au ministre pour cet objet. L'Académie, en vertu de son institution, n'est-elle pas chargée de veiller à tout ce qui peut intéresser la santé publique ? et un premier exemple ne nous a-t-il pas déjà appris dans quelle étendue elle peut exercer cette salutaire influence ? J'approuve donc la proposition de M. Bouillaud, sauf les modifications que je viens d'indiquer.

M. Londe : Je voudrais qu'on nommât une commission pour examiner la proposition de M. Bouillaud ; car, parmi les objections qu'on a présentées contre elle, il y en a plusieurs auxquelles il n'a pas été répondu d'une manière péremptoire. M. Moreau, par exemple, a bien fait remarquer qu'en médecine il est impossible d'établir des unités comparables. En second lieu, je ne vois pas bien nettement les avantages de ce qu'on nous propose. Par cette enquête, vous ne prétendez sans doute pas forcer les médecins à adopter la pratique qu'elle aura sanctionnée ; vous ne voulez que les éclairer. Eh bien ! que ceux qui sont encore dans l'incertitude sur le meilleur traitement de la fièvre typhoïde fassent ce que nous faisons tous quand nous voulons nous instruire. Qu'ils suivent les hôpitaux, observent les malades et comparent par eux-mêmes les différentes méthodes thérapeutiques. C'est parce que ces difficultés n'ont pas été résolues, c'est parce qu'il y a encore hésitation dans la plupart des esprits que je demande la nomination d'une commission, afin d'examiner les avantages et les inconvéniens du projet de M. Bouillaud.

M. Rochoux : Je désirerais de tout mon cœur que la proposition de M. Bouillaud fût adoptée, mais je la regarde comme absolument inexécutable. Ce n'est pas après avoir suivi 10 ou 15 malades qu'on peut formuler des conclusions rigoureuses. C'est là une œuvre de longue haleine, et mon avis est qu'une commission ne saurait en venir à bout. Et cependant, malgré ces difficultés, si l'on vote pour l'enquête, je serai tout disposé à l'appuyer.

M. Rayer : Il me paraît que tout le monde est convaincu de l'utilité de l'enquête, si elle était exécutable. Voici donc les modifications que je proposerais de faire subir au projet de M. Bouillaud. Je ne pense pas qu'il fût possible de réunir les malades dans une même salle. Il serait beaucoup mieux que la commission allât dans les divers hôpitaux et observât les effets des différentes méthodes de traitement appliquées par les inventeurs eux-mêmes. On allègue la perte de temps qu'entraînerait un déplacement semblable. Mais, quant à moi, je serais prêt à sacrifier plusieurs heures par jour pour me transporter là où l'intérêt de la vérité et de l'art m'appellerait ; et tout ami de la science, je n'en doute pas, en ferait autant sans hésiter.

M. Guéneau de Mussy : Si l'on pouvait espérer, comme le dit l'auteur de la proposition, que tous les dissentimens qui partagent les médecins au sujet de cette question auraient cessé au bout de six mois, j'appuierais certes de toutes mes forces le projet d'enquête. Mais je suis loin de partager une semblable confiance. Ce n'est pas six mois qu'il faudra consacrer à ce travail ; ce seraient plusieurs années. La maladie qu'on veut étudier présente des formes si diverses que l'observation la plus soutenue et la plus patiente pourrait seule venir à bout de classer et de comparer tant d'élémens hétérogènes.

M. Bouillaud : Ne nous jetons pas dans les assertions absolues. J'ai peut-être eu tort d'affirmer que six mois suffiraient pour amener le résultat désiré ; mais à coup sûr M. Guéneau de Mussy n'est pas non plus en droit d'affirmer que six mois seraient certainement insuffisans. Vous parlez des formes diverses de la maladie ; mais, depuis longtemps déjà, j'en ai tenu compte ; et dans mon service, toutes ces formes, ces mille variétés qui vous embarrassent, sont classées et catégorisées. Qui mieux que moi d'ailleurs comprend toutes les difficultés de mon projet ? Ne les ai-je pas prévues avant de vous le soumettre ? Et je serai fort étonné, je dois l'avouer, si je le voyais aujourd'hui adopté sans contestation. Mais cette enquête, je ne la demande pas pour moi. A cet égard, ma conviction est formée et n'a pas besoin de nouveaux faits. C'est dans l'intérêt de la science et de l'humanité que je la propose, afin que des juges compétens ayant prononcé, on ne vienne plus contester la justesse de mes diagnostics, et dire, comme on l'a fait, lorsque je cite des guérisons de fièvre typhoïde par ma méthode, que je n'avais pas eu affaire à de véritables fièvres typhoïdes.

M. Desportes : Il y a une certaine manière pour faire réussir les questions, et il y en a une autre pour les gâter. J'ai peur que l'Académie ne suive en ce moment la dernière. Presque tous, nous sommes d'accord sur l'utilité de la mesure. Pourquoi donc nous arrêter sur le *modus agendi* ? Sans discuter ces questions de détail, nommons une commission qui envisagera les avantages et les inconvéniens de la mesure, et avisera à trouver les meilleurs moyens d'exécution. Mais, quant à l'enquête en elle-même, je ne vois pas qu'on puisse en contester l'utilité. Que nous ont appris 2000 ans d'observation ? Rien ou peu de chose. N'eussions-nous donc que ce motif pour tenter une voie nouvelle d'investigation, nous ne devrions point hésiter à le faire. (Appuyé ! Aux voix ! aux voix !)

M. Bouillaud : Il n'y a pas urgence à ce que ma proposition soit votée immédiatement. Si donc on veut nommer une commission pour l'examiner, je n'y vois aucun inconvénient. (Appuyé ! Appuyé !)

M. Piorry prononce au milieu du bruit quelques paroles pour appuyer le projet d'enquête.

M. Gerdy : Puisque l'Académie paraît décidée à nommer une commission, je demande qu'on n'y comprenne que les membres qui consentiraient d'avance à se transporter dans les hôpitaux pour y observer les malades.

M. le président met aux voix la proposition de MM. Londe et Desportes, de nommer une commission pour examiner le projet d'enquête présenté par M. Bouillaud.

Cette proposition est adoptée à une très grande majorité.

A quatre heures et quart, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport fait au nom de la section d'anatomie et de physiologie sur les titres des candidats à la place vacante dans cette section.

BIBLIOGRAPHIE.

Dictionnaire des dictionnaires de médecine français et étrangers, ou traité complet de médecine et de chirurgie pratiques ; contenant l'analyse des meilleurs articles qui ont paru jusqu'à ce jour dans les différens dictionnaires et les traités spéciaux les plus importans, ouvrage destiné à remplacer tous les autres dictionnaires ou traités de médecine et de chirurgie ; par une société de médecins, sous la direction du docteur Fabre, rédacteur en chef de la Gazette des Hôpitaux (Lancette française). T. vii et viii. — Paris, au bureau de la Gazette des Hôpitaux, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13

L'ouvrage dont nous annonçons aujourd'hui les dernières livraisons est achevé depuis long-temps, et certes ce n'est ni l'indifférence ni un défaut de satisfaction qui nous a fait différer jusqu'ici d'instruire nos lecteurs de sa terminaison. Notre excuse est dans le mérite même de l'œuvre ; car son exécution a été si rapide que la critique s'est nécessairement trouvée en retard vis-à-vis d'elle. Ponctuellement édité, à jour fixe, jusqu'à la dernière livraison, le Dictionnaire des Dictionnaires n'a pas discontinué un seul instant cette heureuse dérogation aux vieilles habitudes de la librairie dont nous félicitons, il y a un an, ses nombreux souscripteurs. Pour le fond comme pour la forme, la supériorité de cette publication est donc aujourd'hui un fait démontré par le succès et généralement accepté comme un résultat, facile à prévoir, de la méthode appliquée dans sa rédaction. Mais ce qu'il eût été hasardeux peut-être d'affirmer à l'avance, et ce que l'expérience est venue néanmoins prouver, c'est la persévérance de l'honorable rédacteur en chef dans l'accomplissement d'une tâche souvent aussi ingrate qu'elle est utile. Dans cette laborieuse coordination de matériaux hétérogènes, on reconnaît sans peine que la même main n'a pas cessé un seul instant de tenir la règle et le compas ; et de ce dévoûment vraiment digne d'éloges, résulte une qualité qu'on ne s'attendrait guère à rencontrer dans un dictionnaire, et que celui-ci présente cependant au plus haut degré, l'unité de vues et de principes. Sous ce rapport, nous le répétons, l'exécution de l'œuvre dépasse les prévisions les plus bienveillantes, et justifie toutes nos espérances.

Aujourd'hui donc que le livre est achevé, on peut le juger, sans craindre d'être démenti par les modifications qu'offrent si souvent dans leur cours les entreprises de ce genre ; et ce jugement, comme on le voit, ne

saurait être qu'extrêmement favorable. Il importe cependant, dans l'intérêt même de l'ouvrage, de préciser davantage notre opinion, et de ne pas livrer l'avenir d'une publication aussi importante au stérile patronage de louanges vagues et sans objet précis. Le plan adopté par le rédacteur en chef est bon sans doute; nous voulons même croire qu'il est le meilleur. Mais encore nous accordera-t-on qu'il offre nécessairement des lacunes; car une classification parfaite et complète n'est réalisable ni dans un livre de cette forme, ni même, en général, dans l'état actuel des sciences médicales. Cherchons donc à déterminer (c'est là la seule appréciation possible d'un traité classique) que les conditions s'y trouvent remplies, quelles autres y ont été forcément laissées un peu en souffrance.

Ainsi que LA GAZETTE MÉDICALE l'a déjà exprimé à deux reprises, le rédacteur de ce dictionnaire s'est surtout proposé d'analyser les meilleurs ouvrages de médecine et de chirurgie. Au lieu de professer lui-même, il s'en est tenu à redire ce que professent les autorités les plus recommandables; et la préoccupation toute volontaire de cette abnégation personnelle a été portée si loin qu'on trouve plus d'un article composé en entier de fragmens d'emprunt. Une pareille modestie est louable sans doute; mais n'a-t-elle pas été un peu outrée? C'est le seul reproche que nous puissions adresser à l'auteur; et nous le lui ferons même d'autant plus volontiers que peu d'hommes se trouvent aussi bien placés que lui pour prendre le rôle d'arbitre au lieu de celui de rapporteur. Il est vrai que du choc des opinions contraires jaillit implicitement la conclusion, et que celle-ci est d'autant plus frappante que le lecteur a été forcé de la tirer lui-même. C'est là incontestablement un caractère inhérent à ce livre, mais l'appellerons-nous un avantage? l'appellerons-nous un défaut? La réponse varie au point de vue où l'on se place; assurément une pareille lecture fait beaucoup penser; mais encore demande-t-elle un homme qui soit capable de penser. Donnant les élémens du jugement sans formuler, souvent même sans faire pressentir de quel côté il doit pencher, on comprend qu'elle est moins propre à fonder qu'à perfectionner l'édifice de la science, qu'elle doit servir à continuer, à compléter une éducation médicale bien plus qu'à la commencer. N'y cherchez point un guide que vous puissiez suivre en toute confiance et les yeux fermés. C'est mieux et moins, tout à la fois, qu'on vous offre. Ce sont des indications pour éclairer votre route; renseignemens précieux sans doute mais nombreux, variables, contradictoires même quelquefois en apparence et qui pourront ou vous égarer ou vous conduire au but, suivant ce que vous aurez mis de sagacité à les coordonner pour en tirer parti.

Ce qu'une pareille impulsion peut apporter d'utile réforme dans les habitudes et les tendances scientifiques de notre époque, ce n'est pas à nous à le dire. La réflexion la plus simple montre qu'on servira bien plus utilement la cause du progrès en donnant aux élèves les matériaux d'une solution qu'en leur livrant la solution toute faite. Mais l'excès, même du bien, entraîne souvent quelques inconvéniens. Ainsi, tout en félicitant M. Fabre sur le choix de sa méthode, avons-nous parfois eu l'occasion de regretter qu'il n'ait poussé le principe jusqu'à ses dernières conséquences. Parmi les questions dont se compose la science de l'homme, il en est de tellement élaborées que la solution des problèmes qui s'y rattachent ressort évidente et claire, pour l'esprit le moins apte aux déductions, du simple exposé des opinions mises en présence. Mais il en est aussi où les controverses les plus animées partagent encore les meilleurs pathologistes en deux camps à peu près égaux, et demandent pour les terminer un jugement plus exercé que ne peut l'être celui d'un élève. Il en est surtout d'éminemment pratiques où la question en litige peut devenir dans quelques cas une question de vie ou de mort. Ici la réponse devrait être explicitement déduite et formulée en termes catégoriques. Ici l'auteur doit avoir le courage d'une opinion nettement exprimée. Nous ne citerons pas, dans l'ouvrage de M. Fabre, d'exemple où l'absence de conclusions puisse entraîner d'aussi graves accidens. Seulement, au nombre des questions qu'il était utile, qu'il était facile même de résoudre en quelques mots, nous nous permettrons de lui rappeler plusieurs passages de l'article relatif aux indications de l'opération du STRABISME, et celui qui a trait au choix à faire entre les divers procédés imaginés pour la cure du VARICOCÈLE. Ces deux exemples suffiront pour justifier le regret que nous exprimons de voir si souvent la personnalité du rédacteur s'effacer derrière les citations; et nos regrets seront bien certainement partagés par tous ceux qui auront vu de quelle manière, à la fois impartiale, large, lucide et décisive, il sait souvent résumer les questions les plus ardues. Citons, dans l'article relatif à l'opportunité de la REVACCINATION, un exemple frappant mais trop rare des solutions de ce dernier genre.

En se plaçant à un autre point de vue, on pourra répondre que l'inconvénient que nous reprochons au DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES était inhérent au plan même du livre, En faisant un ouvrage avec des textes empruntés à diverses sources, il est impossible de choisir ailleurs que parmi les auteurs qui ont jeté sur les questions la lumière de quelque progrès, de quelque innovation importante. Or, il est rare qu'un inventeur soit un homme impartial; le plus souvent ce n'est qu'en se passionnant pour ou contre telle doctrine qu'on arrive à faire marquer son nom dans une branche de l'art. De tous les morceaux saillans que le rédacteur a jugés propres à concourir à l'édification de son œuvre, les articles d'appréciation devaient donc naturellement se trouver les plus rares, et le rôle d'arbitre revenait de droit à celui qui s'était chargé de confronter les opinions opposées. En le déclinant dans beaucoup de circonstances, M. Fabre a cru bien faire: nous avons dit ce que nous pensions de cette manière de voir; nous voulions seulement montrer en ce moment que son résultat était facile à prévoir, et que la critique devait, à tort ou à raison, se trouver dans ce traité, complet à tous autres égards, la partie sacrifiée.

Au moment de terminer cette analyse, nous nous apercevons que l'esprit de l'ouvrage auquel elle se rapporte nous a involontairement inspirés. A l'exemple de l'honorable rédacteur du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES, nous venons de faire valoir successivement les diverses considérations qui justifient le succès de son livre, puis celles qu'on pourrait invoquer pour s'autoriser à en restreindre l'usage à une certaine classe de lecteurs. Comme lui, nous balançons à conclure; mais on ne se méprendra pas, nous osons le croire, sur le motif de cette hésitation. Une conclusion aussi favorable que nous voudrions, en notre âme et conscience, l'exprimer, serait sans doute soupçonnée de partialité, et nous aimons mieux nous en référer à l'approbation implicitement contenue dans les lignes qui précèdent.

VARIÉTÉS.

NÉCROLOGIE.

Les obsèques de M. le baron Larrey, chirurgien-inspecteur, membre du conseil des armées, chirurgien consultant du Roi, ex-chirurgien en chef de l'armée d'Égypte, de la grande armée et de la garde impériale, commandeur de la Légion-d'Honneur, membre de l'Académie des sciences, de l'Académie royale de Médecine, etc., etc., ont eu lieu aujourd'hui à midi, en l'église Saint-Germain-l'Auxerrois.

Indépendamment des parens et amis de l'illustre défunt, un nombre considérable de notabilités dans toutes les classes s'étaient réunies pour payer un dernier tribut de regret à sa mémoire.

On remarquait, parmi les personnes qui faisait partie du cortége, MM. le comte de Rambuteau, pair de France, préfet de la Seine, le général Exzelmans, pair de France, MM. Boissy-d'Anglas, député, membre du bureau de la chambre, Dulloz, député, les généraux Darriule, commandant la place de Paris, Petit, commandant de l'hôtel des Invalides, Gauldrée-Boileau, commandant l'École Polytechnique.

On remarquait en outre des députations de l'Institut (Académie des sciences), de l'Académie royale de médecine, des Écoles de médecine et de pharmacie, les professeurs en tête, de l'École polytechnique, de l'hôtel royal des Invalides; tout le corps des officiers de santé du Val-de-Grâce; les inspecteurs-généraux et autres, les chirurgiens-majors et aides-majors de l'empire, ainsi qu'un grand nombre d'officiers, sous-officiers et soldats invalides et autres de la garde impériale.

Les cordons du poêle étaient tenus par MM. le comte de Rambuteau, préfet de la Seine, le général Petit, commandant de l'Hôtel des Invalides, Breschet, membre de l'Institut, et Moizin, membre de l'Académie de médecine.

Le deuil était conduit par M. Hip. Larrey, chirurgien-major, professeur au Val-de-Grâce, fils du défunt.

Le corps, ayant été enlevé processionnellement de la chapelle des morts où il était exposé depuis quelques jours, a été placé dans un catafalque dressé dans le chœur. Après la cérémonie de l'absoute, les dépouilles mortelles ont été placées dans un corbillard traîné par quatre chevaux, et le cortége s'est mis en marche et s'est dirigé vers le cimetière du Père-Lachaise, où les restes du défunt ont été déposés dans un caveau construit par la famille.

Plusieurs discours ont été prononcés au nom de l'Académie des sciences, de l'Académie de médecine; de l'ancien Institut d'Égypte, de la Médecine et de la Chirurgie militaire. Nous donnons aujourd'hui le remarquable discours prononcé par M. Breschet. Le défaut d'espace nous force à renvoyer une partie des autres au prochain numéro.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 34. (TOME X. — 1842.) SAMEDI 20 AOUT 1842.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (*Gazette de santé* et *Clinique des Hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis ; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent daler que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE INTERNE.

RECHERCHES POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE LA SUPPURATION; par JEAN-LOUIS CONTÉ, docteur en médecine, ancien interne des hôpitaux.

Malgré le nombre et la qualité des auteurs qui se sont occupés du pus, cette question est loin d'être bien connue. Etudiés presque exclusivement autrefois par les chirurgiens, la pyogénie et son produit surtout sont devenus l'objet des investigations des micrographes et des chimistes. Malgré les promesses que ces savans avaient faites au médecin, nous sommes obligés de reconnaître qu'ils n'ont fourni que peu de chose véritablement utile à la pratique de notre art.

En effet, si à l'aide du réactif on a essayé, dans ces derniers temps, de suivre les altérations du pus, l'observation clinique avait enseigné aux chirurgiens les désordres graves auxquels ces mêmes altérations donnent lieu ; maintenant que nous croyons les connaître, y remédierons-nous mieux que nos prédécesseurs ? C'est un problème que, dans ces derniers temps, on a essayé de résoudre ; il en sera question plus tard.

Le travail que j'ai l'honneur de soumettre aujourd'hui au jugement de cette célèbre Ecole a pour but de rechercher : 1° s'il se forme des principes nouveaux définis, pendant l'altération du pus ; 2° quelles sont les circonstances dans lesquelles cette altération se produit ; 3° quels sont les moyens thérapeutiques qui peuvent l'empêcher. Les recherches expérimentales auxquelles je me suis livré ne sont que le commencement d'un travail plus étendu que je commencerai incessamment.

J'ai cru, pour être plus complet, devoir exposer en premier lieu les opinions des divers auteurs sur la pyogénie proprement dite. Bien que n'ayant sur ce point que les connaissances puisées dans des écrits, je me permettrai, à la fin de cette exposition, de donner l'opinion que je me suis faite de ce phénomène physiologico-pathologique.

Je n'ai pas toujours vérifié par moi-même les ouvrages originaux des auteurs que je cite ; je m'en suis rapporté aux historiens que j'ai crus de bonne foi ; si j'ai commis quelque erreur, je suis bien peu coupable, car il ne s'agit ici que d'exposer des hypothèses. Quant aux opinions des modernes qui me paraissaient de quelque valeur, je m'en suis assuré en lisant leurs écrits.

PRINCIPALES THÉORIES QUI ONT RÉGNÉ SUR LA FORMATION DU PUS.

Hippocrate a supposé la transmutation du sang en pus, mais il croyait que la putridité en était le produit. (Montfalcon, art. *Pyogénie* du grand DICT. DES SCIENCES MÉD.)

L'opinion la plus ancienne est celle qui a régné depuis Galien jusque dans le siècle dernier : c'est que le pus provient d'une altération des humeurs, altération qui tient le milieu entre celle qui est naturelle (la digestion), et celle qui est morbide (la putrescence). (A. Bérard et Denonvilliers, COMPENDIUM DE CHIRURGIE PRATIQUE, t. 1er, p. 175.)

Feuilleton.

DISCOURS PRONONCÉ AU NOM DES PROFESSEURS DU VAL-DE-GRACE, SUR LA TOMBE DE M. LE BARON LARREY, PAR M. LE DOCTEUR MICHEL LÉVY.

Les professeurs du Val-de-Grâce ont voulu que les restes mortels du baron Larrey fussent salués en leur nom, et ils ont commis à ma piété le triste ministère de leurs adieux ; car, il fut nôtre deux fois celui que va renfermer cette tombe ; avant d'avoir été le premier chirurgien de nos armées, il a appartenu au professorat du Val-de-Grâce, et lui-même se plaisait à rappeler ce titre parmi tant d'autres titres qu'il s'est acquis dans le cours de sa magnifique carrière.

Mais comment louer Larrey après les paroles que vous venez d'entendre ? Comment évoquer au bord de cette tombe les glorieuses séries de souvenirs qui s'ébranlent dans notre esprit au seul nom de Larrey ? Nom magique autrefois sur les champs de bataille où il répandait la confiance et la sécurité dans les rangs des combattans, nom mille fois prononcé dans les larmes de la reconnaissance et dans les élans de l'admiration, nom béni par vingt-cinq générations guerrières de Madrid à Moscou, d'Aboukir à Waterloo ; nom consacré dans les immortels codicilles de Ste-Hélène ; ce beau nom de Larrey qu'une popularité de bon aloi, celle de l'histoire, rend inséparable du nom de l'Empereur.

Quand il plaît à la Providence de donner à un souverain la puissance et la grandeur, elle dépose abondamment autour de lui les germes de tous les genres de supériorité, et elle lui abandonne le soin de leur fécondation. C'est par une semblable dispensation qu'il a été donné à Napoléon de rencontrer dans chacun de ses auxiliaires la spécialité de talent et de concours dont il avait besoin pour l'œuvre de sa gloire : généraux, administrateurs, médecins, savans, artistes, se sont éveillés à sa voix, et, comme Louis XIV, il nous apparaît entouré d'une brillante pléiade de satellites gravitant avec harmonie dans l'orbite de son astre impérial. Au milieu d'eux, et dans un rang éminent, s'est placé Larrey, dont le dévoûment a si bien justifié le rôle historique que lui a fait l'Empereur. Larrey, c'est le génie de l'humanité suivant partout le génie de la guerre, et multipliant le secours presque autant que celui-ci le ravage ; c'est une figure de paix et de charité, debout au milieu des périls, bravant la mitraille pour sauver un blessé, visitant après l'action les corps amoncelés sur le terrain pour y surprendre un souffle de vie et les disputer à la mort par tous les moyens d'un art tour à tour ingénieux et hardi ; au milieu de ces masses qui se précipitent et s'entrechoquent, au milieu de ces hommes en qui l'amour de la patrie, l'ambition, la vengeance ont exalté le courage et allumé la fureur de la destruction, un seul homme subit avec un calme héroïque le spectacle de la destruction, un seul homme est là qui, par les pensées de son esprit et les sollicitudes généreuses de son cœur, rappelle une Providence conservatrice ; c'est Larrey avec sa phalange de chirurgiens, impatient de voler au secours des victimes et d'improviser pour toutes les variétés de la mutilation humaine une sagace et merveilleuse chirurgie.

Embrassez d'un coup-d'œil toutes les campagnes accomplies par nos soldats

Boerhaave pensait que le pus était formé par les muscles, les vaisseaux sanguins, les nerfs, tous les solides enfin, dissous dans les parties frappées d'inflammation. Les liquides mêlés aux solides éprouvaient, selon lui, une sorte de coction dont le pus était le résultat. Suivant Verduc, c'est un mélange de chyle plus ou moins altéré, de sang et de débris de vaisseaux rompus. Platner croit que le sang en stagnation hors des vaisseaux se change en pus par l'action vitale.

Van Swieten, Pringle et Gaber firent consister la pyogénie dans un changement particulier du sérum du sang.

Quesnay a regardé la couenne inflammatoire du sang comme l'élément du pus : Sauvages et de Haen ont partagé la même opinion. Suivant Grashuis, ce serait la graisse qui serviroit à la formation du pus, et elle aurait lieu dans le tissu cellulaire.

Voici comment s'explique Hunter à ce sujet : « Le pus est produit par un changement, une décomposition ou une séparation que le sang subit en traversant les vaisseaux. Pour l'accomplissement de ce phénomène, il faut qu'un appareil nouveau et tout particulier de vaisseaux soit formé, ou bien qu'une disposition nouvelle ou un nouveau mode d'action s'établissent dans ceux qui existent déjà. Je donnerai, dit-il, la qualification de glandulaire à ce nouvel appareil vasculaire ou à cette nouvelle disposition des vaisseaux; *je considérerai le pus comme une sécrétion.* »

Pour Broussais, la pyogénie est le résultat des changemens chimiques qui sont produits dans la fibrine, la gélatine et l'albumine du sang, par l'action des capillaires enflammés. Ce changement est peut-être, dit-il, une des causes de la diminution de cette action.

Suivant Montfalcon, il est vraisemblable que le pus n'est autre chose que l'élaboration des humeurs, et spécialement du sang de la partie enflammée, par l'action organique des capillaires. L'irritation de ces capillaires les a changés en organes sécréteurs.

Delpech croyait que le pus étoit sécrété par une membrane pyogénique. Dupuytren dit que le pus est séparé du sang par l'action vitale. Selon ce grand chirurgien, les solides de l'économie sont susceptibles aussi de se convertir en pus.

La formation du pus, dit Burdach, paraît tenir le milieu entre l'hémorragie et la sécrétion, de manière qu'on peut la considérer, soit comme une sécrétion qui franchit ses limites, et dans laquelle, au lieu de produits spéciaux, apparaissent les substances plastiques universelles, soit comme une hémorragie dans laquelle le sang a bien éprouvé une transformation, mais n'en reparaît pas moins avec toutes ses parties.

M. Gendrin, qui est en France celui qui s'est le plus occupé de cette question, s'explique ainsi : « Il paraît probable que cette formation n'est autre chose qu'une altération chimique, effet rapide de la stase des principes coagulables du sang dans les tissus enflammés. » Nous reviendrons tout à l'heure sur cette conclusion.

MM. Roux et Bérard professent que le pus ne se dépose que dans les tissus enflammés, véritables organes sécréteurs qui prennent dans le sang les matériaux de leur travail morbide. Ces professeurs nient que les parties solides fournissent à la sécrétion purulente; selon eux, les détritus qu'on y a trouvés ont été détachés par l'inflammation.

Suivant M. Donné, il y a pendant l'inflammation production d'acide hydro-chlorique, qui précipite l'albumine de la lymphe plastique sous la forme de globules purulens.

Si les auteurs ont varié sur la nature du phénomène intime de la suppuration, ils ont été d'un accord plus unanime sur sa cause. Presque tous, en effet, reconnaissent que partout où il y a eu suppuration, il y a eu aussi inflammation préalable. « On peut être assuré, dit Dupuytren, qu'une irritation aiguë ou chronique, apparente ou cachée, a existé ou existe encore à l'endroit même qu'occupe la collection purulente. Cette proposition, fondée sur les recherches les plus exactes de l'anatomie pathologique, ne comporte pas d'exception. »

Hunter, Broussais, Montfalcon, MM. Roux, Bérard, Gendrin, Burdach, Donné, et presque tous les pathologistes modernes, regardent l'inflammation comme nécessaire à la production du pus. M. Dezeimeris va plus loin; il ne croit pas à la sécrétion du pus sans inflammation; il dit même qu'il ne connaît point d'ouvrage où ce fait soit mis hors de doute, ou même appuyé sur d'imposantes probabilités.

Mais parmi les auteurs que je viens de citer, tous ne se montrent pas aussi exclusifs que Montfalcon, Dupuytren, Burdach et M. Dezeimeris; tels sont Hunter, M. Roux, qui reconnaissent que l'on peut rencontrer du pus sans phlegmasie préalable. Telle était l'opinion de Boerhaave, de de Haen; telle est encore celle de MM. Andral, Tessier, et des auteurs du COMPENDIUM DE CHIRURGIE PRATIQUE. Les premiers de ces auteurs admettent, dans certains cas, une diathèse purulente. Mais comme je touche à la théorie de la résorption du pus, que je n'ai pas l'intention de traiter, je quitte ce sujet, si savamment développé par MM. Velpeau, Cruveilhier, Blandin, Tessier, etc.

Nous venons d'exposer les dissidences qui partagent les auteurs au sujet du phénomène physiologico-pathologique de la suppuration et de sa cause, nous allons voir qu'il y a un peu plus d'unanimité sur la question de savoir quelles sont les parties de l'économie qui fournissent à la sécrétion purulente, ou, en d'autres termes, quelles sont les parties qui se convertissent en pus. Les uns croient que les solides et les liquides y contribuent à la fois, c'est le plus petit nombre; les autres, que cette propriété appartient exclusivement aux liquides. Parmi les premiers, nous citerons Boerhaave, dont nous avons exposé l'opinion plus haut, Verduc, Dupuytren, Burdach et M. Tessier. Voici quelques réflexions inédites que je dois à la bienveillance de M. le docteur Tessier. Ce savant médecin s'explique ainsi au sujet de l'opinion de J. Hunter, que je cite plus haut, et dans laquelle le chirurgien anglais considère le pus comme une sécrétion. Ce passage de M. Tessier n'est pas seulement une critique de J. Hunter; on y voit aussi sa profession de foi sur la pyogénie.

1° Le pus n'est point produit au moment où le sang traverse les vaisseaux : en effet, la suppuration est précédée d'une extravasation sanguine ou sanguinolente dans la trame organique ambiante; de plus, les capillaires sont le siége d'une stase sanguine dont résulte l'oblitération de leur cavité; c'est cet état que l'on a appelé, dans la pneumonie, *hépatisation rouge.*

Les tissus sont infiltrés, comme saisis par l'inflammation : il n'y a pas là *organisation nouvelle,* il y a là désorganisation, sous peine de renoncer à parler une langue. Après que les tissus sont arrivés à cet état, il s'établit une période que Kaltenbrunner appelle la coction, pendant laquelle on ne voit plus rien de ce qui se passe dans le tissu enflammé et sans transparence; à cette coction succède l'apparition d'un liquide jau-

---

depuis 1772 jusqu'à 1815, toutes nos armées lancées sur l'Europe et l'Afrique; suivez-les dans leur foudroyante pérégrination des Pyramides au Kremlin, du Manzanarès au Danube : partout Larrey, toujours Larrey, s'efforçant d'atténuer, par l'infatigable activité de son zèle, les frais de nos victoires et l'horreur de nos désastres. Dès le combat du 25 juillet 1793, où il fut blessé, le général Beauharnais le signale à la Convention nationale comme l'un des braves qui, par leur intelligence et leur activité, ont brillamment servi la république. Créateur des ambulances volantes, il est le premier chirurgien militaire qui ait couru enlever les blessés sous le feu des batteries, courageuse initiative qui a trouvé depuis tant et de si nobles imitateurs dans les rangs de notre jeune chirurgie militaire : oui, c'est à Larrey que nous devons notre place d'honneur sur les champs de bataille au milieu des dangers; avant lui, une distance d'une lieue séparait les ambulances du théâtre de la lutte; les blessés s'accumulaient pendant la durée de l'action et imploraient en vain des secours immédiats; ils succombaient par milliers avant d'avoir été examinés par les hommes de l'art, qui éprouvaient les plus grandes difficultés pour se rendre auprès d'eux, même après le combat terminé; car il fallait se frayer une route à travers les bagages et les impédimens de l'armée : grâce à l'invention philantropique de Larrey, le soldat sent la main du chirurgien presque aussitôt que le coup dont il est atteint, le chirurgien partage tous les périls du soldat. Combien de victimes arrachées aux champs de bataille par la création de l'ambulance volante! Combien d'officiers et de soldats conservés à la patrie qui, autrefois, auraient misérablement péri par défaut de soins instantanés! Mais aujourd'hui, s'informe-t-on seulement de l'auteur de cette révolution dans la chirurgie de campagne, et l'invention des ambulances volantes ne devrait-elle pas suffire pour faire sortir du sol le monument que nous espérons pour sa mémoire? A 28 ans, il est le chirurgien en chef de la quatorzième armée de la république, dont l'artillerie était commandée par le général de brigade Bonaparte. Après la paix d'Espagne, il crée à Toulon une école de chirurgie et de médecine, et en 1796, il est appelé à professer l'anatomie et la médecine opératoire à l'école du Val-de-Grâce, qu'il quitte un an après pour aller, sur la demande de Bonaparte, organiser les ambulances légères de l'armée d'Italie; déjà il avait été noté dans la pensée du jeune général en chef, qui plus tard, du fond de l'Egypte, le signale au gouvernement comme l'homme le plus capable de diriger le service chirurgical d'une armée.

On l'a dit souvent, la campagne d'Egypte et de Syrie est l'épisode le plus poétique de notre épopée militaire de vingt-cinq ans; elle est aussi l'une des plus brillante parties de la carrière de Larrey. Oh! lisez, si la modestie filiale consent à vous ouvrir les archives de la famille, lisez des lettres qu'adressent à Larrey le général en chef, l'ordonnateur en chef, le ministre de la guerre Alexandre Berthier qui *se souvient lui-même de l'avoir vu souvent à la tête de ses dignes confrères panser des malheureux blessés au pied même de la brèche.* Quel parchemin saurait valoir ces glorieuses missives dont les auteurs se déclarent les interprètes de la reconnaissance nationale envers Larrey, où on lui répète que le nom de Larrey demeure à jamais lié à la gloire de l'armée d'Egypte. Messieurs, tout cela s'inscrivait à l'époque même où Larrey fonctionnait en Egypte sous les yeux de l'armée; l'exagération qui s'attache parfois aux faits passés ne saurait exister ici.

A la bataille d'Héliopolis, il déchire son propre linge pour panser les blessés;

nâtre, tenant en suspension des corpuscules inégaux et irréguliers, que l'on appelle des globules. La matière infiltrée, les stases sanguines des capillaires, les capillaires eux-mêmes, dans l'inflammatinn phlegmoneuse, ont disparn; il ne reste que du pus infiltré dans nne trame organique, qui elle-même est ramollie et raréfiée, si elle est très lâche, à mailles très étendues; qui elle-même est transformée en pus, si elle est très fine et très serrée, et surtout comme dans les muscles, où chacun pourra vérifier ce que j'avance. Voilà, certes, de la désorganisation! A quel titre appellerait-on cette opération morbide une sécrétion? Où est l'appareil qu'on puisse qualifier de glandulaire?

2° Dans tous les cas, il ne s'agirait pas ici d'une sécrétion glandulaire, mais d'une simple exhalation; en effet, pour qu'il y ait glande, il faut les élémens de tout appareil glanduleux réduit à so plus simple expression, c'est-à-dire: 1° un nerf spécial, 2° un réseau vasculaire, 3° une membrane perméable, 4° un récipient. Est-ce là ce que fait une inflommation phlegmoneuse?

3° Qui plus est, le pus n'est point le résultat d'une simple exhalation; en effet, le liquide exhalé n'est du pus qu'après avoir subi une élaboration, une transformation. Or, les solides eux-mêmes peuvent servir de matériaux à cette transformation.

« Si, dit Burdach, du pus peut se former avec des caillots de sang ou de liquide coagulable, l'analogie ne permet pas de penser qu'il ne puisse en arriver autant avec la matière organique et le tissu des reins; » il ajoute ensuite que le pus a un composition relative à une partie solide qui suppure; et pour donner plus de poids à son opinion, il rapporte l'autorité de Home et de Dieffenbach, qui ont vu des morceaux de chair et des lambeaux de peau se réduire en pus, après avoir été appliqués sur des surfaces suppurantes.

Parmi ceux qui ne veulent voir exclusivement que la transformation purulente des liquides, tous ne sont pas d'accord sur leur nature. Les uns veulent que ce soit le sang, et ils sont à beaucoup près les plus nombreux; d'autres veulent que la graisse et le chyle y participent; j'en ai déjà fait mention; Burdach y ajoute la synovie: « Si, dit-il, les synoviales suppurent facilement, c'est que la synovie contient de la fibrine dissoute par un excès de soude. »

Les médecins qui regardent le sang comme formant à lui seul les matériaux du liquide pyogénique, varient encore sur la question de savoir si ce liquide vital y contribue tout entier ou par quelques-uns de ses principes constituans seulement.

J'ai déjà dit que Quesnay, Sauvages et de Haen assignaient ce rôle à la couenne inflammatoire; que Broussais désignait la fibrine, l'albumine, et la *gélatine*. Maintenant que nous savons que la gélatine n'existait pas dans l'économie vivante, mais qu'elle prend naissance par les moyens d'analyse dont se servent les chimistes, nous pouvons tout d'abord soustraire ce principe immédiat à la transformation purulente. Mais ce n'est pas Broussais qui a commis la faute que je signale, ce sont les chimistes de son temps, auxquels il a emprunté cette idée. Burdach, en rapprochant la composition chimique du pus de celle du sang, laisse voir qu'il croit à la transformation de la totalité de ses principes; mais cependant il accorde, dans certains passages de son livre, une préférence à la fibrine. Afin de le faire mieux juger, je vais en rapporter quelques phrases que je lui emprunte.

« On trouve fréquemment du pus mêlé à des flocons de fibrine coagulée; il semble donc que le pus consiste principalement en fibrine qui a perdu la faculté de se coaguler en fibres. »

Cette conclusion ne me paraît pas logique; car, si la fibrine faisait partie constituante du pus, elle serait dissonte dans ce liquide, qui serait alors homogène, tandis qu'elle ne s'y trouve que *mêlée en flocons*.

Plus bas, il ajoute: « Le pus vient du sang métamorphosé par l'inflammation, et notamment de la *fibrine*, qui n'appartient point à d'autres sécrétions. »

Grasmayer dit en faveur de cela que chez les personnes qui ont subi une grande suppuration le caillot est plus ferme; mais cette proposition ne prouve pas qu'une partie suppurante soit l'émonctoire de la fibrine: tout le monde sait, en effet, qu'une grande suppuration emmène avec elle une nutrition peu active, le repos, le séjour au lit, d'autres circonstances débilitantes qui doivent nécessairement appauvrir le sang. Le caillot, dans ce cas, est peu ferme, aussi bien parce que le sang ne se répare pas, que parce qu'il perd de sa fibrine par la suppuration.

E. Home voulait que les globules du pus fussent les globules du sang, dépourvus de matière colorante. Si cette idée était vraie, ceux du pus seraient moins volumineux que ceux que l'on trouve dans le sang. MM. Prévost et Dumas et d'autres micrographes ont observé tout le contraire. Ce qui avait donné quelque poids à l'idée de Home, c'est que l'on disait avoir trouvé du fer dans le pus, et que le cruor est la partie du sang où on le trouve en effet.

M. Gendrin croit aussi à cette transformation et à celle des liquides coagulables. Ses expériences sont trop curieuses, et paraissent trop satisfaisantes pour que nous ne nous y arrêtions pas un instant. Le médecin de la Pitié, après avoir enflammé, à l'aide du stylet rougi au feu, la patte d'une grenouille, dit avoir vu les globules sanguins ralentir successivement leur marche, osciller, quitter leur enveloppe rouge, devenir ainsi plus petits, et traverser les vaisseaux enflammés à l'état de globules gris, décolorés (globules purulens). M. Gendrin dit même avoir vu des globules à moitié déshabillés, moitié rouge et moitié gris, globules demi purulens, comme il les appelle, traverser les vaisseaux enflammés. Ce secret de l'inflammation que le microscope avait arraché à la nature méritait à M. Gendrin des imitateurs; quelques pathologistes, ayant voulu vérifier les assertions du médecin français, ont tranché la question un peu brusquement peut-être, en disant que les animaux à sang froid n'étaient pas susceptibles d'inflammation.

Voilà un peu brièvement l'exposition des idées de M. Gendrin sur la suppuration des globules sanguins. Voyons maintenant à l'aide de quelles expériences ce vivisecteur établit la participation de la fibrine à cet acte pathologique; voici ce qu'il a écrit: « Si, interrompant momentanément le cours du sang dans une artère ou dans une veine, on a fait une injection avec une solution de nitrate d'argent ou de potasse caustique, en limitant, par une ligature, l'étendue de cette injection que l'on retire ensuite; si l'on y laisse revenir après cela le sang, et qu'on l'y retienne par deux ligatures, il s'établit une suppuration dans ce vaisseau, et le sang, d'abord coagulé et ensuite décoloré, se convertit progressivement en pus. On ne peut douter, d'après ces résultats, que la formation du pus, dans ces cas, ne soit le résultat d'une altération du sang, ou des *fluides fibrineux, plastiques*, que les inflammations font naître.

Suivant le même auteur, le sang veineux est plus propre à la formation du pus que le sang artériel. Il paraîtrait aussi, toujours d'après

---

au siége d'Alexandrie il sacrifie ses chevaux pour faire du bouillon à ses malades, ressource dont il se souviendra plus tard dans l'île de Lobau et dans la retraite de Russie. A Saint-Jean-d'Acre, sous le feu des assiégés, il accourt dans la batterie de brèche pour lier la carotide externe au futur duc de Padoue; c'est encore là qu'il sauve Duroc, Launes, Eugène Beauharnais. Sur le champ de bataille d'Eylau, il déploie un si admirable courage dans les soins qu'il prodigue au grand nombre des blessés, il obtient de si éclatans succès que l'empereur le crée commandant de la Légion-d'honneur; deux ans plus tard il datera de Wagram la baronie dont il portera le titre avec une juste fierté. Après les combats de la Somo-Sierra et de Bénévente, il contracte le typhus en assistant avec sa ferveur accoutumée les malades anglais et français. Chirurgien en chef de la grande armée de 1812 à 1814, il sait grandir son dévouement à la mesure des circonstances qui se développent avec les signes croissans de la fatalité. La bataille de la Moskowa le trouve comme la peste de Jaffa, d'autant plus fort que la mort lui enlève un plus grand nombre de ses collaborateurs.

Détournons nos regards de cette période où la fortune s'épuise par des victoires stériles autant que par des revers; aussi bien qui prétendrait condenser en quelques pages le récit de tous les faits mémorables où Larrey eut sa part? qui dira tous les actes de bravoure, d'abnégation de fermeté dont il a jalonné sa route, toute l'industrie de son ingénieux dévouement, toute sa vigueur de réaction contre le choc des calamités publiques et contre l'atteinte des souffrances privées? Mais ces traits ne composaient point seuls la physionomie de cette grande âme; il comprenait la haute indépendance de sa profession; il n'avait pas seulement le courage qui affronte les périls, il avait aussi le courage de tous les devoirs de son noble ministère; l'histoire a consigné dans ses fastes la preuve éclatante qu'il en donna, lorsqu'après les batailles de Lutzen, de Bautzen et de Wurchen il vengea l'honneur des jeunes soldats dont la mutilation avait servi de texte à des insinuations intéressées et calomnieuses auprès de l'empereur. La prévention du chef de l'armée, l'indignation qu'on avait réussi à lui inspirer en lui représentant comme volontaires des blessures qui étaient le résultat de l'inexpérience, aggravèrent la responsabilité de Larrey; l'enquête officielle dont il fut chargé prit un caractère de solennité; elle fut faite avec quelle loyauté, vous le pensez! Larrey opposa à la prévention tenace de l'empereur l'imperturbable fermeté d'une conviction acquise dans l'examen des faits: « Un souverain est heureux d'avoir des serviteurs tels que vous, » s'écrie Napoléon, et cette parole retentira éternellement sur cette tombe avec tant d'autres paroles dont la même bouche a glorieusement doté la mémoire de Larrey.

La conclusion funèbre de Waterloo brisa l'âme patriotique de Larrey; blessé dangereusement dans cette journée néfaste et fait prisonnier, si quelque chose a dû la soulager, c'est le sang qu'il versa pour sa patrie en clôturant la période militante de sa carrière, comme il l'avait versé en 1792 en débutant sur les bords du Rhin.

La paix le rendit aux travaux de la science; mais ce n'est pas ici le lieu d'énumérer ni d'apprécier ses productions qui rappellent sous plus d'un rapport les pages naïves d'Ambroise Paré. A cette limite sainte où les vanités de l'esprit expirent avec celles du monde, c'est aux actions non aux écrits qu'il convient d'attacher la pensée. Toutefois, saisissons dans les manifestations du savant un trait moral qui nous paraît rehausser son caractère; c'est-à-dire, Messieurs, que nous

M. Gendrin, que du sang étranger, injecté dans l'aisselle d'un chien, peut se convertir en pus, si on y détermine une inflammation, en y passant un séton. Je ne sais ce qui peut autoriser une semblable conclusion, lorsque nous savons que l'injection d'un liquide quelconque dans le tissu cellulaire, et un excitant, soit chimique, soit mécanique, comme dans le cas de M. Gendrin, peuvent déterminer l'inflammation et la suppuration de la partie.

Maintenant que j'ai exposé les théories qui admettent que le sang en totalité, ou bien la fibrine et son cruor, séparés ou réunis, servent à la formation du pus, je vais parler des expériences à l'aide desquelles beaucoup d'auteurs assignent ce rôle au sérum, et surtout à l'albumine qu'il tient en dissolution : j'ai dit que telle était l'opinion de Pringle, de Gaber, de Van Swieten, de Nicolas Romagne et de plusieurs autres; je vais rapporter les expériences sur lesquelles ils se fondent, et essayer de prouver que leur théorie est plus admissible que toutes celles qui précèdent.

Pringle observa que la sérosité du sang, exposée pendant quelque temps à une chaleur modérée égale à celle du corps humain, devenait trouble *longtemps avant d'être fétide*, et déposait un sédiment blanc et purulent : il conclut de cette expérience que l'élément du pus était la sérosité du sang. Gaber renferma une certaine quantité de sang dans une petite vessie, et l'exposa à une température de 32° Réaumur; *une matière puriforme* transsudait bientôt des parois de la vessie (GR. DICT. DES SCIENCES MÉD., *loc. cit.*). Montfalcon, qui rapporte ces expériences, dit que ce liquide ne peut ressembler au pus, parce qu'il se corrompt facilement, parce qu'il devient fétide, et surtout parce que l'action vitale a manqué à sa formation. Cette dernière raison est la meilleure que Montfalcon ait pu invoquer; quant à celle de sa corruption, qui arrive plus tôt que dans le véritable pus, on peut en accuser la lenteur avec laquelle se fait cette transformation dans le vase de Pringle ou dans la vessie de Gaber, qui expose longtemps un liquide animal privé de vie à une température qui facilite sa putréfaction. N'aurait-on pas dû prévoir qu'il devait en arriver ainsi, sans que pour cela l'idée de Pringle et de Gaber en fût affaiblie? Comment, en effet, en comparant le phénomène qu'ont vu ces deux observateurs à ce qui se passe pendant la vie, a-t-on pu en déduire quelque chose contre cette ingénieuse analogie? Dans le premier cas, il s'agit de liquides désorganisés, essentiellement putrescibles; et dans le second cas, au contraire, le sang, encore sous l'empire de la vie, opère sa conversion dans des tissus pleins de vie eux-mêmes : or, on sait que la putréfaction ne commence jamais sur les tissus qui sont encore vivans.

Van Swieten avait observé que le pus suinte sous une forme séreuse, et ne perd qu'au bout d'un certain temps la consistance purulente.

Nicolas Romagne a soutenu aussi à l'Université d'Edimbourg que le sérum du sang était la seule partie qui servait à la formation du pus. Ne pourrait-on pas en trouver une autre preuve dans les expériences de J. Hunter et d'Everard Home, qui ont vu que, si l'on avait soin d'empêcher la stagnation du pus sur un ulcère, en l'essuyant continuellement, il ne laissait écouler qu'un liquide séreux, transparent; que ce n'était que plus tard qu'il se troublait, et laissait déposer ce que l'on a appelé le globule du pus. Serait-il bien déraisonnable de penser que le pus devenant acide quelques instans après sa sécrétion, l'albumine de celle-ci se précipite? et si cette explication choquait trop les chirurgiens peu imbibés aux idées chimiques, ne pourrait-on pas leur dire qu'il en est peut-être du pus comme de l'urine dans certains cas, qui s'écoule claire des organes excréteurs et se trouble aussitôt qu'elle tombe dans les vases destinés à la recevoir? Les affinités électriques ont été trop invoquées dans ces derniers temps pour que nous ne les appelions pas à notre aide dans cette circonstance. Voici ce qu'on lit dans le TRAITÉ DE PHYSIOLOGIE de M. le professeur Magendie : « L'action de la pile galvanique coagule le sérum, et y développe des globules qui ont beaucoup d'analogie avec ceux du sang. » Or, si on fait abstraction de la couleur, quelques autres les disent semblables.

On sait qu'un abcès renferme d'abord de la sérosité, puis du pus liquide semblable à du petit-lait, et ensuite un pus épais et opaque (Burdach). On observe la même succession de phénomènes dans les pustules varioliques. Qui ne voit dans ces faits un phénomène en tout semblable à ce que J. Hunter et Everard Home ont observé sur les ulcères, sur les membranes séreuses et muqueuses, et par conséquent un puissant argument en faveur du système que je défends?

Interrogeons maintenant les analyses chimiques, et voyons de quel secours peut nous être cette belle science. Que l'on remarque bien qu'il ne s'agit pas ici d'expliquer un phénomène vital par la chimie, mais bien de connaître la nature d'un corps, jadis vivant, qui obéit maintenant aux mêmes lois que les corps inertes; qu'il ne s'agit que de connaître la nature des globules du pus, qui sont un véritable précipité.

Schwilgué est certainement l'auteur qui s'est le plus occupé du pus sous le rapport chimique (on sait qu'il présenta sur cette matière un volumineux travail à l'Institut, et qu'un prix lui fut adjugé sur le rapport du célèbre Pinel). Voici ce que je lis à ce sujet dans le TRAITÉ D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE de M. Andral : « Le pus a été analysé par divers auteurs. Schwilgué l'a trouvé formé d'albumine à un état particulier, de matière extractive, d'une matière grasse, de soude, de muriate de soude, de phosphate de chaux et d'autres sels. Le pus, d'après cette analyse, ne différerait donc du *sérum du sang* que par l'état particulier dans lequel se trouverait l'albumine, et par la présence d'une matière extractive. La nature de cette matière a d'ailleurs été mal déterminée : on l'a regardée tantôt comme une substance animale sans analogue dans l'état sain, tantôt comme un mélange d'*albumine et de fibrine*, tantôt comme de la fibrine devenue incoagulable spontanément et inorganisable : c'est un oxyde animal, selon Pearson, une matière caséeuse, selon d'autres. »

M. Gendrin, après avoir rapporté plusieurs analyses, s'explique ainsi : « Il paraît résulter de là que le pus louable est composé d'albumine soluble, en petite quantité, et d'albumine unie à la fibrine : c'est la réunion de ces deux substances qui constitue la matière pulvérulente qui se précipite dans l'eau. »

M. Donné croit positivement que le précipité est de l'albumine coagulée par l'acide hydrochlorique, qu'il dit se former pendant l'inflammation.

Comme on vient de le voir par ces citations, la présence de l'albumine n'est mise en doute par aucun des auteurs. Il n'en est pas de même de la fibrine; ceux qui seraient tentés de l'admettre ne savent pas trop à quoi s'en tenir : ils parlent de l'analogie de cette substance avec un oxyde animal, le caséum, ou toute autre matière, que l'on invoque au besoin pour servir son ignorance. Cette incertitude des uns sur la présence de la fibrine dans le pus, sa négation absolue, suivant d'autres, ne tourne-t-elle pas à notre avantage?

---

voulons l'honorer jusque dans sa fidélité opiniâtre aux principes de sa longue pratique; elle l'a empêché peut-être de tenir un compte suffisant de quelques progrès accomplis, mais elle témoigne en lui d'un esprit stable et ferme; et, en vérité, mieux vaut pour la science se priver d'un fait nouveau, se passer d'une réforme utile sur un point que d'être sans cesse remuée dans ses fondemens, que de se voir remise sans cesse en question dans la totalité de ses acquisitions. Un art tel que le nôtre s'accommode mal de la mobilité qui s'introduit ailleurs. Les sciences qui se résolvent en applications pratiques ont besoin de réserve et de consistance, et quand c'est le corps humain qui devient le théâtre de ses applications, une sévérité religieuse doit présider au triage des notions et des faits nouveaux. Remarquez que tous les praticiens d'un ordre élevé et dont l'expérience s'est accumulée avec les années, se sont appuyés sur un certain nombre de principes souvent vérifiés à leurs yeux; assiégés par l'impatience et la curiosité des générations nouvelles, harcelés souvent jusque dans leur gloire par la réaction présomptueuse des novateurs, ils sont demeurés inébranlables dans leurs principes comme le croyant dans sa foi. Sachons louer cet esprit de résistance; nous lui devons le maintien des traditions de notre art. Si la sagesse modératrice de ces patriarches de la pratique ne balançait l'effort des idées nouvelles, chaque siècle aurait à reconstituer l'ensemble des connaissances; semblable à ces éphémères qui vivent un soleil à l'autre, la science n'aurait que la durée d'une génération, et ses dogmes se renouvelleraient avec la rapidité qui emporte les futilités et les modes d'une société versatile et blasée.

Larrey a donc été, comme on dit, un homme de principes, et il l'était en toutes choses, dans la science comme dans la pratique de la vie; il s'est toujours guidé par les principes, jamais par les circonstances, et c'est pourquoi il n'a pu s'empêcher de coudoyer, sur le long chemin qu'il a parcouru, bien des esprits et bien des intérêts, dont le ménagement eût tourné au profit de sa prospérité sociale, mais eût exigé une souplesse et une dextérité que lui avait refusées la nature.

Si son organisation a présenté des lacunes, s'il ne possédait point les menues ressources des natures inférieures, qui réussissent, par une sorte de stratégie sociale, à fixer la fortune et à capter la faveur universelle, on sentait en lui comme un souffle des grandes âmes que l'antiquité nous a léguées comme modèle, la probité, le désintéressement, l'élévation naturelle de la pensée, une certaine ampleur dans les conceptions, l'instinct de tout ce qui est noble et grand, la force et la volonté. Trois choses principalement abondaient dans sa nature, lesquelles seront toujours excellentes entre toutes choses de ce monde : premièrement, la religion du devoir; il n'en a décliné aucun; jamais il ne s'est enquis à l'avance du prix attaché à l'accomplissement des plus pénibles missions; non qu'il fût indifférent aux récompenses; il en est qu'il a vivement désirées sans avoir pu les obtenir; mais elles n'étaient ni le mobile ni le but de ses actions. Deuxièmement, l'amour de l'humanité, poussé jusqu'à l'enthousiasme; ce fut la première et la dernière passion de sa belle vie; il avait un respect profond pour les hommes et un immense désir de leur être utile; ses malades surtout lui inspiraient une charité ardente; il veillait sur eux avec la sollicitude jalouse d'un père, et quand il s'agissait de leur intérêt, il savait ployer toutes les résistances, s'attaquer à toutes les difficultés; les soigner était son plus doux labeur, les sauver, sa plus chère, peut-être son unique félicité. L'âge n'avait point affaibli en lui cet admirable besoin de se dévouer incessamment à l'humanité souffrante;

. Maintenant, si nous ajontons les preuves tirées de la chimie aux expériences de Van Swieten, de Pringle et de Gaber, et oux observations de J. Hunter et d'Everard Home, nous serons porté à conclure *qu'il est extrêmement probable que le sérum est la partie du sang qui se convertit en pus*; je dis probable, parce que jusqu'ici je ne me suis servi que des faits empruntés à l'histoire; pour avoir une certitude, il aurait fallu de nombreuses et de difficiles expériences, que je n'ai point encore faites.

La pyogénie aux dépens du sérum du sang étant admise, il me resterait à donner mon opinion sur cette transformation. Quelque témérité qu'il y ait pour moi à expliquer un phénomène aussi important, et sur lequel ont échoué des hommes aussi éminens que ceux que j'ai cités, je vais très brièvement définir comment je comprends la transformation du sérum du sang en pus.

Il est admis que pendant l'inflammation les globules sanguins ralentissent leur marche, et finissent par s'arrêter et obstruer les vaisseaux capillaires. Dans cet état de choses, il se peut que la sérosité du sang, qui est sa partie la plus ténue et la plus liquide, poussée par l'ondée sanguine, traverse seule les vaisseaux en s'insinuant dans l'intervalle qui sépare les globules sanguins entre eux et vienne sortir à l'extérieur avec les qualités que Hunter lui a reconnues.

Voilà ce qui se passe dans ce mode de terminaison des phlegmasies. Maintenant, si, par un excès d'inflammation, la vie cesse dans la partie, la putréfaction s'en empare vite, les faisceaux capillaires qui retenaient les globules sanguins se crèvent, les laissent écouler au dehors avec la sérosité décomposée; on peut ainsi se rendre compte des liquides brunâtres et troubles qui s'écoulent des tissus gangrenés. Telle est la première partie de ces recherches, que j'aurais dû intituler *partie philosophique*, réservant le titre *d'expérimentale* à celle qui va suivre, et dans laquelle je mettrais la certitude à la place des probabilités que j'ai souvent employées dans les pages précédentes.

DES ALTÉRATIONS QUE L'AIR FAIT SUBIR AU PUS.

On s'est beaucoup occupé, dans les derniers temps, des altérations du pus dans les foyers qui le contiennent. Les chirurgiens savaient que le pus louable avait une odeur qui n'était pas désagréable; quoiqu'ils rencontrassent du pus fétide, ils étaient loin d'y attacher toute l'importance que réclame, suivant quelques modernes, ce commencement de corruption. Les uns n'y voyaient qu'un phénomène de peu de valeur, d'autres prétendaient que ce pus hâtait la cicatrisation en excitant la formation des bourgeons charnus; mais comme quelquefois on avait remarqué que, dans certaines circonstances, la suppuration se supprimait, que les malades chez lesquels cela avait lieu étaient sous le coup d'une fièvre adynamique, on se demanda si l'absorption du pus fétide qui s'écoulait de la plaie n'en pouvait pas être la cause. Des hypothèses nombreuses furent invoquées pour expliquer ces désordres; des travaux d'une haute portée, entrepris par ce que la science contemporaine compte de plus éminent, renversèrent les idées des anciens à ce sujet. Plus tard, ces mêmes théories furent invoquées de nouveau, et la question de la résorption purulente est encore aujourd'hui un sujet de vives controverses.

Quoi qu'il en soit, il est un fait bien démontré aujourd'hui, c'est que le pus exposé au contact de l'air acquiert des qualités qui le rendent nuisible, lorsque, par une cause que nous ne connaissons pas, il est porté par l'absorption veineuse ou lymphatique dans le torrent de la circulation. Il était intéressant d'étudier si le pus qui n'a point reçu le contact de l'air est capable de donner lieu aux mêmes accidens; c'est ce qu'on a fait, en injectant du pus de bonne nature dans les veines des animaux. Lorsque ce pus est injecté en petite quantité, l'animal sur lequel on fait l'expérience n'en souffre que fort peu; si l'on en injecte beaucoup à la fois, celui-ci gêne mécaniquement la circulation pulmonaire, et l'animal meurt asphyxié. Si l'expérience se fait avec une petite quantité de pus vicié à l'air, il se développe une véritable maladie infectieuse, les animaux meurent; à leur autopsie, on trouve les viscères principaux couverts d'abcès dits *métastatiques*.

M. Bonnet, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, a écrit, en 1837, dans la GAZETTE MÉDICALE DE PARIS, un mémoire pour prouver que les accidens putrides auxquels quelques blessés sont sujets quand leurs plaies ne se cicatrisent pas vite, sont dus à l'absorption de l'hydrogène sulfuré qui prend naissance dans le foyer purulent.

On savait depuis longtemps que l'acide hydrosulfurique se formait toutes les fois que les matières animales se décomposaient. On avait vu que les bandelettes de diachylon avec lesquelles on maintenait les bords des plaies étaient noircies, et les personnes qui connaissent la chimie savaient parfaitement que l'emplâtre contenant des sels de plomb, ce corps noir ne pouvait être que du sulfure de plomb. Mais personne n'avait songé à faire jouer un aussi grand rôle à l'hydrogène sulfuré que M. Bonnet, en le donnant pour cause des accidens d'empoisonnement auxquels succombent les malheureux qui sont sous le coup d'une résorption purulente.

Bien des raisons, je crois, s'opposent à ce que l'on adopte l'opinion du savant chirurgien de Lyon; en effet, la propriété toxique de l'hydrogène sulfuré n'est pas telle que la petite quantité qui se produit dans une plaie, quelquefois fort petite (et j'ai vu des plaies fort étroites donner lieu aux accidens de résorption et à la mort), soit capable de produire des accidens aussi graves que ceux que M. Bonnet lui reproche. Il y a des professions dans lesquelles les ouvriers en absorbent une bien plus grande quantité sans être incommodés, tels sont les vidangeurs, les égoutiers; et n'arrive-t-il pas souvent que des chimistes sont exposés une journée entière à des émanations hydrosulfurées sans en éprouver d'accidens? et cependant l'absorption pulmonaire est fort active, et l'on peut dire qu'un adulte en bonne santé, dans ces conditions, en absorbe beaucoup plus qu'un malade portant une plaie en suppuration, quelle que soit d'ailleurs la quantité que celle-ci en produise. Le voisinage de ces malheureux n'est jamais insalubre pour les autres malades qui les environnent dans les hôpitaux: ce qui ne manquerait pas d'avoir lieu si le gaz hydrogène sulfuré ou l'hydrosulfate d'ammoniaque qu'ils dégagent était assez considérable pour produire les accidens dont l'accuse M. Bonnet. Ce chirurgien, pour prouver que l'acide hydrosulfurique est absorbé, dit en avoir trouvé dans le sang d'un malade en proie à une résorption; il en a également démontré la présence dans l'urine du même individu; et le même auteur croit en avoir trouvé dans la sueur; mais ses expériences ne lui permettent point de certitude à cet égard.

Vers les mois d'août et de septembre 1841, alors que M. le docteur Maisonneuve faisait le service chirurgical de l'Hôtel Dieu, dans les salles de MM. Blandin et Roux, j'ai fait quelques recherches pour vérifier les

---

peu accessible aux émotions de la vie ordinaire, il éprouvait les élans de la pitié la plus tendre à la vue des malades, et ses larmes n'ont pas manqué à la douleur de ceux qu'il opérait avec une apparente impassibilité; et comme une conséquence de cette pure philantropie et de cet énergique sentiment du devoir, il avait le goût de la solide gloire, de la gloire qui reste, parce qu'elle est fondée sur les vertus qui assurent le maintien de la société et le salut des hommes.

Des heures s'écouleraient, Messieurs, au bord de cette tombe, sans qu'il me fût donné d'épuiser tous les trésors de cette simple et noble biographie; il est temps de clore cette commémoration, et il me faut résister aux séductions de la mémoire, qui me présente une foule de faits précieux recueillis dans le cercle de relations presque étroites. Hélas! si peu de jours sont passés depuis qu'il m'a remis, avec des adieux pleins de sécurité, une dernière marque de sa bienveillance! La force et la vivacité d'un autre âge éclataient encore dans toute sa personne; il souriait de loin à cette Afrique, dont il connaissait le soleil, dont son imagination méridionale réflétait encore l'horizon; il se réjouissait de revoir nos soldats sous la tente, de dicter les conseils d'une hygiène éprouvée aux fils et aux petits-fils de ses compagnons d'Égypte, de se retrouver encore dans cette famille d'officiers de santé militaires, dont il se voyait entouré autrefois sur les champs de bataille..... Merci! du moins, merci à nos collègues de l'Algérie, d'avoir fait à l'illustre vieillard la fête de son rêve! Les rives d'Alger, de Bone et d'Oran ont ralenti d'une clameur d'enthousiasme à l'arrivée de l'ancien chirurgien de St-Jean-d'Acre et du Mont Thabor; nos jeunes générations de médecins militaires se sont inclinées avec piété devant cette tête si belle et si imposante, que les soldats de l'empire connaissaient partout, et que j'ai vu saluer si souvent dans les rues même de ce Paris par la vénération populaire..... Au retour de cette triomphale expédition, la mort l'attendait sur la rivage de la patrie; elle s'est attachée à lui, dès son débarquement, et de Toulon à Lyon elle a consommé obscurément sa laborieuse œuvre de destruction.

Adieu donc, puisque c'est ici la seule halte que la Providence ait accordée au voyageur de l'Algérie, adieu, notre maître vénéré, adieu, baron Larrey: que la paix de Dieu descende avec nos larmes dans cette tombe où vous voila pour le corps; que les pures gloires d'une autre vie s'ouvrent à votre âme, confondue dans l'éternité avec celle des héros dont vous avez été le compagnon, l'émule, l'ami et souvent le sauveur, avec l'aide de Dieu!

---

dernières expériences de M. Bonnet. Je n'ai point eu de sang à ma disposition, car on ne se décide pas facilement à saigner un malade qui a une fièvre putride semblable à celle dans laquelle se produisent de tels accidens. Mais j'ai pu rechercher l'hydrogène sulfuré dans l'urine et dans la sueur; or, voici ce que j'ai vu : Un homme, couché dans le premier rang de la salle Sainte-Marthe, portait au coude une plaie contuse assez légère. Quelques jours après son arrivée, cette plaie s'enflamma, un phlegmon diffus s'empara du bras. Des incisions assez nombreuses furent pratiquées, il s'écoula du pus de bonne nature. Quelques jours après, la langue du malade devient sèche, il ne dort plus; délire léger, frissons, sueur froide, visqueuse; peau sale, terreuse; suppuration diminuée : il était impossible de douter d'une affection purulente. Je lui introduisis une sonde pour avoir de son urine : celle-ci était très foncée en couleur, elle n'avait pas cependant d'odeur désagréable : je la mis dans un flacon qui fut bouché avec un linge trempé dans du sous-acétate de plomb liquide; je plaçai le flacon sur une plaque de fer chauffée, afin de faire traverser le linge réactif par l'urine réduite en vapeur. Ce petit appareil resta deux heures exposé au feu, et mon linge ne se colora pas sensiblement en noir : j'en conclus que, pour ce cas, l'hydrosulfate d'ammoniaque n'avait pas passé dans l'urine.

J'appliquai de larges morceaux de papier à filtrer imbibé de sous-acétate de plomb sur la poitrine du malade qui était en sueur; je les laissai jusqu'à ce qu'ils fussent mouillés; je n'observai pas le plus petit changement de couleur, d'où je conclus que la sueur ne contenait pas de gaz sulfuré.

Le malade mourut. On trouva à son autopsie des abcès dans le poumon et du pus dans quelques articulations; le poumon était en certains points ecchymosé seulement.

Il est indispensable de se servir de l'urine immédiatement après sa sortie de la vessie; car après quelque temps elle pourrait être décomposée, et alors on trouve dans toutes l'hydrogène sulfuré. J'ai répété les mêmes expériences sur un malade de la salle Saint-Jean, qui avait eu l'avant-bras écrasé par une roue de voiture, et chez lequel l'espoir que l'on avait de conserver le membre fit ajourner l'opération. Je suis arrivé aux mêmes résultats. Cependant, ayant laissé un papier de plomb toute une nuit sous son aisselle droite, il noircit un peu, ce que j'attribue au dégagement gazeux qui sortait de son intestin (le malade avait de la diarrhée).

Après ces essais, je suis heureux de voir que M. le docteur F. d'Arcet ne croit pas plus que moi à l'intoxication par l'hydrogène sulfuré. Ce jeune chirurgien a consigné dans sa thèse inaugurale une expérience qui juge définitivement l'opinion de M. Bonnet; il a privé le pus fétide de son hydrogène sulfuré à l'aide de la litharge, et en ayant injecté dans les veines d'un animal, il a reconnu le même accident que s'il avait employé le pus sans cette précaution, et il conclut, avec MM. Tessier et Bouley, à une véritable maladie infectieuse, dont le principe septique échappe entièrement à nos réactifs.

L'hydrogène sulfuré n'est pas le seul poison chimique dont on ait signalé la présence dans le pus. Des hommes d'un grand mérite, MM. Persoz, Nonat et Dumas ont cru qu'il pouvait se former de l'acide hydrocyanique pendant la suppuration (1). Cette intéressante nouvelle se répandit dans le monde savant, à l'époque où les poisons normaux dans l'économie étaient à l'ordre du jour. Prévoyant l'importance que pourrait avoir en pathologie et en médecine légale une semblable découverte, pendant les mois d'août et de septembre de la même année, je cherchai à vérifier les présomptions de MM. Dumas et Persoz : c'est à l'Hôtel-Dieu, pendant l'interim de M. Maisonneuve, et avec son appui bienveillant, que je fis mes recherches.

Les personnes qui ont suivi les services de chirurgie ne sont pas sans avoir vu les appareils à pansement se colorer quelquefois partiellement en bleu ou en vert. C'est cette coloration que MM. Persoz et Dumas ont cru être un composé de fer et de cyanogène analogue au bleu de Prusse. Voici comment je l'ai étudiée :

Je pris du linge ainsi coloré, qui servait depuis longtemps de bandage de corps à une femme qui portait un cancer ulcéré du sein; je l'incinerai pour y chercher la présence du fer; je traitai la cendre par de l'acide hydrochlorique très pur. Après avoir évaporé la liqueur, elle fut dissoute par de l'eau et filtrée; et c'est dans ce dernier produit que, à l'aide du ferro-cyanure de potassium, je découvris facilement la présence du fer. Jusqu'ici de grandes probabilités étaient en faveur de MM. Dumas et Persoz; il fallait chercher l'acide hydrocyanique sur la partie du linge que j'avais conservé; la coloration était si faible que je dus abandonner ce moyen de preuve. Je me bornai à chercher l'acide prussique dans le pus qui avait baigné le linge et qui avait produit cette coloration bleuâtre.

(1) Compte-rendu de l'Académie des sciences, 19 juillet 1841.

Avant de travailler le pus lui-même, je voulus savoir dans quelle circonstance se produisait cette coloration; pour cela, je plaçai des linges imbibés d'une solution de sulfate de fer de commerce sur les foyers purulens, et je ne le retirai qu'après vingt-quatre heures de séjour; alors ils étaient tachés en bleu tellement intense qu'ils paraissaient plus volontiers noirs que bleus, tandis que les linges qui ne contenaient que le fer que donne la lessive des blanchisseuses, et qui restaient exposés aux émanations du foyer, sans baigner dans le pus, avaient une couleur verte bleuâtre, semblable à celle que j'avais remarquée sur la femme cancéreuse. Cette analogie me confirma de plus en plus dans l'idée d'un composé cyanique, car je me disais : si la coloration est intense dans le premier cas, c'est que la solution de fer est plus concentrée que dans la lessive qui sert au blanchiment du linge; dans ce dernier cas, en effet, on ne pourrait dire qu'il n'y en a que des traces.

En général, je n'ai observé ces colorations que sur les plaies qui donnaient du pus fétide; les plaies récentes n'en donnent pas; il était naturel de penser alors que c'était dans ce pus que je trouverais l'acide prussique, s'il y en avait; or, voici comment je l'ai cherché :

J'ai pris du pus fétide, je l'ai distillé à la chaleur du bain marie, avec de l'acide hydrochlorique pur; le produit de la distillation, qui possédait à un haut degré l'odeur du pus, a été traité d'abord par quelques gouttes d'une dissolution de potasse à l'alcool, puis j'y ai ajouté des sels de fer ou de cuivre, comme le veut M. Lassaigne. Une seule fois, ayant laissé ma liqueur un peu alcaline, j'ai obtenu un précipité plus foncé que ne le sont ordinairement les proto sels de fer, traités par les alcalis; mais le précipité était soluble dans un excès d'acide hydrochlorique; j'ai conclu qu'il n'y avait pas là de bleu de Prusse. J'ai répété cette expérience une dizaine de fois avec du pus fétide extrait de diverses sources; n'ayant jamais été plus heureux, j'ai dû bannir de mon esprit l'espoir que m'avaient donné les linges colorés en bleu, ou en vert, ou en noir.

Voulant qu'il ne pût rester aucun doute dans mon esprit sur la validité de ces expériences, j'ai fait la contre-épreuve; j'ai mis un cristal de cyanure de potassium presque imperceptible dans du pus, que j'ai soumis ensuite aux mêmes expériences que précédemment, et il ne m'a pas été difficile de constater la présence de l'acide hydrocyanique dans les premières portions de la liqueur distillée.

De ces expériences je conclus, contrairement aux présomptions des auteurs que j'ai cités, qu'il ne se produit point d'acide hydrocyanique pendant la suppuration. Ainsi s'est évanoui l'espoir que j'avais d'abord d'expliquer les phénomènes d'empoisonnement de la résorption purulente, à l'aide de l'acide hydrocyanique, comme M. Bonnet a tenté de le faire avec l'hydrogène sulfuré; ainsi se sont éteintes les applications médico-légales que je prévoyais dans les cas, rares à la vérité, où les expertises ont l'empoisonnement par l'acide prussique pour objet.

A quoi peuvent donc tenir les couleurs vertes et bleues que l'on observe sur les linges à pansement? Elles partagent, avec les couleurs bleues de nature organique, la singulière propriété de rougir légèrement par les acides; j'en dirai autant de la couleur verte qui colore le ventre des cadavres.

La cause de la fétidité du pus a été longtemps ignorée : on a dit d'abord qu'elle tenait à une cause vitale; maintenant tout le monde, je crois, convient que le pus s'altère aux dépens des élémens de l'air atmosphérique; mais ce fait, que l'observation a été longtemps à conquérir, aurait bien plutôt trouvé place parmi les vérités médicales, si on s'était donné la peine de faire sur ce point des expériences directes. En voici quelques-unes, que je vais consigner ici.

Un homme se présente dans le service de M. le professeur Blandin, à l'Hôtel-Dieu, portant une tumeur blanche au genou droit; sa maladie datait de plusieurs mois; à son entrée, la tumeur est rouge, douloureuse, on reconnaît de la fluctuation. Les symptômes que l'on a observés sur le malade ne permettent pas de douter qu'il ne se soit formé du pus dans l'articulation. Ouverte peu de jours après son entrée, il s'en écoule d'abord un liquide sanguinolent, puis du pus blanc, inodore, crémeux, bien lié, que je recueille dans un flacon à large ouverture. Je divise ce pus dans quatre flacons différens, que j'étiquette n°s 1, 2, 3 et 4.

Le n° 1 est rempli, bouché hermétiquement, mis, le 27 octobre 1841, dans une étuve chauffée à une température qui est à peu près égale à celle du corps humain. Je suis entré trois fois par jour dans cette étuve; j'avais placé un thermomètre dans le lieu où je faisais l'observation, et je vis que la température variait entre 28 et 35° centigrades.

Le n° 2 n'est rempli que jusqu'à la sixième partie de sa hauteur; il est bouché avec du liége, et mis dans les mêmes conditions que le précédent, le même jour.

Le n° 3 est semblable au n° 2, mais il n'est pas mis à l'étuve; il est laissé à la température ordinaire le même jour.

Le n° 4 est mis dans un vase dont l'air se renouvelle facilement; on a soin d'ajouter de l'eau de temps en temps pour réparer celle que l'évaporation a fait disparaître; il est mis à l'étuve, comme les nos 1 et 2, et le même jour.

Tous ces flacons ont, entre le bouchon et le goulot, un *papier d'acétate de plomb*, pour indiquer, 1° s'il se forme de l'hydrogène sulfuré; 2° à quelle époque il se forme : or, voici les observations que j'ai faites :

Le flacon n° 1, décacheté le 2 novembre, n'a aucune odeur désagréable; le papier de plomb n'est pas coloré.

Le n° 2, vu le 30 octobre, n'a pas changé; le 2 octobre, il offre une odeur fétide; le papier de plomb est noirci.

Le n° 3 n'offre aucun changement; il est conservé; le papier de plomb n'est pas coloré.

Le n° 4 n'a pas d'odeur caractéristique; le papier de plomb n'est pas coloré.

La suppuration n'a commencé à devenir fétide dans l'abcès que le 31 octobre.

Je me suis convaincu, d'un autre côté, que le pus, conservé à froid, se corrompt très difficilement, quand même il n'est pas exactement privé du contact de l'air. Je garde chez moi depuis dix mois un flacon de pus extrait d'un abcès de la fesse: il n'est pas encore fétide, quoique je l'aie souvent débouché pour voir quel changement s'opérait en lui.

Il faut conclure de ces faits :

1° Que le contact de l'air et une certaine température réunis sont les conditions les plus favorables à la corruption du pus;

2° Qu'un air non renouvelé favorise encore cette corruption;

3° Que le pus exposé à l'air, à la température ordinaire, ne se corrompt que très difficilement.

Si nous examinons maintenant dans quelles circonstances se trouve le pus dans un abcès ouvert sur le vivant, soit spontanément, soit à l'aide de l'instrument tranchant, nous voyons qu'il est placé dans les conditions les plus favorables à sa corruption, telles que chaleur de 30 à 32 degrés, séjour sous les pièces d'appareil d'un air vicié, qui ne se renouvelle que difficilement.

Jusqu'ici je n'ai envisagé la corruption du pus que par rapport aux accidens généraux que peut causer son absorption; mais il en est de locaux, que je n'ai vu signalés nulle part : je veux parler de l'inflammation des ulcères et la destruction de la membrane cicatrice, par l'ammoniac, qui s'est formé sous les pièces d'appareils, et qu'on y tient emprisonné à l'aide du bandage de dyachylon, dit *compressif*, avec lequel on traite les ulcères des jambes. Quoique je n'ignore pas que les idées chimiques ont la plus grande peine à entrer dans les salles de chirurgie, des hôpitaux de Paris surtout, ce sont des faits que je crois avoir vus, et j'espère que, si l'observation se tourne vers ce point, on me rendra la justice de croire que ce que j'écris aujourd'hui n'est pas simplement une vision de l'esprit ou une prédiction de la théorie.

INDUCTIONS THÉRAPEUTIQUES.

Puisque l'air atmosphérique peut devenir aussi nuisible, il s'en suit que, dans certaines circonstances où des produits organiques privés de vie séjourneront dans nos tissus, les chirurgiens devront imiter la conduite des chimistes dans bien des cas, c'est-à-dire priver du contact de ce fluide désorganisateur les parties enflammées et les produits qu'ils secrètent, comme ces savans le font pour les composés qu'ils préparent. C'est le but que se sont proposé, quoique par des procédés bien différens, les auteurs qui ont écrit sur l'ouverture des abcès; les uns, en effet, ont préconisé les larges ouvertures (M. Lisfranc); d'autres des ouvertures très étroites : ni les uns ni les autres n'étaient parvenus à empêcher l'altération du pus par le contact de l'air, ni à prévenir l'accès de ce fluide dans les foyers; c'est cette impossibilité d'atteindre ce résultat qui les avait conduits à mettre en doute l'action nuisible de l'air sur le pus. C'est à M. J. Guérin que nous devons d'avoir montré définitivement cette altération et les moyens de la prévenir à l'aide de la méthode sous-cutanée. Déjà les heureux effets de cette innovation chirurgicale ont en partie répondu à l'attente de l'auteur, et j'ai vu moi-même un cas qui ne peut me laisser de doute à cet égard.

M. Guérin ne s'est pas borné à appliquer sa méthode à l'ouverture des abcès et des autres collections de liquide; il a voulu la généraliser et ramener ainsi toutes les plaies traumatiques ou chirurgicales aux mêmes conditions que celles qu'il fait sous la peau, pour remédier à certains vices de conformation. J'ai assisté à un commencement d'exécution de cette heureuse pensée à l'Hôtel-Dieu; mais l'imperfection des appareils, la difficulté de les maintenir convenablement appliqués, surtout quand on n'a pas à sa disposition des élèves chargés de les surveiller, n'a pas donné à ces premières tentatives tous les résultats qu'il était permis d'en attendre, et que l'auteur avait obtenus dans de précédens essais.

Nous croyons savoir que M. Guérin est parvenu à donner à ces appareils le degré de précision nécessaire pour en assurer l'efficacité.

Du reste, on peut prédire le succès qu'obtiendra tout appareil assez parfait pour priver complètement les plaies du contact de l'air en les maintenant réunies.

Je ne sais si Baynton a eu un autre but que la compression en proposant son appareil de diachylon pour le pansement des ulcères des membres inférieurs; mais il est probable que c'est en satisfaisant à l'indication dont j'ai parlé plus haut qu'il doit une partie de ces succès. Les chirurgiens qui le lèvent souvent pour voir les progrès de la cicatrice sont, suivant moi, dans bien une grande erreur, car ils renoncent ainsi à un des avantages de cet appareil, peut-être le plus précieux, celui de mettre les ulcères à l'abri du contact de l'air.

Comme tout le monde n'a pas l'habileté de M. Roux pour l'application de ce bandage, il en résulte que l'air que l'on emprisonne sous lui est la cause de la mauvaise odeur que prend parfois le pus qui s'écoule des ulcères que l'on traite ainsi; et j'ai déjà dit que l'ammoniaque qui s'y forme alors peut irriter la plaie et détruire la cicatrice faible et peu résistante, absolument comme cette ammoniaque dissout les matières organiques dans d'autres circonstances.

Je crois que l'on retirerait quelque avantage d'une feuille de caoutchouc, que l'on étendrait exactement sur la plaie, et que l'on recouvrirait du bandage de Baynton ou d'un appareil inamovible.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

SUR L'ÉTAT SANITAIRE DE L'ALGÉRIE PENDANT LE DERNIER TRIMESTRE DE 1841; par M. GUYON, membre de la commission scientifique de l'Algérie.

(Voir le n° 41, année 1841.)

Les chaleurs en Algérie ont été moins fortes en 1841 que les années précédentes, de sorte que les maladies qui se rattachent à une haute température, et qui, en Algérie, sont en même temps les plus graves, y ont été, en 1841, moins répandues que de coutume. La plus grande partie des malades fournis par l'armée, dans le dernier trimestre de 1841, ont été principalement le produit des fatigues et des privations inséparables de la guerre en Algérie. Partout dans ce pays, comme de coutume, à pareille époque, les maladies dominantes ont été des diarrhées et des dysenteries, la plupart, les unes comme les autres, consécutives à des maladies fébriles.

La dysenterie, qui avait sévi sur la province d'Oran avec intensité, depuis le commencement de l'année, y continua ses ravages pendant le dernier trimestre. Comme dans les mois précédens, les cas de cette maladie, avec terminaison gangréneuse, ne furent pas rares. Ce sont ces cas, qu'accompagnent toujours des hémorragies plus ou moins abondantes, qui ont fait donner à la dysenterie d'Oran, par les médecins de la localité, le nom de *dysenterie hémorragique*. Nous l'avons déjà dit ailleurs, depuis que nous occupons la province d'Oran, la dysenterie y a toujours été la maladie dominante. Elle y a été plus répandue encore en 1841 que les années précédentes; mais cette même année 1841, les troupes de la province d'Oran étaient plus nombreuses que pendant les années antérieures, en même temps qu'elles y ont été employées à des opérations militaires à la fois plus multipliées et plus pénibles.

En temps ordinaire, la province d'Oran a toujours moins de malades que les autres provinces de l'Algérie. Cependant, toutes choses égales d'ailleurs, la mortalité dans cette province est ordinairement plus considérable que dans les autres. On concevra bien, du reste, cette mortalité plus grande, coïncidant avec des cas de maladie moins nombreux, mais plus graves.

Les maladies qu'on observe sur les autres points de l'Algérie sont, pour la plupart, des fièvres intermittentes, généralement assez peu graves pour que telle localité, qui ne comptera, par exemple, que 200 hommes de garnison, puisse fournir dans une année de 4 à 5000 malades et au-delà. Dans la province d'Oran, au contraire, les fièvres intermittentes sont rares, presque inconnues même, ce qui tient à ce que les plages ou points marécageux n'y sont qu'en petit nombre, en même temps qu'ils

sont tous plus ou moins éloignés des routes ordinairement parcourues par nos troupes. Ajoutons que ces points marécageux sont presque tous formés par des creux qui, à raison de leur nature, laissent peu de prise à la décomposition des matières organiques : elles sont salées. D'un autre côté, les matières organiques, soit végétales, soit animales, sont peu multipliées dans la province d'Oran, dont le sol se rapproche plus que celui des autres parties de l'Algérie de l'aridité des sables du désert.

A Bouffarick, village situé au milieu de la Métidja (1), à égale distance de Douéra et de Blida, quelques accès pernicieux ont été observés sur la fin de décembre, sous une température assez basse. En effet, dans toute la dernière quinzaine de décembre, le thermomètre ne s'est pas élevé à Bouffarick, à l'ombre, au-dessus de 10°, échelle centigrade. De plus, comme pendant tout ce laps de temps il a plu constamment dans la Métidja, le froid assez vif qu'on y éprouvait était loin d'être en rapport avec la température thermométrique.

Les cas de maladie dont nous parlons ont été fournis par le 48° de ligne, en garnison dans la localité; ils ne sont pas sans intérêt en ce sens qu'ils peuvent jeter quelque jour sur la part que prend la température dans la production des fièvres pernicieuses en général, fièvres dont le règne, en Algérie, comme ailleurs, coïncide ordinairement avec les fortes chaleurs de l'année.

On remarquait, dans les hôpitaux d'Alger, pendant les mois de novembre et de décembre, quelques militaires qui, dans le cours de fièvres intermittentes dont ils étaient atteints, étaient tout à coup devenus leucophegmatiques. MM. les docteurs Monard, qui avaient, dans leur service, plusieurs de ces malades, attribuaient la complication dont nous parlons à la terminaison imparfaite des accès, dont la période de chaleur avait été plus ou moins déprimée, interrompue par le froid humide auquel nos malades se trouvaient alors plus ou moins exposés.

Quelques cas de méningite se sont présentés dans la garnison d'Alger pendant le dernier trimestre de 1841; il y en avait à la fois dans les hôpitaux du dey et de la Salpétrière. La plupart passèrent à l'état chronique. Généralement, dans cet état, qui se prolongeait plus ou moins, les malades, avec une sorte de tendance à la convalescence, ne témoignaient le désir d'aucune alimentation; ils ne prenaient presque rien. Toutefois, ils ne maigrissaient pas; ils conservaient l'état d'embonpoint dans lequel ils avaient été surpris par la maladie. Il y a, dans la méningite, un arrêt de fonctions qui peut se concilier longtemps avec le maintien de la vie. Sur trois cas de méningite chronique, traités à l'hôpital de la Salpétrière par M. Pascal Monard, un seul fut suivi de guérison.

La méningite s'est continuée à Alger pendant les trois premiers mois de 1842, tant dans la garnison que dans la population, mais seulement par cas isolés. Dans le courant de mars, elle était à Blida, petite ville située à 50 kilom. d'Alger (2); elle tendait à y prendre la forme épidémique. Une nécropsie faite, le 21 du même mois, à l'hôpital de la Salpétrière, par M. Pascal Monard, d'un sujet mort de méningite chronique (Péloielle, du corps du 11e artillerie), fit découvrir sur les points où s'opère le dépôt de la matière couenneuse, de cette même matière dont l'aspect filamenteux tendait à faire croire qu'elle avait été le siége d'un travail d'absorption. Tombé malade le 3 février, Péloielle était entré à l'hôpital le 5, offrant les symptômes les plus graves; il présenta, pendant plusieurs jours, une diplopie des plus complètes.

Des cas d'hépatite, assez multipliés, ont été signalés, sur différens points de l'Algérie pendant le dernier trimestre de 1841. A Oran, un seul service de médecine en a compté jusqu'à 14 ou 15. M. le docteur Besseron, à l'hôpital de Mustapha, près Alger, en a eu trois en peu de temps. MM. les docteurs Charles et Pascal Monard, ainsi que MM. les médecins sous leurs ordres, en ont eu chacun plusieurs cas dans les hôpitaux du Dey et de la Salpétrière dont ils ont la direction. Les nécropsies faites, à Alger et ailleurs, par suite d'hépatite, offrirent presque toutes des foyers multiples. Un sujet mort dans le service de M. Mazinbert, à la Salpétrière, en présentait trois. M. Charles Monard en trouva le même nombre sur un de ses malades de l'hôpital du Dey. Un de ces foyers, qui faisait saillie sous les fausses côtes, avait été ouvert par notre confrère. Cette ouverture, à laquelle le malade survécut quinze jours, avait donné lieu à la sortie d'une suppuration très abondante. Les deux autres foyers étaient situés au-dessous de celui dont nous parlons.

Depuis que le choléra a régné épidémiquement à Alger, en 1835 et en 1837, il s'y rencontre de temps à autre par cas isolés, soit dans la population civile, soit parmi les troupes. Il en est de même sur les autres points de l'Algérie. Mais rarement les cas de choléra qui, dans ces dernières années, se sont présentés en Algérie, ont été mortels. Ainsi, par exemple, trois cas de cette maladie, qui éclatèrent à la fois parmi nos troupes, le jour même de notre entrée à Médéah en 1840 (17 mai), se terminèrent par la guérison, malgré les symptômes graves avec lesquels ils s'étaient annoncés et qui avaient pu faire croire un instant au début d'une épidémie. Une terminaison semblable fut celle de plusieurs autres cas de choléra qui s'observèrent dans les hôpitaux d'Alger pendant le dernier trimestre de 1841.

Durant ce même laps de temps, la rougeole a régné épidémiquement à Alger, tant dans la population civile que parmi les troupes. Bon nombre d'enfans y ont succombé, par suite des refroidissemens auxquels ils avaient été exposés, le temps étant alors froid et pluvieux.

Le chiffre de la mortalité produite par la rougeole, dans la population d'Alger, pendant l'épidémie dont nous parlons, s'est élevé à 134 individus savoir :

Européens	45
Musulmans	54
Juifs	35

Un cas de charbon s'est présenté à Alger dans les premiers jours de décembre, sur la femme d'un courtier de commerce. Cette dame, qui avait joui jusqu'alors d'une parfaite santé, y succomba rapidement. Le mal siégeait à la joue.

Le charbon se voit de temps à autre à Alger, où il est très connu des habitans; un de leurs derniers souverains en est mort.

Un israélite d'Alger, homme de 44 à 45 ans, d'une belle et bonne constitution, était atteint, depuis 1835, d'une fistule à l'anus, pour laquelle il remettait d'un jour à l'autre l'opération. La suppuration, jusqu'alors abondante, se supprime tout à coup, en même temps que la partie se gonfle et devient le siége d'une douleur très vive. Le malade fait examiner son mal par sa femme, qui aperçoit, au point où était la fistule, un corps blanchâtre et dur qui s'y trouvait engagé : elle l'enlève avec les branches rapprochées d'une paire de ciseaux. C'était un osselet présentant quelques aspérités sur une partie de sa surface. La suppuration se rétablit aussitôt par l'ouverture qu'obstruait le corps étranger, mais en diminuant chaque jour davantage, jusqu'à ce qu'enfin elle finit par tarir tout à fait, en même temps que la fistule se fermait et se cicatrisait. Mais alors, l'un des testicules s'engorgea, puis un peu d'eau s'accumula dans la tunique vaginale. C'est dans cet état que je vis le malade pour la première fois, dans les premiers jours d'octobre 1841. Sa maladie secondaire fut combattue par des émolliens, des applications de sangsues souvent répétées. Après avoir persisté avec assez de ténacité pendant cinq à six semaines, elle se dissipa insensiblement, de telle sorte qu'il n'en restait plus de traces dans les derniers jours de décembre. D'un autre côté, rien n'annonçait que la fistule dût reparaître; elle n'était pas revenue plusieurs mois après.

La morve, qui avait fait d'assez grands ravages en Algérie depuis le commencement de l'année, continua d'y sévir jusqu'à la fin. A la date du 18 novembre, le corps du train des équipages, à Alger, comptait, à son infirmerie de Mustapha, 30 mulets morveux; 8 autres étaient morts dans la nuit. Aux 30 mulets dont nous parlons, étaient joints quelques mulets farcineux.

En 1840, le seul corps du train des équipages, sur 2400 chevaux ou mulets, en perdit 1800, presque tous de la morve; quelques-uns du farcin. Les pertes faites par le même corps en chevaux ou mulets, en 1841, ne furent pas moins considérables : elles s'élevèrent à 2000.

A la morve et au farcin, comme causes de la grande mortalité qui régna en Algérie parmi les chevaux ou mulets des équipages, pendant les années 1840 et 1841, il faut ajouter quelques maladies graves contractées dans le cours des grandes expéditions qui eurent lieu, en Algérie, durant le laps de temps dont nous parlons. Ces maladies furent le résultat, les unes des grandes fatigues jointes à la mauvaise nourriture; les autres des blessures plus ou moins considérables produites par les bâts. Dans notre expédition de Médéah, en 1840, j'ai vu des mulets, en bon nombre, qui, par suite de ces blessures, avaient les deux flancs entièrement sphacélés jusqu'aux côtes.

La mortalité de la ville d'Alger, en 1841, a été de 1944 individus, savoir :

Musulmans	931
Israélites	221
Européens	792

Sur ces 792 Européens, dont 402 Français, 216 sont morts à l'hôpital civil.

(1) Vaste plaine qui s'étend de l'est à l'ouest, entre la chaîne du petit Atlas et le massif d'Alger. C'est là que prennent naissance les fièvres marécageuses qui s'observent dans la province d'Alger.

(2) Sur le revers nord de la chaîne du petit Atlas.

LETTRE SUR LA THÉRAPEUTIQUE DES INFLAMMATIONS ; par C. FORGET, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CAYOL, ANCIEN PROFESSEUR.

Très honoré maître,

Lorsqu'un homme aussi haut placé que vous dans la hiérarchie du talent consent à s'occuper d'un auteur, même à titre d'adversaire, c'est un hommage implicite qu'il lui rend ; car le fort dédaigne le faible, et le silence est un charitable avis à la médiocrité. Mon premier besoin est donc de vous remercier d'abord d'avoir bien voulu vous occuper de mon travail sur la *méningite épidémique*, puis de l'avoir fait en termes honorables, tout en opposant à mes principes la puissance d'une dialectique consciencieuse. (REVUE MÉDICALE, mai 1842.)

Je résume en deux mots le sujet en litige : de ce que, dans le traitement de cette maladie, l'opium a procuré d'heureux résultats à notre honorable confrère M. Chauffard et à moi-même, vous concluez qu'il ne s'agissait point d'une phlegmasie de l'encéphale, mais bien d'une fièvre nerveuse. Dominé par une vénération légitime pour les oracles de Cos, vous nous appliquez dans toute sa rigueur l'aphorisme : *Naturam morborum ostendunt curationes*. Eh bien ! c'est précisément à ce malencontreux aphorisme, ainsi qu'à l'interprétation donnée à son congénère : *Contraria contrariis curantur*, que depuis longtemps je méditais de déclarer la guerre. Je saisis donc l'heureuse occasion que me fournit votre honorable agression. Après avoir établi brièvement que l'inflammation est un fait, nous examinerons si la variabilité des moyens qui peuvent la modifier favorablement nous donne le droit d'en nier l'essentialité ou du moins l'importance en application ; car, livré à cet enseignement clinique sur lequel vous-même avez longtemps répandu de l'éclat, je serai sobre de raisonnemens et tâcherai de trouver de solides appuis dans les faits d'observation et de notoriété vulgaires.

« L'inflammation est une maladie caractérisée par la rougeur, la tuméfaction, la chaleur et la douleur. » Cette naïve définition des anciens a résisté aux savantes analyses de l'anatomisme moderne, lequel, en créant l'*hyperémie* comme expression d'un fait anatomique variable dans ses causes prochaines, a sans doute élucidé l'étiologie et le diagnostic différentiel de l'inflammation, mais n'a rien enlevé à la réalité du fait symptomatique. Lorsqu'aux élémens susdits vient se joindre la suppuration, il n'est plus de doute pour personne, et le monde est unanime pour voir et avouer l'inflammation. Or, tels étaient les caractères trop patens de notre épidémie ; aussi ne niez-vous pas, je pense, l'authenticité de l'inflammation encéphalique dans ce cas; mais plongeant au-delà, dans les obscurités des causes premières, vous voulez y voir une affection primitivement, essentiellement nerveuse, dont la phlegmasie n'était qu'une conséquence, un accident.... Eh bien ! pour parler net, je suis de votre avis, dans ce sens que, pour qu'une partie s'enflamme, j'admets, avec le sens commun, qu'il faut que cette partie soit vivante, c'est-à-dire qu'elle soit animée par l'innervation, laquelle est probablement la condition essentielle de la perception du stimulus, comme on dit dans nos écoles. Vous voyez que je ne suis point réfractaire à vos enseignemens ; peut-être même serez-vous ému de l'immense extension que, par cet aveu, je donne à vos doctrines.

Mais où nous conduira, je vous prie, cette interminable ascension vers les causes occultes ? Qui nous révélera l'origine et l'essence de cette altération nerveuse, expression vaporeuse d'un fait insaisissable dont se contente un peuple ignorant et superficiel, voire même le peuple des médecins ? Or, voilà précisément le nœud de nos dissidences : vous croyez comprendre l'essentialité nerveuse, et je ne doute pas que dans votre esprit pénétrant cette image n'ait un corps. Pour moi, je vous confesse avec humilité n'y voir que ténèbres et suppositions hasardées. Or, depuis que me fut dévolue la terrible responsabilité de la vie de nos semblables, je me suis fait une loi de n'agir jamais qu'à mon corps défendant sur la foi d'une hypothèse. Il me paraît d'ailleurs que l'expérience est faite depuis longtemps et qu'elle nous coûte assez cher pour qu'il nous en souvienne. En résumé, derrière le fait évident de l'inflammation, il existe nécessairement des agens occultes ; mais dans l'impuissance où nous sommes de les définir et de les combattre, force nous est de douter et de n'agir que sur les élémens qu'il nous est donné de saisir et de modifier. Or, ce qu'il y a de patent dans l'inflammation, c'est l'afflux et le séjour permanens du sang dans les tissus doués de vie, c'est l'exaltation de certaines propriétés: sensibilité, calorification, circulation, etc. D'autre part, l'observation directe, fécondée par le raisonnement, a mis en notre pouvoir certains moyens de modérer, dans la plupart des cas, cet appareil morbide; et ces cas échéans, nous appliquons ces moyens. Voilà tout ce que nous savons de réel et de sanctionné par la raison. Que si le résultat trompe nos prévisions rationnelles, nous sommes obligés de recourir à d'autres moyens que nous nommons alors empiriques. Mais l'empirisme est-il bien dans la nature ? Ce mot n'est-il pas l'expression de notre cécité ? Les phénomènes du monde vivant ne contiennent-ils pas tous en eux-mêmes la cause conséquente et rationnelle de leur existence ? Ceci nous conduit à l'examen du second point de la discussion; aussi bien ai-je hâte de sortir des nébulosités de la métaphysique.

Naturam morborum ostendunt curationes ! tel est l'article de foi sur lequel depuis deux mille ans s'appuie la religion médicale. Comme si la nature des actions thérapeutiques n'était pas pour nous lettre close aussi bien que la nature des actions morbides ! O vanité ! nous disputons sur les caractères de ce qu'il y a de plus évident : la rougeur, le gonflement, la douleur, et nous nous proclamons édifiés sur l'essence du mouvement dans la molécule vivante ! Et pourtant les faits nous brûlent les yeux où notre arrogance reçoit les plus éclatans démentis. *Contraria contrariis curantur*, disons-nous encore, et c'est avec cet élément que nous avons fabriqué la décevante kirielle des ANTI : insigne mystification dont chacun reconnaît le vide, le danger, le ridicule, et dont pourtant on a l'inconséquence de se faire un argument absolu, lorsqu'il s'agit d'étayer ou de combattre de graves principes scientifiques ! Certes, l'accord de la pathogénie et du résultat thérapeutique forment une présomption, et nous en usons comme les autres, mais cela ne peut jamais constituer une démonstration péremptoire. Nonobstant, toute la polémique actuelle paraît rouler sur ces deux arguments :

« 1° Les antiphlogistiques sont les saignées, les émolliens, les tempérans; donc tout ce qui ne guérira pas par cet ordre de moyens ne sera pas l'inflammation, CAR : *contraria contrariis curantur;* 2° tout ce qui guérira par d'autres moyens que ceux compris dans nos antiphlogistiques ne sera pas l'inflammation, CAR : *naturam morborum ostendunt curationes !* Et la plus simple réflexion, le coup d'œil le plus superficiel jeté autour de nous n'arrêtent pas l'expression de pareils sophismes ! Voyons ensemble :

1° Mentionnons d'abord ces maladies rebelles aux traitemens les plus rationnels, par le fait de leur intensité, de leur étendue, de l'importance et de la délicatesse des organes affectés : évidemment ici l'échec ne prouve rien.

2° Vous accordez aussi qu'il est des cas où la maladie guérit *malgré* le traitement. Sans quoi toute affection mal traitée serait incurable, et Dieu sait quel fléau serait alors la médecine pour l'humanité.

3° Tout le monde avoue ces phlegmasies chroniques, passives, septiques où, tout en reconnaissant l'inflammation, on convient que l'indication des antiphlogistiques directs est passée, si jamais elle a existé, et où les toniques, antagonistes des premiers, trouvent leur application rationnelle. Seulement, ces cas sont peut-être plus rares qu'on ne voudrait le faire croire aujourd'hui.

Mais arrivons aux phlegmasies franches, admises par tous, et voyons si nos aphorismes n'y seront pas notoirement convaincus d'imposture. Pour cela, prenons successivement les classes de médicamens autres que les antiphlogistiques directs, ainsi que nous proposons de les appeler par opposition aux suivans qui seraient des antiphlogistiques indirects.

4° ASTRINGENS. — Ces médicamens, de l'aveu de tous, sont indiqués dans les phlegmasies initiales et terminales, superficielles, aux époques d'invasion et de déclin. Il est même des phlegmasies confirmées qui cèdent merveilleusement à leur emploi, telles sont l'ophthalmie, l'angine, certains érysipèles, et pourtant l'alun, le sulfate de fer, les bois astringens ne sont pas des antiphlogistiques. C'est ce qu'on accorde aisément, parce que l'astriction des capillaires est un phénomène facile à comprendre. Faisons remarquer pourtant que si la nuance et l'instant sont mal choisis, la phlegmasie peut fort bien renaître ou s'agraver malgré ou par les astringens. Ce sont en quelque sorte des antiphlogistiques conditionnels.

5° IRRITANS. — Quoi de plus irritant que les cantharides, le calorique latent, etc., et pourtant on guérit l'érysipèle par le vésicatoire *loco dolenti* (Dupuytren) ainsi que l'ophthalmie (M. Velpeau). La théorie dit alors qu'une inflammation de cause externe est substituée à une inflammation de cause interne; mais ce n'en sont pas moins des inflammations. Appliqué au voisinage des parties affectées, le vésicatoire dérive ou révulse comme on dit; les irritans sont alors des antiphlogistiques par substitution.

6° CAUSTIQUES. — Le nitrate d'argent est devenu dans les mains des

modernes un des remèdes les plus précieux et les plus répandus ; l'ophthalmie, l'angine, l'érysipèle, la variole, l'uréthrite, le chancre, etc., y trouvent un modificateur merveilleux. Or, un praticien vient tout récemment de démontrer devant l'Académie de médecine que le nitrate d'argent appliqué à l'œil sain y détermine une inflammation violente. Que le nitrate d'argent resserre, oblitère les vaisseaux enflammés, peu importe; il guérit les inflammations, et pourtant ce n'est pas un antiphlogistique direct.

7° Résineux. — Rangés par tous les pharmacologues parmi les excitans, le copahu, la térébenthine, le goudron constituent des remèdes excellens dans certaines phlegmasies telles que l'uréthrite simple, la cystite chronique, la bronchite, etc.; mais, dit-on, c'est un spécifique des flux muqueux...., et l'eczéma (M. Emery) est-il un flux muqueux? Les flux muqueux ne sont-ils donc pas le plus souvent produits par des inflammations?

8° Les mercuriaux en général et notamment le sublimé corrosif ne sont point considérés comme antiphlogistiques directs, et pourtant l'onguent mercuriel guérit l'érysipèle, le panaris, les phlegmasies séreuses (péritonite, pleurésie, hydrocèle, hydarthrose, etc.); le calomel en poudre, en pommade, en lotions, guérit des ophthalmies, des vaginites, des dermites, etc.; le sublimé forme un excellent collyre résolutif de la conjonctivite, sans que pourtant on songe à rien voir de spécifique dans ces affections.

9° Antimoniaux. — La pneumonie est le type de l'inflammation ; le rhumatisme articulaire aigu ressemble beaucoup aux phlegmasies; or, le tartre stibié à haute dose fait merveille dans la première et peut rendre des services dans le second, abstraction faite de l'élément bilieux. Or le tartre stibié est un poison âcre. Il y en a qui prétendent qu'il agit comme révulsif. Ce n'est pas ici le lien d'approfondir cette grave question.

10° Évacuans intestinaux. — Les affections gastriques appelées par les uns irritations gastriques, par les autres embarras saburral ou bilieux, l'entérite diarrhéique ou dysentérique, l'entérite folliculeuse qui comportent les caractères patens de l'inflammation, sont parfois avantageusement modifiées par les vomitifs et les purgatifs. Pourtant ne vous y fiez pas, et craignez ce jeu dangereux de quitte ou double où ne se hasarde jamais le praticien consciencieux. Eh bien ! les partisans des évacuans intestinaux qui veulent bien reconnaître le caractère inflammatoire de ces diverses affections n'ont pas manqué d'argumens pour rationnaliser ces remèdes; ils les ont hardiment comparés à la saignée, sous prétexte qu'ils dépouillent le sang d'une partie de son sérum. Mais, encore une fois, peu importe l'explication; ces évacuans sont des irritans, et leur effet curatif est réel; nous l'admettons, car nous l'avons nous-même observé, et ne l'avons jamais nié, quoi qu'on en ait dit.

11° Narcotiques. — Nous arrivons au point capital, à celui qui est spécialement le motif et l'objet de cette discussion. Or, tâchons de nous entendre. En affirmant que notre épidémie de méningite fut une fièvre nerveuse, auriez-vous prétendu dire que toutes les méningites sont des fièvres nerveuses? Il y aurait là logomachie, car il est convenu que les caractères distinctifs des affections nerveuses en général sont l'absence de lésions anatomiques appréciables et aussi l'absence de fièvre. Mais telle n'a pas été votre pensée, et vous avez bien voulu dire que notre méningite différait essentiellement des méningites ordinaires, parce que l'opium lui fut avantageusement appliqué. Je crois avoir démontré, dans un long travail, que, sous tous les aspects, notre méningite épidémique ressemblait à la méningite sporadique. Je n'ai omis qu'un point, c'est celui que vous avez saisi, à savoir, que la curabilité par l'opium pourrait bien constituer une spécialité ; c'est que, veuillez me le pardonner, très honoré maître, je ne pouvais, je n'eusse jamais pu prévoir une telle objection.

Étaient-ce donc des fièvres nerveuses que ces fièvres graves et surtout ces varioles confluentes que Sydenham traitait avec tant d'avantage par les opiacés? Je ne crois pas que ce fussent des fièvres nerveuses que ces deux ou trois cas de délire fébrile traités antérieurement à la clinique par le même moyen, et qui, Sydenham aidant, me mirent sur la voie d'appliquer l'opium à notre épidémie.

Pourtant, mon très cher maître, le poids de votre autorité eût pu m'ébranler, si, par le plus heureux hasard, il ne se fût offert, il y a quelques semaines, plus d'un an après l'extinction de l'épidémie, un cas venu comme tout exprès pour m'enlever tout scrupule à l'endroit de votre argumentation : c'est celui d'un homme entré à la clinique en juin dernier, avec une belle méningite, isolée, sporadique, et ressemblant néanmoins *ut ovum ovo* à celles observées pendant l'épidémie (par la raison toute simple que notre épidémie ressemblait exactement à la méningite sporadique), et chez lequel le délire, survivant à la réaction, fut combattu avec le même succès par l'opium, après les saignées préalables, bien entendu.

Veuillez y réfléchir, très honoré maître, et vous ne trouverez pas cela plus étonnant que de voir réussir dans une foule de phlegmasies l'alun, le vésicatoire, le nitrate d'argent, les résines, le mercure, l'antimoine, etc. Il y a plus, de tous les antiphlogistiques indirects l'opium est peut-être le plus rationnel : il existe, en effet, entre la douleur et la fluxion inflammatoires une fatale réciprocité, une sorte de cercle vicieux, en raison desquels l'une s'entretient et s'augmente par l'autre. Enlevez un des élémens, et l'autre fléchira ; c'est ainsi que les saignées calment la douleur ; et quoi de plus propre à neutraliser cet élément de douleur que l'opium, le calmant par excellence? Vous ne prétendez pas, je pense, que mon opium ait soustrait en quelques heures le pus épanché à la surface de l'encéphale; mais l'opium, en rendant l'encéphale insensible à la stimulation du pus, réduisait celui-ci aux conditions d'un corps inerte, et l'absorption faisait le reste. Néanmoins, je persiste à penser, avec Sydenham, qu'il convient de modérer préalablement l'orgasme inflammatoire. Un illustre observateur, dont moins que personne vous ne récuserez l'autorité, Stoll, a dit : « Dant tont concours de phlogose avec d'autres maux, quels qu'ils soient, le premier soin qu'on doit avoir c'est de l'inflammation. » (Méd. prat., tom. iii, pag. 296. (Aphorismes), trad. de Mahon.)

Si mon raisonnement n'est pas susceptible de démonstration matérielle, vous avouerez qu'il vaut bien ce je ne sais quoi de nerveux que l'opium aurait dissipé je ne sais comment. Et puis, vous paraissez considérer l'opium comme un antispasmodique pur et infaillible. Hélas, il n'en est pas ainsi, vous le savez bien; et si l'opium calme parfois les spasmes, s'il guérit le delirium tremens, ainsi que j'en ai vu et publié des exemples, combien est-il d'autres affections nerveuses contre lesquelles il demeure impuissant! L'épilepsie, le tétanos, la chorée, l'hystérie, la sciatique, la névralgie faciale, etc., etc., lui résistent le plus souvent. Vous voyez donc bien que le succès de l'opium ne prouve pas plus la névrose que son insuccès ne prouve la phlegmasie.

Vous plaisantez avec une aménité des plus courtoises sur mes idées classiques, dont vous rapportez l'origine à la doctrine physiologique. Pardon, cher maître, vous errez diamétralement. Et d'abord, je suis trop heureux d'avoir reçu vos leçons, pour vous le laisser oublier; ensuite, ce n'est pas Broussais, c'est son antithèse, c'est Brown qui a dit : « *Opium, me hercle, non sedat.* » Ce n'est pas Broussais qui a vu l'opium produire des congestions cérébrales, ce sont les cliniciens et les toxicologistes de tous les temps. Avais-je donc si grand tort de m'en défier un peu?

Eh bien ! que deviennent maintenant le *naturam ostendunt curationes* et le *contraria contrariis curantur?* Ne croyez pas pourtant que mon intention soit d'effacer ces aphorismes et d'épouser cette triste bouffonnerie qu'on appelle homœopathie ; ces sentences doivent rester comme expression de faits généraux, mais non pas universels. Nous ne devons les accepter que sous bénéfice d'inventaire, c'est-à-dire en faisant réserve des exceptions, assez nombreuses, vous l'avez vu. Il en sera de même des anti, qui, vous le voyez encore, n'expriment que des faits variables et de convention, et dont l'acceptation absolue, tels qu'on nous les donne, aurait pour effet nécessaire de fausser le jugement des adeptes au détriment des malades ; que si l'embarras des classifications nous oblige à les conserver, tâchons au moins de les distinguer en agens directs et indirects, exprimant par ce dernier mot notre ignorance sur le mode d'action intime de ceux qui sortent des catégories classiques. Ces mots, je n'y tiens pas ; trouvez-en d'autres, mais distinguons.

Vous voyez aussi que l'observation et le raisonnement nous obligent à séparer le fait pathologique du fait thérapeutique, l'un n'impliquant pas nécessairement l'autre : le premier est positif, immuable, en tant que manifestation extérieure ; l'autre est douteux et précaire, en tant que produit éventuel du jeu latent de l'organisme ; aussi disais-je, en parlant des fièvres typhoïdes : « Si les résultats du traitement constituent une présomption, ils n'ont pas la valeur d'une preuve démonstrative, et dût l'entérite folliculeuse se montrer rebelle aux antiplogistiques (directs), cela ne suffirait pas pour ruiner notre édifice et mettre à néant les témoignages que nous avons accumulés en sa faveur. » (Traité de l'entérite foll., p. 552.) C'est ce que ne comprendront jamais les esprits superficiels.

Cessons donc de sacrifier à certains préjugés devenus sacrés, parce qu'ils sont antiques et familiers au vulgaire. Sachons accepter les exceptions fatalement attachées à toutes les lois formulées par la science humaine. N'oublions pas que la sagesse ineffable a des voies qui nous sont inconnues, et que la mystérieuse nature sait, par mille détours cachés, arriver au même but. Convenons enfin qu'en fait de science, comme dans toutes les choses de la vie, l'événement est la raison des pauvres d'esprit, et que les principes peuvent subsister indépendamment de quelques

résultats exceptionnels et contradictoires en apparence; car, encore une fois, nous ignorons le lien occulte qui rattache certaines causes à certains effets; d'où je conclus finalement, très honoré maître, que certains résultats thérapeutiques ne peuvent détruire nos idées acquises sur la phlegmasie, et que, pour céder parfois à des moyens que la myopie de notre esprit lui croit antipathiques, l'inflammation n'en est pas moins un grave élément de maladie, que la réaction doctrinaire, le sophisme et la vanité n'effaceraient momentanément qu'aux dépens de l'humanité.

Ne croyez pas, cher maître, que mon intention soit ici de convertir personne. Je ne sais quel sage a dit qu'on ne persuade jamais aux hommes que ce qu'ils croient déjà. J'ai dit moi-même quelque part que si la vérité sortait de son puits, l'homme s'efforcerait de l'y replonger, pour se donner le plaisir de la chercher encore : vérités banales, que votre expérience a mûries. Aussi n'ai-je eu pour but, dans cette épître, que de me rappeler au souvenir d'un maître pour qui j'ai conservé la mémoire du cœur, comme pour tous ceux à qui je dois quelques lumières.

Agréez, etc.

NOTE SUR LES FIÈVRES INTERMITTENTES LARVÉES; par M. E. COMBES, docteur-médecin à Toulouse.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR DE LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS.

Monsieur,

Dans le numéro 27 de la GAZETTE MÉDICALE (1842, p. 426), vous avez publié une observation de pneumonie intermittente qui vous a été communiquée par M. le docteur Corbin, médecin à Orléans, et dans laquelle les symptômes assez caractéristiques de cette affection, ayant d'abord paru céder à une application de sangsues sur la partie gauche de la poitrine, reparurent le quatrième jour, furent combattus par le sulfate de quinine, se reproduisirent encore au jour correspondant, au type quarte sans doute, et disparurent enfin totalement sous l'influence de doses décroissantes du puissant antipériodique.

L'auteur de cette observation l'a fait suivre de quelques observations d'après lesquelles on peut juger qu'il considère la phlegmasie pulmonaire comme complètement distincte de l'affection intermittente, chose dont il paraît douter d'autant moins qu'il commence son histoire par ces mots : « Mad. L. (ent une pneumonie qui envahit les deux tiers du poumon gauche.... », et qu'il dit ensuite que « sous l'influence de la constitution régnante survient une fièvre intermittente qui, à chaque frisson, en concentrant le sang à l'intérieur, double la congestion, etc. », et qu'il réduit enfin la pneumonie à un prétendu état latent dans l'intervalle des accès. Cette doctrine, Monsieur, quoique très classique et partagée par on assez bon nombre d'auteurs, me paraît devoir être combattue bien moins dans un intérêt de théorie que dans un but pratique; car si l'on admettait une inflammation intercurrente dans les affections intermittentes, et surtout dans certaines localités, il pourrait se faire, comme vous le faites très judicieusement sentir dans la note qui vous est propre, que la thérapeutique qui en serait la conséquence devînt funeste aux malades, autant par l'application d'un remède intempestif que par l'ajournement de celui qui serait nécessaire. Ce point de doctrine, vers lequel des médecins heureusement placés pour observer sur une grande échelle, comme dans nos possessions d'Afrique, les environs de Rochefort, etc., ont dirigé leurs recherches, sera sans doute bientôt élucidé au point que les faits analogues à celui rapporté par le docteur Corbin ne paraîtront plus exceptionnels, surtout dans les lieux où les affections intermittentes sont endémiques, et que le sulfate de quinine sera souvent employé seul, même dans certaines affections pneumoniques qui semblent continuer, et qui sont réellement sous l'influence de l'intoxication intermittente. Il quittera alors cette singulière dénomination de contro-stimulant, inventée pour s'accommoder à la circonstance, pour reprendre celle d'antipériodique, la seule qui lui convienne. C'est de ces affections que Torti, qui avait compris leur véritable caractère, disait : *De intermittente sensim in continuam acutam et malignam migrat.*

Placé moi-même pendant plus d'une année au foyer des fièvres intermittentes le plus terrible du nord de l'Afrique, à Bone, j'ai eu l'occasion d'en observer un grand nombre, et de me former sur la continuité ou l'intermittence de leurs symptômes, ainsi que sur les rapports qui lient l'état général aux congestions locales, des opinions qui ne sont pas celles de votre honorable correspondant. Ces opinions sont à peu près les mêmes que celles qu'ont puisées sur les mêmes lieux MM. Maillot et Worms, que Torti avait pressenties à Rome, et Werlof dans le Hanovre. « J'ai été conduit, dit M. Maillot, à trouver des rapports, de la filiation, de la consanguinité entre les affections intermittentes et continues du nord de l'Afrique, en considérant qu'aux fièvres intermittentes simples de février et mars avaient succédé, en avril et mai, des fièvres du même type, *avec des complications plus ou moins graves*. En même temps nous commencions à avoir un assez grand nombre de maladies continues qui avaient été jusque là très rares. Je fus frappé de la promptitude avec laquelle les fièvres intermittentes de cette époque passaient au type rémittent et continu, lorsqu'on n'arrêtait pas les accès. » (Maillot, TRAITÉ DES FIÈV. CÉRÉBRO-SPIN. INTERM.) Me réservant de traiter ailleurs cette grande question, savoir, les rapports de l'état continu à l'état intermittent de la fièvre, je n'ajouterai rien à ces réflexions, dont j'ai pu bien des fois reconnaître la justesse, et que je vois se réaliser encore quelquefois d'une manière moins pernicieuse, il est vrai, à Toulouse, où j'exerce la médecine, et où règne bien évidemment plusieurs fois dans l'année une constitution intermittente.

Je vais vous citer à cette occasion deux observations qui me paraissent offrir des caractères assez tranchés pour pouvoir faire admettre une localisation, si je puis m'exprimer ainsi, de l'intoxication intermittente.

OBS. I. — Un artilleur robuste, sanguin, 28 ans, fut apporté vers les huit heures du soir à l'hôpital de la grande Mosquée de Bône. Cet homme avait été trouvé étendu par terre à une légère distance de la ville, et on ne put avoir aucun renseignement sur son état antérieur; lorsque je le vis pour la première fois, il était dans son lit couché en supination il avait tous les muscles dans un état de convulsion tonique, les mâchoires convulsivement rapprochées, les yeux ouverts et fixes, la pupille se contractait peu sous l'influence de la lumière; le pouls était petit, concentré, à 65; la peau d'une chaleur à peu près normale; le sujet était grand, musculeux, sanguin; la face n'était pas injectée. Je crus d'abord à un état apoplectique, à un épanchement dans les lobes cérébraux, et j'allais pratiquer une saignée lorsque cédant à la crainte que m'inspirait cette médication (et j'avais de bonnes raisons pour cela) j'ordonnai à un infirmier de rester près du malade, de bien l'examiner et de venir me chercher immédiatement, s'il avait l'air de suer, d'avoir froid ou de se réveiller; deux heures s'étaient à peine écoulées que l'infirmier vint me dire que le malade s'était remué et avait regardé de côté; je me rendis auprès de lui, je lui adressai quelques questions, auxquelles il ne répondit pas; il semblait hébété. Je pris son pouls qui ne me donna que 52. Je remarquai que ses ongles étaient violacés. Ce symptôme me suffit, j'administrai de suite une potion de 60 grains (3 grammes) de sulfate de quinine, et, malgré la contraction tétanique des muscles de la mâchoire, le malade l'avala presque toute; il semblait porté de bonne volonté, et je lui fis de plus administrer un demi lavement qui contenait la même dose du médicament. Le lendemain à la visite, cet homme, que je croyais trouver mort ou à peu près, avait recouvré en grande partie l'usage de ses sens, et il balbutia quelques mots autant que put le lui permettre une hémiplégie complète du sentiment et du mouvement que je n'ai combattue que par les préparations de quina et quelques révulsifs appliqués sur les extrémités inférieures, et qui avait entièrement disparu le septième jour où il sortit de l'hôpital *entièrement guéri*.

OBS. II. — Je suis moi-même le sujet de cette observation. Placé depuis longtemps au foyer des fièvres pernicieuses et dans les conditions qui favorisent leur développement, la vie des camps, etc., j'avais résisté pendant plusieurs mois, grâce à une constitution robuste (j'avais alors 28 ans), aux causes diverses qui devaient la faire développer, lorsque, tout à coup vers onze heures du soir, une heure après m'être couché, je sentis avec une grande difficulté de respirer un embarras extraordinaire, un poids, une constriction dans les grosses divisions bronchiques jusqu'au larynx, accompagnés d'un picotement désagréable et d'une expectoration tellement pressante que, pendant l'espace d'une heure à peu près, un crachat n'attendait pas l'autre. Après ce temps, je m'endormis tranquillement, et le lendemain je me souvenais à peine de ce qui s'était passé. Les mêmes phénomènes se reproduisirent à la même heure pendant quatre jours consécutifs, et, comme ils ne m'offraient aucune gravité, je négligeais de les combattre, lorsque vers le cinquième accès je sentis une douleur de côté et une dyspnée assez forte pour me faire croire à l'existence d'une pneumonie gauche; j'allumai un flambeau, et alors grand fut mon étonnement de voir que les nombreux crachats étaient striés d'un sang rutilant, et traduisaient l'existence d'une hémoptysie assez abondante. L'heure fatale passée, tout rentra dans l'ordre; je m'endormis d'un sommeil tranquille, accompagné d'une sueur assez considérable, et le lendemain je pris une potion qui renfermait 12 décigr. de sulfate de quinine et 5 centigr. d'opium. La nuit suivante fut calme, et je n'ai plus rien vu de ma broncho-pneumonie intermittente.

Voilà, je crois, deux exemples péremptoires de fièvres larvées (terme impropre du reste) et qui prouvent que les lésions qui se rapportent directement aux organes dans les intoxications intermittentes ne sont pas des inflammations proprement dites, lesquelles ont un caractère de ténacité incompatible avec la disparition subite des accidens morbides, et ne sont pas même les affections dont elles présentent les symptômes. Ceci me conduit à vous faire part d'une remarque qui n'avait pas échappé à M. le doct. Maillot, qui publia son ouvrage en 1835, ainsi qu'à M. Worms dont le mémoire a paru plus récemment, c'est que les maladies dont le

caractère paraît être éminemment intermittent affectent une forme de plus en plus continue, à mesure qu'elles deviennent plus nombreuses et plus intenses, et qu'elles emportent avec elles la division de leurs stades avec des intervalles apyrétiques de moins en moins marqués jusqu'à ce qu'ils finissent par disparaître tout à fait, et laissent à leur place une affection continue à laquelle une attention soutenue et un esprit profond d'observation peuvent à peine reconnaître la trace de rémission ; quelquefois même cela est tout à fait impossible (Maillot, p. 19 et suiv.). Il est difficile alors de ne pas se méprendre sur l'essence de la maladie, et les douleurs locales qui quelquefois l'accompagnent; les lésions des fonctions sécrétoires ou autres, les symptômes cérébraux, le coma surtout peuvent aisément en imposer au praticien non prévenu, et lui faire adresser à de prétendues phlegmasies ou congestions actives toutes les médications que semblent indiquer les symptômes et dont l'effet, ne s'adressait qu'à une lésion concomitante, ou à une affection sympathique, laissant à l'affection principale le temps de produire sur le malade son effet délétère et mortel. Les complications existent, sans doute. J'ai vu souvent des malades fébricitans présenter en même temps tous les signes d'une pneumonie, d'une pleurésie, d'une gastrite, d'une *arachnitis*, d'une congestion cérébrale, etc. ; maladies qui quelquefois semblaient marcher d'une manière indépendante, et persistaient dans les jours ou les heures d'apyrexie, et dans d'autres circonstances ne faisaient que paraître avec l'accès, surtout dans le stade de chaleur, et disparaissaient ensuite avec lui. Je ne puis m'empêcher de reconnaître une immense différence entre ces deux maladies, qui cependant affectent le même organe, et de rapporter quelquefois, avec M. Bouillaud (Dic. de méd., art. *Fièvre*), les symptômes locaux continus à une irritation des tissus organiques, et les intermittentes à une affection nerveuse de l'organe qui accuse la souffrance. Avec cette manière de voir, je n'adopterai qu'avec de grandes restrictions la division de M. Chomel en fièvres pernicieuses apoplectiques, pleurétiques, pneumoniques, cardialgiques, etc. Cette dénomination tend à convertir en une seule affection deux maladies distinctes ; elle semble rapporter à une lésion locale les effets funestes d'une maladie qui a son siége dans un système générateur, et semblerait conduire à des traitemens locaux ou généraux rationnels, qui seraient bien funestes. C'est l'écueil dans lequel sont tombés tous les premiers médecins qui eurent à combattre ces fièvres en Afrique, et qui, méconnaissant leur véritable nature, leur appliquèrent les traitemens qui leur semblèrent les plus appropriés, et eurent conséquemment dans leur pratique une effrayante mortalité. Ils combattaient une gastro-céphalite, et l'intoxication tuait le malade. Guidés par le génie d'observation, quelques médecins, au nombre desquels je dois citer honorablement M. Maillot, s'aperçurent qu'ils avaient affaire à des fièvres pernicieuses, et le traitement antipériodique fut à peine appliqué, timidement d'abord, puis avec une vigueur proportionnée au danger, que la mortalité diminua d'une manière extrêmement remarquable.

Voici les résultats numériques du changement de thérapeutique, dont la gloire revient à M. Maillot :

Dans une garnison qui variait de 3 à 5 mille hommes, il y eut, du 16 avril 1832 au 16 mars 1835 :

Entrans	22,330
Sortans	19,612
Morts	2,513

Répartis ainsi qu'il suit :

	Entrans.	Sortans.	Morts.
1832	4,033	3,132	449 (1 mort sur 7 sortans.)
1833	6,704	5,299	1,526 (1 mort sur 3 1/2 sortans.)
1834, jusqu'au 16 mars 1835	11,593	11,181	538 (1 mort sur 20 sortans.)

Ainsi (ce sont les assertions de l'auteur), du 1er janvier 1834 au 16 mars 1835, on a reçu à l'hôpital 856 malades en plus que pendant les années précédentes, et l'on a eu 1437 morts au moins. Les maladies étant les mêmes, que conclure de cette différence ? Ajoutez à cela que dans les salles où l'on saignait, la mortalité, même à des époques postérieures, était triple de celle des salles où l'on ne voyait que le génie intermittent, et nous conclurons que vous aviez raison de trouver que des cas analogues à celui du docteur Corbin sont nombreux dans la science, et que ce praticien a eu raison de donner du sulfate de quinine, même quand il ne se serait pas douté qu'il faisait de la prose.

Observation de diabète sucré, recueillie dans la pratique de M. Naudin, professeur d'anatomie à l'École de Médecine de Toulouse, par M. E. Combes, D. M. P.

Obs.—M. L., âgé de 34 ans, curé d'une paroisse située près de Toulouse, dans une localité saine et bien aérée, exclusivement livré aux travaux du sacerdoce, d'un tempérament lymphatico-sanguin, grand et bien constitué, n'ayant pas eu d'autre maladie sérieuse, se trouvait, dans le mois de septembre 1841, époque de vendanges, dans un endroit où l'on faisait du vin doux (ce qui consiste dans un suc de raisin soutiré et mis en futailles avant la fermentation), et but une assez grande quantité de ce vin, qui est doué d'un goût agréable et qui a la réputation de n'être jamais malfaisant. Quelques jours après l'usage de cette boisson, M. L. éprouva une certaine indisposition qui se traduisait par les symptômes suivans : bouche sèche, pharynx brûlant, épigastre douloureux, chaleur dans la région de l'estomac et du reste des voies digestives, sentiment de pesanteur et de fatigue dans les lombes, soif vive, appétit assez prononcé, sommeil court et léger, lassitude spontanée, faiblesse musculaire générale; les selles étaient normales. Le chirurgien appelé pour lui donner des soins, au milieu de ce groupe de symptômes, diagnostiqua une *gastrite*, et même au besoin un peu d'*entérite*, et prescrivit en conséquence le repos, le sirop de gomme, l'eau d'orge, et pour toute nourriture des bouillies féculentes et sucrées.

Cependant les symptômes s'aggravaient, et l'état du malade empirait de jour en jour sous l'influence de ce malencontreux régime; le besoin d'une alimentation abondante se faisait de plus en plus sentir, la soif devenait de jour en jour plus ardente, à mesure qu'augmentait la sécrétion urinaire, et la faiblesse musculaire ainsi que l'émaciation générale faisaient sans cesse d'effrayans progrès, lorsque le malade se décida à se rendre chez une dame de ses parentes qui habite Toulouse, pour réclamer les soins des médecins de cette ville (c'était vers la fin du mois de février 1842). Il s'adressa dans ce but à M. le professeur Naudin. Après quelques questions sur les causes, l'invasion et les premiers symptômes de la maladie, l'inspection des urines, dont les propriétés physiques étaient assez caractéristiques, fit naître, concurremment avec les autres symptômes, dans l'esprit du médecin, un soupçon sur la nature du mal, qui ne tarda pas à passer à l'état de certitude. La quantité des boissons fut exactement pesée. Elle s'éleva dans les vingt-quatre heures à 3 kilog. Les urines rendues dans le même espace de temps pesèrent 6 kilog. et demi, plus du double des liquides ingérés ; dès-lors, plus de doutes sur la nature diabétique de la maladie. Des recherches chimiques pouvaient seules confirmer ces soupçons, et donner de plus la mesure de l'efficacité du traitement mis en usage. M. Filhol, professeur de chimie médicale à l'École-de-Médecine de Toulouse, voulut bien se charger d'analyser à plusieurs reprises les urines de M. L., et je dois à son obligeance les notes que je vais transcrire.

L'urine était presque sans couleur, elle n'offrait qu'une teinte légèrement citrine; son odeur n'avait rien de celle de l'urine normale; sa saveur était manifestement sucrée; sa densité, beaucoup plus forte que celle de l'urine ordinaire, était de 1065. Elle était sans action sur le papier de tournesol ; mêlée avec de l'acide azotique pur et concentré, et laissée à l'air pendant vingt-quatre heures. Elle ne laissa pas déposer des cristaux de nitrate d'urée ; elle n'en présenta pas non plus lorsqu'elle eut été traitée par le même réactif, après avoir été préalablement évaporée à moitié. Evaporée à siccité avec beaucoup de précaution, elle laissa un résidu très abondant coloré en brun par une matière extractive. Ce résidu avait une saveur fortement sucrée; 900 grammes d'urine en avaient fourni 94 grammes dissous dans l'alcool à 40 degrés ; sa solution était presque incolore; elle fut cependant traitée par un peu de charbon, puis abandonnée à une évaporation spontanée, elle se convertit ainsi à un sirop limpide et très épais, d'une saveur franchement sucrée, mais qui refusa constamment de cristalliser ; ceci prouve que le défaut de cristallisation ne tient pas toujours à ce que l'opération a été faite à une température trop élevée. Une partie de ce sirop fut mêlée avec dix fois son poids d'eau et un peu de levure de bière préalablement lavée à l'eau froide; le tout fut placé dans un flacon muni d'un tube recourbé qui se rendait sous une cloche remplie de mercure. La fermentation ne tarda pas à s'établir et il se dégagea beaucoup d'acide carbonique. Le liquide restant avait une odeur légèrement alcoolique ; il fut distillé avec soin, et l'on put retrouver dans le premier produit de la distillation l'odeur et la saveur de l'alcool. Cette urine renfermait donc du sucre, et, de plus, l'urée n'y existait pas en proportion aussi considérable qu'à l'état normal.

Tel fut le résultat de l'analyse de la première urine qui fut soumise à ce mode d'examen ; en attendant le malade avait été soumis à un traitement tonique et nutritif dont les anciens avaient déjà reconnu l'efficacité, Celse, Arétée, Alex. de Tralles, etc., et que les modernes qui se sont occupés de cette question, Gueudeville, Dupuytren, MM. Thenard, Rochoux, et en Angleterre, M. George Barlon, ont aussi préconisé. Il fut soumis en conséquence à un régime presque complètement animal ; à peine lui fut-il permis de manger 50 grammes de pain avec des viandes rôties ou grillées ; il se mit en même temps à l'usage du vin de Bordeaux, et ne prit pour boisson ordinaire qu'une décoction assez concentrée de gentiane de Colombo et de substances astringentes. La plus stricte prohibition s'étendit sur les préparations dont le sucre et les fécules diverses doivent faire partie.

Déjà après six jours de traitement, au milieu d'un amendement de tous les symptômes, on remarquait une grande diminution dans la sécrétion des urines et dans le besoin d'ingérer des alimens et des boissons. L'urine présentait une couleur jaune-paille assez prononcée ; son odeur était désagréable et se rappro-

chait beaucoup de celle de l'urine à l'état normal; sa saveur désagréable, sans goût particulier, était à peine sucrée. Sa pesanteur spécifique était de 1,025; M. le professeur Filhol l'ayant analysée de nouveau d'après les procédés de M. Bouchardat, pour retrouver les cristaux de nitrate d'urée, trouva qu'évaporée à moitié et mélangée avec de l'acide azotique, elle donnait au bout de 24 heures un dépôt très abondant de ce sel. Evaporée à siccité, une autre portion laissa un résidu très abondant et très coloré. L'urine répandait pendant son évaporation une odeur forte et animalisée. Le résidu avait un goût peu sucré; traité par l'alcool à 40 degrés, il fournit une petite quantité de sucre incristallisable; ainsi la quantité de matière animale avait augmenté en même temps que diminuait celle du sucre. Un litre de cette urine ne fournit que 85 grammes de résidu; nous avons vu plus haut que dans la première 900 grammes en avaient fourni 94 grammes.

En comparant la composition chimique des urines avant et après l'alimentation azotée, on ne peut s'empêcher de reconnaître que son action fut aussi énergique que rapide et d'adopter pleinement la relation qui lie l'effet à la cause. Les changemens survenus dans l'urine ont, du reste, complètement confirmé cette assertion de M. Bouchardat, que chez les diabétiques comme chez les personnes en santé la proportion d'urée contenue dans l'urine est relative à la quantité d'alimens azotés dont ils font usage (Mém. sur le diab., p. 326 du Jour. des Conn. méd.-prat., t. vi) et ont prouvé aussi que la soif de ces malades, la quantité et la composition de leurs urines étant en rapport avec celle des alimens sucrés et féculens dont ils font usage, si on diminue ou supprime ces alimens pernicieux, la soif et les autres symptômes suivent immédiatement une marche rétrograde parfaitement comparable. C'est en effet ce qui arriva à M. L... qui, se trouvant vers la fin du carême dans un tel état d'amélioration, qu'il reprit les fonctions de son ministère, crut pouvoir observer aussi les lois d'abstinence que l'Eglise prescrit à cette époque; mais la soif ardente et tout le cortége des symptômes diabétiques ne tarda pas à se présenter de nouveau, ainsi que la quantité et l'état sucré des urines, et il a fallu un prompt retour vers le régime précédemment ordonné pour procurer un amendement dans les symptômes et un retour graduel à la santé, qui, d'après des nouvelles récemment reçues, continue aujourd'hui à être complète (15 juillet 1842).

Alors fut prescrit, de plus, le bicarbonate de soude à la dose de 1 à 2 gram. par jour dans sa tisane.

L'étiologie du diabète est ici d'autant plus incontestable que le malade qui ignorait certes que Willis cite un cas de cette affection qui s'est développée par suite de l'usage immodéré du vin du Rhin, et que Lister en attribue d'autres à l'usage de liquides qui contiennent de l'acide carbonique, ne se doutait pas le moins du monde que sa maladie eût été occasionée par le vin doux et non encore fermenté dont il avait bu une quantité inaccoutumée. Indépendamment de la cause, que l'on reconnaisse pour symptômes caractéristiques la grande quantité de l'urine, la faim et la soif excessive, la sécheresse de la peau et l'émaciation progressive, comme Bell définissait le diabète, ou bien que l'on exige, comme signe pathognomonique la présence dans les urines d'une matière sucrée analogue au sucre de raisin comme le veulent des auteurs récens, Chevreul, Proust, Thénard, ou même au sucre de canne, s'il faut en croire M. Chevallier, on ne peut méconnaître dans ce cas l'existence d'une affection qui présentait simultanément tous ces divers symptômes.

Ce cas de diabète sucré, scrupuleusement observé et décrit, nous a conduits encore à poser cette question. Les diverses espèces de diabète admises par Bell dans son article du Dict. des Etudes médic. ne seraient-elles pas des degrés divers de la même maladie, comme le font soupçonner les analyses successives qui ont été faites dans le cas actuel et qui ont offert un excès d'urée dans les urines à mesure qu'elles ne renfermaient plus le principe sucré, mais restaient toujours excessives en quantité? Cet effet avait lieu sous la seule influence d'une hygiène et d'une alimentation différente contrairement à l'opinion des auteurs qui attribuent cette affection à une hypertrophie des reins; la guérison momentanée et puis définitive prouve ici que le tissu des organes sécréteurs ne pouvait pas être ici matériellement modifié, et que leur état morbide avait été d'autant moins vaincu, que, en conséquence de la négligence du régime médicateur, la formation du principe sucré s'était déterminée une seconde fois. Du reste, on sait que nulle maladie n'est plus sujette aux récidives.

Que dire maintenant de l'état des voies digestives? Sans doute une maladie qui attaque si profondément la nutrition doit avoir un retentissement très prononcé sur les organes gastriques; et, sans trouver trop étrange que le premier médecin (en date) ait cru d'abord avoir affaire à une gastrite, puis qu'il y a quelques années M. Dezeimeris avait trouvé souvent *coïncidant avec le diabète* une phlegmasie chronique des voies digestives, alors qu'il semblait convenu que l'on devrait en trouver partout, je me permettrai seulement de demander si l'on ne doit pas considérer toujours ici la complication gastrique comme une suite et un retentissement, si je puis m'exprimer ainsi, de la maladie principale, et comme un effet secondaire de la cause qui produit la scarification des élémens nutritifs.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 16 AOUT.

Revivification des animalcules microscopiques.

M. Milne-Edwards lit, en son nom et en celui de MM. Dumas et Breschet, un rapport sur un mémoire de M. Doyère, intitulé : De la revivification des tardigrades et des rotifères. On sait que lorsqu'on répand quelques gouttes d'eau sur de la mousse conservée à l'état sec durant des mois ou des années entières, on y voit réapparaître vivans des animalcules microscopiques. Constaté par plusieurs physiologistes, ce fait n'était pas, aux yeux de tous, une preuve également suffisante en faveur de l'hypothèse qui le considère comme une véritable résurrection. Les uns, en effet, invoquaient la présence d'une certaine quantité d'humidité dans la poussière même qui semblait parfaitement sèche. D'autres admettaient que les animalcules étaient détruits, mais que leurs œufs conservaient le pouvoir d'éclore ultérieurement. Enfin, pour quelques-uns, les rotifères et les tardigrades n'avaient subi qu'une sorte de torpeur dont ils sortaient dès qu'on les rendait aux conditions habituelles de leur existence. Ce sujet demandait donc de nouvelles recherches. Voici celles auxquelles s'est livré M. Doyère.

M. Doyère s'est assuré, à l'aide du microscope, qu'on peut distinguer dans le sable desséché des gouttières, des corpuscules qui ressemblent tout à fait à des cadavres de ces animalcules déformés par la dessiccation. Il a même reconnu qu'il n'est pas impossible de faire revivre des animalcules que l'on prend un à un et que l'on fait dessécher isolément sur des lames de verre sans les entourer de sable ni d'aucune matière organique ou inorganique capable de les préserver des effets ordinaires de l'évaporation.

On pouvait encore se demander si la dessiccation avait été bien complète. M. Doyère a soumis pendant cinq jours au vide de la machine pneumatique des tardigrades suspendus au-dessus d'un bain d'acide sulfurique pur et entourés du sable des gouttières ou desséchés à nu sur des lames de verre. Il en a laissé d'autres pendant trente jours dans le vide barométrique desséché par du chlorure de calcium, et, dans tous les cas, il a obtenu la résurrection.

Toutes probantes qu'elles paraissent, ces expériences pouvaient encore laisser quelques doutes sur la dessiccation absolue des animalcules qui y sont soumis. Pour les rendre décisives, M. Doyère s'est d'abord attaché à étudier l'influence exercée sur eux par une haute température, et il a reconnu qu'ils périssent tous lorsque leur température se trouve élevée au-dessus d'une certaine limite qui est inférieure à celle qui détermine la coagulation de l'albumine, et qui, dans la plupart des cas, ne dépasse guère 50° C. M. Doyère s'est assuré que les rotifères et les tardigrades périssent dès que l'eau où ils nagent est échauffée à 45°, et qu'alors rien ne peut les rappeler à la vie. Mais il a trouvé qu'il en était autrement pour ces animalcules lorsqu'ils ont été préalablement desséchés. Si, au lieu d'opérer sur des tardigrades pleins de vie, en fait l'expérience sur des individus qui ont perdu par les moyens ordinaires de dessiccation toute l'humidité qu'on peut leur enlever et qui paraissent comme morts, on peut, sans les priver de la faculté de revivre, porter leur température à un degré qui entraînerait assurément la désorganisation de tout tissu vivant et ne renfermant d'autre eau que celle combinée chimiquement avec ses principes constituans. Dans une expérience répétée sous les yeux de la commission, la température a été portée jusqu'à 120°.

M. Doyère s'est aussi occupé de l'anatomie de ces animalcules, et ses recherches sont pleines d'intérêt et d'aperçus instructifs. En résumé, la monographie des tardigrades que l'on doit à ce jeune zoologiste sera certainement citée parmi les bons travaux dont s'est enrichie depuis quelques années l'histoire des animaux inférieurs, et si la plus grande partie de ces recherches n'était déjà publiée, nous proposerions à l'Académie d'en insérer la totalité dans son recueil des savans étrangers; mais n'ayant mission que pour juger les expériences physiologiques sur la revivification des tardigrades et des rotifères, nous nous bornerons à demander pour ce seul mémoire les honneurs de l'impression.

Ces conclusions sont adoptées.

Absorption des médicamens.

M. Mialhe communique à l'Académie quelques remarques sur l'absorption des substances médicamenteuses, qui peuvent, dit-il, jeter le plus grand jour sur leur action physiologique et thérapeutique.

Tous les corps accessibles au phénomène de l'absorption, c'est-à-dire tous ceux qui sont liquides ou gazeux, ou qui peuvent le devenir par suite de réactions chimiques opérées dans le sein de nos organes peuvent être rangés en deux grandes classes.

La première se compose de toutes les substances non susceptibles de former une combinaison insoluble avec les élémens albumineux du sang. Tels sont les oxides alcalins, leurs carbonates et plusieurs de leurs autres composés salins, les combinaisons oxigénées de l'arsenic et de l'antimoine, l'acide cyanhydrique, l'acide carbonique, l'ammoniaque, tous les gaz neutres, presque tous les acides végétaux, toutes les bases organiques, la plupart des matières colorantes et odorantes.

La deuxième classe renferme toutes les substances pouvant former un composé insoluble avec les élémens albumineux du sang. Tels sont la plupart des

acides inorganiques, un très grand nombre de sels métalliques, tels que ceux de fer, de cuivre, de plomb, de mercure, d'argent, le tannin, la créosote, etc.

Les corps faisant partie de la première classe agissent immédiatement sur le système nerveux. Aussi y voyons-nous figurer les médicamens les plus promptement efficaces, comme aussi les agens toxiques les plus promptement mortels.

Les matières composant la seconde classe n'agissent jamais directement, on pour mieux dire instantanément sur le système nerveux. Leur action presque toujours médiate se fait d'autant plus attendre que le composé albumineux qu'elles produisent d'abord est moins accessible à l'action décomposante de l'oxide de sodium et des chlorures alcalins que nos humeurs renferment.

Les corps chimiques compris dans la première série arrivent avec une promptitude remarquable dans les voies urinaires, tandis que ceux de la deuxième ne s'y rencontrent que beaucoup plus tard, c'est-à-dire seulement après que la combinaison albumineuse dont ils faisaient partie a été plus ou moins décomposée.

Les principes généraux que je viens d'exposer une fois connus, l'explication d'une foule d'anomalies relatives à l'absorption et au passage des différentes matières chimiques dans les urines devient on ne peut plus facile à donner. Veut-on savoir, par exemple, pourquoi les acides sulfurique, azotique, chlorhydrique, sont lentement absorbés; pourquoi ils passent si tardivement dans les urines, tandis que les acides de l'arsenic, ceux de l'antimoine, l'acide cyanhydrique, le plus grand nombre des acides organiques le sont avec tant de facilité, pourquoi ils arrivent si promptement dans les urines? C'est que les premiers de ces corps, comme il a déjà été dit, forment, avec les élémens de la plasticité organique, un composé chimique plus ou moins difficile à détruire, tandis que les seconds sont inhabiles à produire une combinaison analogue.

Le fait suivant est encore plus probant. On sait que les oxi-sels de fer ne passent qu'à la longue dans les urines, ou même qu'ils n'y passent pas du tout, suivant d'autres chimistes, à la tête desquels il convient de placer Berzélius, tandis que, d'après les expériences de Wœhler, le passage du fer, alors qu'il est en combinaison avec le cyanogène et le potassium, a lieu avec une très grande promptitude. Or, les premiers de ces composés salins contractent avec l'albumine une combinaison très stable, tandis que le cyanure double dont je viens de parler n'est nullement influencé par cette dernière substance.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 16 AOUT. — PRÉSIDENCE DE M. FOUQUIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

M. PARISET lit le discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. Larrey, au nom de l'Académie de médecine. Cette lecture est suivie d'applaudissemens.

M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie que la commission chargée d'examiner le projet d'enquête sur le traitement de la fièvre typhoïde, présenté par M. Bouillaud, se composera de MM. Gaultier de Claubry, Martin-Solon, Guéneau de Mussy, Bricheteau et Roche.

NOUVEL ANTIDOTE DU SUBLIMÉ CORROSIF.

M. MIALHE dépose sur le bureau la note suivante : Il résulte de mes expériences que le proto-sulfure de fer hydraté, corps tout à fait inerte, possède la propriété de décomposer instantanément le sublimé corrosif, en donnant lieu à du proto-chlorure de fer et à du bi-sulfure de mercure, substances totalement inoffensives; propriété précieuse qui me porte à proclamer le proto-sulfure de fer comme constituant l'antidote par excellence de ce terrible poison.

Je communiquerai plus tard à l'Académie le détail des recherches qui m'ont amené à cette conclusion. Mais, dès à présent, voici une expérience très facile à répéter, et qui ne laissera aucun doute sur sa valeur. Lorsqu'on introduit dans la bouche quelques centigrammes de sublimé corrosif, on ne tarde pas à éprouver une saveur métallique extrêmement désagréable et très caractéristique. Eh bien! il suffit alors de se gargariser quelques secondes avec le sulfure ferreux pour faire disparaître cette sensation comme par enchantement.

J'indiquerai prochainement d'autres applications que l'on peut faire de la même substance, dans l'empoisonnement par quelques composés métalliques, et en particulier par ceux de cuivre et de plomb.

ÉLECTION D'UN MEMBRE DE L'ACADÉMIE.

M. LE SECRÉTAIRE lit les noms des candidats présentés par la section d'anatomie et de physiologie. Ce sont MM. Poiseuille, Longet, Manec, Nonat, Denonvilliers et Foville.

Au premier tour de scrutin, 109 membres étant présens,

M. Poiseuille a obtenu	45 voix.
M. Nonat	22
M. Longet	17
M. Foville	15
M. Manec	7
M. Denonvilliers	1
Billets blancs	2

Aucun des candidats n'ayant réuni la majorité absolue des suffrages, on procède à un second tour de scrutin.

Sur 108 votans :

M. Poiseuille a obtenu	60 voix.
M. Longet	21
M. Nonat	15
M. Foville	9
M. Manec	3

En conséquence, M. Poiseuille est nommé membre de l'Académie.

Après cette élection, une discussion sans importance s'engage sur le mode de nomination des membres correspondans français et étrangers.

L'Académie n'étant pas en nombre, la séance est levée à quatre heures et demie, sans qu'aucune décision ait été prise.

BIBLIOGRAPHIE.

NOUVELLE DERMATOLOGIE, OU PRÉCIS THÉORIQUE ET PRATIQUE SUR LES MALADIES DE LA PEAU, FONDÉ SUR UNE NOUVELLE CLASSIFICATION MÉDICALE; SUIVI D'UN EXPOSÉ DES PRINCIPES GÉNÉRAUX POUVANT SERVIR DE GUIDE DANS LE CHOIX DES EAUX MINÉRALES NATURELLES APPLICABLES DANS LE TRAITEMENT DE CES MALADIES; avec un formulaire spécial et planches coloriées; par P. BAUMÈS, chirurgien en chef de l'hospice de l'Antiquaille de Lyon. — Tome II, 1842. A Paris, chez J.-B. Baillière et Germer Baillière, libraires, rue de l'Ecole-de-Médecine. A Lyon, chez Savy, quai des Célestins, 48.

En annonçant, il y a deux mois à peine, le premier volume de ce traité, nous en exposâmes les principes avec toute l'étendue que nous semblait mériter leur importance pratique. Mais l'œuvre n'était alors qu'ébauchée, et malgré le rassurant présage d'un début aussi remarquable, on pouvait à la rigueur craindre que le même soin n'eût pas présidé à toutes les parties de la rédaction. C'est donc un devoir pour nous, et un devoir au-devant duquel nous aimons à aller, que de revenir sur cette publication, aujourd'hui que l'apparition du second volume est venue justifier la faveur un peu hâtive de notre premier jugement. A vrai dire, cependant, nous étions sans appréhension aucune au sujet de cette approbation anticipée. Outre le nom de l'auteur, le caractère particulier qu'il a su imprimer à l'ensemble de son œuvre, nous était un sûr garant que nos promesses ne seraient point démenties par l'événement. Car s'il y a, et en assez grand nombre, des ouvrages dont aucun lien ne coordonne les diverses parties, des traités, même classiques, où le défaut de système et d'unité sont mis en honneur comme preuve d'indépendance scientifique, il en est aussi, comme celui de M. Baumès, qui, consacrés tout entiers à la promulgation d'une grande pensée philosophique, d'une réforme capitale, laissent pressentir dès les premières pages, et l'importance du but, et la nature des moyens que l'inventeur saura déployer pour l'atteindre. Pour ceux-là, le pronostic est facile, et l'horoscope le plus flatteur n'a rien de compromettant.

Nous avons prononcé le mot de réforme. C'est effectivement pour une tentative de ce genre que M. Baumès a pris la plume. Son but, on le connaît; on sait que, dès 1834, frappé de l'état actuel de la dermatologie, telle que la professent nos nomenclateurs modernes, il vint, dans un hardi pamphlet, leur demander ce qu'ils avaient fait de cette science fondée jadis par Lorry sur des bases si larges et si pratiques. Montrant partout, dans cet ordre de maladies, l'esprit supplanté par la mémoire, la vue préférée au raisonnement, la topographie mise à la place de la philosophie, le chirurgien en chef de l'Antiquaille n'eut pas de peine à prouver l'insuffisance de toutes les classifications basées sur les apparences extérieures de l'éruption locale. Et si le coup que cette attaque porta à la doctrine anglaise n'a pas été avoué par ses fauteurs, c'est sans doute qu'ils espéraient guérir leurs blessures en silence. Mais leur adversaire n'était pas homme à se contenter d'une victoire ignorée. A deux reprises depuis, il saisit l'occasion de publier de nouveau sa pro-

fession de foi. Aujourd'hui enfin, qu'éclairé par l'observation, par six années de pratique dans un hôpital spécial, il a pu soumettre ses propres idées au contrôle impartial d'une vérification expérimentale, il a senti que le débat devait prendre de plus larges proportions, qu'il était comptable à la science des résultats qu'il avait obtenus, qu'enfin si le raisonnement suffisait pour assurer à sa méthode l'appui de la raison et du bon droit, c'était en montrant ses produits qu'il fallait faire juger de la prééminence qu'elle mérite au point de vue pratique. Ce devoir, M. Baumès vient de le remplir dans toute l'étendue que lui imposait sa conviction, en livrant un traité *ex professo* où la doctrine la plus saine s'unit à des descriptions particulières tracées dans un esprit tout à fait nouveau en dermatologie. Son principe, ainsi que nous l'avons dit ailleurs, est de classer les maladies cutanées d'après leur cause plutôt que d'après leur forme; et c'est cette pensée si simple et si féconde en données thérapeutiques qu'il a constamment eu en vue dans l'histoire spéciale de chaque espèce pathologique. Il ne néglige point cependant, quand les circonstances l'exigent, d'insister sur les conditions de manifestation locale qui ont quelque importance, sous le rapport du diagnostic, du pronostic, du traitement soit prophylactique soit curatif. C'est ainsi que, pour la gale, la teigne, les syphilides, etc., où la connoissance des caractères physiques gouverne presqu'à elle seule la conduite du médecin, il met le plus grand soin à bien établir les règles qui servent à acquérir ces notions. Mais, il faut bien s'en pénétrer; ce sont là des cas exceptionnels, et ils n'infirment en rien ce grand principe que partout l'auteur s'attache à élever en opposition de celui de Willan : l'étude des *causes* domine et vivifie toute la dermatologie; la considération des *formes* n'est que d'une importance secondaire.

Disons-le bien haut, ce principe est du nombre de ceux qu'il suffit d'énoncer pour les voir admettre sans débat. N'est-ce pas dans l'étude des causes que réside toute thérapeutique? et comment persister à mettre en regard des précieuses indications que fournit l'étiologie, cette vaine satisfaction de curiosité, seul résultat possible des méthodes artificielles où l'apparence extérieure sert de guide exclusif? Sans sortir du domaine de la dermatologie, n'est-on pas forcé de reconnaître que les maladies dont le traitement est le plus avancé sont celles dont les élémens pathogéniques ont pu être le mieux précisés? Et que dirait-on, par exemple, d'un médecin qui, ayant à guérir une syphilide, laisserait de côté la nature spécifique du mal pour chercher dans la physionomie de l'éruption, dans sa forme tuberculeuse, maculeuse ou squommeuse, etc., l'indication du meilleur traitement à lui opposer? Cette méprise dont l'idée seule fait sourire le lecteur parce que cet exemple se rapporte à une maladie dont la nature est évidente, chaque praticien ne la commet-il pas tous les jours à son insu lorsqu'il donne une attention minutieuse aux mille et mille manifestations, à la physionomie capricieuse et changeante des affections cutanées, pour fonder sur ces notions le plus souvent insignifiantes le choix d'une médication soi-disant rationnelle? de manière que, dans l'acception la plus rigoureuse des termes, on peut affirmer qu'à chaque instant, dans un ordre important de maladies, et pour des médecins du plus haut mérite, la *forme* emporte le *fond!* C'est à combattre cette erreur si profondément enracinée parmi nous depuis les travaux de Willan et de ses successeurs que le livre de M. Baumès est consacré; et sa réforme a d'autant plus de chances de succès qu'elle ne fait que remplir un vœu, intérieurement émis déjà par tout homme de sens, et auquel plusieurs des dermatologistes modernes se conforment sans doute dans leur pratique, tout en en tenant si peu de compte dans leurs écrits.

Comme toute idée nouvelle, le principe de classification proposé par M. Baumès trouvera des adversaires, et l'on n'a pas attendu la terminaison de son ouvrage pour en attaquer la doctrine. Quand il serait vrai, dira-t-on, que toute la médecine consiste dans l'art de guérir son malade, le diagnostic topographique n'en conserverait pas moins son importance. N'y a-t-il pas, en effet, des éruptions de forme presqu'identique qui nécessitent, pour être distinguées, une inspection attentive, minutieuse de leurs caractères extérieurs, et qu'il est cependant très essentiel pour le traitement de savoir différencier entre elles d'une manière exacte. Tel est l'eczéma des mains, que l'on prend si souvent pour la gale; tel est l'acné, qui, sans un examen soigneux, risquera souvent de passer pour une syphilide. Il est évident, d'ailleurs, continuera-t-on, que le médecin a non seulement à guérir son malade, mais encore à l'éclairer, lui, ses assistans et sa famille, sur une foule de questions fort intéressantes, quoiqu'elles ne se rattachent pas directement à la cure. Telles sont la nature de l'éruption, la part que peut y prendre l'hérédité, la détermination de sa propriété contagieuse, sa durée, son aptitude à récidiver, etc. Sur tous ces points, le praticien est souvent appelé à donner une réponse catégorique. Or, comment pourra-t-il le faire s'il est resté étranger à l'art de distinguer d'après leurs signes apparens les diverses espèces des maladies cutanées.

Rien de plus juste, rien de plus irréfutable que ces considérations; elles ruineraient même infailliblement une classification où l'étude des causes servirait de base unique pour toutes les dermatoses sans exception. Mais il suffit d'ouvrir le livre de M. Baumès pour voir que sa doctrine n'a pas ce caractère exclusif. Là où la détermination des formes peut avoir la moindre valeur, il sait être aussi minutieux dans ses descriptions que les plus fidèles sectateurs de l'école anglaise : seulement pour lui ces distinctions de formes sont des renseignemens, jamais des principes de division; et s'il reconnaît leur importance dans quelques cas spéciaux, il n'oublie point que cette importance demeure le plus ordinairement subordonnée à celle des données étiologiques.

Ce coup d'œil, tout rapide qu'il est, suffira, nous le pensons, pour faire connaître le but de l'auteur et pour associer à ses efforts tous les médecins aux yeux desquels l'art de guérir n'est point un vain assemblage de définitions et de distinctions dogmatiques. On criera, sans doute, au novateur, à la réforme! Nous acceptons, au nom de M. Baumès, ces qualifications; car c'est, en effet, d'une réforme qu'il s'agit. Mais celle-ci, du moins, comme on vient de le voir, tient compte des droits acquis; et c'est pour elle une puissante condition de vitalité. Avouer franchement la part de vérité que tiennent les doctrines adverses, les admettre à concourir, chacune en ce qu'elles ont d'utile, à la construction de la théorie générale, voilà ce que peu d'inventeurs ont le courage de faire, voilà ce qu'a fait M. Baumès, et ce qui assure à son œuvre des garanties infaillibles de durée et de succès. Entièrement complet, quoique basé sur des principes neufs de tout point, le PRÉCIS THÉORIQUE ET PRATIQUE DES MALADIES DE LA PEAU se recommande par ces deux titres, si rarement compatibles; et, sous ce double point de vue, nous le croyons appelé à rivaliser avantageusement avec la plupart des ouvrages sur la même spécialité actuellement existans.

VARIÉTÉS.

— Samedi, 13 août, MM. les docteurs Gillette, Marotte, Noël Guéneau de Mussy et Baron ont été nommés, à la suite d'un concours, médecins du bureau central des hôpitaux de Paris.

AU RÉDACTEUR.

Monsieur,

Permettez-moi de vous faire observer que la réponse de M. Coste, insérée dernièrement dans la GAZETTE MÉDICALE, sous le titre ORIGINE ET STRUCTURE DE LA CADUQUE, n'a aucun rapport avec les réclamations que j'ai adressées à l'Académie des sciences, et qui sont exposées dans les comptes-rendus de l'Institut. (18 et 25 juillet.)

J'ai dit que, dans un mémoire sur la membrane caduque inséré en 1833 dans les ARCHIVES DE MÉDECINE, j'avais énoncé sur les rapports de l'œuf avec la caduque les idées que M. Coste avait présentées comme nouvelles. Dans ma seconde réclamation, j'ai établi de nouveau qu'il existait une identité parfaite entre les faits exposés dans mon mémoire et les détails d'organisation contenus dans la première partie du mémoire de M. Coste, et le silence qu'il garde sur ces points doit paraître assez significatif.

C'est donc seulement dans le mode de production de la membrane qu'il y a divergence dans nos idées; mais dire que je regarde la caduque comme produite par *une sorte de cristallisation de la superficie du fluide contenu dans l'utérus*, c'est rendre bien incomplètement ma pensée. J'ai établi d'abord que le développement de la caduque, comme celui de toutes les pseudo-membranes, est le résultat d'une action combinée de phénomènes d'exhalation et d'absorption, et, ne pouvant admettre un arrangement aveugle des molécules composantes, j'ai dit, pour rendre ma pensée, qu'il en résultait une sorte de cristallisation vivante; mais cette phrase isolée ne peut rendre raison de la manière dont je conçois la production de la membrane.

J'ai admis que des vaisseaux se développaient dans le tissu même de la membrane caduque, et je l'admets également pour toutes les pseudo-membranes; mais ce n'est nullement à l'exclusion des canaux, que M. Coste regarde comme étant un prolongement des vaisseaux de la matrice. Seulement je ne puis convenir que ces derniers soient des vaisseaux; ils ne peuvent en revêtir l'organisation.

La phrase suivante, empruntée à la page 38 de mon mémoire sur les annexes du fœtus (in-8°, Caen, 1835), fera suffisamment connaître que, comme M. Coste, j'avais admis le passage du sang du sinus dans le placenta.

« C'est alors que cette surface (celle de l'utérus) organise par absorption les lames membraniformes entre lesquelles se fraient un passage les courans sanguins versés par les bouches des sinus utérins, et qui pénètrent dans le placenta comme dans une éponge; mais après l'extraction de ce dernier, les tissus se res-

serrent et les conduits disparaissent ; c'est ce qui a conduit à l'erreur de ne point admettre la continuité des sinus utérins à travers les lames extérieures du parenchyme placentaire. »

On verra, par cet énoncé, que les idées de M. Coste sur la circulation placentaire n'ont pas, autant qu'il le fait entendre, le caractère de nouveauté qu'il leur accorde.

Agréez, etc.

LESAUVAGE.

Caen, 12 août 1842.

AU MÊME.

Monsieur,

A mon tour, je réclame de votre équité et de votre justice l'insertion, dans votre journal, de la réponse suivante à une note de M. Philippe Boyer publiée dans votre numéro du samedi 16 juillet dernier.

J'ai eu de la peine, mon cher confrère, à comprendre la réclamation de M. Boyer ! — A-t-il eu la pensée que je me disais l'inventeur des *rétractions ou des contractures musculaires syphilitiques*? Il y aurait là une erreur peu pardonnable ; car dans ce qui a été publié dans le BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE (cahiers du 15 et du 30 janvier 1842), dans ce qu'en a dit la GAZETTE DES HÔPITAUX (nº du 17 février 1842), et dans ce que vous en avez rapporté vous-même (nº du samedi 18 juin 1842), il n'est nullement question de cette prétention qui n'appartiendrait qu'à des gens complètement ignorans de ce qui a été fait en syphilographie.

J'avais signalé à ma clinique et rapporté de ma pratique privée des cas de *rétraction* musculaire syphilitique, comme étant des cas rares et sur lesquels l'attention n'était peut-être pas assez fixée. Je les ai décrits dans mes leçons, en les rattachant à l'ordre des accidens syphilitiques auxquels ils me paraissent appartenir ; j'ai indiqué le *nouveau traitement* qui m'avait le mieux réussi ; mais, je le répète, je n'ai jamais voulu faire croire à la *découverte* d'une nouvelle maladie, ni à l'*invention* d'un nouveau nom pour la désigner. Du reste, si cela m'était arrivé, le premier écolier venu aurait pu me citer le passage du PETIT DICTIONNAIRE, en 2 vol., des termes de médecine, qui dit : « La contracture succède souvent et particulièrement au rhumatisme, aux névralgies, aux convulsions, à la *syphilis*, etc. (Chomel). » Et les spécialistes m'auraient rappelé, entre autres ouvrages, le second volume du COURS DE MALADIES SYPHILITIQUES, publié en 1812, par Petit Radel, où il est dit, p. 78, à propos du rhumatisme syphilitique : « Les douleurs qu'il cause sont assez violentes, quand elles sévissent longtemps sur les extrémités pour produire dans les *muscles* une *rétraction* bien rebelle aux moyens de guérison. » Ils m'auraient surtout renvoyé au traité de M. Lagneau, notre classique par excellence, que tout le monde doit avoir lu, et qui s'exprime ainsi en parlant du mal vénérien : « Il donne lieu, en se portant sur les *muscles des membres*, à des phlegmasies chroniques de ces organes, qui déterminent des flexions permanentes désignées sous le nom de *contractures syphilitiques*, accidens rares de nos jours. »

Maintenant, monsieur et très honoré confrère, d'après ce qui précède, vous resterez convaincu, je pense, que si quelqu'un a manqué d'érudition dans la question en litige, ce doit être celui qui s'appuyant sur un ouvrage écrit en 1836, vous dit aujourd'hui : « Je revendique pour moi *la priorité* de la description de cette maladie syphilitique consécutive (contracture) et de sa *dénomination* convenable..., »

Enfin, mon cher confrère, si je ne craignais d'abuser de votre patience, je vous dirais pourquoi je me suis servi du mot de rétraction pour désigner une lésion musculaire différente de celle à laquelle convient le nom de contracture ; mais cette lettre étant peut-être déjà trop longue, je vous demande la permission de revenir plus tard sur ce sujet s'il vous paraît digne d'occuper une place dans votre estimable journal.

Agréez, etc.

PHILIPPE RICORD,

Chirurgien de l'hôpital des vénériens de Paris.

AU MÊME.

Monsieur,

Je vous prierais d'insérer ces quelques lignes dans votre estimable journal, si toutefois vous les en jugez dignes. Elles ont pour but de rectifier un point de science qui peut induire en erreur sur les résultats de certaines expériences faites à l'occasion de la chute de M. le duc d'Orléans, et consignées, il y a quelques jours, dans les colonnes du SIÈCLE.

Quand il s'agit de reproduire par l'expérimentation des faits accidentels ou en d'autres termes de procéder par imitation, il importe avant tout de se placer dans des conditions sinon identiques, du moins analogues à celles au milieu desquelles l'effet a été produit. C'est ce que n'a pas fait l'auteur de l'article. Un cadavre ne tombe pas comme un homme vivant, une table immobile d'amphithéâtre ne remplace pas un corps violemment entraîné. Dans l'accident déplorable du 13 juillet, il y a deux choses capitales à considérer sous le point de vue scientifiques : un mouvement de projection de haut en bas modifié par un mouvement latéral rapide. Ce n'est que par l'examen et l'analyse de ces deux circonstances qu'on peut arriver à donner une explication satisfaisante de la violence du coup et par suite de la brisure du crâne constatée à l'autopsie du prince.

Agréez, etc.

Dr H. QUENOT,

Médecin des hosp. milit. de Paris, rédacteur du PROGRÈS MÉDICAL.

Paris, 11 juillet 1842.

INSTRUMENS POUR LES AMYGDALES; par M. FAURATTIER, interne à l'Hôtel-Dieu.

Il y a sept mois aujourd'hui que, d'après mes indications, M. Luer, fabricant d'instrumens en chirurgie, a modifié le petit instrument, connu, en chirurgie, sous le nom de guillotine, et destiné à la résection des amygdales ; la modification porte uniquement sur ce point que l'instrument qui *agissait par pression agit maintenant par section, à la manière d'un bistouri*. Ce petit perfectionnement m'a demandé bien des tentatives avant d'être convenablement réalisé ; cependant je suis arrivé à mon but, et alors l'instrument a été livré à la vente sans que j'aie cru devoir publier la modification dont j'étais l'auteur ; la chose ne me paraissait pas réellement digne d'occuper l'attention de mes maîtres et de mes condisciples ; je m'étais borné seulement à montrer l'instrument au professeur Velpeau et à mes collègues de l'Hôtel-Dieu ; en outre, M. Chassaignac l'avait présenté dans ses cours, et s'en était servi plusieurs fois sur le vivant ; chaque jour, M. Luer en fabriquait quelques-uns pour des chirurgiens français et étrangers ; je me contentais de cette sorte de publicité, la jugeant suffisante pour m'assurer la minime propriété de la petite modification en question, lorsqu'il y a quelques jours, un confrère de M. Luer, M. Capron, ayant reçu des mains d'un ancien ouvrier de M. Luer l'instrument modifié de la même manière, s'est empressé de le montrer à l'Académie de médecine comme si c'était son bien et sa découverte, et comme si cette démarche précipitée devait l'établir l'auteur improvisé d'une modification qui m'a coûté plusieurs mois d'essais et à M. Luer de véritables sacrifices.

J'ose espérer, Monsieur le rédacteur, que vous voudrez bien donner une place à cette lettre dans les colonnes de votre estimable journal, afin qu'en face de ma réclamation, il soit rendu à chacun selon ses œuvres.

Paris, 10 août 1842.

— On lit dans le MONITEUR ALGÉRIEN :

M. le docteur Furnari, chargé par M. le ministre de l'instruction publique de faire un travail scientifique sur les causes et la nature des maladies des yeux si fréquentes en Afrique, est de retour à Alger, après avoir parcouru les provinces de l'Est et de l'Ouest. D'après les ordres spéciaux de M. le ministre de la guerre, tous les moyens nécessaires de recherches et d'observations ont été mis à la disposition de ce chirurgien pour l'accomplissement de sa mission. Les observations qu'il a faites sur l'organisation de l'œil chez les Arabes, sur les ophthalmies qui ont régné épidémiquement à Alger, à Philippeville et à Constantine, sur les maladies des yeux qui affligent les indigènes et les Européens, pourront être de quelque utilité pour la science et pour les populations de l'Algérie. M. le directeur de l'intérieur, qui doit bientôt présenter à M. le gouverneur-général un projet de création à Alger d'un hospice pour les vieillards aveugles et les pauvres infirmes de la population musulmane, a chargé M. Furnari de préparer un travail statistique et médical sur les ophthalmies dont les malheureux indigènes de cette ville sont affectés.

— Malgré les améliorations importantes dont le régime des prisons a été l'objet dans les derniers temps, l'état sanitaire de ces établissemens semble laisser beaucoup à désirer. La mortalité y est encore considérable, et surtout pendant les deux premières années de la détention. Des épidémies meurtrières s'y développent parfois, et enfin on y remarque des cas assez fréquens de folie.

La sollicitude de l'administration s'est vivement préoccupée de cet état de choses, et M. le docteur Ferrus, inspecteur-général du service des aliénés, ayant consenti à accepter ce surcroît de travail, le ministre vient de lui confier l'honorable et difficile mission de rechercher les causes de la mortalité dans nos maisons de détention, d'indiquer les moyens d'y remédier et de lui faire connaître le degré d'influence que le régime actuel de la captivité pénale peut exercer sur la production de la folie.

— CONSEIL MORAL DU MÉDECIN, poëme en VI chants ; par ANDREVETAN, docteur médecin.

Prix : 4 fr. 50 c.

A Paris, chez Béchet, rue de Sorbonne, 14, et les libraires de l'Ecole de médecine et du Palais-Royal.

— DELLA GLORIA CHE IN FATTO DI MEDICHE SCIENZE AGLI ITALIANI COMPETE DISSERTAZIONE ACCADEMICA DI GUISEPPE CHEN.

Sempre nel cor l'Italia
S'elt' anche obblia chi l'ama.

Venezia, Girolama Tasso, typografo.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des Hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE INTERNE.

DE LA PÉRITONITE CHRONIQUE ET DES CAUSES DE LA DIFFICULTÉ DE SON DIAGNOSTIC; par A. Toulmouche, docteur-médecin à Rennes, membre correspondant de l'Académie de médecine, etc.*

La science laisse beaucoup à désirer relativement à l'appréciation des causes d'erreurs de diagnostic dans une foule de maladies. La péritonite chronique ou latente mérite d'être signalée en première ligne, tant sous le rapport de l'insuffisance des signes propres à la faire reconnaître, due le plus souvent aux complications fréquentes et graves qui viennent les masquer ou en troubler la régularité, que sous celui de l'impuissance des moyens thérapeutiques à opposer, avec quelque espoir d'efficacité, à des lésions aussi étendues et aussi multiples que celles qu'on rencontre la plupart du temps à l'ouverture des cadavres.

Ce sera à démontrer cette double proposition que seront destinées les observations que ma position de médecin d'un hôpital m'a mis à même de recueillir.

J'aurai de la sorte occasion de faire remarquer combien les descriptions données dans les ouvrages classiques, qui semblent si lucides et si faciles à appliquer au lit des malades, sont éloignées d'être l'expression de ce qui est le plus propre à faire éviter les erreurs.

Ainsi, si l'on en croit les auteurs modernes, la péritonite latente se dénoterait par des douleurs passagères, des coliques, une diarrhée irrégulière dans ses apparitions, de l'amaigrissement, de la pâleur pendant des semaines ou des mois, avant que le mal se soit prononcé avec tous ses caractères et sa presque complète incurabilité. Puis, elle offrirait alors de la diarrhée alternant avec la constipation, des vomissemens au moindre écart de régime, une fièvre continue avec redoublement quotidien, dépérissement, faiblesse, de l'intumescence et de la sensibilité du ventre, de la chaleur et de la sécheresse à la peau, en même temps que sa tension, son amincissement, son état bleuâtre et le développement de ses réseaux veineux; des bosselures, de la résonnance et la sensation d'une fluctuation dans l'abdomen. (Article *Péritonite chronique*, par Ant. Dugès, du Dict. de méd. et de chirur. prat., par MM. Andral, Bégin, etc.) L'altération du visage serait souvent le seul signe de la maladie, avec l'augmentation du volume du ventre, sa tension, son état douloureux à la pression. Lorsqu'il y a épanchement, on sentirait une fluctuation obscure, l'abdomen rendrait un son mat à la percussion, serait plus tendu, plus ferme. Il y aurait quelquefois de l'œdème à ses parois et aux extrémités inférieures; des nausées, des vomituritions; et alors il serait rare que le diagnostic fût obscur. Dans le cas contraire, le palper ferait reconnaître des saillies mal circonscrites, de la dureté. Il surviendrait de la diarrhée dans une période avancée; mais le plus souvent il y aurait de la constipation, et quelquefois seulement des vomissemens. (Chomel, article *Péritonite chronique*, du second Dict. de méd., par MM. Adelon, Béclard, Andral, etc.)

Suivant M. Gasc (même article, du premier Dict. des scienc. méd., par MM. Adelon, Alibert, Barbier, etc.), la péritonite chronique recon-

Feuilleton.

RÉPONSE A UN JEUNE CRITIQUE.

Vous avez grandement raison, mon cher et jeune confrère, de réfléchir et d'hésiter avant de vous lancer dans la carrière de la critique et de la presse médicale. Vous me demandez des conseils sur cette grave question, vous invoquez mon expérience en ajoutant quelques éloges dont je vous remercie, moins parce qu'ils sont fondés que parce qu'ils semblent partis d'un cœur vrai et sincère. Je répondrai à votre confiance avec toute la franchise dont je puis être capable. Eh bien! le premier conseil que j'ai à vous donner et certainement le plus important de tous, est de renoncer à votre projet. Exercer la critique! vous faire journaliste! tenir la balance de l'éloge et du blâme! et dans le temps actuel, avec les hommes et les idées de notre époque! Non, mon jeune ami, vous n'y avez pas assez réfléchi, croyez-moi, hésitez longtemps, hésitez toujours. Gardez-vous bien surtout d'en juger par les apparences, elles sont singulièrement trompeuses. Sans doute il paraît beau de juger ses égaux, et même les hommes d'une position élevée, d'exercer une sorte de magistrature, de prononcer les arrêts d'une critique ferme dans ses principes, juste dans ses décisions, élégante et polie dans ses formes. Mais le pouvoir que vous exercez n'est reconnu de qui que ce soit, il est contesté ou tout à fait méconnu, et si votre talent le rend redoutable, alors il se fera une réaction contre vous, réaction fâcheuse, car la reconnaissance est toujours faible et courte, tandis que l'amour-propre, la sottise et l'orgueil ont d'implacables rancunes. Cet art est maintenant si difficile, si dangereux même, qu'on y a presque renoncé dans la littérature comme dans la science. On ne procède plus que par satire ou panégyrique; de violentes sorties contre des adversaires ou des louanges banales envers des gens dont il est plus aisé de rassasier la vanité que d'apprécier le labeur, voilà ce que l'on trouve. Il est si commode de se servir de cette critique flasque et bonace saluant tout ouvrage de ses complaisances banales; mais la bonne, mais la vraie critique où est-elle? Rien de plus rare, parce qu'il n'y a rien aujourd'hui de plus difficile, de plus ingrat, de moins remarqué; j'entends cette critique qui prenant pour base la règle d'une parfaite équité prononce comme la loi: *ut bono bene, malo male sit.*

Au reste, mon jeune confrère, j'ai peut-être moins l'intention de vous décourager que de bien élucider la question. Quand vous l'aurez suffisamment mûrie, méditée, vous serez le maître de vous engager à vos risques et périls dans une carrière où il n'y a nul profit à recueillir, peu ou point de considération à espérer; puis quel avenir imprudemment escompté en bénéfices très douteux du présent? Je sais que vous avez du courage, de l'énergie, mais cela ne suffit pas; il est indispensable de connaître les difficultés à vaincre. Loin d'en dérouler à vos yeux le triste et vaste tableau, je ne veux vous parler ici que des principales. Une des premières est l'obligation d'un savoir profond, étendu, embrassant la science

naîtrait souvent pour cause les métiers sur lesquels appuie le ventre, ou qui le gênent, l'habitation dans des lieux malsains, froids, humides, des alimens grossiers, le séjour dans les prisons. Son invasion ne pourrait être saisie par aucun signe. Plus tard il surviendrait de la tuméfaction, de la sensibilité abdominale, tantôt avec, tantôt sans vomissemens, de la fréquence, seulement le soir, dans le pouls, de la dyspnée et de la toux dans la position horizontale, de l'œdème aux extrémités, de la constipation, et quelquefois de la diarrhée, uniquement vers la fin. Les uns mourraient dans le marasme, avec une fièvre hectique, les autres hydropiques, ordinairement d'une manière subite et sans agonie.

Broussais a donné comme signe le sentiment d'une boule qui tournerait dans le ventre et tendrait à se porter à la gorge.

J'avoue que ces diverses descriptions m'ont peu satisfait, comme expression ou tableau des symptômes le plus constamment observés dans la péritonite latente ou chronique, telle que j'ai été amené à l'étudier dans les hôpitaux, et qu'elles me semblent plutôt copiées les unes sur les autres, à quelques différences ou développemens près, que notées ou prises au lit des malades, où la nature ne procède point avec autant de précision et de clarté.

Ainsi les premiers symptômes observés dans les douze observations que je rapporte ont toujours été ceux d'une gastrite ou d'une entérite, et plus souvent d'une gastro-entérite chronique, avec lesquelles la péritonite latente sera, la plupart du temps, confondue, à moins qu'elle n'ait été la suite d'une péritonite aiguë bien caractérisée, ou au moins susceptible d'être reconnue aux détails qu'en donne le malade, ce qui n'a lieu que dans le plus petit nombre des cas. En effet, dans le plus grand nombre, la maladie s'était développée d'une manière insidieuse, sans que les patiens se fussent doutés de la gravité de cette affection morbide, attribuant leur amaigrissement, la perte de leur appétit et ses autres prodrômes à une tout autre cause.

Les seuls signes vraiment différentiels qu'offrent la gastrite et la gastro-entérite, avec lesquelles on confond presque toujours la péritonite chronique, pendant toute la première période, sont : la perte complète de l'appétit, la diminution des symptômes par les émissions sanguines locales et la nature du régime, tandis qu'elles n'ont aucun effet de ce genre dans la dernière, où les malades continuent souvent à manger avec un certain plaisir. Mais on voit combien ces différences sont peu tranchées et négatives, en sorte que la plupart du temps la maladie sera méconnue et confondue avec ces affections morbides; car le facies caractéristique propre à la péritonite, ou du moins regardé comme tel, est loin d'être un signe constant, puisque, sur les douze cas rapportés, je ne l'observai que six fois, et encore dans presque tous à une période avancée de la maladie, tandis que ce symptôme se fait remarquer de très bonne heure dans la péritonite aiguë. Encore dois je dire que chez la plupart l'expression du visage était plutôt celle imprimée par les phlegmasies chroniques de l'estomac et des intestins arrivées à leur dernière période, et qu'elle devait plutôt, eu égard aux vomissemens, à la diarrhée, à l'absence le plus souvent de douleurs abdominales et de météorisme, leur être attribuée qu'à une péritonite.

Examinons maintenant chacun des symptômes indiqués par les auteurs modernes, comme appartenant à la péritonite chronique. Ils signalent les vomissemens comme ayant tantôt lieu ou manquant. Dans les douze observations que je citerai, ils ne furent marqués que deux fois, mais ils furent d'une tenacité extrême. Ils indiquent le plus souvent la constipation; elle s'offrit, en effet, sept fois sur douze; le météorisme, il n'exista que quatre fois; l'ascite, ou la sensation d'une fluctuation obscure, je ne l'observai également que dans quatre cas, et presque toujours accompagnée d'œdème des extrémités inférieures, des parois abdominales, et quelquefois des mains et des avant bras.

Tous s'accordent à dire que lorsque le ventre acquiert du volume et de la fluctuation, il est rare que le diagnostic soit obscur. Je pense le contraire, et que dans les trois quarts des cas, on attribuera l'ascite à une lésion du foie, ou à la phlegmasie gastro-intestinale, dont les malades offrent tous les symptômes, plutôt qu'à une péritonite, dont l'absence le plus ordinairement de douleurs abdominales tend à éloigner l'idée ; car ces dernières manquèrent sept fois sur douze, et encore, dans deux, les malades accusaient-ils plutôt des coliques, qu'on devait plus rationnellement attribuer à l'irritation intestinale, eu égard tant à la coexistence de la diarrhée qu'à la péritonite.

Pour ce qui est des saillies mal circonscrites, dures et résistantes du ventre, perçues par le toucher, lorsqu'il n'y a pas d'épanchement, j'avoue n'avoir jamais rencontré ce symptôme, que je crois avoir été indiqué plutôt d'après l'analogie des lésions pathologiques trouvées à l'ouverture des cadavres, consistant dans le pelotonnement des circonvolutions intestinales, par des adhérences, ou leur ensevelissement dans une masse albumineuse plus ou moins dense, demi-celluleuse, parsemée de tubercules miliaires, ou dans des collections de véritable pus sur des points multiples peu étendus, que d'après la réalité de l'observation.

Le signe consistant, suivant Broussais, dans le sentiment d'une boule qui tournerait dans le ventre et tendrait à se porter à la gorge me semble tout aussi contestable, ou doit être au moins extrêmement rare; car il ne s'est jamais présenté chez le grand nombre de malades que j'ai vus succomber dans les hôpitaux à la péritonite chronique, et je ne sache pas qu'aucun autre praticien en ait jamais parlé.

Je n'ai observé la diarrhée survenant dans la dernière période de la maladie que dans cinq cas sur douze. Mais alors, ce fut avec quelque continuité : la langue fut rouge, piquetée, lisse et plus ou moins sèche, huit fois sur le même chiffre.

Le grippement de la face ou concentration des traits vers la ligne médiane, comme signe caractéristique, manque presque constamment ou ne se développe que dans la dernière période de la maladie. Dans les douze observations que je cite, il n'eut lieu que six fois, sur lesquelles quatre peu de temps seulement avant la mort.

Il m'a toujours semblé que, dans cette lésion du péritoine, les malades étaient tristes et souvent assiégés de pressentimens sinistres, comme on le verra pour cinq des douze observations que je relaterai.

Chez tous, la peau était sèche, terreuse et chaude.

Quant à la fièvre, elle revêt fréquemment un caractère comme intermittent. Dans toute la première période, elle manque souvent, tandis que, dans la dernière, elle prend le caractère hectique, avec exacerbation vers le soir; du moins je l'ai remarqué cinq fois sur douze.

Il est beaucoup plus ordinaire que la péritonite chronique donne lieu à un épanchement séro-albumineux, lequel s'accompagne presque toujours d'œdème des parois de l'abdomen et des extrémités, et ne se dénote, pendant la vie, que dans la première période de la maladie, et encore d'une manière assez obscure, l'infiltration des jambes précédant,

---

dans ses rapports les plus variés. Non seulement vous aurez à rendre compte d'ouvrages publiés sur une infinité de sujets, mais encore à les juger, comprenez-vous? à les juger, et vous voudrez le faire en pleine connaissance de cause. Or, comment apprécier le mérite d'un ouvrage, lui assigner son rang, estimer sa valeur, si vous ne connaissez que superficiellement la question. Remarquez d'ailleurs que vous aurez à prononcer sur le travail d'un auteur qui, ayant longtemps médité le sujet de son livre, l'a étudié profondément et sous des rapports nouveaux. De là, la nécessité d'être au moins son égal sur l'état présent de la science quant au point traité; mais il faut ensuite peser, apprécier, les idées nouvelles du livre, au cas qu'il y en ait; déterminer leur influence et leur portée, indiquer le point d'où l'auteur est parti, celui où il s'est arrêté, la marche qu'il a suivie, la destinée probable de son livre, etc. Car j'imagine que votre travail sera empreint de ce cachet d'élaboration sévère qui témoigne qu'on respecte le public et soi-même, que vous ne ressemblerez pas à ces prétendus critiques qui se contentent de lire la table des chapitres, coupent avec distraction un ou deux feuillets, puis brassent un article au courant de la plume, *stans pede in uno*, comme dit Horace, ou bien à ces critiques ignorans qui brouillent tout dans leur étroite ignorance, ne saisissant ni les idées, ni le plan, ni le but de l'auteur, *font le dégât* dans les bons livres, comme on l'a dit, et jugent comme Perrin Dandin parce qu'ils sont là pour juger. Mais si la vraie critique est la fille du travail et de la vérité, ne doit-elle pas réunir un ensemble de qualités toutes particulières? Il faut placer au premier rang le savoir profond, puis le goût, le jugement, la logique, la méthode, la perspicacité, la patience, la force et la netteté d'esprit. La nature vous a-t-elle refusé ces qualités? Votre critique futile, insignifiante, sera dès lors comme non avenue, vous tomberez dans cette facile médiocrité dont tant d'écrits contemporains portent l'indélébile et déplorable signe. Comprenez-vous maintenant pourquoi il y a maintenant si peu de critique, indépendamment des autres causes qui tiennent aux opinions de notre époque; pour moi je l'affirme, les bonnes critiques sont aujourd'hui plus rares que les bons ouvrages.

Cependant le plus difficile n'est pas fait, mon cher et jeune confrère; votre jugement est formé; il reste à le prononcer, la balance est dans votre main, voyons ce que vous avez mis dans les plateaux. Si le livre est bon, la chose est assez facile, mais le plus souvent à l'ennui de lire un livre ennuyeux, se joint l'ennui de le prouver. C'est là le nœud principal des difficultés de la vraie critique; les ronces et les épines s'accumulent de toutes parts. La louange ou le blâme, l'approbation ou la censure, il y a bien des choses, mon jeune ami, dans ces deux pôles opposés du jugement humain. Je vous connais assez pour savoir votre règle de conduite; comment pourriez-vous ignorer que rendre un bon témoignage d'un mauvais livre, c'est faire l'office d'un *faux témoin*; je sais aussi combien l'honneur et la délicatesse vous sont chers, combien vous abhorrez ce système de diffamation moralement infâme, mais légalement innocent, trop souvent adopté aujourd'hui. Ainsi vous énoncerez franchement votre opinion, vous direz la vérité, toute la vérité ou ce qui vous paraît la vérité, vous la proclamerez hautement, sans arrière-pensée, sans préjugés, sans faiblesse, sans exagération, sans verre grossissant ou diminuant. En ce cas, mon jeune et excellent confrère, il ne me reste plus qu'à vous plaindre; de gaîté de cœur et les yeux bandés, vous vous jetez dans la fosse aux lions, Dieu sait ce qui en arrivera. Il est un fait una-

qu'à l'agglutination des intestins par de l'albumine, et sans collection séreuse.

Si l'on ajoute à l'incertitude des signes indiqués comme propres à faire reconnaître la péritonite latente, la fréquence des complications graves coexistant si souvent avec elle, telles que les tubercules, les épanchemens pleurétiques, l'hydrothorax, les pneumonies et pleuro-pneumonies, les phlegmasies gastro-intestinales, dont les symptômes, énergiquement dessinés, masquent les siens ou jettent une perturbation difficile à démêler pour l'observateur, on se convaincra de toute la difficulté qu'il éprouvera à pouvoir arriver, soit par voie d'analyse, soit par voie d'exclusion, à asseoir un diagnostic juste. La lecture des observations qui font le sujet de ce mémoire prouvera suffisamment, je l'espère, la vérité de cette proposition.

En effet, on n'y trouvera pas de la médecine de théorie ou de cabinet, mais des tableaux copiés sur la nature. On y reconnaîtra l'insuffisance de signes propres à dénoter de bonne heure la péritonite latente, et combien l'art est conjectural dans cette affection morbide, et laisse à désirer sous le rapport thérapeutique.

La mort ne survient pas ordinairement d'une manière subite et sans agonie, comme l'écrivent les auteurs modernes ; mais, au contraire, d'une manière lente, graduelle, et le plus souvent après une lutte plus ou moins longue. Il est vrai que, dans la plupart des cas que j'ai été à même d'observer, des complications graves avaient pu imprimer un caractère tout différent à la lésion qui venait terminer l'existence.

Quant aux diverses médications que je tentai et qui se bornèrent à combattre les symptômes de gastrite ou de gastro-entérite, toutes les fois qu'ils devenaient aigus, par des applications de sangsues réitérées suivant le besoin, par la diète, le régime lacté, les révulsifs, les tiers de lavemens opiacés ; à chercher à diminuer l'œdème et l'ascite par les diurétiques, les purgatifs, elles échouèrent constamment, et d'autant plus, que souvent des affections graves d'autres organes en contr'indiquaient la prescription ou la continuation.

Dans tous les cas de péritonite chronique ou à marche insidieuse, elles furent sans succès. Aussi regardé-je cette maladie comme devant être la plupart du temps mortelle ; car elle survient presque toujours pendant la durée de lésions graves qui ont déjà notablement affaibli ou détérioré la constitution.

Je ne pense pas que des moyens aussi secondaires ou agissant d'une manière aussi éloignée que les bains, soit émolliens, soit sulfureux, les douches en arrosoir, les fomentations, les cataplasmes préconisés par les divers pathologistes qui ont écrit sur la péritonite chronique, puissent avoir aucune action sur la marche de cette vaste phlegmasie. Du moins puis-je affirmer qu'ils n'ont jamais réussi lorsque je les ai employés.

Les diurétiques ont provoqué des vomissemens ou de la diarrhée, et une aggravation dans les symptômes dénotant une gastro-entérite, qu'elle eût préexisté ou qu'elle eût été le résultat de la péritonite chronique. Jamais je ne les ai vus diminuer l'œdème des extrémités, ou favoriser la résorption du liquide épanché dans la cavité abdominale.

Les larges vésicatoires appliqués sur le ventre ne m'ont également jamais semblé avoir d'influence sur la marche de la même inflammation chronique du péritoine.

HYDROTHORAX ET TUBERCULES PULMONAIRES ; PÉRITONITE LATENTE MÉCONNUE ; SYMPTÔMES DE GASTRITE CHRONIQUE ; MORT.

OBS. — Perrote, détenue, âgée de 28 ans, entra dans les salles de Clinique interne le 24 décembre 1832, offrant tous les signes d'une gastrite qui ne tarda pas à être accompagnée de diarrhée. Cette dernière, combattue par les antiphlogistiques et les narcotiques, céda ; en même temps, un régime assez sévère et lacté fut prescrit et suivi avec persévérance.

La malade maigrissait lentement, ne se levait plus. Vers le 8 janvier, il survint de la fièvre qui sembla revêtir un caractère intermittent, et que je tentai de combattre avec le sulfate de quinine. Mais je fus obligé de le suspendre, des symptômes d'irritation gastrique et des vomissemens de nature bilieuse ayant reparu. Ils nécessitèrent une application de douze sangsues à l'épigastre et celle de cataplasmes sur le ventre.

En outre, la peau était sèche, les pommettes rouges, la toux peu humide, fréquente, mais sans expectoration, la soif vive, la tension de l'abdomen nulle, l'expression du visage naturelle.

Je diagnostiquai : travail de tuberculisation dans les poumons et gastrite chronique.

Cependant l'aspect de la langue indiquait peu ce dernier état, et j'étais plus porté à attribuer les vomissemens à une névrose de l'estomac due à l'absence des règles. En conséquence, le 16 janvier, j'essayai l'oxide de bismuth, à dose progressivement croissante. Mais il fut sans effet sur les vomissemens, qui persistèrent.

24. Perrote maigrissait rapidement, ses yeux s'excavaient, la soif était vive, toute boisson était rejetée. Le visage avait pris le caractère que lui impriment les maladies chroniques du ventre. La toux était sèche, peu fréquente ; les crachats ordinaires, la constipation habituelle. La malade ne se levait jamais. Je fis appliquer des ventouses à la partie interne des cuisses, prendre des pilules emménagogues, faire des fumigations de même nature. Cette médication fut suivie sans succès, les vomissemens persistèrent, ainsi que l'aménorrhée.

Pendant le mois de février, la patiente continua à dépérir et finit par être à un état squelettique ; les évacuations stomacales persistèrent ; elle s'affaiblit de plus en plus.

La maladie ayant résisté à tous les traitemens, et s'aggravant de plus en plus je me bornai à soutenir les forces et à donner le soir des pilules d'opium pour procurer du sommeil. Cependant, vers sa fin, la respiration devint plus gênée, l'expectoration parfois muqueuse.

Le ventre fut palpé de temps en temps et n'offrit jamais ni la moindre sensibilité, ni la moindre tension. L'auscultation médiate, qui avait été pratiquée à plusieurs reprises, un mois avant la mort, n'avait jamais donné d'autres signes que ceux qui pouvaient indiquer la présence de tubercules dans les poumons. L'hydrothorax qui existait à gauche dut être produit quelque temps avant cette dernière. Il fut méconnu, l'état désespéré de la malade m'ayant fait depuis négliger d'explorer de nouveau la poitrine.

Dans le mois de mars, la fin de cette fille semblait prochaine. Quelques escarres avaient de la tendance à se former sur la peau qui recouvre les saillies osseuses. La mort survint sans délire, le 10 à huit heures du matin.

AUTOPSIE CADAVÉRIQUE FAITE 26 HEURES APRÈS. — HABITUDE EXTÉRIEURE. Maigreur remarquable, excavation des yeux, ventre à peine légèrement tuméfié. La tête ne fut pas ouverte, la malade n'ayant offert aucun trouble dans les fonctions intellectuelles.

THORAX. Il existait un hydrothorax du côté gauche, caractérisé par l'existence de sérosité citrine très limpide et sans aucuns flocons albumineux, qu'on pouvait évaluer à une pinte et demie. On apercevait çà et là, sur la surface diaphragmatique de la plèvre, des plaques entourées d'une auréole d'un rouge vif piqueté, formées de tubercules agglomérés. Le poumon baignait dans le liquide. Tout son lobe supérieur était comme mamelonné, d'une couleur blanchâtre, mêlée d'une teinte bleuâtre faible. Les mamelons étaient constitués en partie par des bulles d'air réunies, et en partie par les aréoles pulmonaires elles-mêmes, exagérées dans leurs proportions ordinaires. En outre, dans l'étendue de 10 à 11

---

nimement reconnu, c'est que la louange, même la plus extravagante, la plus sotte, la plus bouffonne, est toujours acceptée, quoiqu'à mon avis il soit plus aisé de flatter que de louer dignement. Quant à la critique, c'est autre chose, la plus simple, la plus juste, la plus modérée, la plus polie, blesse et déchire, ajoutons qu'elle laisse toujours son aiguillon et son venin dans la plaie, *manet alta mente repostum* ; n'oubliez jamais cette vérité. Qu'un homme plus ou moins frotté d'anatomie, de pathologie, d'histoire naturelle, de chimie, d'érudition, de broutilles scientifiques, se croie le talent de faire un livre, il n'y a là qu'un ridicule dont le temps et le bon sens public ne tardent pas à faire justice. Mais prouver à cet homme que son livre n'était pas *un besoin généralement senti* dans la science ; démêler ses erreurs, ses plagiats, ses non sens ; lui faire voir qu'il s'est égaré dans les landes du médiocre et de l'insignifiance ; que se servant du procédé de l'abbé Trublet, il n'a rien vu, rien observé qui ne l'ait été avant lui, et qu'il a fait son fagot dans le bois d'autrui ; qu'il tombe à chaque instant dans le *truisme*, c'est-à-dire dans la vérité niaise annoncée avec prétention ; qu'il a remplacé le vide des idées par l'artifice du sophisme et le clinquant des mots ; en un mot, clouer à son front l'écriteau d'impuissance et de stérilité, c'est là où la tâche devient difficile et pénible. Elle l'est encore davantage si l'auteur, doué d'un véritable talent, veut donner à des paradoxes l'éclat et la consistance de la vérité ; s'il est nécessaire de prouver qu'on a pris le fantôme pour la réalité ; s'il faut tempérer quelquefois par une incisive moquerie la vanité ridicule, la sottise pédante ; d'autres fois flageller l'idéal de la sottise dans l'insuffisance, et de la vulgarité dans l'orgueil ; extraire sans pitié la maigre substance d'un ouvrage en plusieurs volumes ; démontrer que la pauvreté de la forme répond en tout à la pauvreté de la donnée, c'est-à-dire que la méthode est vicieuse, le plan peu entendu, les faits mal observés, leur interprétation arbitraire ou forcée ; que le style, loin d'être naturel avec choix, simple avec dignité, négligé même avec grâce, est tantôt emphatique et boursouflé, tantôt plat et rampant, d'autres fois incorrect à galvaniser Dumarsais : or, c'est en quoi consiste ce qu'il y a de vrai, de grand, et j'ose dire d'héroïque dans la critique. Voyez, mon jeune confrère, si vous avez assez de courage et de patience, assez de force d'âme pour supporter tant d'ennuis, pour braver tant de périls.

En général, tout auteur estime infiniment le produit de son intelligence ; l'enfantement cérébral opéré, il se complait dans son œuvre, et quoique souvent d'un grain de sable il ait fait une montagne, il s'érige en lui-même un trophée, il a toujours l'œil sur son *monumentum ære perennius* ; ceci tient à la faiblesse humaine. Mais jugez de ce que doit éprouver cet auteur, lorsqu'un critique malencontreux, l'indifférence au cœur et le crible à la main, s'avise d'examiner rigoureusement la matière première de son livre, d'estimer celui-ci à sa valeur positive et intrinsèque, quand il rabaisse cette œuvre chérie, qu'il prouve que l'auteur a été vaincu par son sujet, que son livre, *paré de toutes plumes*, n'est qu'un assemblage de faits connus, d'idées communes, autrement dit qu'il y a fabrique et non point œuvre. Certes la douleur est poignante d'abord, mais elle ne tarde pas à se changer en indignation et en rancune ; car ne perdez pas de vue que vos critiques s'adresseront à des confrères ; or, l'expérience a prouvé qu'il n'est rien de délicat, de sensible, de susceptible, de chatouilleux, comme l'amour-propre des médecins, c'est, par excellence, le *genus irritabile*, les poètes n'en approchent pas. Je comprends qu'on a employé des formules polies, qu'on a coulé

centimètres de la face externe du même lobe, l'emphysème était interlobulaire ; le tissu pulmonaire était généralement sec, crépitant, ne se vidant pas d'air par sa section et ses vaisseaux exsangues.

Le lobe inférieur offrait un léger engouement cadavérique, et çà et là éloignés les uns des autres de petits engorgemens durs, disséminés dans son tissu, et formés de tubercules agglomérés. Les glandes, à la racine des bronches, formaient une espèce de chapelet et étaient tuberculeuses ; la muqueuse bronchique était rouge et légèrement hypérémiée.

Le poumon droit était emphysémateux dans son lobe supérieur et le long de son bord antérieur, mais à un moindre degré. Son tissu était pâle et infiltré çà et là de petites indurations globuleuses dues à des tubercules gris.

Le péricarde contenait à peu près 40 grammes de sérosité citrine limpide.

Le cœur était peu volumineux, les parois du ventricule gauche flasques, jaunâtres, assez fermes et d'épaisseur ordinaire. La cavité était presque vide, ainsi que l'oreillette correspondante, tandis que celle du droit renfermait du sang en partie concrété.

Abdomen. Il s'écoula, lors de la section, à peu près deux pintes d'une sérosité jaune, comme gommeuse. Toute la surface des intestins et des parois du ventre était tapissée d'une pseudo-membrane épaisse inégalement, rouge, piquetée, parsemée d'une innombrable quantité de tubercules d'un blanc mat, de grandeur variable, de forme ronde ou ovale, qui la rendaient rugueuse au toucher. Elle offrait l'aspect d'une variole confluente au moment où les boutons blanchissent et sont distendus par le pus. En outre, l'excavation du petit bassin et les parois des fosses iliaques étaient tapissées ou traversées par des brides cellulo-albumineuses, souillées de sang. Il s'était fait vers ces points une exhalation sanguine peu abondante.

L'estomac était complètement caché, de même que le colon, par une espèce de panne épaisse d'un centimètre et demi, qui, au-dessous du dernier, formait comme une draperie irrégulière, offrant trois à quatre pointes, et était constituée par l'épiploon gastro-colique et le grand, transformés en une masse tuberculeuse d'un blanc grisâtre, dure, résistante, criant sous le scalpel, rappelant parfaitement la disposition granulaire et la dureté de certains pancréas.

L'estomac, dégagé de dessous cette épaisse production, fut trouvé sain, ainsi que le duodénum. La rate était ensevelie dans des pseudo-membranes volumineuses dans l'épaisseur desquelles existait une immense quantité de tubercules. Son tissu était rouge, noirâtre et facile à écraser. Les reins étaient sains et tachés par les mêmes altérations morbides.

Les intestins jéjunum et iléon étaient recouverts d'une concrétion albumineuse, infiltrée d'un nombre infini de tubercules ronds ou ovales, blancs, opaques, développés dans son épaisseur, et se détachant fortement sur sa rougeur violacée et noirâtre par endroits. Le même produit se remarquait sur le mésentère, qui était épaissi et d'un rouge intense. En râclant avec l'ongle, on enlevait la concrétion, et au-dessous on trouvait le péritoine piqueté, d'un rouge vif. La membrane muqueuse était généralement blanchâtre et saine.

Le cœcum était tapissé à sa surface par la pseudo-membrane tuberculisée. Sa cavité contenait des matières fécales bien moulées. L'arc transverse du colon était entièrement caché par l'espèce de panne tuberculeuse épaisse, formée par le grand épiploon, et dans la région iliaque gauche par les mêmes productions morbides; tout cet intestin était sain, de même que le rectum.

Le foie était caché derrière les mêmes pseudo-membranes. Son tissu était jaune, homogène, ses vaisseaux presque exsangues, sa vésicule très petite et comme comprimée par les premières.

Les ovaires étaient tuberculeux et l'utérus très petit.

Dans le cas que je viens de relater, la péritonite fut méconnue, les signes qui auraient pu la faire préjuger ayant tous été négatifs. En effet, ils se bornèrent à des vomissemens qui persistèrent jusqu'à la mort, à des symptômes d'abord d'irritation gastrique, puis de névralgie, qu'on pouvait attribuer à l'aménorrhée. Ce ne fut qu'à une période avancée de la maladie que le faciès caractéristique des lésions abdominales chroniques vint mettre sur la voie. Seulement, on dut plutôt l'attribuer à une phlegmasie ancienne de l'estomac, qu'à une péritonite, puisque jamais il n'y avait eu de tension ou de douleurs de ventre qui eussent pu donner l'éveil.

HYPERTROPHIE DU COEUR; PLEURO-PNEUMONIE; PÉRITONITE MÉCONNUE; MORT.

Obs. II.—Guérin, âgé de 53 ans, d'une bonne constitution, d'un tempérament bilioso-sanguin, entra à l'hôpital le 5 janvier 1833. Il était sujet à tousser, depuis trois ans. Il avait la respiration difficile, surtout lorsqu'il marchait ou qu'il se livrait à quelque exercice. La poitrine, percutée, résonnait assez bien partout, excepté dans la région précordiale. La contraction des ventricules du cœur imprimait à l'oreille une forte impulsion sans produire de son ; celle des oreillettes déterminait un bruit sec, court et très profond, qui se faisait un peu entendre sous les clavicules et dans le côté gauche, et nullement dans le côté droit ; la respiration était perçue partout.

Les veines jugulaires étaient gonflées, mais n'offraient pas de pulsations. En exerçant une légère compression sur la partie moyenne, la tuméfaction n'avait plus lieu que vers la partie inférieure ; les pieds étaient œdematiés. (Saignée, pilules de digitale.)

Après un mois de séjour dans les salles, pendant lequel le malade fit usage de boissons diurétiques, des pilules précédentes, il sortit le 10 février.

Il rentra à l'hôpital le 21 mars. La respiration était devenue courte et difficile, un râle assez fort se faisait entendre, la poitrine était sonore dans tous ses points, excepté à la région précordiale. L'examen des battemens du cœur donna les mêmes résultats que lors de la première entrée. (Sangsues à l'épigastre, vin diurétique amer, infusion de fraisier nitrée.)

Au bout de sept à huit jours, le malade éprouva un soulagement marqué, sans diminution sensible de l'infiltration des extrémités.

Le 17 avril, la face était affaissée, le nez et les lèvres d'une couleur un peu violette. L'impulsion du cœur était beaucoup moins considérable ; on n'entendait presque pas le son des oreillettes.

La respiration était plus fréquente et plus difficile, le *ventre ballonné; il était survenu de la diarrhée*, les extrémités inférieures et le scrotum étaient infiltrés.

Le 27, l'oppression avait augmenté, le bruit respiratoire s'entendait moins bien du côté droit, en même temps qu'un râle assez fort et crépitant y était perçu. Le pouls était petit et faible, les yeux chassieux et très proéminens. Pleuro-pneumonie à droite.

Du 1er au 17 mai, le visage devint chaque jour plus altéré, la diarrhée continuelle. Le malade était pris de délire par momens.

18. Perte de connaissance, pouls presque insensible ; la respiration devint courte et très difficile, le ventre ballonné. La mort eut lieu le jour suivant.

Autopsie cadavérique faite 24 heures après la mort.

État extérieur. — Cadavre d'un homme d'environ 5 pieds, bien conformé, amaigrissement considérable de la face, infiltration du scrotum et des extrémités abdominales.

Crane. — La substance cérébrale était assez molle. Chaque ventricule contenait environ 4 grammes de sérosité. Le cervelet était moins ferme que dans l'état naturel ; la matière grise du prolongement rachidien plus abondante.

Thorax.—La cavité des plèvres renfermait environ une demi-pinte de sérosité trouble, mêlée de flocons albumineux, très mous. Toute celle du côté droit offrait une rougeur foncée. Le poumon du même côté adhérait fortement au diaphragme et à la première côte, par une pseudo-membrane rougeâtre assez ferme, mais non organisée. Le tissu de cet organe était infiltré d'une grande quantité de sérosité et contenait beaucoup de sang. Plusieurs points, principalement au sommet, avaient une consistance plus ferme, étaient moins crépitans, d'une couleur plus rouge et d'une apparence grenue.

Le poumon gauche, couvert de quelques fausses membranes molles, n'adhérait que faiblement à la plèvre diaphragmatique. Son tissu était crépitant et gorgé de sérosité, dans son lobe supérieur et son bord antérieur. Sa partie postérieure

---

de l'huile sur la pierre à aiguiser ; mais les auteurs ne s'y trompent pas, leur désappointement est complet, donc on ne les a pas loués sans restriction, ou on ne les a pas compris, ou on les a mal jugés. A les entendre, ce blâme est toujours l'effet d'une animosité secrète ou patente, avec ou sans but. Il semble qu'il soit impossible de rencontrer un critique conduit par le seul amour de la science et de la vérité.

Il y a plus, c'est qu'en mélangeant les éloges à la censure, on n'en est guère plus avancé. Les premiers passent inaperçus, on les attendait, c'est une dette ; mais à travers ces éloges, le stylet de la critique a pénétré au plus vif de l'amour-propre, c'en est assez, la plaie restera béante et saignante. Rien de plus conforme à ce que renferme le cœur humain ; attaquer des opinions, blesser des convictions, rabaisser le piédestal, de pareils effets n'ont jamais lieu sans trouble, sans combat, sans action ni réaction. Ici d'ailleurs, tout a son effet ; une assertion controversée, des faits qu'on nie ou qu'on interprète autrement, une phrase, un mot, une plaisanterie, tout agit, tout porte coup. La plaisanterie surtout, fine ou acerbe, est l'arme la plus dangereuse à manier, parce qu'elle frappe le plus grand nombre et satisfait la malice naturelle à la plupart des hommes ; mais c'est aussi ce qui engendre le plus de haines et de discordes. Un auteur très maltraité de la fortune écrivit qu'il avait trouvé je ne sais quel procédé avantageux, un moyen sûr de guérir une maladie incurable ; il s'écria : La gloire et la fortune sont à ma porte.—Dites-leur donc d'entrer, répondit le critique ; dès-lors s'allume un ressentiment qui ne s'est éteint qu'avec la mort de l'offensé. Songez à cela, mon jeune confrère, ayez donc toujours devant les yeux de votre esprit cette prudente maxime d'un ancien : *Vera loqui si vis, disce sæva pati.*

Et pourtant, remarquez que jusqu'à présent je n'ai parlé que des auteurs vos égaux, pour ainsi dire ; que sera-ce quand il vous faudra juger l'ouvrage d'un auteur puissant et haut placé ? Toujours préférer la notabilité du talent à celle de la position, la supériorité personnelle à l'incapacité illustrée est une admirable maxime dans les livres, mais dont la pratique est dangereuse, à moins d'un courage à toute épreuve ou d'une complète indépendance ; or, vous n'en êtes pas là. Parce qu'un homme a de la réputation, de la fortune, de beaux emplois, irez-vous, en véritable *guerillero* de la presse, l'attaquer, le harceler sans cesse, remplir le rôle d'insulteur public, par des injures et des sarcasmes ? Tout cela ne convient qu'à la *presse à scandale*, et vous la méprisez : ce serait à la fois sottise et méchanceté. A mon avis, il y a dans toute grande réputation un principe de force qu'il est bon de connaître et d'étudier ; par là, on est toujours ramené à la modération. D'un autre côté, parce qu'un homme a une belle position, des honneurs, de la richesse, faut-il s'incliner, s'écrier trois fois grand, l'asphyxier de l'encens d'une admiration sans mélange, d'une admiration sans contrôle ? Ferez-vous de votre feuille un répertoire d'éloges outrés, un journal-valet ? Non sans doute, bien qu'il soit vrai que la servitude de la critique s'accroît tellement avec l'échelle des dignités sociales et scientifiques, qu'au sommet on ne trouve plus qu'une liberté, celle de l'éloge. Alors, quelle sera votre conduite, mon jeune et bon confrère ? J'entends votre réponse : Je serai vrai, ferme, intègre, mais en même temps poli et modéré. Ah ! que vous connaissez peu les hommes, mon ami, surtout quand le vent du succès a tant soit peu enflé leurs voiles. La plus légère critique, le moindre blâme, vous seront comptés comme autant de remarques malveillantes ; vous avez loué, mais dans de si minimes proportions en les com-

et sa base étaient très fermes. Il en suintait à l'incision un liquide rougeâtre et trouble et leur tissu était grenu.

Le péricarde ne renfermait que très peu de sérosité. Le cœur avait au moins le double de son volume naturel. Les oreillettes, peu vastes, en raison de la grosseur de l'organe, contenaient une médiocre quantité de sang coagulé. Le ventricule droit, de bonne capacité, avait des parois assez épaisses et très rouges; les colonnes charnues étaient très prononcées; celles du ventricule gauche, très fermes, avaient au moins 2 centimètres et demi d'épaisseur. Sa cavité était assez vaste, mais cependant bien proportionnée; les colonnes charnues étaient aussi beaucoup plus développées que de coutume; la cloison avait 3 centim.

Abdomen. — La cavité du péritoine contenait environ deux pintes d'un liquide jaunâtre, mêlé de quelques flocons albumineux. Les intestins étaient pâles et un peu distendus par des gaz. La muqueuse de l'estomac offrait deux à trois petites ulcérations rondes, à fond rougeâtre, qui en intéressaient toute l'épaisseur; celle du cœcum et du colon était d'un rouge assez foncé et très infiltrée. Le foie, d'un bon volume, renfermait peu de sang.

La rate était recouverte d'une incrustation cartilagineuse très mince.

Tous les autres organes étaient sains.

Dans cette observation, les seuls signes qui auraient pu indiquer l'existence d'une péritonite chronique, furent le ballonnement du ventre et la diarrhée, qui survinrent le 17 avril seulement et persistèrent jusqu'à la mort. Mais à combien d'autres causes ne pouvaient-ils pas être attribués ! En outre, bien que cette phlegmasie n'ait pas été très intense, aucun symptôme ne la dénota, à moins (comme je serais assez porté à le croire) qu'on ne considère le dévoiement, qui débuta plus d'un mois avant la fin de la vie, comme en ayant caractérisé l'époque de développement et en même temps la durée, tandis que les vomissemens, malgré l'existence de petites ulcérations dans l'estomac, manquèrent complètement.

(La suite à un prochain numéro.)

CLINIQUE DES HOPITAUX.

RÉSUMÉ STATISTIQUE DE LA CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HÔTEL-DIEU (SERVICE DE M. LE PROFESSEUR ROUX) PENDANT L'ANNÉE 1841; par MM. MAUNOURY et THORE, internes des hôpitaux et membres de la Société anatomique.

(Suite. — Voir les numéros 23, 26 et 30.)

DES HERNIES.

C'est aux médecins qui ne voient dans la chirurgie que diagnostic facile, indications précises, traitement simple ou bien opération plus simple encore; c'est à ces médecins qu'il faudrait présenter un malade atteint d'une hernie étranglée.

En effet, quelle maladie entraîne avec elle plus de réflexion et souvent d'hésitation de la part du chirurgien? Il doit avoir sans cesse l'esprit en éveil, il doit prendre de son jugement, nous ne disons pas de ses connaissances anatomiques qui sont dans ce cas d'une valeur secondaire, un conseil rapide et sûr, soit dans la cure des différentes espèces d'étranglement, soit dans l'opération aux mille circonstances souvent imprévues, soit dans les suites aux accidens si funestes; aussi devons-nous être peu surpris, si les chirurgiens les plus célèbres ont étudié cette question avec une prédilection marquée. Vers la fin du 18e siècle la monographie de Richter est le résumé le plus complet, le plus pratique des travaux de ses devanciers.

Au 19e siècle, les recherches furent continuées avec ardeur, et il est curieux de voir Scarpa, Dupuytren, Ast, Cooper, prêter une attention spéciale au traitement des anus anormaux; le premier fut le narrateur des efforts de la nature restauratrice; le second son aide et quelquefois son guide; le troisième enfin par ses vivisections avec M. Travers, a étudié les circonstances dans lesquelles cette puissance de la nature était en défaut.

Le sujet semblait épuisé; il n'y avait plus qu'à croire aux écrits de ces grandes autorités; mais dernièrement M. Malgaigne publia que l'étranglement par engouement est une chimère, une entité semblable aux fièvres de Pinel; il dit prouver l'erreur des chirurgiens en présentant d'une main quelques observations présumées d'engouement, lesquelles n'étaient que des péritonites herniaires, et le danger de cette erreur fatale en présentant de l'autre main le tableau de la mortalité des opérations de hernie étranglée faites dans les hôpitaux de Paris depuis 1836.

Les observations de M. Malgaigne sont-elles des preuves exactes de ses conclusions; nous craignons que par l'ardeur de son imagination il ne se soit engagé avec trop de rapidité dans une voie déjà connue; Richter et Boyer, quoi qu'il en dise, étaient aussi très prudens dans ces opérations; nous avons pour garantie de cette prudence la profession de foi de Richter dans la préface de sa deuxième édition : « Le chirurgien qui suivra les règles de conduite qui sont tracées dans le chapitre sur la cure de l'étranglement, se trouvera rarement dans le cas de pratiquer l'opération de la hernie; le traitement de la hernie étranglée exige bien plus de sagacité et de connaissance que l'opération, nouvelle preuve que personne ne peut être un vrai chirurgien sans être en même temps médecin. »

Ces lignes prouvent « qu'on n'a point négligé l'étude des causes qui seule cependant peut faire de la chirurgie une science, qu'on n'est pas resté préoccupé du côté purement mécanique de l'art. » (M. Malgaigne, Mém. sur la périt. hern., Archives.)

Nous croyons que M. Malgaigne s'abuse lorsqu'il dit en parlant de la péritonite herniaire : « Chose singulière, nous avons en anatomie pathologique une maladie assez fréquente, la péritonite herniaire adhésive, qui manquait dans le cadre nosologique; vous pouvez feuilleter tous les traités de hernies, les auteurs les plus avancés accusent l'inflammation adhésive et la lymphe coagulable; mais de l'origine, mais des symptômes, mais du traitement de cette inflammation qui tout au moins est la source d'une complication si grave, vous en chercheriez en vain le premier mot. »

L'état que M. Malgaigne appelle péritonite herniaire, les auteurs l'ont appelé engouement inflammatoire.

Quoi de plus précis pour l'origine, pour les symptômes que cette phrase de Richter (p. 48) : « Engouement, accumulation des matières fécales et des gaz dans une hernie, ordinairement volumineuse; les suites de cette accumulation et de cet engorgement sont les suivantes : la hernie ne peut être réduite; elle se gonfle, devient pesante et dure, le malade est constipé; enfin et quelquefois après plusieurs jours, la tumeur devient douloureuse et le *pouls fiévreux*, mais la fièvre n'est jamais

---

parant à un orgueil colossal et insatiable, que ces louanges sont comme non avenues. Vous avez beau donner du *chiarissimo*, de l'*egregio*, etc., vous avez montré ou découvert un tant soit peu le pied d'argile de la statue; cela suffit, on vous regardera comme un critique envieux et mal disposé. Il y a des supériorités, des notabilités qui, craignant de voir les hommes de la presse médicale piquer, du bec de leur plume, l'énorme bulle de leur vanité, ont avec eux des ménagemens, une conduite prudente et habile. Mais, dans le fond, on se soucie peu et on n'estime guère *cette engeance*. Voyez, mon jeune ami, si, par amour de la vérité, il vous convient d'affronter de tels déboires. Il est vrai que la conduite de certains journalistes assez sots, assez malavisés pour s'injurier réciproquement, n'autorise que trop le mépris qu'on affecte à leur égard. Ce n'est pas qu'on fasse toujours au critique dont on croit avoir à se plaindre, un reproche immédiat et de mauvaise grâce, mais dans dix, dans vingt ans peut-être, vous trouverez à votre entreprise un obstacle inattendu, vous aurez été desservi, un ennemi secret, plus moins puissant vous a nui. Quelle en est la cause? Votre critique faite avec ou franchise et dans les seuls intérêts de la science. Plus elle a été vive et frappante, moins Sa *grandeur* scientifique la pardonnera à son auteur. Une critique sotte et grossière peut s'oublier, une critique juste et spirituelle, jamais. La pénétration, la vérité, la verve ironique, le bon sens affilé, sont des armes extrêmement dangereuses; cachez-les bien, je vous en prie, mon cher confrère, si elles sont à votre disposition, et ne les employez jamais que pour votre défense personnelle. On répète, qui veut la liberté de l'art doit vouloir la liberté de la critique, sans contredit, mais malheur à celui qui en use. Un *tacet* respectueux et prudent est le meilleur parti à prendre; deux grandes autorités, le calcul et l'expérience, en ont démontré l'efficacité.

Je dois encore, mon ami, vous signaler un autre danger dans la carrière que vous voulez suivre, c'est le préjugé qui s'attache aux écrivains. Il y a un sentier battu par la foule, qu'il faut suivre, ou bien vous serez exposé longtemps aux traits de la médisance. Quiconque prend la plume ne paraît nullement propre à l'exercice de l'art, à moins que sa réputation ne soit faite d'ailleurs, ainsi l'a décidé un absurde préjugé. Le grand Harvey lui-même, qui ne voyait que peu de malades, n'a joui que très tard d'une certaine considération; il ne fut aux yeux de ses contemporains et de ses confrères qu'un *disséqueur de grenouilles* sans importance. Jugez de l'opinion réservée à ceux qu'on range, à tort ou à raison, parmi les docteurs qui n'ont rien à faire qu'à écrire. En vain répéterez-vous qu'il est bon et utile de consacrer ses loisirs à l'étude, que c'est le seul moyen de retremper sa pensée, d'aviver son esprit, d'acquérir de nouvelles connaissances, d'apprécier même les faits journaliers de la pratique, vous n'en serez pas moins classé parmi les hommes à livres et à papiers, puis on lâchera le grand mot, le mot sacramentel, un *médecin de cabinet*. Ce mot dit tout; et il est à l'usage de bien des gens pour leur tenir lieu de raison. Aussi le plus vulgaire tâteur de pouls, un médicastre ayant vieilli sous le bât de la médiocrité, se croira certainement dans son *fort* intérieur, comme l'écrivait l'un d'eux, infiniment au-dessus de votre mérite. C'est bien autre chose, s'il a bâclé un lourd mémoire ou rapiécé une pauvre brochure, s'il a ramassé çà et là quelques faits, s'il croit avoir inventé, m[illegible]ifié un instrument, un procédé, un topique, un emplâtre. Oh! pour le coup, c'est un homme positif, solide, essentiellement pratique, qui ne s'amuse pas à faire des phrases; il a bien autre chose à penser. Toutefois cet illus-

aussi intense, le ventre n'est jamais aussi tendu et douloureux que dans les autres espèces; les autres accidens ordinaires à l'étranglement se manifestent lentement et augmentent de même; le danger n'est pas très pressant, et l'opération peut être faite dans ce cas *au bout de deux ou trois semaines.* »

Quant au traitement, nous ne pouvons reproduire les détails judicieux dans lesquels ils sont entrés, en particulier sur le taxis et les antiphlogistiques.

A propos du taxis, M. Malgaigne dit : « La réduction par le taxis a le double but d'empêcher les adhérences de s'établir et de donner à l'intestin toute liberté d'accomplir ses fonctions ; ce qu'il fait mieux dans l'abdomen que partout ailleurs ; » nous ajouterons : et diminuer l'inflammation du sac dont il est la cause principale. Il ajoute : « Chose remarquable et que l'on expliquera comme l'on voudra. » Les chirurgiens trouvent une explication bien simple ; l'engouement par les gaz, de même qu'il y a engouement par des liquides plus visqueux, plus épais que ceux du bout supérieur de l'intestin (15e observ. du mémoire de M. Malgaigne). « L'anse intestinale herniée demeure encore distendue par des gaz, *après que l'inflammation est passée et oppose encore une résistance légère aux efforts de réduction.* » Il y avait donc un obstacle à la réduction, engouement par des gaz, impossibilité de la réaction des parois engourdies de l'intestin sur ces gaz ; ici M. Malgaigne, entraîné par les déductions qu'il tire de sa dernière observation, est bien près d'admettre à la péroraison de son mémoire ce qu'il avait combattu dans son exorde.

Enfin, un des argumens les plus spécieux contre l'engouement par les matières fécales, c'est l'absence de ces mêmes matières dans l'intestin grêle ; l'argument n'est pas nouveau, c'est encore Richter qui se charge d'y répondre, pag. 47. « L'étranglement peut être une suite de l'accumulation des matières fécales et des gaz dans la portion d'intestin formant hernie ; comme on ne trouve les matières fécales dures que dans les gros intestins, tandis que l'intestin grêle ne contient que des excrémens fluides; *quelques-uns ont cru à tort* que cette cause d'étranglement ne pouvait avoir lieu que lorsque le colon ou le rectum formaient la hernie, et que l'iléon la formant ordinairement, cette espèce d'étranglement devait être en conséquence fort rare. Mais les matières fécales peuvent s'accumuler et se durcir dans l'iléon lorsqu'elles y séjournent trop longtemps. A la suite de l'étranglement de l'intestin grêle, lorsqu'il y a des vomissemens stercoraux, on trouve des grumeaux jaunâtres de la grosseur d'un pois, nageant au milieu d'un liquide vomi ; ces grumeaux sont des portions des matières fécales; pourtant elles viennent de la portion supérieure. » Dernièrement nous avons été témoins de cette espèce de vomissemens chez un homme qui est mort avant l'opération.

Quoi qu'il en soit, si nous trouvons M. Malgaigne trop exclusif dans ses opinions sur la péritonite herniaire, il va contribuer cependant à ramener les esprits dans une voie plus médicale ; aussi devrait-il avoir plus de respect pour le dix-huitième siècle quand il traite la question des hernies ; c'est à ce siècle que nous devons les travaux les plus importans sur cette matière ; c'est encore d'après les sages préceptes de Richter et de Desault que nous devons nous conduire dans la cure des étranglemens.

Mais laissons les livres où les maladies sont toujours traduites par voie d'abstraction ; arrivons au lit du malade ; c'est ici que la nature va se montrer avec ses incalculables variations, avec ses combinaisons infinies. Revenons à notre point de départ.

Quelle maladie offre une série aussi variable d'actes mobiles et changeant chaque jour, à chaque instant ; toute observation de hernie étranglée a son cachet particulier, son individualité spéciale, et près du malade chaque fait est nouveau ; aussi, parmi ceux qui ont été soumis à notre examen pendant l'année 1841, plusieurs ont présenté des caractères remarquables que nous devons rapporter en entier ; on y verra quelquefois l'expérience du chirurgien rester indécise, d'après le vague des indications.

En 1841, nous avons observé 20 cas de hernies.

13 hernies inguinales, toutes chez l'homme.

6 hernies crurales, 2 chez l'homme, 4 chez la femme.

1 hernie ombilicale chez une femme.

Sur les 13 cas de hernies inguinales, 6 n'offraient aucun symptôme d'étranglement.

Elles étaient toutes réductibles ; les malades étaient entrés à l'hôpital pour réclamer un bandage ou pour se reposer ; aussi étaient-ils renvoyés le lendemain de l'Hôtel-Dieu, lorsqu'ils avaient reçu un nouveau bandage.

3 furent réduites par le taxis ou les autres moyens thérapeutiques employés dans la cure de l'étranglement ; l'une de ces trois ne put être réduite qu'au quatrième jour ; elle était entéro-épiploïque, et ce ne fut qu'à la suite d'un taxis prolongé pendant un quart d'heure que M. Roux put la réduire totalement.

3 furent opérées : 2 avec succès, 1 avec insuccès.

Enfin, le dernier mourut quatre heures après son entrée à l'hôpital avant d'avoir subi l'opération.

HERNIES INGUINALES DOUBLES ; ÉTRANGLEMENT DE CELLE DU CÔTÉ DROIT ; SYMPTÔMES LÉGERS D'ENGOUEMENT INFLAMMATOIRE (PÉRITONITE HERNIAIRE) OPÉRATION ; ACCIDENS A LA SUITE DE L'OPÉRATION ; GUÉRISON.

OBS. — Mouchot, âgé de 25 ans, cuisinier, d'une forte constitution, d'une vigueur musculaire athlétique, fut atteint, vers l'âge de 3 ou 4 ans, d'une hernie du côté gauche, qui ne se reproduisit plus après l'application d'un bandage. Il ne portait plus son bandage depuis huit ans, lorsqu'à l'âge de 20 ans, elle reparut de nouveau à la suite d'un effort en portant un seau d'eau.

Un an après à la suite d'un gros rhume, il sentit au côté droit une tumeur d'abord petite, et lorsqu'elle eut acquis le volume du poing, il se décida à porter un bandage double ; dès-lors, la hernie ne ressortit plus du côté droit. Mais, du côté gauche, le bandage étant trop mauvais, la pelote ne comprimait pas exactement; aussi la hernie reparaissait-elle assez souvent, mais elle rentrait à la moindre pression.

Depuis deux mois il avait abandonné son bandage, lorsqu'après un repas peu copieux, en se levant de sa chaise, il sentit la tumeur reparaître du côté droit, sans déterminer de douleur vive d'abord ; il alla se coucher immédiatement, exerça une pression inutile sur la tumeur ; toute la nuit il éprouva des douleurs assez vives, des vomissemens continuels, et le lendemain il entra à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Roux, le 2 octobre 1841.

Son facies n'est pas altéré ; les nausées et les vomissemens ont disparu ; le ventre n'est pas tuméfié ; pas de borborygmes; le pouls est plein, peu accéléré ; la chaleur de la peau est naturelle.

Du côté gauche, la hernie est rentrée ; l'anneau inguinal est large.

A l'aine droite, il existe une tumeur allongée, de la grosseur d'un œuf de canne, tendue sans rougeur à la peau, sans douleur vive à la pression ; sonorité sourde à la percussion, probablement à cause de la réplétion du sac herniaire par de la sérosité.

Comme les symptômes sont peu intenses, que la hernie est inguinale, il est probable qu'elle rentrera facilement à la suite d'une médication antiphlogistique

---

praticien ne s'aperçoit pas que ses oreilles dépassent à peine l'ornière de la routine, que pour en sortir, il faut de l'esprit, du feu, de l'imagination, de l'érudition, en un mot tout ce qui lui manque; qu'en définitive il est toujours à sa place, c'est-à-dire à la suite de tout le monde. En effet, que de pareils hommes prennent la plume, s'ils ne l'ont déjà fait, vous serez étonné de la niaise faiblesse de leurs conceptions. N'ayant qu'un horizon borné, tout leur paraît nouveau ; inventant ce qui est connu, donnant des vieilleries pour du neuf, rebattant le rebattu, toujours dans une prose lâche, pâteuse, soporifique, véritable style à l'unisson du sujet, ils sont tout étonnés du peu d'attention qu'on prête à ce qu'ils appellent leurs idées. Mais si on les blâme, ils s'étonnent, ils s'irritent, ils crient à l'injustice, à l'envie, et toujours ils manquent de reconnaissance envers ceux qui leur ont ménagé le vent de la critique comme à une brebis tondue. Plus tard, mon jeune ami, vous reconnaîtrez là, ces gens auxquels, dit si bien Vicq d'Azyr, par une singulière méprise, on refuse de l'esprit et du savoir, tout en louant leur expérience.

Toujours est-il, mon cher et jeune confrère, que, dans le monde-médecin, un ouvrage plein de faits et d'originalité sera toujours au-dessous de la triture manuelle et du matériel scientifique ; c'est une vérité qui a jeté de profondes racines. Se servir de la plume, à moins de s'abaisser au livre-affiche ou prospectus, est un fort mauvais moyen pour se faire une réputation ; le vent de la fortune ne vient pas de ce côté, tant pis pour ceux qui ont un irrésistible besoin d'étude et d'instruction. « En mon pays de Gascoigne, dit Montaigne, on tient pour drôlerie de me veoir imprimé. » (Lib. III, chap. II.) Soyez certain qu'il y a maintenant beaucoup de gens à qui cette *drôlerie* ne fait pas plus d'effet que du temps de notre philosophe. Ils ne se font aucune idée du temps, du labeur, des soins qu'exige un ouvrage tant soit peu hors de la ligne ordinaire. Selon Pline le jeune, *linquamus aliquid ut nos vixisse testemur;* mais cet espoir est plus que jamais déçu, car le summum du succès se résume dans ces terribles paroles du libraire ; cela se fait lire, cela se vend ; *cela !* comprenez vous la profondeur de ce mot et tout le venin qu'il contient. Mais, dit-on, les bons ouvrages sont très rares ; pour quelques épis qui renferment un peu de bon grain, combien d'autres qui n'ont que des alvéoles vides ! Il est vrai, mais enfin il existe quelques bons livres, et chacun sait ce qui les attend.

Au reste, mon jeune ami, si c'est tourner le dos à la fortune que de se livrer à l'étude, si ce n'est pas un *métier à pain*, comme disent les Allemands, que faut-il penser de la critique et de la presse médicale ? Ce que je vous ai dit précédemment doit vous servir d'utile avertissement. Vous appartenez à cette jeunesse forte et studieuse, qui n'a pas mis son esprit en coupe réglée, qui possède encore ce désintéressement, cette candeur, cette sincérité de l'esprit, cet idéal de la science, qu'on perd plus tard dans la mêlée des intérêts ; voilà précisément ce qui me fait insister pour vous détourner d'une carrière aussi pénible qu'ingrate. Ne vous laissez pas séduire par l'apparence du bien qu'on peut faire par la presse médicale. Je le sais, il y a des idées vraies à émettre, des idées fausses à combattre, des progrès à constater et à propager, des questions graves à discuter, la dignité de la profession à soutenir, etc. ; mais tout à côté se trouvent des abus à signaler, et des abus qui ont des racines d'or, des opinions à heurter, des amours-propres surexcités à combattre, etc. Voyez où vous entraînent l'amour et le désir du bien. Votre critique sera polie, vous appliquerez sur de nombreuses piqûres

énergique; aussi M. Maisonneuve, chirurgien de service par intérim, prescrit-il, pour la journée :

1° Deux saignées de quatre palettes, une le matin et une le soir.
2° Bain de deux heures après la première saignée.
3° Lavement avec 15 grammes d'infusion de feuilles de tabac.
4° Dans la soirée, glace sur la tumeur, si elle n'est pas réduite.

Le taxis est mis en usage pendant cinq minutes sans résultats.

Le 3 octobre, le malade n'a pas vomi dans la journée; la fièvre n'existe plus; il a été très calme; la nuit il a très bien dormi, mais la tumeur n'a pas diminué de volume ni de tension, elle n'a pas non plus augmenté, elle n'est pas rouge, ni plus douloureuse que la veille; on emploie le taxis pendant quelques minutes; d'après la bénignité de ces symptômes, il est probable qu'à la suite d'un traitement encore actif, on parviendra à diminuer l'inflammation qui existe dans le sac et à réduire la tumeur; telle est du moins l'espérance de M. Maisonneuve.

1° Saignée de quatre palettes le matin; application continuelle de glace sur toute la région inguinale.

Le soir, le pouls s'est accéléré; la douleur a augmenté d'étendue vers l'abdomen; le malade était plus abattu, probablement à la suite des trois saignées; il y avait eu insomnie pendant la nuit et un vomissement le matin. En somme, peu de gravité apparente, mais augmentation dans les symptômes.

Le 4 octobre, que fallait-il faire? Si on tient compte de l'âge et de la vigueur du malade, de la contention de la hernie pendant quatre ans par un bandage bien appliqué de ce côté, de sa sortie brusque, on peut craindre un étranglement au collet du sac; mais les symptômes n'étaient pas ceux d'un étranglement; c'est ici une de ces alternatives critiques que le chirurgien seul comprend, car lui seul en connaît la portée. M. Maisonneuve se décide pour l'opération sur-le-champ.

Opération 60 heures après la sortie de l'intestin. Incision des tégumens de 12 centimètres; deux ligatures sur deux artères sous-cutanées; le sac mis à nu est bien tendu; à son ouverture, il s'écoule une quantité assez considérable de sérosité; pas d'épiploon; on trouve une anse intestinale du volume d'un petit œuf; il est très tuméfié, d'un rouge brique; il adhère déjà avec la face interne du sac par des pseudo-membranes très molles, non encore organisées, et qu'on détache facilement; à la partie supérieure, le collet est très long, très étroit; il étreint assez fortement l'intestin; M. Maisonneuve est obligé de débrider à deux reprises en haut et en dehors.

La portion d'intestin herniée attirée hors de l'abdomen, on constate qu'elle appartient à l'intestin grêle; la partie postérieure au niveau de l'étranglement est d'un rouge brun; réduction dans l'abdomen.

Réunion de la plaie au moyen de cinq points de suture; application d'un bandage; lavement avec 60 grammes d'huile de ricin.

Dans la journée, il n'a pas eu de vomissemens ni de hoquet; le ventre n'est pas douloureux, la figure n'est pas altérée, il n'a pas été à la selle. Le soir, un second lavement avec l'huile de ricin, 30 grammes.

5 octobre. Il n'a pas rendu son dernier lavement, pas de vomissemens, pas de hoquets, mais des coliques, le ventre est légèrement douloureux. Le soir, il éprouve, vers l'anneau, la sensation d'un étranglement; il croit l'intestin ressorti dans le sac; la peau est chaude, le pouls accéléré, la face colorée; on lève l'appareil; la réunion par première intention est en bonne voie. Il y a cependant tuméfaction du sac. (Lavement de tabac, 15 grammes d'infusion dans 500 gramm. d'eau; cataplasmes sur le ventre.)

Dans la nuit, il a eu deux selles très abondantes.

6 octobre. Son état est le même, pas de vomissemens, pas de hoquets, ventre légèrement douloureux; la tumeur herniaire est tendue, le pouls régulier est plein. (Lavement avec 30 grammes de sulfate de soude; cataplasme laudanisé.)

Dans la journée, il a eu trois selles abondantes; les matières sont liquides, noirâtres. Le soir, le pouls est accéléré. (Saignée de quatre palettes.)

7 octobre. Les traits sont légèrement altérés, la langue blanche, pas de vomissemens; le ventre est tendu, douloureux du côté droit; le sac est tuméfié; on retire deux points de suture; il prend un bain dans la journée. Il ne peut rester qu'un quart d'heure dans le bain. Le soir, la tumeur est toujours tendue, la douleur est assez vive au niveau de la fosse iliaque droite, affaiblissement général qui n'existait pas les jours précédens.

8 octobre. Figure abattue et pâle, ventre tendu, douloureux; pouls assez petit, fréquent.

9 octobre. L'état général est meilleur; il a eu trois selles pendant la nuit; il existe toujours à la région iliaque droite de la douleur et, de plus, de l'empâtement.

10 octobre. Décubitus dorsal; il répond lentement aux questions à cause de son abattement; il n'a pas eu de vomissemens, le ventre est légérement tendu, du côté gauche; mais du côté droit la rénitence est devenue plus intense; on distingue facilement une tumeur qu'on peut circonscrire au niveau de la fosse iliaque, dans l'épaisseur de la paroi abdominale antérieure; elle n'est pas chaude, ni rouge; il est impossible d'y sentir de la fluctuation; le sac est toujours tuméfié, rouge; la plaie fournit un peu de suppuration; le pouls est petit, très irrégulier.

On peut donc aujourd'hui constater un phlegmon dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, au niveau de la fosse iliaque droite. (Deux tasses d'infusion de séné, cataplasme laudanisé, bain entier, 20 sangsues sur la tumeur.)

11 octobre. Il a eu trois selles, son état général est toujours le même, le pouls s'est un peu relevé, la tumeur du sac s'affaisse, mais la tumeur de la fosse iliaque existe toujours. (Bain général, cataplasme.)

Il n'a pas pu rester dans son bain à cause de sa faiblesse. Le soir, le ventre est ballonné, le flanc droit assez douloureux.

12 octobre. Le ballonnement a diminué, ainsi que la douleur vive; la tumeur existe toujours aussi étendue; il a eu une selle assez abondante.

13 octobre. Dans la tumeur, on ne sent pas de fluctuation; à la percussion, sonorité voilée; cette sonorité ferait penser à M. Maisonneuve qu'il n'y a pas inflammation du tissu cellulaire; ou bien le phlegmon aurait très peu d'épaisseur; il croit que cette tumeur dépend de la présence d'un paquet intestinal réuni par des pseudo-membranes.

14 octobre. On lui donne une portion de pain ou un cinquième de portion.

15 octobre. Il n'a pas pu manger sa portion; il est affaissé, la langue légèrement blanchâtre; la tumeur du côté droit s'affaisse un peu, sous la pression du doigt; elle est moins douloureuse au centre qu'à la circonférence; elle s'est étendue vers la crête iliaque; le pouls est assez plein, fort fréquent, régulier; la peau est chaude.

16 octobre. La tumeur diminue; il a le dévoiement; pas de pus dans les matières fécales.

18 octobre. Il va beaucoup mieux; la figure est moins sombre; l'appétit revient, le ventre est souple, la tumeur iliaque a diminué d'étendue, la plaie est bientôt cicatrisée. Il a eu une convalescence jusqu'au 5 novembre, jour de sa sortie.

Cette observation est féconde en enseignemens pratiques, aussi l'avons-nous rapportée dans tous ses détails; en face du calme du malade et de l'aménité, pour ainsi dire, des symptômes, le chirurgien était-il téméraire d'abandonner subitement la thérapeutique pour l'opération? Non; car le résultat a prouvé qu'elle était urgente; il y avait étranglement au collet du sac; c'était une entérocèle simple, et non une entéro-épiplocèle; ce qui rendait la constriction beaucoup plus immédiate; l'étranglement était inflammatoire; il a fallu détacher les fausses membranes lâches et molles qui réunissaient les parois du sac à l'intestin pour le réduire; à ce moment la tâche du chirurgien est finie, celle du médecin va recommencer; car les suites de l'opération furent accompagnées de circonstances insolites qui firent craindre un moment pour les jours du malade.

Le premier jour, absence de selles; mais le second et le troisième jour après l'opération, nous fûmes étonnés de la quantité de matières fécales qu'il rendit en aussi peu de temps.

---

les linimens les plus doux, entremêlant d'éloges vos plus rudes avertissemens, vous direz aux auteurs, *vous savourez le miel, pardonnez l'aiguillon*. Ils pourront savourer le premier et ne pardonneront jamais le second, soyez en sûr, je vous l'ai déjà dit, et rien de mieux prouvé par ce que nous voyons chaque jour. Qui est ce qui constitue la supériorité dans ce genre de talent? C'est la probité morale, c'est la sincérité, c'est le courage, c'est la force d'âme qui ne tait la vérité par aucune considération, aucune influence. Le vrai critique a toujours la sérénité du juge qui prononce selon sa conscience, sous l'œil de Dieu, sans passion, sans prévention, sans illusion. Or, je vous demande si une telle abnégation peut avoir lieu dans le temps actuel, avec nos mœurs et nos usages, avec les hommes qui nous entourent, à une époque où l'on a des intérêts, point de conviction, aucune croyance, où quiconque se livre sérieusement aux travaux de la presse, se trouve débordé par la camaraderie, découragé par la réclame, poursuivi par l'intrigue, obsédé par mille petites considérations, qu'il est impossible d'éviter et d'écarter. Non, la chose est impossible et la coutume ne paraît pas disposée à changer. Allons, mon jeune et bon confrère, croyez-moi, brisez votre plume de critique, c'est un conseil dicté par la prudence, par la raison et surtout par une longue expérience; viendra le jour où vous me remercierez de l'avoir donné.

R. P.

— M. Capron, fabricant d'instrumens de chirurgie, nous écrit pour repousser l'accusation de plagiat que M. Fauraytier aurait voulu diriger contre lui au sujet de son résecteur des amygdales. M. Capron reconnaît positivement que l'idée-mère de cet instrument appartient à M. Fauraytier, mais que celui qu'il a exécuté en est une modification heureuse qui lui appartient.

— Clinique iconographique de l'hôpital des vénériens, recueil d'observations, suivies de considérations pratiques sur les maladies qui ont été traitées dans cet hôpital; par le docteur Ph. Ricord, chirurgien en chef de l'hôpital des vénériens de Paris (hôpital du Midi), etc.

Quatrième livraison, contenant trois planches coloriées avec cinq feuilles de texte, grand in-4°. Prix : 6 fr.

Les livraisons 5 et 6 paraîtront très incessamment.

A Paris, chez Just Rouvier, libraire-éditeur, rue de l'Ecole-de-Médecine, 8.

— Histoire du somnambulisme chez tous les peuples, sous les noms divers d'extases, songes, oracles et visions; examen des doctrines théoriques et philosophiques de l'antiquité et des temps modernes, sur ses causes, ses effets, ses abus, ses avantages et l'utilité de son concours avec la médecine; suivie d'une lettre à Sa Sainteté le pape Grégoire XVI; par Aub. Gauthier, auteur de l'Introduction au magnétisme, encouragée par Sa Majesté et M. le ministre de l'instruction publique. — Deux volumes in-8°. Prix : 10 fr.

Chez Félix Malteste et comp., imprimeur-éditeur, 18, rue des Deux-Portes-St-Sauveur.
Germer-Baillière, libraire, 17, rue de l'Ecole-de-Médecine.
Dentu, libraire, 13, galerie d'Orléans.

Le aecnnd jour, il survint un nouveau symptôme, symptôme très remarquable sur lequel les auteurs n'ont pae assez insisté (1); je veux parler de l'inflammation vive du sac, de la réplétion par de la sérosité; le malade se plaint de la récidive de la hernie; le chirurgien s'il n'agit avec prudence s'en laisse imposer par la fièvre, par l'absence des selles, par la tension et la douleur de la tumeur; il enlève les fils, écarte les hords de la plaie, et ce n'est qu'après l'exploration du sac qu'il reconnaît l'illusion du malade.

Chez notre malade, on s'est bien gardé de détacher la suture, un cataplasme sur le ventre et la tumeur firent disparaître cette sensation douloureuse.

Le quatrième et le cinquième jour, après avoir rendu en abondance des matières fécales, par conséquent lorsque les accidens de l'étranglement eurent disparu, le côté droit du ventre devint douloureux dans un point; le pouls est fort et accéléré; la peau est chaude; courbature générale. A cette douleur se joint un empâtement dans le tissu cellulaire de la paroi antérieure de l'abdomen, jusqu'à la crête iliaque, une tumeur dure se circonscrit dans une étendue de 9 centimètres de diamètre; elle est pulsatile; il s'est formé évidemment un phlegmon dans le tissu cellulaire sous-péritonéal; si cette tumeur était due, comme le pensait d'abord M. Maisonneuve, à l'adhérence d'un paquet intestinal à la paroi abdominale, antérieure, droite, on l'aurait toujours sentie; mais elle disparut complètement sous l'influence des applications de sangsues et des cataplasmes; le phlegmon se dissipa sans passer à l'état d'abcès.

Ces phlegmons du tissu cellulaire formé à la suite de l'opération de hernie, en dehors du péritoine abdominal ne sont pas indiqués dans les auteurs. Louis, de Verdun, rapporte bien dans le journal de médecine de Vandermonde (t. VIII, année 1758) une observation de hernie épiploïque étranglée; il s'écoula, huit jours après l'opération, des flots de pus du ventre; malgré la guérison du malade, et l'opinion de Louis qui considérait cet abcès comme extra-péritonéal, l'observation n'eet pas assez concluante; nous avons été assez heureux pour être témoin, en 1840, dans le aervice de M. Roux, d'un fait qui ne laisse aucun doute à cet égard; ce fait est trop remarquable pour qu'on le passe sous silence.

HERNIE INGUINALE GAUCHE FORMÉE PAR L'INTESTIN GRÊLE CHEZ UN HOMME DE VINGT-SEPT ANS; ÉTRANGLEMENT; OPÉRATION; RÉDUCTION FACILE DE L'INTESTIN; QUATRE JOURS APRÈS LA RÉDUCTION, PHLEGMON DANS LA FOSSE ILIAQUE ET DANS LE FLANC GAUCHE; OUVERTURE DE L'ABCÈS A LA RÉGION LOMBAIRE; HÉMORRAGIE CONSIDÉRABLE DANS LE FOYER; MORT DEUX JOURS APRÈS L'HÉMORRAGIE.

OBS. — Corneille, 27 ans, cordonnier, d'une constitution molle, fut admis, le 10 janvier, dans le service de M. Roux, au moment de la visite du matin.

Il avait une hernie inguinale gauche depuis deux ans; le bandage dont il avait fait usage dans le commencement était usé, et depuis deux mois il ne prenait plus aucune précaution pour la retenir.

Quinze jours avant son entrée, il éprouvait de la difficulté à la réduire; l'intestin était douloureux; il y avait probablement une inflammation du sac et de l'intestin; cependant il n'avait pas quitté sa besogne.

Le 9 au soir, après avoir travaillé toute la journée, il voulut la réduire de nouveau; mais tous ses efforts furent inutiles.

Il survint des douleurs vives dans la tumeur, des nausées, des vomissemens, des hoquets; un médecin appelé exerce le taxis, fait appliquer 30 sangsues sur la tumeur; bain prolongé après la chute des sangsues; il revient le matin pour faire une seconde tentative de taxis; mais vains efforts; il envoie immédiatement le malade à l'Hôtel-Dieu.

A son entrée, sa figure exprime la souffrance; elle est colorée; les yeux sont cernés; vomissemens et nausées; la tumeur, à l'aine gauche, est du volume du poing; ecchymose autour des piqûres de sangsues; elle est tendue, très douloureuse à la pression; météorisme du ventre; pouls irrégulier, petit; peau humide.

M. Roux ne veut plus renouveler le taxis; il fait l'opération sur le champ.

10 janvier 1840. Opération. Après l'incision des tégumens, le tissus cellulaire qui entoure le sac est infiltré d'une sérosité gélatiniforme dans le sac, sérosité peu abondante; quelques caillots sanguins peu consistans; une anse complète d'intestin grêle la remplit; sa surface est d'une teinte rouge; pas d'épiploon, débridement avec bistouri boutonné, réduction facile, pansement, linge fin appliqué sur le sac, boulettes de charpie, plumasseaux, bande en double spica. (Purgatif, 30 grammes sel d'Epsom dans un litre d'eau.)

Le soir, un peu de fièvre, pouls à 112.

11 et 12. Même état, douleur légère de l'abdomen. (Saignée du bras de 500 grammes.)

13. Levée de l'appareil; la plaie a un bon aspect; il n'y a pas encore eu de selles. (Potion : huile de ricin et sirop de chicorée, de chaque 30 grammes.)

14. Deux selles liquides abondantes, un peu de douleur dans le flanc gauche, léger météorisme, la suppuration de la plaie est bonne. (20 sangsues à la région iliaque gauche, frictions avec liniment laudanisé camphré.)

Jusqu'au 20, point de changement; la plaie suppure médiocrement, bon aspect, mais elle ne tend pas à la cicatrisation; vers son angle supérieur un petit pertuis déjà formé depuis deux jours laisse échapper un liquide roussâtre; si l'on comprime le pli de l'aîne du même côté et la fosse iliaque, on fait sortir un liquide brunâtre analogue à des matières fécales très fluides; mais il n'a pas d'odeur; l'état général est bon, le pouls diminue de fréquence, la douleur abdominale diminue; point de selles.

21 et 22. Sérosité grumeleuse par l'ouverture indiquée, plus de douleur dans l'abdomen.

Les jours suivans, c'est un pus bien lié, mêlé de quelques débris pseudo-membraneux ou de tissu cellulaire qui s'échappent de l'ouverture, et qu'on fait sortir en pressant sur la région du flanc gauche; point de selles.

Le 25, M. Roux se décide à faire une autre ouverture quoiqu'il n'y ait pas de fluctuation évidente ni empâtement. Incision couche par couche, parallèle à la crête iliaque, à 2 centimètres au-dessus d'elle; le muscle transverse étant coupé, il sort une quantité considérable de pus blanchâtre, de débris de tissu cellulaire, analogues à ceux qui s'échappent par l'ouverture antérieure.

27. Plus de douleur, ni météorisme; les selles se sont rétablies depuis la veille; on conçoit leur arrêt par la compression d'arrière en avant du colon; un pus bien lié s'écoule en grande quantité par la plaie nouvelle. Depuis lors, selles assez régulières demi-liquides; pas de douleurs, sueurs nocturnes, pouls précipité, la plaie ne se cicatrise point.

3 février. Exploration du foyer avec une sonde qui semble parcourir une cavité considérable, si toutefois elle n'est pas dans la cavité abdominale elle-même.

4 février. Pendant la nuit, hémorragie abondante par la plaie. Le matin, pouls fréquent et très faible à 144, un caillot ferme la plaie qui depuis lors n'a pas donné de pus.

5 février. Nouvelle hémorragie, peu considérable; le sang est décoloré; tamponnement, compresses froides, glace, pouls misérable à 130 pulsations, pâleur de la face, traits décomposés.

6 février. Ecoulement de sérosité sanguinolente par la plaie; le pouls se sent à peine.

Mort le 7 à neuf heures du matin, vingt-huit jours après l'opération de la hernie.

Le phlegmon abcédé de la fosse iliaque et lombaire a été l'unique accident et la cause de la mort.

AUTOPSIE. — Après l'incision des tégumens de l'abdomen, on voit dans le flanc gauche une tumeur considérable qui refoule en avant et en dedans le colon descendant; une sonde introduite par l'anneau, une autre par le flanc, pénètrent et se rencontrent dans le foyer. Cette poche s'étend de la fosse iliaque au diaphragme jusqu'à l'extrémité inférieure de la rate, en refoulant le péritoine décollé dans toute cette étendue; la paroi interne de cette cavité est épaisse, de couleur brunâtre; on ne peut constater de fluctuation manifeste, mais une consistance mollasse. Le foyer est rempli par une masse énorme de caillots sanguins, 3 livres environ; sa face intérieure est inégale, rugueuse; il n'est pas possible de reconnaître les vaisseaux, source de l'hémorragie. Le foyer communique librement avec l'anneau inguinal. Le rein gauche est entouré de caillots sanguins. Les muscles psoas et iliaques étaient en contact immédiat avec le pus; ils étaient noirâtres, ramollis à leur surface; mais cette altération ne s'étendait qu'aux fibres superficielles.

A 32 centimètr. de la valvule iléo-cœcale une anse d'intestin grêle présente une teinte d'un gris noirâtre dans l'étendue de 18 centimètres; le péritoine qui le recouvre et la muqueuse sont sains.

Il est difficile de reconnaître l'incision faite par le débridement et l'état du collet du sac.

Si l'on compare les symptômes primitifs de cette hernie avec ceux de l'observation précédente, on voit une différence notable; ici, malgré l'acuité des symptômes, la constriction paraît moins forte et le danger moins immédiat.

Depuis quinze jours, ce malade était peut-être atteint d'une simple inflammation du sac et de l'anse intestinale herniée; l'inflammation augmente à la suite de la marche et des travaux qu'il n'interrompit pas; de là, impossibilité finale de la réduction. Après deux tentatives de taxis, le malade est apporté à l'Hôtel-Dieu sur un brancard.

Sa figure est altérée, abattue; la tumeur est très douloureuse; on l'interroge; il répond par monosyllables et difficilement; sans doute il n'avait aucun intérêt à tromper; la relation des antécédens de sa maladie paraît bien vraisemblable; mais quel chirurgien n'a eu souvent à se repentir de sa confiance aux réponses d'un malade? c'est dans ce cas qu'il est obligé d'analyser chaque symptôme patent, d'en peser la valeur et de suivre les indications présentes.

Or ici nous devons nous expliquer. Dans les hôpitaux (nous ne parlons pas des hospices de la vieillesse), un malade atteint de hernie arrive souvent après avoir déjà reçu des soins de pharmaciens ou de médecins; l'élève de garde de l'hôpital tient aussi à honneur de réduire la hernie au moyen du taxis.

Après avoir passé par trois ou quatre mains quelquefois inhabiles, après avoir été ballotté d'un lieu dans l'autre, le patient est enfin en présence du chef de service, d'un juge plus instruit. C'est dans ce cas que le rôle du chirurgien est difficile; emploiera-t-il, lui, le taxis bien

(1) Il est vrai, en France, on ne réunit presque jamais par première intention; aussi dans ce cas ne peut-il pas arriver. C'est en Angleterre où la suture est employée à la suite du débridement dans les hernies qu'on l'a signalé pour la première fois. Aston Key rapporte dans une note une observation d'une méprise de la part d'un interne, méprise qui fut cause de la mort du malade.

combiné ? Il le redoute pour le malade qui voit renouveler pour la troisième ou la quatrième fois des douleurs inutiles. Temporisera-t-il en prescrivant la série des moyens thérapeutiques énumérés ? Il reconnaît l'agitation du malade ; le ventre météorisé est le siége de douleurs souvent spasmodiques, suivant Richter ; inflammatoires, suivant la plupart des chirurgiens. Il reconnaît donc une péritonite abdominale, imminente, ou déjà déclarée, péritonite causée par la présence de la hernie engouée ou étranglée ; il réduit cette cause immédiate de l'inflammation qui elle malheureusement continue et tue le malade en trois ou quatre jours. Certainement, la mortalité est effrayante dans les hôpitaux à la suite de l'opération de la hernie ; mais ce sont ces manœuvres intempestives et répétées, ce sont ces mouvemens de translation d'un endroit dans un autre qui contribuent puissamment à l'augmenter ; l'opération n'est souvent que la dernière phase de souffrances plus ou moins prolongées.

A l'arrivée de notre malade à l'hôpital, on constatait une douleur vive, une tuméfaction de la tumeur, un œdème du tissu cellulaire déterminé par les sangsues et le taxis ; le sac contenait de la sérosité rougeâtre au milieu de laquelle nageaient quelques caillots sanguins dont il nous était impossible de reconnaître la source ; l'intestin était rouge, lisse à sa surface ; les douleurs du flanc gauche commencèrent quatre jours après l'opération et furent le signal d'une inflammation phlegmoneuse. Enfin, quinze jours après l'opération, malgré la profondeur du foyer, M. Roux pressent la fluctuation plutôt par voie d'analyse qu'au moyen de sa sensibilité tactile pourtant si exquise ; il fait une contre ouverture qui donne issue à une quantité considérable de pus.

A la suite d'une incision si opportune, le malade eût été digne d'un autre sort ; mais malheureusement le foyer purulent était trop vaste ; puis l'hémorragie due à son exploration avec une sonde a avancé probablement la mort de quelques jours.

Un fait important à noter, c'est l'altération des fibres superficielles du psoas et de l'iliaque, et cependant il n'y eût dans la cuisse aucune flexion permanente et involontaire, flexion qui eut mis encore sur la voie du siége du phlegmon ; le pus phlegmoneux, il est vrai, ne produit pas ordinairement d'irritation sur la fibre musculaire.

Ces deux observations nous apprennent à nous mettre en garde contre les phlegmons extra-péritonéaux, peut-être moins rares qu'on ne pense, surtout lorsque des tampons de charpie sont en contact avec l'intérieur du sac ; l'inflammation du tissu cellulaire a constamment lieu ; il n'est pas étonnant qu'elle étende ses progrès par continuité de tissu, jusque dans la fosse iliaque.

Ajoutons à ces faits le suivant où le même résultat a été produit par une cause différente. Il a été observé à la suite d'une injection vineuse dans la tunique vaginale pour une hydrocèle volumineuse qui remontait jusqu'à l'anneau abdominal ; pendant un laps de dix jours, la maladie marchait avec la régularité ordinaire, lorsque le onzième jour une tumeur phlegmoneuse se manifesta aussi derrière la paroi abdominale antérieure ; l'ouverture de cette tumeur donna issue à un pus séreux assez abondant ; le malade mourut vingt jours après, des suites d'une diarrhée colliquative et d'une fièvre hectique.

A l'autopsie, on reconnut le foyer, mais la paroi postérieure communiquait avec la cavité péritonéale ; on conçoit très bien l'origine et la formation de ce phlegmon abcédé ; nous ne voulons seulement qu'indiquer succinctement ce fait, qui se rattache aux deux autres sous le point de vue de l'inflammation cellulaire sous-péritonéale.

Dans ces observations, les accidens sont survenus à la suite de l'opération ; dans la première, la nature et l'art ont triomphé de ces accidens ; dans la seconde, ils ont échoué.

Nous allons rapporter maintenant une troisième observation qui est très curieuse sous le point de vue de l'anatomie de la hernie étranglée ; le malade est mort avant d'avoir subi l'opération, de sorte que la cause matérielle de la constriction put être examinée au moyen de la dissection.

HERNIE INGUINALE DU CÔTÉ GAUCHE CHEZ UN HOMME DE 55 ANS QUI PORTAIT CONTINUELLEMENT UN BANDAGE ; ÉTRANGLEMENT POUR LA PREMIÈRE FOIS DEPUIS TROIS JOURS ; MORT QUATRE HEURES APRÈS SON ENTRÉE A L'HÔPITAL ; L'OPÉRATION N'AYANT POINT ÉTÉ FAITE, ON CONSTATE PAR LA DISSECTION UN ÉTRANGLEMENT AU COLLET DU SAC.

OBS. — Conte, 55 ans, terrassier, doué de muscles très vigoureux, eut, à l'âge de 35 ans, une hernie inguinale du côté gauche ; cette hernie, survenue à la suite d'un coup de pied dans l'aîne, fut d'abord très petite ; elle rentrait très facilement, et il appliqua presque immédiatement après son apparition un bandage qu'il conserva jusqu'à cette époque.

Pendant vingt ans, elle ne causa aucun accident ; elle avait toujours été maintenue au moyen d'un bandage que le malade ôtait seulement la nuit.

Depuis trois ans, il est survenu du côté droit une petite tumeur qui rentra facilement et qui fut contenue de même au moyen d'un bandage.

Le 14 octobre, il avait fait un dîner peu copieux, il se réveilla dans la nuit et s'aperçut de la protusion de la hernie ; il voulut la réduire, ce fut en vain. Le lendemain, il continua encore à travailler à la terrasse pendant cinq heures ; mais les vomissemens et des coliques étant survenus, il fut obligé de quitter son travail (il avait appliqué son bandage sur la tumeur).

Pendant deux jours il resta dans sa chambre, sans secours ; vomissemens continuels, coliques, constipation, tels sont ses antécédens avant son entrée à l'Hôtel-Dieu, au moment où l'un de nous était de garde.

Les traits étaient très altérés, la face grippée ; vomissement de matières liquides à odeur de fèces, à couleur noire brunâtre ; le ventre n'est pas ballonné, peu douloureux à la pression ; au niveau de l'ombilic, il éprouve une sensation très douloureuse, surtout au moment des vomissemens ; cette sensation tenait probablement à l'épiploon étranglé ; le pouls est petit, filiforme, les membres froids ; l'intelligence est nette.

La tumeur est bien circonscrite, de la grosseur d'un petit œuf d'oie, lisse, élastique ; la peau n'est pas rouge ; à la percussion, supérieurement, sonorité ; inférieurement, matité. En la suivant, on sent très bien qu'elle pénètre jusqu'à l'anneau abdominal.

Prescription : Bain (il y resta une heure), taxis dans le bain sans efficacité ; frictions de teinture de belladone sur la tumeur et le ventre ; glace ; lavement de tabac, 15 grammes d'infusion de feuilles de tabac pour 500 grammes d'eau.

Il meurt à huit heures du soir, peu après l'administration du lavement de tabac.

AUTOPSIE 36 heures après la mort. Raideur cadavérique, la peau du côté gauche de l'abdomen est bleuâtre, la tumeur aussi volumineuse, aussi dure que pendant la vie ; elle est irréductible.

La peau incisée et disséquée dans une assez grande étendue sur la tumeur, ainsi que le fascia superficialis, on peut déjà circonscrire le pédicule de la tumeur, qui commence au niveau de l'anneau inguinal externe ; cet anneau fibreux est assez épais, résistant ; il contribue à rétrécir le sac dans ce point, mais cette constriction est très faible, et on peut introduire le doigt indicateur entre le sac et lui.

Quand on vit que l'étranglement n'avait pas lieu à l'anneau externe, on disséqua le muscle grand oblique, qu'on renversa en bas le cremaster, qui était très volumineux, on ouvrit le sac de bas en haut ; sa face interne n'était pas injectée ; il contenait dans son intérieur une portion considérable d'épiploon qui était en avant et une anse d'intestin grêle qui était en arrière ; le canal déférent et les vaisseaux du cordon étaient situés en dehors et en arrière, adossés à la paroi externe du sac ; pas de sérosité dans le sac, ni d'adhérences.

L'épiploon était injecté, mais non gorgé de sang ; l'intestin était couleur lie-de-vin, mais ses parois étaient fermes, résistantes ; il n'y avait à sa surface aucune tache gangreneuse.

Au niveau de l'anneau externe, pas d'épaississement du collet du sac ; la constriction dans ce point tenait à l'anneau fibreux.

Si on introduit le doigt plus profondément dans le collet du sac, c'est alors qu'au niveau de l'anneau abdominal on sent un étranglement très considérable, très résistant, un véritable lien aux parties herniées ; telle est la constriction qu'il est impossible de faire rentrer l'intestin, malgré une compression immédiate ; seulement on pouvait ramener en avant de nouvelles portions intestinales ; facilité de sortie, impossibilité de réduction.

Une fois les enveloppes et l'intérieur du sac examinés et le siége de l'étranglement trouvé, on ouvre l'abdomen en faisant une incision transversale à 1 pouce au-dessous de l'ombilic, et on renverse la portion inférieure en bas en forme de tablier ; on détache le péritoine du fascia transversalis pour bien constater quel est l'organe constricteur ; il est vrai le fascia transversalis au niveau de l'anneau abdominal est adhérent au péritoine, et on ne put les isoler qu'avec une dissection minutieuse.

Une fois le péritoine et le collet du sac réduits à leur plus simple expression, il est évident pour tous les assistans (M. Maisonneuve, chirurgien du service, MM. Debrou, Gosselin et le docteur Mercier) que le siége de l'étranglement est au collet du sac épaissi et devenu fibreux dans ce point ; il a une épaisseur de 2 lignes ; l'ouverture ne permet pas d'introduire l'extrémité du petit doigt avec les parties herniées, et il est difficile de concevoir comment une aussi petite ouverture a pu donner passage à une anse intestinale et à une portion d'épiploon. Le collet du sac n'est pas enflammé, l'intestin est froncé et présente une éraillure superficielle à l'endroit de la constriction ; il n'y a pas trace d'escarre.

L'anse intestinale herniée, de la longueur de 12 centim., appartient à l'iléum, à 50 centimètres de la valvule iléo-cœcale ; pas de sérosité dans l'abdomen. A la portion supérieure de l'intestin grêle, il y a injection des parois intestinales ; la muqueuse n'est pas enflammée, elle est pâle ; quelques stries sanguines apparaissent çà et là ; l'estomac et le colon sont tiraillés en bas par l'épiploon ; le gros intestin jusqu'au rectum n'est pas non plus enflammé.

Du côté droit, il y avait un bubonocèle ; on introduisait facilement le doigt dans le sac ; l'anneau abdominal est large ; il permet d'introduire deux doigts.

Les poumons sont sains, non adhérens, crépitans partout. Le cœur est rempli dans ses deux ventricules d'un sang noir et diffluent ; pas de caillots fibrineux.

Le cerveau n'a pas été examiné.

Il y avait étranglement au collet du sac ; c'était sur ce fait que nous devions porter toute notre attention, c'était par une dissection minutieuse que nous pouvions acquérir une certitude complète, et c'est par une description précise que nous pouvions faire passer cette certitude dans l'esprit du lecteur.

Or, nous avons pu vérifier le dogme conditionnel de M. Malgaigne. La constriction était telle qu'il existait déjà une légère éraillure à la surface de l'intestin ; malgré cela, l'intestin hernié et l'épiploon n'étaient pas

très congestionnés; il n'y avait pas la moindre trace de gangrène ni de ramollissement; pourtant trois jours étaient déjà écoulés depuis l'apparition de la hernie. Ceci nous prouve qu'il reste encore une grande obscurité sur le mécanisme de la gangrène à la suite de l'étranglement herniaire.

Quelle est la cause de la mort? Point de péritonite; les intestins ne sont point enflammés, et il y avait affaissement général, altération des traits, froid des extrémités, pouls filiforme.

Suivant Richter, il paraît, dans certains cas, que la mort dépend d'un abattement général; la douleur continuelle, la fièvre, le défaut de repos, les médicamens, l'impuissance de prendre ou de garder aucun aliment, affaiblissent à tel point les malades qu'ils meurent épuisés avant que la gangrène se soit manifestée, ou qu'elle soit considérable; ce sont les seules raisons que nous ayons à donner pour expliquer la mort rapide de notre malade.

Suivant les causes et le siége, on pourrait diviser les gangrènes de l'intestin étranglé en deux variétés. Tantôt elle a lieu, et c'est la plus fréquente, au niveau de la constriction même, tantôt elle existe sur la portion incarcérée, dans le sac, à la convexité même de l'anse; dans le premier cas, elle est linéaire et circulaire, comme le lien qui l'étreint; dans le second cas, elle est en plaques plus ou moins larges et plus ou moins profondes. C'est le mécanisme de ces deux variétés que nous ne connaissons pas parfaitement. Ainsi, dans quelques cas, la mortification paraît-elle avoir le plus de rapidité? La théorie nous indique le premier; cependant, si on s'en rapporte aux faits, il n'en est pas toujours ainsi.

Dans l'observation précédente, il n'y avait qu'une gangrène très légère, très superficielle, et pourtant 60 heures étaient écoulées depuis la sortie de la hernie.

Dans la suivante, nous allons voir la seconde variété de gangrène se manifester très intense après 36 heures; il est vrai, un médecin avait exercé sur la tumeur un taxis prolongé et forcé, ce qui n'avait pas eu lieu chez l'autre; certainement cette cause de gangrène est puissante.

Nous allons rapporter cette observation très succinctement, pour compléter le tableau varié des hernies inguinales entrées dans le service de M. Roux, à l'Hôtel-Dieu, année 1841.

HERNIE INGUINALE GAUCHE CHEZ UN JEUNE HOMME DE 22 ANS, TRÈS ROBUSTE, ÉTRANGLÉE DEPUIS 36 HEURES; GANGRÈNE DE L'INTESTIN; OPÉRATION; ABLATION D'UNE ANSE D'INTESTIN GRÊLE ET D'UNE PORTION DE L'ÉPIPLOON; ANUS CONTRE NATURE; MORT 24 HEURES APRÈS L'OPÉRATION.

OBS. — Perri, maçon, porte depuis deux ans une hernie inguinale gauche. Elle rentrait facilement; mais elle était contenue par un mauvais bandage.

Le 2 avril, le sous-cuisse de son brayer s'étant rompu, la hernie reparut avec force; la douleur, les coliques survinrent immédiatement. Taxis prolongé inutile. Il se rend immédiatement de Corbeil à Paris par le chemin de fer, et entre à l'Hôtel-Dieu. L'opération est exécutée deux heures après son entrée.

La tumeur, de la grosseur du poing, est tendue et douloureuse, la peau légèrement rouge à l'ouverture du sac; l'épiploon est en avant de l'anse intestinale; sur deux points, il y a des plaques; l'une de la largeur d'une pièce d'un franc, l'autre de 50 centimes, sur l'intestin; il y avait encore limitation par ulcération de l'escarre, débridement, ablation de l'anse intestinale d'une portion de l'épiploon : ligature des artères.

Les accidens de péritonite continuent. Mort 24 heures après l'opération.

On constate sur la pièce enlevée les plaques gangreneuses, qui existaient à la surface de l'intestin; la muqueuse, au niveau de ces plaques, est résistante, de couleur grisâtre; les follicules de Peyer sont gonflées et rouges.

La partie étranglée de l'intestin est à 12 centimètres de la valvule iléo-cœcale. Toute la portion supérieure est très distendue, remplie de matières fécales jaunâtres, liquides; injection considérable des parois; la portion inférieure est diminuée de calibre, elle contient des matières fécales solides.

Enfin, chez le dernier sujet qui entra à l'Hôtel-Dieu, le 9 novembre, pour une entérocèle inguinale droite, les signes de l'étranglement étaient bien manifestes; le ventre était météorisé et la face était altérée; l'opération fut des plus simples, le débridement du collet et la réduction de l'intestin faciles. Le sixième jour, il voulait manger et se lever; on avait beaucoup de peine à lui faire comprendre la gravité de son état.

Maintenant arrivons aux hernies crurales.

Les 6 hernies étranglées furent toutes opérées après l'usage des moyens préliminaires. Il y eut 2 guérisons et 4 morts.

Il résulte de ces faits: 1° que dans les hernies inguinales étranglées le taxis et les moyens auxiliaires, saignées, purgatifs, bains, ont amené la réduction dans presque la moitié des cas, 3 sur 7; 2° qu'ils ont été inefficaces dans les hernies crurales, et probablement qu'ils ont hâté la gravité des accidens; 3° que la mortalité a été dans les hernies inguinales d'un tiers et dans les hernies crurales de 2 tiers.

Des deux malades guéris à la suite de l'opération de la hernie crurale, l'un (c'était un homme) n'avait qu'une épiploocèle; l'autre avait une hernie de l'intestin grêle.

Chez le premier, la hernie existait depuis trois mois: elle sortait et rentrait facilement; du reste, elle ne fut jamais contenue par un bandage.

Après une marche prolongée, le malade ressent de la douleur à l'aîne droite; il essaie en vain de réduire la hernie, qui était reparue. Il survient des nausées, quelques vomissemens; il entre quarante-huit heures après l'accident à l'Hôtel-Dieu; il n'avait plus de vomissemens, plus de nausées, il avait eu une selle peu abondante à la suite d'un lavement purgatif; mais la tumeur est rouge, douloureuse, assez tendue; telles sont les indications sur lesquelles on s'est fondé pour opérer; on n'a trouvé que de l'épiploon très hypérémié, réuni au collet du sac au moyen d'adhérences déjà trop solides pour les détacher; on excisa la portion d'épiploon herniée; pansement simple.

Il est survenu, huit jours après l'opération, un écartement assez considérable d'un liquide transparent, limpide, mouillant toutes les pièces d'appareil; l'analyse chimique a fait reconnaître un liquide albumineux; cet écoulement a duré onze jours; guérison complète.

La femme qui fait le sujet de la seconde observation était âgée de 47 ans; elle avait eu quinze enfans; elle était affectée d'une hernie ombilicale. Elle a toujours porté un bandage; elle le portait encore au moment de l'apparition de la hernie; l'opération fut pratiquée trois jours après l'accident. Les suites de l'opération furent simples.

Si maintenant nous résumons les observations des quatre sujets qui ont succombé, nous voyons: 3 femmes âgées de 74, 53, 40 ans; 1 homme âgé de 53 ans.

Tous les quatre étaient atteints de hernie crurale gauche; aucun n'en avait du côté droit.

Les trois femmes n'ont jamais porté de bandage.

En prenant par ordre d'âge, la première avait sa hernie depuis 30 ans, la seconde depuis 1 an, la troisième depuis 8 ans, l'homme depuis 6 ans.

Chez deux, un taxis prolongé et forcé avait été mis en usage; dans un de ces cas, au moment de l'opération, la surface externe de l'intestin était rouge, hypérémiée, mais réductible en apparence; on le réduisit en effet, et à l'autopsie on trouva une plaque gangréneuse de la largeur d'une pièce de 2 fr.

Chez l'homme, on trouve aussi à l'autopsie, au niveau de la constriction, des fissures par lesquelles les matières fécales se sont épanchées dans l'abdomen.

Ces deux observations ont encore été pour nous une preuve de la différence du siége de la gangrène suivant la cause.

Chez la vieille femme, à l'ouverture du sac, on trouva l'anse intestinale herniée, gangrénée; excision de cette portion gangrénée.

Quant à la durée de leur existence après l'opération, 2 vécurent 15 heures; une 2 jours; une 7 jours.

Tels sont les points importans à noter dans ces observations; elles pourraient être le sujet de nombreuses réflexions, mais presque toutes ont été faites dans les observations de hernies inguinales, et nous oublierions, alors que nous voulons nous restreindre dans un cadre général.

La hernie ombilicale existait chez une femme qui avait eu plusieurs grossesses; elle était très ancienne, très volumineuse au moment de l'arrivée de la malade à l'hôpital; le taxis fut inefficace; il y avait de la douleur et de la tension à la tumeur, une réaction fébrile; on appliqua 30 sangsues autour du collet du sac; le lendemain, la tumeur rentra facilement.

Relativement à celle des années précédentes, la mortalité a diminué de moitié en l'année 1841; nous ne parlons que du service de M. Roux; car sur 9 malades opérés, il y a eu 4 guéris, 5 morts.

Si on récapitule les opérations des hernies qui ont été faites à l'Hôtel-Dieu depuis 1836, on trouve :

		Guéris.	Morts.
1836	12	1	11
1837	3	1	2
1838	10	3	7
1839	13	3	10
1840	14	5	9
Totaux	52	13	39

Pendant l'intervalle de cinq années, il y a eu une guérison sur quatre malades.

Durée de l'existence après l'opération : sur 39, 30 ont succombé dans les quatre premiers jours, et sur les 30, 12 dans les vingt-quatre premières heures; 9 après un temps plus ou moins long.

Il résulte de ces chiffres que c'est une des opérations qui causent la mort avec une grande rapidité. Cette donnée nous servira à comparer, dans

un tableau final, les diverses opérations sous le point de vue de leur gravité.

Une observation de fistule stercorale ayant son siége à l'ombilic trouve naturellement sa place à la suite des hernies. Le diagnostic était indécis, d'après les antécédens rapportés par le malade, l'ancienneté de l'affection et l'usage de plusieurs moyens inefficaces la faisaient regarder comme incurable; on tenta un dernier effort à l'Hôtel-Dieu en agrandissant l'orifice de la fistule, mais l'incision ayant dépassé les adhérences, une péritonite survint, et le malade succomba. Voici l'observation complète.

FISTULE STERCORALE SITUÉE A L'OMBILIC CHEZ UN JEUNE HOMME DE VINGT-SIX ANS; CAUSE NON DÉTERMINÉE; ERREUR DE DIAGNOSTIC; INCISION DES BORDS DE CETTE FISTULE; OUVERTURE DU PÉRITOINE; MORT.

OBS. — Edouard, 26 ans, d'une force médiocre, s'est engagé dans le service militaire en 1831, à l'âge de 17 ans; il n'avait jamais été malade, il n'avait pas eu de hernie à l'ombilic.

En 1832, après un excès de table, il tombe malade : perte d'appétit, douleur à l'épigastre, courbature. Il entra à l'hôpital de Lille où il reste un mois. Le médecin *reconnaît une tuméfaction du ventre au niveau de l'ombilic*; la pression y était douloureuse.

Sorti non guéri de l'hôpital, il vient à Boulogne-sur-Mer, et pendant son voyage il éprouve une courbature et une diarrhée très abondante; il entre à l'hôpital de Boulogne où il est atteint de la variole; enfin après deux mois il vient à Saint-Denis, près Paris, pour continuer ses travaux d'écriture à son régiment. Le ventre était resté très douloureux, il était tuméfié au niveau de l'ombilic; la tumeur de l'ombilic étant devenue rouge et très enflammée, il entra au Val-de-Grâce au mois de juin 1833; il survient une petite phlyctène au-dessus de la tumeur; et au moment de sa rupture, il s'écoula par l'ouverture une grande quantité de pus blanchâtre renfermé dans un foyer très vaste; on put s'assurer de son étendue au moyen d'une sonde. Comme elle se plongeait surtout au côté gauche, M. Bégin fit une contre-ouverture à 4 pouces à gauche de l'ombilic; il passa un séton entre les deux ouvertures; cette mèche fut entretenue quelques jours; on la remplaça par un fil qui activait la suppuration vers l'orifice ombilical.

Un matin, quel fut l'étonnement du chirurgien, lorsqu'il aperçut dans les linges à pansement des lentilles que le malade avait mangées la veille, un ver lombric et des matières fécales; ce nouvel incident fut une lumière pour le diagnostic; *il y avait nécessairement une ouverture à l'intestin, ouverture s'ouvrant dans le foyer purulent et pénétrant au dehors par l'ombilic.*

Ces matières fécales ne sont sorties que ce seul jour; le pus du foyer continue à s'écouler au dehors.

Le malade sortit du Val-de-Grâce, fit une marche très prolongée; les matières fécales sortent de nouveau par l'ombilic, et ont continué presque toujours jusqu'à cette époque.

L'ouverture pratiquée par M. Bégin se ferma après avoir donné quelque temps passage à des matières fécales et à du pus; après des alternatives de diminution et d'augmentation dans la sécrétion du pus et sa sortie, il n'y eut pas d'amélioration jusqu'en 1839. Sur le conseil de M. Sédillot, il fit dans la cavité des injections de vin aromatique, puis il obstruait l'ouverture avec une éponge; au mois de juin 1840, il plaçait une éponge dans l'intérieur de la cavité; cette éponge a passé dans l'intestin et a été rendue par le rectum; sa grosseur du même calibre que le pouce est une preuve que l'ouverture intestinale a des dimensions assez larges; lorsque les vents sortent ils suivent plusieurs trajets, tantôt de bas en haut, tantôt de gauche à droite ou de droite à gauche pour arriver finalement à l'ouverture ombilicale.

Enfin, n'ayant pas obtenu d'amélioration, il entre dans le service de M. Roux le 10 janvier 1841.

Il a beaucoup perdu de son embonpoint; il ne tousse pas, et l'appareil de la respiration est sain.

L'abdomen n'est pas ballonné; il n'y a matité dans aucun point; au niveau de l'ombilic, dans la cicatrice ombilicale même, existe une ouverture dans laquelle on peut introduire le doigt; les bords sont rouges, enflammés; il en sort continuellement des matières liquides ou demi-solides verdâtres. Si on introduit une sonde de femme, on peut lui faire exécuter un mouvement de circumduction assez étendu, de sorte qu'on croit être dans une vaste cavité qui se trouve derrière la paroi abdominale antérieure; elle s'étend beaucoup plus à droite qu'à gauche. Si on pousse la sonde vers la symphyse du pubis, on voit qu'elle descend très bas, qu'elle est très rapprochée de la peau au point de paraître sous-cutanée, ce qui a donné l'idée de faire une large incision pour mettre à nu cette cavité.

Les matières qui sortent par la fistule ne sont plus reconnaissables; elles sont chymeuses; il n'y a que les épinards et les groseilles, etc., qui passent sans altération bien marquée.

La défécation se fait bien; il va à la selle tous les jours ou tous les deux jours. Les matières sont d'une consistance naturelle. Il mange avec appétit; il n'éprouve pas de douleurs aux reins; ses urines sont claires et normales.

D'après les antécédens et les symptômes présens, on diagnostiqua une fistule stercorale consécutive à un abcès situé dans une poche du péritoine bien circonscrite, ou dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, abcès vaste dans lequel l'intestin grêle vient s'ouvrir par une perforation étroite.

Ce malade jeune était désespéré de son état; « et s'il n'y a aucun remède, disait-il, j'en trouverai un, moi, qui sera prompt et sûr. »

Il fallait donc tâcher de cicatriser cette petite fistule; mais on ne peut cicatriser la fistule ombilicale qu'après l'oblitération de l'ouverture de l'intestin; or c'est en incisant les bords de la plaie et en écartant ces bords, qu'on pourrait voir cette perforation intestinale et agir immédiatement sur elle; tel est donc le but qu'on a cherché à remplir; on va bientôt voir que le diagnostic étant complètement faux, on est arrivé à un résultat malheureux.

25 janvier. Opération. La sonde ayant été introduite par l'ouverture ombilicale vers le pubis et maintenue fixe, on incisa, couche par couche, la paroi abdominale; mais quelle fut notre surprise lorsque nous apperçûmes que la sonde était dans l'intestin même, et qu'on avait incisé l'intestin dans l'étendue de 4 centimètres! On passe un séton par les deux ouvertures pour rapprocher l'intestin de la paroi abdominale; on passe trois points de suture à la paroi abdominale; il survient une péritonite, et la mort eut lieu le 29 janvier.

A l'autopsie, on a reconnu une péritonite ancienne qui avait déterminé des adhérences de tous les organes de l'abdomen entre eux.

Qu'il n'y avait pas de cavité intermédiaire à la paroi abdominale et aux intestins.

Que la sonde pénétrait dans l'intestin même, et comme la portion d'intestin parallèle à la ligne blanche était libre dans l'abdomen, il en résultait qu'on pouvait imprimer à la sonde des mouvemens de déduction très étendus.

Que la perte de substance de l'intestin grêle était de l'étendue d'une pièce de 50 centimes; qu'elle s'abouchait hermétiquement avec l'ouverture ombilicale; ses bords étaient très adhérens au pourtour de l'anneau, de sorte qu'il était impossible aux matières intestinales de s'épancher dans l'abdomen.

Probablement il se sera formé une petite hernie, un pincement d'intestin, comme il s'en forme principalement à l'ombilic; à coup sûr elle aura été consécutive à cet abcès des parois abdominales; car M. Bégin n'eût pas appliqué un séton dans le cas de hernie. Mais laissons ce fait comme témoignage de la difficulté du diagnostic aux différentes époques d'une hernie étranglée et d'une méprise si rare d'un chirurgien aussi expérimenté.

Comme dernière opération pratiquée sur la continuité du tube digestif, nous devons rapporter ici un fait d'anus artificiel établi à la fosse iliaque gauche, d'après la méthode indiquée par Littre.

OBS. — Un petit enfant du sexe masculin est apporté à l'Hôtel-Dieu; il était né depuis trois jours et n'avait pas rendu de méconium, ce qui fit soupçonner un vice de conformation; ce n'est qu'à cette époque qu'on s'en était aperçu, la sage-femme avait manqué ici à une des règles les plus générales dans l'art des accouchemens.

A l'inspection de la région périnéale, on voit en effet qu'il n'existe qu'un bourrelet longitudinal à l'endroit de l'anus; il ne paraît aucune saillie, et, par le palper, il est impossible de savoir à quelle distance le cul-de-sac du rectum est de l'anus.

Tous les tégumens sont violacés; la respiration est courte, rapide, le cri voilé, les extrémités froides et légèrement œdématiées; il n'a pas vomi de méconium; le ventre est ballonné.

M. Roux, sans faire la ponction exploratrice au niveau du rectum, alla de suite à la recherche de l'S iliaque du colon; elle fut ramenée facilement, retenue par un fil passé dans le mésocolon; immédiatement après l'ouverture de l'intestin, il sort une grande quantité de méconium et de gaz.

Le lendemain, l'enfant était mort.

A l'autopsie, le rectum était à 2 centimètres de la peau de l'anus; il formait un cul-de-sac rempli outremesure de méconium; du centre du cul-de-sac se détachait un cordon fibreux qui allait gagner la cicatrice anale.

Aurait-il été plus facile d'aller chercher le cul-de-sac du rectum et le ramener au-dehors, après l'avoir détaché de ses adhérences? En théorie, cette manœuvre est très simple; mais quand il faut aller à la recherche du rectum dans un aussi petit espace, nous ne savons si le danger n'est pas plus grand pour l'enfant; du reste, celui-ci était trop près de la mort pour être ramené par quelque moyen que ce fût.

L'année précédente, M. Roux pratiqua aussi la même opération à un enfant naissant. Les parens ne voulurent point le laisser à l'hôpital : il ne mourut qu'au seizième jour. Malheureusement l'autopsie ne put être faite.

(La suite à un prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 22 AOUT.

EFFETS DE L'ÉCLIPSE DE SOLEIL SUR LES ANIMAUX.

Nous extrayons du compte-rendu présenté par M. Arago sur les phénomènes qui ont accompagné l'éclipse du 8 juillet, les intéressantes remarques qui suivent sur l'impression que les animaux ont paru en éprouver.

J'avais entendu parler, dit M. Arago, d'oiseaux morts par le seul effet d'une éclipse de soleil; mais il me semblait difficile d'y croire; car ils n'auraient pu mourir que de peur. Or la détonation d'un coup de fusil doit assurément les effrayer bien davantage; et cependant il est certain qu'ils ne tombent que lorsqu'ils ont été touchés. Quoi qu'il en soit, un de mes amis fit l'expérience suivante : il plaça cinq linottes dans une cage; elles paraissaient pleines de santé et de vie, elles avaient mangé avant le moment de l'éclipse. Lorsque celle-ci fut terminée, on en trouva trois de mortes.

Un chien avait été tenu à jeun depuis la veille. Un instant avant l'éclipse, on lui présenta des alimens sur lesquels il se précipita avec avidité. Mais l'obscurité ayant commencé à ce moment même, il cessa subitement de manger.

Les taureaux, dans les champs, ont paru en proie à une sorte de terreur vague. Quand le soleil s'éclipsa, ils se couchèrent en rond, présentant le front en dehors du cercle, comme pour faire face au danger commun.

Enfin, l'influence de l'obscurité s'est exercée même sur les animaux les plus petits. M. Fraisse, ayant observé une traînée de fourmis qui se mouvaient avec activité, a vu qu'elles se sont arrêtées tout à coup dès que l'éclipse a commencé.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 23 AOUT. — PRÉSIDENCE DE M. PAUL DUBOIS.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

CORRESPONDANCE.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL donne lecture de l'ordonnance du roi qui ratifie la nomination de M. Poiseuille dans la section d'anatomie et de physiologie.

La correspondance manuscrite contient un mémoire sur le traitement de la dysenterie par M. le docteur Fabre.

DIAGNOSTIC DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

M. LE SECRÉTAIRE lit le contenu d'un paquet cacheté déposé le 2 août par M. Delarroque, médecin de l'hôpital Necker. Alors même, dit l'auteur, que les signes extérieurs de la fièvre typhoïde, diarrhée, épistaxis, pétéchies, etc., viennent à manquer, il y a des caractères constans et qui, existant dès le début, empêchent que cette maladie ne prenne jamais la forme latente. Ce sont : 1° la stupeur, 2° la dilatation des pupilles, 3° la pulvérulence ou l'enduit brunâtre de l'intérieur des narines, 4° le gargouillement iléo-cœcal, que l'on peut toujours constater quand on sait le chercher convenablement. Ces caractères ne constituent point, tant s'en faut, tout l'appareil symptomatique de la fièvre typhoïde; mais ils sont précieux en ce sens que, prononcés dès le second ou le troisième jour, ils jettent la lumière la plus vive et la plus précoce sur le diagnostic et par conséquent sur le traitement. Il est donc étonnant qu'on ne leur ait pas accordé plus d'attention, et qu'on voie encore beaucoup de jeunes médecins, fort instruits du reste, ignorer complètement leur existence.

NOMINATION DES MEMBRES CORRESPONDANS.

M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie qu'elle a à s'occuper de la nomination de deux commissions chargées de la présentation de membres correspondans français et étrangers.

M. NACQUART demande qu'on ne fasse plus ces nominations en masse; de cette manière, dit-il, elles sont humiliantes ou blessantes pour les candidats exclus.

M. LE PRÉSIDENT : Cette réclamation n'est pas la seule que soulève la nomination des membres correspondans. Le conseil d'administration s'est déjà occupé un instant aujourd'hui de cet objet; mais l'examen des réformes à faire subir au système actuel reviendrait plutôt aux commissions qui vont être chargées de faire la présentation.

Le scrutin donne les résultats suivans :

Commission pour les correspondans français : MM. Caventou, Bousquet, Guéneau de Mussy, Honoré, Paul Dubois, Méral, Bouley.

Commission pour les correspondans étrangers : MM. Villermé, Ferrus, Breschet, Jourdan, J. Cloquet, Roux, Gérardin.

REMÈDES SECRETS.

Le conseil d'administration propose de remplacer, dans le comité des remèdes secrets, M. Pelletier par M. Guibourt. (Adopté.)

M. VILLENEUVE lit un rapport sur plusieurs propositions de remèdes secrets. Les conclusions défavorables sont adoptées.

Après m'être prononcé officiellement sur les remèdes qui vous étaient soumis, continue M. le rapporteur, je demanderai la permission de communiquer officieusement un fait dont j'ai été témoin. Vous avez pu voir sur les murs de la capital d'énormes affiches portant ces mots : *Plus de mal de mer!* Ayant eu dernièrement occasion d'aller en Angleterre, j'emportai plusieurs boîtes de ces pastilles, prétendues spécifiques; mais dans la première traversée, aucun des passagers ne souffrit du mal de mer. Il en fut tout autrement au retour, et presque tout l'équipage en éprouva rudement les atteintes. Dès les premiers signes du mal, je pris un très grand nombre de pastilles, j'en fis prendre à plusieurs dames, et cependant le vertige et les vomissemens continuèrent comme si de rien n'était. Cette préparation soi-disant préservatrice est donc l'œuvre du charlatanisme. J'en ai remis une boîte à M. Chevallier qui a eu sans doute la complaisance de l'analyser.

M. CHEVALLIER : Les pastilles qui m'ont été remises par M. Villeneuve contiennent une petite quantité de bi-carbonate de soude. Elles ne diffèrent, d'ailleurs, des autres pastilles alcalines que par leur forme. (Rires.)

M. BOULEY : Je demande que les détails de ce fait soient transmis par M. Villeneuve, à titre de renseignement, à la commission chargée de s'occuper des mesures à prendre contre le charlatanisme. (Appuyé! appuyé!)

CONSCIENCE; SENS MORAL.

M. DUBOIS (d'Amiens) fait en son nom et en celui de MM. Virey et Villermé un rapport sur un mémoire de M. Félix Voisin, intitulé : SENTIMENT DU JUSTE ET DE L'INJUSTE; CONSCIENCE; SENS MORAL. Vos commissaires, dit M. Dubois, ont d'abord partagé l'entraînement que cette lecture avait fait éprouver à l'Académie tout entière. Mais, une fois livrés à la réflexion et rentrés dans le silence du cabinet, nous avons regretté de ne pas trouver, sous une forme aussi attrayante, un sujet qui fût plus de notre compétence. L'auteur, en effet, sembla avoir fait tout ce qui dépendait de lui pour éviter une discussion médicale. Il localise, à la vérité, la conscience et le sentiment du juste et de l'injuste dans une partie de l'encéphale : mais sur ce point même, le seul qui pût donner lieu à un jugement de l'Académie, il s'en tient à une simple assertion et déclare n'avoir pas à apporter actuellement de preuves. Nous avons donc cru devoir imiter sa réserve, et nous dispenser de nous prononcer sur la valeur scientifique de sa lecture. Son travail est très moral, sans doute, aussi bien écrit que bien pensé, mais il ne peut trouver des juges dans cette enceinte, et nous avons eu à regretter qu'au lieu de nous le soumettre, il ne l'ait pas adressé à l'Académie des sciences morales et politiques. Au reste, M. Voisin nous annonce un autre mémoire, où seront agitées des questions plus directement médicales. Nous attendrons qu'il l'ait fait paraître pour dire ce que nous pensons sur l'ensemble de ses idées. En attendant, et quant à celui qui fait l'objet de ce rapport, nous vous proposons de le déposer honorablement aux archives.

M. ROCHOUX : M. Voisin était le seul qui fût resté fidèle au système de la localisation des facultés, et vous venez de voir qu'il l'abandonne. Je tenais à constater le fait, parce que la localisation est le point capital de la doctrine de Gall.

M. FALRET : Je n'étais pas présent à la lecture du mémoire de M. Voisin; mais je connais ses idées, et je serais fort étonné qu'on pût tirer de son mémoire la même conséquence que M. Rochoux. Je demanderai donc à cet égard quelques explications à M. le rapporteur.

M. DUBOIS : L'assertion de M. Rochoux exige, en effet, une réponse. Non, M. Voisin n'abandonne point la doctrine de la localisation; il se range, au contraire, dans le nombre de ses partisans les plus zélés. Seulement il n'a pas cru que le moment fût bien choisi pour la discussion, et en conséquence il s'est abstenu de l'entamer.

M. ROCHOUX : C'est faire retraite!

M. FERRUS : La conviction de M. Voisin au sujet de la phrénologie est trop profonde pour qu'on puisse croire qu'il l'abandonne de lui-même, et M. Rochoux doit maintenant être bien persuadé que telle n'a jamais été son intention. M. Rochoux a prétendu que M. Voisin est le seul partisan resté fidèle à la doctaine de Gall. M. Rochoux se méprend : il est encore des médecins qui croient à cette doctrine, non pas dans son entier, car ce n'est plus de nos jours qu'on jure aveuglément sur la parole d'un homme, mais en ce qu'elle a de plus important.

Il est maintenant, dans le rapport de M. Dubois, un point sur lequel j'aurais à présenter quelques observations. M. le rapporteur pense que M. Voisin est en opposition avec Gall, en ce que ce dernier admettait que les scélérats manquent de l'organe de la conscience. Telle n'était pas, selon moi, l'opinion de Gall, car il savait bien que les organes cérébraux existent tous, plus ou moins développés chez tous les hommes. En disant avoir quelquefois rencontré une dépression dans le lieu affecté pour siége à la conscience, il n'a donc voulu parler sans doute que de cas exceptionnels, que de la disposition existant chez de grands criminels.

Je ne partage pas non plus l'opinion de M. le rapporteur sur la non compétence de l'Académie de médecine pour juger le travail de M. Voisin. Nous nous occupons ici des maladies que constitue la perturbation des facultés intellectuelles. Pourquoi ne nous occuperions-nous pas de ces facultés elles-mêmes? N'est-il pas logique de commencer l'histoire d'une maladie par l'étude de l'organe qui en est le siége? M. Voisin n'a pas procédé autrement; car ce premier travail est l'introduction, le commencement de celui qu'il nous annonce, et dans lequel il traitera des perversions du sens moral.

M. DUBOIS (d'Amiens) : Si M. Ferrus veut bien lire ou consulter de nouveau les œuvres de Gall, il verra positivement que, selon cet auteur, les grands criminels n'ont pas l'organe de la conscience, et qu'il conseille même de leur en créer un artificiellement. J'étais donc fondé à dire qu'il y a sur ce point dissidence de la part de M. Voisin, car celui-ci dit que le sentiment du juste et de l'injuste existe chez tous les hommes. Quant à la compétence de l'Académie, je déclare encore que nous ne nous sommes pas crus en mesure de juger un travail où il n'est question que du bon ou du mauvais emploi du sens moral. Si M. Ferrus avait été du nombre des commissaires, nous nous serions sans doute éclairés de ses lumières, et notre réponse aurait été différente.

M. FERRUS : Un mot seulement. Si j'avais fait partie de la commission, j'aurais certainement donné ma voix à M. Dubois pour le nommer rapporteur, car le droit de juger ne pouvait être placé entre meilleures mains.

M. DEMANGEON : Il n'existe pas pour la conscience un seul organe; et, sous le rapport physiologique comme au point de vue psychique, on se méprendrait beaucoup en n'assignant à ce sentiment qu'une origine unique. La conscience, pour s'exercer pleinement, ne suppose-t-elle pas, outre l'existence du sens moral, un certain développement de l'intelligence? On n'en saurait douter; et comme l'intelligence est susceptible d'éducation et de perfectionnement, c'est en la développant qu'on peut indirectement parvenir à donner de la conscience à ceux qui n'en ont pas. Ces distinctions sont importantes. Bien comprises, elles seraient de nature à changer le rôle que joue aujourd'hui la phrénologie, et pourraient sans doute faire revenir beaucoup de personnes de leurs préjugés contre cette science. Ce qui l'a compromise aux yeux du plus grand nombre, c'est qu'on a méconnu et

exagéré son principe, c'est qu'on a trop restreint la sphère des organes, et qu'on a voulu leur assigner des fonctions plus spéciales que Gall ne l'avait fait.

M. Dubois (d'Amiens) : Les principes que M. Demangeon vient de développer sont on ne peut plus exacts, et je me plais à en reconnaître la justesse. Il est vrai de dire aussi qu'il avait souvent essayé de les faire partager à Gall ; mais celui-ci ne les avait point admis pour son propre compte.

M. Rochoux : J'ai dit que M. Voisin a battu en retraite, et tout le monde sera de mon avis. Quand on est profondément convaincu de la vérité d'une doctrine, on ne manque jamais l'occasion de rompre une lance en son honneur. Quant au fond du système, voici une objection que je répète sans cesse. J'ai souvent demandé aux phrénologistes de déterminer exactement sur un cerveau les divers organes qu'ils y comptent, en les circonscrivant avec des épingles ; je leur ai promis une prime de 1,000 fr. s'ils y réussissaient, et aucun d'eux n'a jamais voulu accepter ce défi.

M. J. Cloquet : Je ne pense pas que, comme l'a dit M. le rapporteur, le mémoire de M. Voisin ait fait fausse route en nous parvenant. Evidemment un pareil sujet est tout à fait du ressort de l'Académie de médecine.

M. Dubois (d'Amiens) : J'ai dit la pensée de la commission, mais elle est entièrement aux ordres de l'Académie, et peut revoir son travail ou en changer les conclusions, dans le cas où le vœu lui en serait exprimé.

M. Falret : Je demanderai à M. le rapporteur une modification en ce sens.

M. Castel : Il y a dans cette question un côté anatomique et un côté physiologique. Disons un mot de l'un et de l'autre. Et d'abord, je trouve ici un pléonasme. Qu'entend-on par sentiment consciencieux ? Tous les sentimens ne sont-ils pas en nous ? Maintenant, qu'est-ce que la conscience ? En la comprenant comme M. Voisin l'entend, ce n'est pas une faculté, c'est le produit de l'action de plusieurs facultés. Quant au côté anatomique, c'est assurément le plus mauvais de la question. M. Voisin veut placer la conscience dans une partie du cerveau. Et dans quelle partie ? Dans celle qui est la moins active, dans les bords de l'organe !

M. Nacquart : Tout ce qui concerne l'homme est légitimement adressé à l'Académie de médecine ; et nous pouvons fort bien garder ce premier mémoire pour le réunir à celui que M. Voisin doit nous présenter ultérieurement.

M. Falret : Il résulte clairement, ce me semble, de cette discussion, que le mémoire de M. Voisin contenait des idées sur lesquelles la commission avait à se prononcer. Je ne reviendrai pas sur ce qu'ont dit à ce sujet MM. Ferrus et J. Cloquet. Au moment où les traités les plus modernes de philosophie contiennent des chapitres intitulés *Physiologie de l'intelligence*, je ne vois pas pourquoi les médecins abandonneraient ce sujet, qui véritablement est une des parties les moins contestées de leur domaine. Je demande en conséquence qu'on modifie, dans le rapport, le passage où il est dit que M. Voisin s'est trompé en adressant son mémoire à l'Académie de médecine, et que les conclusions expriment formellement que ce premier travail sera envoyé à la commission qui sera nommée pour rendre compte du second. (Appuyé ! Appuyé !)

M. Ferrus : J'appuie cette proposition. Je ferai remarquer aussi que M. Voisin a tenu compte des rapports de la conscience avec les facultés intellectuelles, et de l'influence qu'exercent sur elle les penchans et les instincts. Son premier travail est donc une introduction, et une introduction très naturelle à celui qu'il nous a annoncé sur les perturbations du sens moral.

Je répondrai maintenant un mot à M. Rochoux. Cet honorable membre revient toujours sur la même objection et veut qu'on lui désigne exactement les organes de chaque faculté intellectuelle. D'abord, il y a beaucoup de phrénologistes qui ne seraient point embarrassés de répondre à son défi, et qui ne recule-raient pas devant une pareille épreuve. Quant aux 1,000 f. que M. Rochoux nous offre en perspective, est-ce ainsi qu'on doit procéder dans une science aussi sérieuse que la physiologie ? N'est-ce pas là rappeler les combats de coqs ou les courses de chevaux. (Rires d'adhésion.)

Les conclusions modifiées dans le sens indiqué par M. Falret sont adoptées.

COMMUNICATION D'UN CANCER DE L'AINE AVEC LE RECTUM.

M. Huguier présente les pièces anatomiques provenant de l'autopsie d'une femme, chez laquelle un cancer colloïde ulcéré de la région inguinale gauche avait envahi graduellement la paroi antérieure du rectum. Une communication existait entre l'extérieur et la cavité de l'intestin, et les matières stercorales s'écoulaient par la plaie de l'aine.

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

CAS REMARQUABLE DE TRANSFORMATION DES INSIGNES DE LA VIRILITÉ CHEZ UN HOMME ADULTE (ANDROGYNIE) ; observation lue à l'Académie de médecine le 12 juillet, et communiquée par M. H. Bourguignon, interne des hôpitaux.

Obs. — Le nommé Prince Charles, graveur, âgé de trente ans, est couché dans la salle 8, lit 4, service de M. Puche.

Antécédens. — A vingt ans, en 1830, après trois jours d'un coït suspect, douleurs dans le canal de l'urètre, plus vives dans l'excrétion des urines. Quatre jours après l'apparition de ces douleurs, une ulcération se montre au méat urinaire, et plusieurs autres quelques jours après à la base du gland. Entrée à l'hôpital du Midi. Traitement : injections d'un liquide caustique dans le canal de l'urètre, suivies d'un bain de siége, pendant quinze jours, jusqu'à cessation des douleurs. Charpie sèche sur les ulcères, frictions mercurielles sur la partie interne des cuisses pendant vingt jours ; la salivation les fait supprimer ; cicatrisation et sortie de l'hôpital après deux mois de séjour.

En 1832, urètrite. (Prince est entré au service ; il va au Val-de-Grâce.) Traitement émollient, puis antiblennorhagique ; guérison.

En 1833, ulcère de l'impasse du prépuce. Traitement : onguent mercuriel, bains locaux avec solution d'acétate de plomb. Guérison en quatre jours. Mais une marche forcée amène une adénite volumineuse. Entrée à l'hôpital ; traitement : ponction du bubon, liqueur de Vanswieten à la dose d'une cuillère à bouche, pendant vingt-quatre jours, jusqu'à salivation ; friction mercurielle sur les cuisses quelques jours après ; guérison. Durée du traitement, soixante-trois jours.

A la fin de 1833, mal à la gorge. Traitement : gargarismes acidulés, tisane de Feltz, cautérisation de la gorge avec un pinceau trempé dans un acide. Guérison après trois semaines de traitement.

En 1835, après deux ans d'une santé parfaite (Prince est en garnison à Alger), nouvelle infection ; les ulcères siégent sur le corps du gland, le malade les conserve trois semaines sans songer à les guérir. Entrée à l'hôpital ; traitement : bains locaux, charpie avec onguent mercuriel ; prompte cicatrisation des ulcères. Mais pendant le traitement, éruption de boutons sur le cuir chevelu ; des croûtes leur succèdent. Huit jours de frictions mercurielles, après avoir au préalable rasé la tête, en font justice.

En 1836, réapparition de l'éruption pustuleuse ; d'abord bornée à la tête, elle gagne bientôt les troncs et les membres. Entrée à l'hôpital ; traitement : friction mercurielles de la tête aux pieds pendant dix-huit jours, tisane de salsepareille, pilules de une à huit. (Le malade ne sait dire quelle était leur nature, et pendant combien de temps il les a prises.) Guérison.

En 1838, céphalalgie des plus vives, d'une acuité extrême la nuit. Entrée à l'hôpital du Dey ; traitement : vésicatoire à la nuque, vésicatoire monstre sur toute la tête ; leur effet est nul ; et déjà commence pendant ce traitement l'étonnante transformation qui doit s'opérer chez Prince.

Il était bien développé, vigoureux ; sa barbe était noire, longue et bien fournie ; et cependant, au bout d'un mois, ses formes athlétiques ont disparu, ses membres sont chétifs et grêles, sa barbe s'en est allée poil à poil, ses favoris, ses moustaches ne laissent plus trace de leur existence. Le principe morbide porte encore plus profondément son action destructive : Prince voit ses organes génitaux menacés d'une atrophie presque complète. Il en est des poils du pubis comme de ceux de la face ; ils tombent tous sans exception. Sa verge, autrefois d'une dimension ordinaire, perd surtout de son volume, et ses bourses, jadis grosses et pendantes, sont petites et fortement revenues sur elles-mêmes. Ce travail atrophique dure ainsi plusieurs mois, sans que la céphalalgie perde de son intensité ; elle ne cède qu'à l'application d'un moxa derrière l'oreille droite, au sixième mois environ.

Délivré de ses douleurs céphaliques, Prince reprend des forces, et obtient son congé définitif à la fin de 1839. Il revient à Paris, où sa santé s'améliore encore. Mais son étrange caractère, sa répulsion pour les plaisirs des gens de son âge, contrastent d'une manière frappante avec ses antécédens. Chacun s'en étonne et le lui fait remarquer ; il le voit, le comprend, veut prendre sur lui pour se faire l'homme d'autrefois, et ses efforts ne lui font que mieux sentir son impuissance.

Chose étrange ! quoique la convalescence et l'embonpoint se maintiennent, l'atrophie des organes génitaux n'en marche pas moins activement. Inquiet sur les suites de cette diminution progressive de ses organes sexuels, Prince se décide à faire l'épreuve de ses moyens, à constater ce qui lui reste de ses vertus prolifiques. Il se rend dans une maison publique, y rencontre une ancienne connaissance, qu'il choisit de préférence, comme il le faisait dans des temps meilleurs. Mais aujourd'hui c'est pour un tout autre motif : il a besoin de sa discrétion, peut-être de sa complaisance. En effet, sa nature lui fait complètement défaut ; une masturbation prolongée a pu seule lui procurer une légère sensation voluptueuse, sans la moindre éjaculation.

Quelques mois se passent ainsi sans apporter de changement à son état ; mais au commencement de 1840, une tumeur lacrymale se montre à gauche ; de vives douleurs, plus intenses la nuit, se font sentir au niveau des os propres du nez ; enfin, il rejette au milieu du mucus nasal des débris osseux, noirs, infects, sortant par la narine droite. — Tisane de Feltz ; guérison. Durée du séjour à l'hôpital, deux mois.

En octobre même année 1840, la céphalalgie reparaît plus intense qu'elle n'a jamais été ; la tumeur lacrymale se montre de nouveau ; des exostoses se sont développées sur le front à droite et à gauche, ainsi que sur les os propres du nez ; elles sont le siége de douleurs lancinantes. Entrée du malade à l'hôpital ; traitement : sangsues sur la tumeur lacrymale, tisane sudorifique, iodure de potassium (110 grammes dans l'espace de six semaines.) Le malade sort, notablement soulagé de ses douleurs ; les exostoses se sont affaissées.

En 1841, après dix mois d'une santé passable, les exostoses, déjà existantes, reviennent à leur premier volume, elles sont aussi douloureuses qu'autrefois. Entrée à l'hôpital ; au dire du malade, M. Cullerier aurait fait remarquer aux élèves un ramollissement du frontal ; les doigts, en comprimant le front au niveau des exostoses, faisaient céder la table externe. Traitement : frictions d'onguent mercuriel sur le front, pilules de Vallet. Les accidens sont palliés pour huit mois, et c'est le 26 janvier 1842 qu'il entre à l'hôpital du Midi pour la cinquième fois, toujours pour ses exostoses, et de plus, pour des douleurs ostéocopes générales, plus prononcées la nuit. C'est alors que le malade s'est présenté à notre observation. Disons un mot de son état général, en passant en revue les différens organes et leurs fonctions ; cet examen est digne d'intérêt.

Prince est d'une taille moyenne ; il est bien développé ; il était, dit-il, vigoureusement constitué ; nous pouvons le croire, il a été autrefois garçon de phar-

macie à l'hôpital, et les infirmiers qui l'ont connu alors certifient qu'il était un fort *gaillard*. Quel changement aujourd'hui dans toute sa personne! Ses traits portent l'empreinte d'une vieillesse précoce; ils ont une douce expression où perce l'insouciance; son regard est craintif, sa démarche nonchalante, ses mouvemens lents et mésurés; il y a de la femme dans son allure: c'est qu'en effet il en a pris toutes les formes; sa peau est d'une parfaite blancheur, douce au toucher; un léger duvet la recouvre à peine dans les régions où le système pileux était fort développé auparavant. Un tissu cellulaire abondant donne à tout son corps de gracieux contours; les extrémités supérieures et inférieures ont acquis des formes inconnues à notre sexe. La main, surtout chez un individu occupé plus d'une fois à de rudes travaux, a subi une transformation surprenante; l'artiste la trouverait irréprochable; à ne voir que le doigt, l'anatomiste nierait le sexe. Les organes génitaux sont ceux d'un enfant de cinq ans; leur blancheur, leur forme, leur volume, tout le ferait croire. Le toucher perçoit deux apparences de testicule de la grosseur d'une petite noisette. La verge a peut-être proportionnellement éprouvé une atrophie moins considérable; le canal de l'urètre a conservé en largeur les dimensions de celui de l'homme adulte; le méat urinaire de Prince est même plus large que chez beaucoup d'autres malades couchés dans la même salle que lui.

Du reste, le moral s'est montré esclave du physique; en perdant les organes il a perdu les fonctions. Son tempérament est le type du lymphatique, son caractère est fort doux, son intelligence obtuse, et la mémoire, fort bonne autrefois, est aujourd'hui très infidèle. Les fonctions organiques n'offrent rien de particulier, seulement les liqueurs le mettent dans une excitation nerveuse remarquable. Deux verres de vin blanc pris à différentes époques lui ont donné des attaques épileptiformes.

Dans notre examen, nous n'avons pas oublié l'organe de la voix; sa corrélation avec les organes génitaux nous le rappelait suffisamment, mais la voix n'est que légèrement modifiée.

Tel était l'état de Prince en janvier dernier. Aujourd'hui sa constitution s'est améliorée; il semble se régénérer sous l'influence du traitement qu'il a suivi et que nous noterons en quelques mots:

M. Puche lui fait prendre son sirop antisyphilitique composé, dont voici la formule:

Iodhydrargirate neutre de potassium. . . .	1	gramme
Iode pur.	1	—
Proto-iodure de potassium.	100	—
Eau distillée.	398	—
	Pour 500 parties.	

Dose de sirop de 25 à 100 grammes. Jusqu'à ce jour, le malade en aurait pris au total environ 600 grammes. C'est en subordonnant le traitement aux symptômes, c'est en veillant surtout à l'alimentation du malade, que M. Puche est parvenu à arrêter les progrès effrayans de cet étiolement général. Aujourd'hui Prince est plus dispos, il se sent plus fort, il semble remonter peu à peu les degrés qu'il a descendus. Toutes ses douleurs ont disparu. Les fosses nasales sont le seul point en souffrance, et là encore la nature prend le dessus. En effet, la nécrose élimine de temps en temps de petites esquilles et le malade s'en trouve mieux. Notons cependant que l'apophyse montante de l'os maxillaire supérieur droit a presque entièrement disparu par suite de ces éliminations.

Le léger duvet qui recouvrait les régions autrefois abondamment pourvues de barbe devient plus touffu, il noircit, cela se voit surtout aux moustache. Les organes génitaux eux-mêmes reviennent de leur inertie. Ce mois dernier, Prince a eu deux érections; ce sont les seules qu'il ait éprouvées depuis le jour de ses fameux exploits. En un mot, notre malade marche incontestablement vers la conquête de sa première nature.

Nous n'avons rien dit de la chute des cheveux; le rasoir l'ayant plus d'une fois artificiellement produite, cet accident perdait par ce fait beaucoup de sa valeur.

Cette importante observation serait incomplète, si nous n'en faisions l'analyse, si nous ne cherchions à en tirer des conséquences. Dans cette dissertation nous aurons à considérer;

1° Les symptômes, comme accidens primitifs et consécutifs.

2° Le traitement comme agent préventif, ou comme ayant aidé au développement des accidens.

3° Rechercher si la physiologie peut nous rendre compte des accidens survenus chez Prince, et quels rapports ils peuvent avoir avec ceux qui suivent la castration.

1° Des symptômes.

En 1830, ces douleurs du canal de l'urètre, plus rares dans l'excrétion de l'urine et qui semblaient le symptôme avant-coureur d'une chaude-pisse, ce développement d'un chancre au méat urinaire quelques jours après leur apparition, ces injections d'un liquide caustique, tout porte à croire que Prince avait un chancre du canal; du moins l'observation journalière ne permet guère d'en douter, et la théorie est ici d'accord avec les faits nombreux de chancres du canal que possède la science.

L'urétrite de 1832 n'a rien offert de particulier, si ce n'est qu'elle apparaît deux ans après les premiers chancres sans qu'aucun symptome secondaire se soit montré comme conséquence de cette première infection virulente. Cette absence des symptômes consécutifs ne doit pas nous surprendre. On sait en effet, qu'une infection syphilitique non traitée; n'est pas toujours infailliblement suivie d'accidens consécutifs. Le pourquoi de cette exception à la règle générale est encore inconnu, mais c'est un fait d'observation. Le chancre *induré* au contraire serait d'après M. Ricord toujours fatalement suivi de symptômes constitutionnels. Du reste le traitement mercuriel fait en 1830 nous expliquerait presque l'absence de ces symptômes constitutionnels, soit qu'il ait neutralisé l'action du virus, soit, ce qui est plus probable qu'il ait enrayé ou géné seulement l'apparition des accidens.

Personne ne l'ignore, les symptômes secondaires apparaissent ordinairement de la deuxième semaine au sixième mois, quand on n'a fait aucun traitement anti-syphilitique pour les prévenir. Mais ce qui était passé inaperçu, c'est que le traitement, suivant des cas encore mal déterminés, semble avoir une grande influence sur la marche régulière des symptômes.

Tel malade, par exemple, qui a fait ce que nous appelons un traitement *incomplet*, voit ses symptômes secondaires survenir, non plus de la deuxième semaine au sixième mois, mais au septième, huitième mois seulement, et même à des époques indéterminées. De plus, ces symptômes diffèrent, quant à leur intensité, quant à leur marche, des anneaux manquent dans la chaîne qu'ils doivent suivre pour aller jusqu'aux symptômes tertiaires. Tel autre malade au contraire, qui aura fait un traitement *complet* dès le début, sera à l'abri des symptômes secondaires, il n'en verra pas trace; mais quatre, six et même dix années après les accidens tertiaires se montreront avec une gravité extrême. Ces remarques sur la marche irrégulière des symptômes secondaires sont dues à M. Ricord; et nous avons pu nous même en vérifier l'exactitude dans le service de M. Puche.

En 1833, la syphilis se montre avec tous ses caractères spécifiques.

Les chancres de l'impasse du prépuce cicatrisés après quatre jours d'un traitement local, sont suivis d'accident *successif*, le bubon, d'accident *consécutif* ou constitutionnel, le mal de gorge.

En 1835, de nouveaux chancres traités localement et amenés à prompte cicatrisation en quelques jours, deviendront sans doute le germe de nouveaux symptômes consécutifs; car, avec des infections si fréquentes, si différemment traitées, il serait difficile de dire la part que chacune d'elles a prise au développement des accidens tertiaires et à l'atrophie de certains organes. Mais ces chancres de 1835 réveillent, pour ainsi dire, l'action du virus, et des pustules croûteuses font irruption sur le cuir chevelu pendant leur cicatrisation.

Pendant ces cinq premières années, nous avons noté trois infections successives, trois causes probables des phénomènes qui se sont développés plus tard. Les six autres années qui vont suivre appartiennent aux accidens consécutifs.

En 1836, en effet, nous voyons une syphilide générale exiger l'emploi de frictions mercurielles par tout le corps.

En 1838 et 1839, les symptômes tertiaires se dessinent d'une manière plus tranchée: la céphalalgie, plus vive la nuit que le jour, l'alopécie, l'atrophie des organes génitaux appartiennent à cette période.

La tumeur lacrymale, les exostoses nasales, la carie des os propres du nez, de 1840; les exostoses frontales, les douleurs ostéocopes générales, et ces transformations qui ont fait de Prince un *androgyne*, se rangent aussi naturellement dans cette catégorie.

2° Du traitement considéré comme agent préventif.

Dans une observation comme celle-ci, où l'inconnu joue un si grand rôle, où les accidens prennent une allure si peu commune, où le traitement enfin n'a pas toujours été fort rationnel, chacun peut y puiser à son aise, et en tirer des inductions favorables à ses doctrines. Les contagionistes quand même, auraient même le droit de considérer l'urétrite de 1832 comme cause adjuvante dans la production des symptômes consécutifs; car, pour eux, la blennorrhagie est toujours spécifique, virulente, et c'est sérieusement qu'ils professent une pareille doctrine!

Mais revenons au traitement; Serait-il possible de prendre isolément le traitement de chaque nouvelle infection, et de préciser jusqu'à quel point il a pu prévenir les accidens? Nous n'hésiterons pas à le dire: la thérapeutique anti-vénérienne rencontre encore aujourd'hui de trop nombreux insuccès, pour qu'on se permette de juger son efficacité avec une telle précision. Nous n'aborderons donc ce sujet que d'une manière générale.

Les frictions mercurielles de 1830, par exemple, semblent avoir été efficaces pour prévenir les accidens consécutifs. Le traitement de 1833, au contraire, n'aurait en rien modifié l'action du virus; il faut convenir aussi qu'il aurait pu être mieux entendu; qu'est-ce, en effet, que ces vingt-cinq centigrammes de liqueur de Wonswieten, administrés après l'ouverture du bubon? Et lors du mal de gorge, ces gargarismes acidulés, de la tisane de Feltz, ne peuvent guère entrer en ligne de compte comme un traitement réel. Enfin, aux chancres de 1835, non cicatrisés après trois semaines de durée, et compliqués de pustules croûteuses, que leur a-t-on opposé? Un traitement local, purement et simplement, car ces

huit jours de frictions mercurielles sur la tête ne sauraient être regardés comme un traitement général efficace.

En 1836, les frictions mercurielles faites pendant 18 jours, de la tête aux pieds, ont pu nettoyer les tégumens, mais, tout le porte à croire, au détriment de la santé.

Enfin, en 1838, la médecine s'est croisée les bras devant cette céphalalgie si douloureuse la nuit, symptôme pathognomonique, qui réclamait pourtant quelque chose de plus que des vésicatoires pour le combattre. Aussi rappelons-nous que c'est alors que la désorganisation commence, et qu'apparaissent l'alopécie, l'atrophie des organes génitaux, et cette mutation de toute l'économie. Que fait-on pour arrêter ces ravages? Rien, absolument rien. Le malade reste deux ans consécutifs livré à ce dépérissement; il faut que les symptômes tertiaires se montrent avec tous leurs caractères connus, pour qu'on agisse, et encore que fait-on? des frictions mercurielles sur les tumeurs lacrymales, sur les exostoses; du mercure et toujours du mercure, non! nous l'oublions, le malade prenait aussi de la tisane de Feltz!

Ce n'est que bien plus tard, quand déjà le mal est à son comble, qu'un traitement mieux raisonné apporte enfin du soulagement au malade. Si le proto-iodure de mercure ordonné par M. Puche en 1840, n'a pas définitivement arrêté la marche des accidens extérieurs, il a incontestablement modifié l'état général et placé le malade dans des conditions meilleures de résistance.

Enfin le dernier traitement de M. Puche ne pouvait être préventif, puisque le mal était fait, mais il a été réparateur.

De cette analyse, nous sommes en droit de conclure que le traitement employé n'a pu prévenir les accidens.

Recherchons jusqu'à quel point il a pu aider à leur développement.

Si nous étions au temps où le mercure avait pour tout le monde les vertus héroïques des médicamens spécifiques, la question qu'il s'agit de traiter se résumerait en deux mots. Mais nous n'en sommes plus là: avec de nouvelles doctrines, nos maladies changent de nature, nos médicamens de propriétés. La vérité la mieux établie, ou du moins qui paraît l'être, devient une erreur. C'est ainsi que, suivant les tems et suivant les hommes, la médecine édifie pour détruire.

Avant de rechercher quel a été le rôle du traitement mercuriel dans la mutation que Prince a subie, demandons-nous si nous avons des idées bien arrêtées sur l'action du mercure: à quelle dose et suivant quel mode d'administration il produit des accidens donnés. L'action du mercure, dans la profondeur de nos organes, est un fait de physiologie encore entouré de mystère; nous savons seulement qu'il produit une plus grande dissolution du sang.

La plupart du temps la dose à laquelle le mercure a été employé, nous explique les accidens qui surgissent pendant son administration. Mais si l'on réfléchit qu'il agit d'une manière très-variable suivant les individus et que certains malades le prennent à des doses fort élevées sans en éprouver le moindre effet pathologique, on se trouvera tout-à-coup arrêté dans le rapprochement qu'on serait tenté de faire entre la quantité du médicament absorbé et la gravité des symptômes.

Quant au mode d'absorption, nous n'en pouvons rien conclure; que le mercure soit déposé sur les tégumens internes ou externes, ses effets généraux sont à peu de chose près les mêmes, car en dernière analyse, c'est probablement comme corps simple qu'il agit malgré l'état de combinaison sous lequel on le donne. Nous ne saurions donc dire si les accidens généraux qui se sont développés chez Prince sont dus aux doses, ou au mode d'administration du médicament. Mais nous pouvons, sans craindre de nous tromper, faire la part du médicament et de la maladie dans la production des accidens locaux; car là l'influence de l'agent pathologique et de l'agent thérapeutique nous est connue. Ainsi, le mal de gorge de 1833, l'éruption pustuleuse de 1833, la syphilide générale de 1836 sont incontestablement dus à l'action du virus. Il serait irrationnel, en effet, d'attribuer au traitement ces éruptions cutanées, quand même elles se seraient développées, ce qui n'a pas eu lieu, hors le temps fixé pour l'évolution des symptômes secondaires. Car, si le mercure amène des désordres du côté de la peau, ils sont immédiats, ils suivent et ne précèdent pas comme ici l'emploi du médicament; ils sont aigus, ce sont des érythèmes, des vésicules; et non des pustules, des tubercules, des croûtes. L'hydrargirie est fugace, momentanée; la syphilis au contraire revêt une forme chronique et tenace. La céphalalgie de 1838, si vive la nuit, ne saurait en aucune façon être attribuée au mercure. Ce médicament agit bien dans quelque cas sur le système nerveux, mais c'est alors sur les nerfs et la périphérie, d'où les tremblemens mercuriels. C'est quand la céphalalgie l'épuisait de douleur que Prince est tombé dans l'état de cachexie dont nous avons longuement parlé. Attribuerons nous ce dépérissement à son état de souffrance? nous en aurions quelque droit. Lorsque l'influx nerveux est douloureusement excité, toutes les fonctions organiques s'arrêtent, l'œdématie survient et pour peu que l'économie soit long-temps soumise à cet épuisement, elle en éprouve une grave atteinte. Notons que des douleurs si long-temps prolongées, ayant pour siège les centres nerveux ont peut être réagi plus énergiquement sur tous les organes; ajoutons le principe syphilitique toujours en jeu, exerçant toujours ses effets toniques puisque rien n'était administré pour le combattre et nous serons moins surpris de l'état anémique où Prince était tombé.

Mais comment nous rendre compte des transformations survenues? est-ce là un accident hydrargirique? ou bien au contraire un accident consécutif de la vérole? Il nous serait difficile de le dire. Le mercure et la syphilis ont influencé l'économie dans un même moment; il s'est passé là des faits complexes, que l'on ne saurait rapporter sûrement à l'un ou à l'autre. Mais, on ne peut le nier, le mercure semble avoir joué un grand rôle dans la production des symptômes généraux. Ainsi on peut leur attribuer la pâleur générale, l'état chlorotique, changement qui n'est qu'une conséquence de l'altération du sang. On peut croire que les préparations hydrargiriques ont placé le malade dans de mauvaises conditions, qu'elles ont aidé à l'action du virus. Alors on comprendrait que, soumis à une double influence toxique, l'altération chez lui a dû marcher vite et se porter à l'extrême.

Aux syphiliographes qui voudraient ne voir là que le virus portant ses effets pathologiques sur certains organes pour les atrophier, sur les attributs du mâle pour les anéantir; effets d'autant plus terribles, qu'ils sont la conséquence de nombreuses infections, nous leur opposerons des cas innombrables où des malades ont eu plus de trois infections syphilitiques, sans avoir jamais éprouvé les transformations opérées chez Prince. Nous leur rappellerons que le virus ne peut être regardé comme la cause unique des accidens, puisqu'un traitement, capable pour quelques-uns de les produire seul, a été employé concurremment.

Enfin, aux anti-mercurialistes qui, supputant avec minutie les grammes de mercure absorbés, viendraient, la balance à la main, mettre sur le compte du traitement tous ces accidens nouveaux, nous leur accorderons que ce médicament a pu changer la constitution, aider à la modification de certains organes; mais nous nous garderons bien de convenir avec eux que c'est au mercure qu'il faut tout rapporter. Il n'est pas rare, en effet, de voir ce médicament donné à des doses élevées, avec aussi peu de discernement que chez Prince, sans amener pour cela de pareils désordres. Si nous ne pouvons accuser le traitement d'avoir bouleversé la constitution de Prince, nous serons encore moins tentés de lui attribuer les accidens franchement tertiaires, ces exostoses nasales et frontales, ces caries, ces nécroses des os du nez.

De cette discussion, nous pouvons déduire, que certains accidens propres à la syphilis ne sauraient en aucune manière être attribués au traitement; mais qu'il serait possible que le mercure eût eu une certaine influence sur la production de la métamorphose notée chez notre malade.

3° Recherchons si la physiologie peut nous rendre compte des accidens que Prince a éprouvés, et quels rapports ils peuvent avoir avec ceux qui suivent la castration.

Nous l'avons vu, il est impossible d'admettre que la syphilis ait été la cause unique d'effets si surprenans. Le traitement ne saurait être accusé non plus de les avoir produits à lui seul. Leur action simultanée, au contraire, nous a semblé, jusqu'à un certain point, capable de les faire naître. Partant de ce principe, nous soulevons naturellement au point de physiologie générale, nous sommes conduits à nous demander par que travail intérieur l'économie a pu être influencée d'une manière si fâcheuse.

Quelques médecins ont vu dans les organes génitaux des parties que la syphilis frappait de préférence à tous autres, à part la prédisposition de fonctions. Pour eux, les tissus, l'action nerveuse, rendraient l'inoculation du pus virulent plus facile là que partout ailleurs. D'autres admettent, dans la syphilis comme dans les maladies contagieuses, un temps d'incubation, et voient dans l'ulcère primitif l'expression d'une infection générale dont l'économie cherche à se débarrasser, en frappant de préférence les organes sexuels. Avec ces opinions, on pourrait croire à une action spéciale du virus, s'exerçant principalement sur les organes génitaux, atrophiant le pénis, les testicules, mettant le malade dans la condition d'un castrat, d'où cette transformation de l'ennuque survenue chez Prince. On pourrait nous dire que la sécrétion du sperme, supprimée par cette atrophie des testicules a privé le sang d'une source où ils puisaient antécédemment, que ce sang, ne charriant plus dans les organes les élémens propres à entretenir les signes de la virilité, a dû provoquer leur transformation.

On nous montrera, enfin, la réaction du système nerveux génital sur les grands centres nerveux profondément modifiés, et portant une perturbation universelle dans la nutrition. Mais, chez Prince, les phénomè-

nes ont déjoné toutes nos théories, l'on ne sait à quel principe rapporter leur point de départ. Son état, comparable sous tant de rapports à celui d'un castrat, en diffère essentiellement quant aux causes, quant à la marche des accidens.

En effet, la castration opérée avant l'âge de puberté prive à jamais l'homme de ses facultés viriles tant physiques que morales. L'ablation des organes génitaux faite au contraire après l'âge pubère, après le complet développement des organes et des fonctions dévolues à l'homme adulte, n'a plus la même influence sur l'économie. La physionomie acquise se conserve, l'imagination, le jugement, le caractère, tous les phénomènes phsychologiques, en un mot, s'exercent comme auparavant.

En Abyssinie, (1) les Gallas ont pour habitude de castrer tous leurs prisonniers de guerre, et les malheureux vaincus, tant officiers que soldats, n'en conservent pas moins leur ancienne vigueur et leur première dignité. Le temps respecte leur physionomie guerrière, rien au dehors ne trahit leur infortune. Prince qui a été, comme eux, frappé à l'âge où l'on porte les armes, n'a donc pas seulement été mutilé à l'endroit des organes sexuels, car il portait tous les caractères de l'homme parfait, et cependant il ne lui en reste rien.

Avouons donc que cette observation, sans analogue dans la science, échappe à toute explication précise. Cependant, voyons encore si la phrénologie ne nous en donnerait pas une explication satisfaisante. Il y a eu exostoses frontales; pourquoi n'y aurait-il pas eu en même temps exostoses occipitales internes, compression du cervelet, trouble dans l'association des systèmes nerveux cérébraux et surtout dans celle qui préside aux fonctions génitales? De là atrophie des organes sexuels, et cet ébranlement imprimé à toute l'économie. Cette hypothèse n'a que peu de valeur si l'on se rappelle que les symptômes constitutionnels de la syphilis se portent non-seulement sur les os, mais encore sur le système fibreux. C'est ainsi que des tumeurs de nature diverse pourraient s'être développées dans les feuillets de la dure-mère qui encaissent le cervelet, et produire les mêmes effets que les exostoses occipitales.

Le changement de climat, enfin, a peut être eu une part d'influence qu'il nous serait difficile d'apprécier. Disons-le donc, l'imagination peut inventer mille causes pour expliquer l'état de Prince, et le jugement ne peut en accepter une seule exclusivement comme capable de le produire.

En terminant cette observation, nous conclurons que Prince nous a présenté un ensemble de symptômes, qu'on ne saurait rapporter à une affection déterminée ; que la syphilis semble y avoir joué un grand rôle, et qu'en conséquence il serait peut-être sage d'opposer le traitement antisyphilitique à de pareils accidens, lors même qu'ils se présenteraient sans qu'aucune infection virulente, au dire du malade, puisse les expliquer.

(1) Voy. le feuilleton de la GAZETTE DES HÔPITAUX, janvier 1840. LETTRE DU DOCTEUR PETIT.

VARIÉTÉS.

DISCOURS PRONONCÉ AUX OBSÈQUES DE M. LE BARON LARREY, par M. le docteur GUYON, ex-chirurgien en chef de l'armée d'Afrique.

Messieurs, c'est avec une profonde émotion que je viens, à mon tour, prononcer quelques paroles sur la tombe d'un homme qui nous inspire à tous, dans ce moment, de si vifs et de si justes regrets.... Je le ferai au nom de l'armée d'Afrique, dont je fus pendant longtemps le chirurgien en chef ; — au nom de cette armée où M. Larrey se montrait, il y a si peu de jours encore, plein de force, de vigueur et de feu; — où il apparaissait à nos jeunes soldats, comme pour leur dire : Ce qu'on vous raconte de vos pères, de leurs hauts faits d'armes, dans des climats si divers, depuis les plages brûlantes des bords du Nil jusqu'aux rives glacées du Niémen et de la Bérésina ; toutes ces choses ne sont pas des fictions : j'y étais, je les ai vues...

Larrey, Messieurs, était né chirurgien, comme un autre naît poète ou orateur; Larrey était né chirurgien militaire, c'est-à-dire pour porter les bienfaits de son art au milieu du tumulte des camps et du fracas des batailles. C'était son lot à lui, sur cette terre; pour lui, toute la vie était là. Cette vie d'action, de dévouement et de dangers, qui faisait en quelque sorte partie de lui-même, lui échappa tout à coup à la chute du grand règne ; il ne s'en consola jamais. Nos jours de paix, qui succédèrent à tant d'orages, allaient mal à cette exubérance d'activité de l'ancien chirurgien en chef de la grande armée ; ils avaient arrêté tout court un torrent qui débordait de toutes parts.

Chaque jour Larrey s'accusait en quelque sorte de ce qu'il appelait son inaction, inaction qui eut été pour tout autre le temps le mieux rempli. Que vous dirai-je, Messieurs, de cette période de la vie du grand chirurgien ? Parlerai-je de l'activité qu'il déploya dans ses fonctions successives de chirurgien en chef de la garde royale et de l'Hôtel des Invalides, de son assiduité au conseil de santé, aux séances des sociétés savantes dont il faisait partie, comme aussi de l'emploi de ses loisirs, ou, pour mieux dire, de ses veilles ? Toutes ces choses, Messieurs, d'autres les raconteront mieux que moi et avec plus de détails.

Larrey avait salué avec une sorte d'enthousiasme nos expéditions de Morée et d'Alger, mais il n'avait pu s'y associer en aucune manière : il était encore dans l'état de disgrâce qui pesait sur lui depuis la paix générale. Quelque temps après il fut plus heureux : replacé au conseil de santé, par suite des événemens de 1830, il put s'occuper de la chirurgie de l'armée d'Afrique, chirurgie dont l'importance s'accroissait chaque jour davantage, avec notre extension dans le pays.

Alors s'établit entre M. Larrey et son représentant en Afrique une correspondance en quelque sorte de tous les jours. Chaque courrier m'apportait des nouvelles instructives de M. Larrey ; chaque fait de chirurgie qui se présentait dans la *jeune armée*, ainsi qu'il appelait l'armée d'Afrique, chaque opération qui s'y pratiquait, devenait aussitôt pour lui le sujet d'une discussion qu'il n'abandonnait qu'après l'avoir épuisée.

Larrey pensait qu'il aurait trouvé du bien à faire en Afrique, et que sa vieille expérience n'y aurait pas été sans fruit pour la jeune armée. Aussi, très souvent, dans ses lettres, M. Larrey exprimait le regret de ne pas se trouver avec nous, dans nos pénibles expéditions, pour y prendre sa part de nos fatigues et de nos labeurs.

M. Larrey désirait donc voir l'Afrique; il le désirait vivement. Ses désirs, ses vœux furent enfin exaucés : il put partir pour l'Afrique; il m'en annonça la nouvelle en des termes qui témoignent de tout le contentement qu'il en avait. *Enfin*, me mandait-il, *je pars pour Alger, je vais voir l'Afrique, je vais voir cette jeune et brave armée...*

Ces lignes furent bientôt suivies de l'arrivée de M. Larrey en Afrique. On sait les témoignages d'estime et de considération dont il y fut entouré, dans les villes comme dans les camps, en un mot, les si vives sympathies qu'il y rencontra partout....

M. Larrey avait retrouvé, dans le nouveau climat, son ancienne vie des camps ; il s'y laissa aller trop volontiers, ou, pour mieux dire, il s'y livra tout entier. Toujours en courses, à pied ou à cheval, M. Larrey fatiguait les plus intrépides de ses collaborateurs. En un mot, M. Larrey était redevenu un jeune homme; on eût dit qu'il recommençait cette carrière si pleine de belles actions, carrière au-dessus de tous mes éloges, et sur laquelle tant de soucis ont été déversés depuis.

Que ne puis-je, Messieurs, arrêter ici mes paroles! Pourquoi faut-il que je suive M. Larrey à son départ d'Alger! Pourquoi me faut-il arriver avec lui jusqu'ici.....

M. Larrey s'embarque et s'éloigne de l'Afrique; mais, avec les côtes, s'évanouissait son dernier rêve : plus rien désormais, à son âge, ne lui apparaissait à l'horizon...

Il faut le dire aussi, au milieu de tous les souvenirs si chers qu'il venait de réveiller dans la jeune armée, il n'avait pu se défendre lui-même des émotions les plus vives : les ressorts de sa vie avaient été trop tendus, tout le feu avait été consumé....

Déplorons, Messieurs, la perte de l'illustre chirurgien, mais, en même temps, félicitons-le d'être mort comme il devait mourir, sur la brèche de sa profession. Cette mort, Messieurs, devait être dans ses vœux comme la couronne naturelle de sa brillante carrière. Aussi, Messieurs, Larrey y avait songé, il l'avait en quelque sorte pressentie. *Quand j'aurai vu l'Afrique*, me disait-il, *je mourrai content...* Vous le savez tous, Messieurs, c'était sa réponse aux représentations qu'on lui faisait sur l'imprudence d'aller, à son âge, affronter le soleil d'Afrique, durant les plus fortes chaleurs de l'année.

Larrey sera mort content, Messieurs, puisqu'il avait vu l'Afrique, et ce doit être une sorte de consolation pour sa famille et ses amis. Larrey sera mort content, car il avait assez fait pour sa gloire; il n'aurait pu y ajouter davantage, alors même que le temps ne lui eût pas manqué.

La chirurgie militaire perd en M. Larrey son plus beau lustre; en lui s'éteint l'auréole de gloire qui planait encore sur la chirurgie de nos armées ; pour elle, la perte de Larrey est irréparable ; car il ne faut pas nous le dissimuler, Messieurs, et c'est surtout à vous, ses jeunes collaborateurs, que j'adresse ces paroles ; il ne faut pas nous le dissimuler, un homme tel que Larrey ne se recommence pas; pour arriver où il était parvenu, il fallait être lui d'abord, puis il fallait les grands événemens à travers lesquels il avait été jeté ; il fallait de plus un homme qui le comprît et l'immortalisât !...

Larrey a disparu de la scène du monde !... Paix à ceux qui auraient pu lui rendre ses dernières années moins amères !... Gloire à lui, gloire aux siens !.. Son nom, avant sa mort, était passé dans l'histoire ; il traversera les âges avec le testament de Sainte Hélène, nos neveux le rediront encore alors, sans doute, que tant d'autres, parmi les plus grands d'aujourd'hui, sont depuis longtemps oubliés !...

Adieu, Larrey ! adieu au nom de l'Algérie, au nom de *cette jeune et brave armée* que tu voulus voir avant de mourir, et que tu ne quittas que pour rendre ton dernier soupir !... Adieu ! homme de cœur et de dévouement !... Adieu ! la terre te sera légère; elle ne pesa jamais sur l'homme de bien !... Adieu, Larrey !....

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des Hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

MÉDECINE LÉGALE.

RECHERCHES MÉDICO-LÉGALES SUR LE SANG; par Louis Mandl, docteur en médecine des facultés de Paris et de Pest (Hongrie), correspondant de l'Académie royale des sciences de Naples, de la Société royale impériale des médecins de Vienne, des Sociétés philomatique, anatomique, etc., de Paris.

CHAPITRE PREMIER. — DE L'EMPLOI DU MICROSCOPE DANS LES RECHERCHES MÉDICO-LÉGALES.

Le premier médecin qui ait cherché à appliquer le microscope dans les expertises médico-légales est, sans contredit, M. Orfila. Dès 1827, ce professeur distingué en parle dans ses mémoires sur le sang (J. de chimie méd., t. III; Paris, 1827, p. 413) et sur le sperme (ibid., p. 473). On doit regretter que ses recherches n'aient pas été suivies de résultats heureux. Nous exposerons plus tard (chap. II, § III) les circonstances qui ont dû empêcher M. Orfila de tirer un parti avantageux des observations microscopiques pour reconnaître les différentes espèces de sang; il nous suffira de dire ici que des circonstances analogues se sont rencontrées dans ses recherches sur le sperme. M. Orfila est parvenu à reconnaître les animalcules sur du sperme desséché depuis 18 ans sur une lame de verre; mais lorsqu'il a voulu examiner au microscope le sperme desséché sur un linge, après l'avoir délayé dans l'eau, il a été conduit à la conclusion qu'alors les zoospermes ne sont plus appréciables.

M. Rattier (Journ. de chimie méd., mars 1837, p. 120), en faisant quelques observations sur les taches du linge, sous un point de vue de médecine légale, fait imbiber le linge par de l'eau. L'eau de lavage contient des débris d'animalcules spermatiques, et quelques animalcules entiers. Il paraît, d'après ce que dit M. Rattier, qu'à l'époque du procès de Contrafato, Lebaillif avait déjà employé le microscope pour reconnaître les taches du sperme; mais, par des raisons que nous avons peine à comprendre, on a fait le plus grand secret de ses recherches.

M. Ollivier (d'Angers) est le premier qui ait fait une application pratique du microscope dans une expertise médico-légale. Au mois de juin 1837, il fut chargé de déterminer s'il n'existait pas des cheveux adhérens au fer d'une hache saisie au domicile d'un individu prévenu d'un assassinat, et, dans l'affirmative, d'indiquer la couleur de ces cheveux. M. Ollivier reconnut, à l'aide du microscope, que les filamens en question étaient des poils, que ces poils différaient complètement des cheveux, tandis qu'ils ressemblaient parfaitement à des poils de cheval, de bœuf ou de vache, examinés comparativement; l'enquête judiciaire confirma pleinement l'exactitude de cette observation (Arch. génér. de méd., décembre 1838).

Dans la séance du 20 novembre 1838, M. A. Devergie a lu une note sur les caractères de la suspension chez l'homme vivant. Il signale la pré-

Feuilleton.

VARIA.

Je suppose que la variole ait régné dans l'ancienne Grèce ou à Rome; que les belles courtisanes de cet heureux pays, ou bien une de ces *matrona potens*, comme dit Horace en parlant des dames romaines, aient été dans la crainte perpétuelle de perdre la vie, ou, ce qui est mille fois pire, leur beauté par une horrible maladie; tout à coup un médecin se présente et dit qu'il a trouvé un moyen simple, sans danger, sans douleur, de neutraliser ce virus; l'expérience, des millions de fois répétée, a prouvé la vérité de ses assertions, les dames n'ont plus à craindre d'être défigurées, subitement enlaidies, l'âge seul a ce triste pouvoir; que d'apothéoses, que d'éloges, quel enthousiasme pour l'inventeur d'un aussi beau secret! Pour le moins, il eût été mis au rang des demi-dieux; on aurait bâti des temples, institué des jeux en son honneur; la profession dont il faisait partie eût reçu en honneurs civiques tout ce qu'il eût été possible de faire. De nos jours on sait à peine dans le monde qu'un nommé Jenner a trouvé la *vaccine*; on ignore que depuis quarante ans les médecins s'efforcent de la pratiquer, de la propager; c'est bien, cela leur fait honneur. Du reste, pas le moindre souvenir, pas la plus petite reconnaissance des immenses bienfaits qu'a produits la vaccine. On a été même jusqu'à la blâmer, parce qu'elle augmente trop la population. L'égoïsme, cet éternel moteur des sociétés modernes, où il n'y a d'estimé, de représenté que les écus, se manifeste en tout et partout. Mais soyez tranquilles, misérables ingrats, il y a encore assez de maladies pour vous tourmenter et assez de charlatans pour en augmenter la violence et la durée.

— Les hommes les plus indifférens, les plus téméraires, les plus instruits, auront beau faire, notre art les dominera, les dirigera, ou les maladies et la mort les atteindront de bonne heure; cela doit être, car la médecine bien entendue contient les règles de toute sagesse, de toute philosophie pratique. Descartes s'était flatté d'avoir trouvé un régime qui le ferait vivre 500 ans, et il meurt âgé de 50 ans. Bacon, malgré son grand génie, n'adopta pas pour lui-même une hygiène convenable, mais il avait confiance dans trois grains de sel de nitre administrés le matin à jeun, et il en prit, dit-on, pendant près de 30 ans : sa carrière ne fut ni longue ni exempte de maladies.

— Lord Clive, cet illustre aventurier, revenant de l'Inde, où il avait acquis de la gloire et d'immenses richesses, dit : « J'ai une grande fortune, je suis heureux en liaisons, heureux dans ma famille, heureux en amis, heureux en tout, hors dans ma santé, que je ne recouvrerai plus. Je ne suis donc heureux en rien, » et là-dessus il se brûla la cervelle d'un coup de pistolet. Mais cet exemple et tant d'autres n'ont corrigé ni ne corrigeront personne. Sanitas *post nummos*. Voilà la loi et les prophètes.

— Pellenc, le secrétaire et l'ami de Mirabeau, lui reprochait un jour l'étrange

sence d'animalcules spermatiques dans le canal de l'urètre. Il dit, en outre, avoir pu constater des animalcules spermatiques dans des taches de sperme existant depuis dix mois sur du linge. Toutefois M. Devergie déclare que les opérations propres à séparer les animalcules du linge sur lequel ils sont appliqués les altèrent très souvent, en en séparant la queue, et rendent non seulement difficiles, mais encore quelquefois sans résultat les inspections microscopiques. Les faits historiques, que nous avons exposés dans l'ordre chronologique, démontrent, à ce qu'il nous semble, clairement que M. Devergie est allé trop loin lorsqu'il se dit « heureux d'avoir le premier introduit l'usage du microscope dans les recherches médico-légales. » (Ann. d'hygiène publique; Paris, janv. 1839, p. 169.) Il paraît en convenir plus tard lui-même. (Ibid, avril 1839, p. 478.) Nous ne croyons pas nécessaire de nous occuper ici d'une discussion de priorité qui s'est élevée entre MM. Devergie et Bayard, puisque, d'une part, la priorité appartient, sans contredit, à M. Rattier, et puisque, d'autre part, M. Bayard seul s'est occupé sérieusement de l'examen microscopique des taches du sperme, ainsi que nous le verrons tout-à l'heure. Ajoutons encore que M. Donné avait, dès 1837 (sur les animalcules spermatiques), signalé la possibilité de reconnaître la présence des zoospermes après un séjour plus ou moins prolongé dans l'urine. Ces recherches ont été faites sous un point de vue physiologique, mais cela n'empêche point leur application à la médecine légale.

M. Gaultier de Claubry fut chargé, au mois de juin 1838, avec MM. Labarraque et Ollivier (d'Angers), d'une expertise judiciaire, qui avait pour objet l'examen d'une grande quantité d'opium dénaturé et falsifié; il constata, par l'examen microscopique, non seulement la falsification, mais encore il découvrit par ce moyen le mode différent d'extraction de l'opium de Smyrne et de l'opium d'Égypte (annoncé dans la note précédemment citée de M. Ollivier (d'Angers), Arch. gén. de méd., 1838, et publié dans les Ann. d'hygiène, oct. 1839, p. 374.).

M. Bayard (Ann. d'hygiène, juillet, 1839) a fait des recherches suivies concernant l'examen microscopique du sperme desséché sur le linge ou sur les tissus de nature ou de coloration diverses, qui furent entreprises dans le courant du mois de novembre 1838. Pour reconnaître les taches spermatiques desséchées sur du linge et tirer parti des observations microscopiques, M. Bayard dit qu'il faut avoir soin de ne pas froisser ou de désunir les lambeaux mis à macérer. En filtrant les liquides de macération, et en examinant les dépôts restés sur le filtre, on constate la présence des animalcules spermatiques, isolés du mucus, complets et sans brisure de la queue. Il a pu ainsi reconnaître le sperme desséché depuis deux mois, un an et près de trois ans. La nature et la coloration des tissus tachés par le sperme ne nuisent pas à l'analyse microscopique et à la constatation des animalcules; on les retrouve aussi bien sur les étoffes de fil, de coton, que sur celles de laine ou de soie. On peut facilement constater la présence des zoospermes dans le mucus vaginal recueilli après l'acte du coït.

Qu'il nous soit permis maintenant de faire quelques réflexions sur l'historique que nous venons d'exposer. On voit que la médecine légale a pu déjà tirer dans plusieurs questions une grande utilité de l'emploi du microscope. Ainsi, certainement, toutes les fois qu'il s'agit de déterminer la présence du sperme soit sur le linge, soit dans le vagin, soit dans l'urine, etc., on aura nécessairement recours au microscope, comme au seul moyen propre à résoudre la question. Nous nous trouvons fort satisfait de voir l'emploi du microscope dans les recherches médico-légales sanctionné, non seulement en théorie, mais aussi en pratique, par l'approbation de médecins-légistes qui n'ont pas fait du microscope une étude spéciale, et qui, par conséquent, ont apporté dans cette question toute la réserve et toute la circonspection nécessaires. Cette circonstance nous a engagé à employer le microscope dans la résolution d'une question très importante, où toutes les tentatives ont échoué jusqu'à présent.

Admettons, en effet, que l'on ait trouvé, par des expériences chimiques, que certaines taches proviennent du sang desséché : dans le cas où l'on voudrait savoir à quelle classe des vertébrés appartient ce sang, on ne pourra pas le décider dans l'état actuel de la science. C'est sur ce point que nous avons dirigé notre attention; c'est dans cette question que nous avons trouvé une nouvelle occasion de l'emploi du microscope, qui fera, à l'aide de caractères bien déterminés et faciles à saisir, distinguer les diverses espèces de sang. Nous savons bien qu'il y aura toujours des gens qui s'élèveront contre l'emploi du microscope, en se fondant surtout sur les diverses illusions auxquelles sont exposées les personnes qui n'ont pas l'habitude de cet instrument; mais la réponse à cette objection est bien simple; si ces médecins n'ont pas l'habitude du microscope, qu'ils la prennent; leur paresse ou leurs occupations ne peuvent être un obstacle aux progrès de la science.

Chapitre II. — Des différences qui existent entre les diverses espèces de sang.

§ Ier. — Propriétés physiques, chimiques et microscopiques du sang dans les différentes classes des vertébrés.

Tout le monde sait que le sang sorti des vaisseaux se coagule et se sépare bientôt après en deux parties, l'une solide, que l'on appelle le *coagulum*, *caillot*, et une autre liquide, qui constitue le *sérum*. Le caillot et le sérum composent, par conséquent, le sang coagulé, ou, comme l'on dit habituellement, le sang mort. Lorsqu'une portion de sang coagulé plus ou moins considérable reste abandonnée à elle-même, elle se dessèchera complètement, et l'on n'aura sous les yeux qu'une croûte solide, cassante et friable, d'un rouge foncé, pourvu toutefois que la quantité du sérum ne soit pas trop abondante. Dans ce cas, la putréfaction se déclarera avant la dessiccation. Cette masse sèche comprend tous les matériaux du sang, moins l'eau, qui s'est évaporée, c'est-à-dire elle se compose du caillot desséché et des élémens dissous dans le sérum, et formant un résidu sec lorsque l'eau s'est évaporée. On comprend donc facilement que sa grandeur, son étendue, etc., dépendent principalement de celle du caillot, qui forme la partie la plus considérable du sang coagulé.

Nous disons donc que le sang coagulé est composé du caillot et du sérum. Mais le sang circulant est bien loin d'offrir les mêmes élémens : examiné sous le microscope, dans les parties transparentes de quelques animaux (queue de têtard, langue de grenouille, branchies et nageoires de poissons, intestins de jeunes animaux. etc.), on le voit composé, à l'état normal, de corpuscules nageant dans un liquide jaune rougeâtre. Ces corpuscules sont appelés habituellement *globules sanguins*. Or, quel rapport existe-il entre les globules, le liquide qui les tient en suspension (et que nous appellerons le *liquide sanguin*), le caillot et le sérum ? On savait depuis longtemps que le caillot est composé en grande

---

abus qu'il faisait de ses forces; il lui appliqua ce mot de Quintilien : *Summi sunt, homines tamen.* « Vous avez raison, répondit Mirabeau, car naguère encore j'avais plus de vie que dix hommes qui en ont assez. » On sait ce qui arriva. Il est certain que ceux qu'on est convenu d'appeler les grands hommes, pourvu qu'on les voie de loin, se font plus d'illusions et ont mille fois plus de préjugés que les autres sur beaucoup d'objets.

— Un homme qui fait métier d'exploiter médicalement la crédulité publique, ce champ malheureusement trop fertile, me fit voir un jour un petit portefeuille où étaient contenus trois billets de mille francs. C'est *ma réserve*, me dit-il, c'est là où je puise les amendes auxquelles je suis condamné de temps à autre. Du reste, je ne les redoute pas, car beaucoup de journaux me servent alors de prospectus, et mes recettes augmentent en proportion. Mon dessein, ajoute-t-il, est de *travailler* encore quelques années, après quoi je mènerai une vie *tranquille et honnête* dans une petite ville de province. Tout cela s'est exécuté de point en point, et cet homme a eu les honneurs civiques de son arrondissement. Peu s'en est fallu qu'il n'ait été député. Quelle honte pour nos lois ! Quel opprobre pour notre profession ! Est-elle enfin à bout de patience et d'humiliations ?

— La médecine, comme une foule d'autres sciences, semble assez avancée pour établir des principes généraux, qui passent pour autant de vérités. Mais l'application requiert la connaissance des temps, des individus et des circonstances; il y a là une science immense et toute pratique; on voit parfois assez distinctement ce qu'il faut faire, mais la grande difficulté est d'estimer quand, comment et à quel degré; or, c'est dans ces estimations que consistent le talent du médecin, la finesse du tact, la sagacité de l'observation ; *pauci electi.*

— Les gouvernemens ne voient que les finances, l'état du trésor, l'influence de la Bourse, le jeu des ressorts politiques, etc. Que ne voient-ils comme les médecins ce qui se passe dans l'intérieur des familles ? Le moindre impôt qui agit d'une manière indirecte et défavorable sur les alimens, sur l'habitation, les vêtemens des masses, détruit plus d'existences que ne le font jamais les batailles les plus sanglantes.

— Au retour du siége de St-Jean-d'Acre, quand l'armée arriva à Jaffa, tous les officiers de santé étaient morts de la peste. *Tous*, entendez-vous, étaient morts à leur poste, sans bruit, sans fracas, sans triomphe de bulletin. On n'en sut rien que quand l'armée arriva. Eh bien ! jamais l'histoire, dans son charlatanisme au profit des puissans, n'a tenu compte de cet admirable dévouement. Léonidas et ses trois cents Spartiates ont-ils mieux fait ? ont-ils mieux mérité de leur patrie ?

— Dans l'affreux désordre qu'on appelle la retraite de Moscou, Napoléon étant à Viadma, un de ces bons amis de bureaux, qu'ont toujours eu les officiers de santé de l'armée, vint lui dire qu'un convoi de blessés était arrivé, mais qu'ils n'avaient pas été pansés. Furieux, indigné, l'empereur fait venir le docteur R..., chargé de ces blessés, et il lui dit avec colère : « Est-il vrai, Monsieur, que ces blessés n'ont pas été pansés, c'est une chose affreuse ? » « Oui, sire, répondit avec une respectueuse fermeté le docteur R..., ces blessés n'ont pas été pansés hier, ils ne le seront pas aujourd'hui ni peut-être demain, la rigueur du froid étant telle

partie de fibrine, cette même substance que l'on obtient en filament, en battant le sang à l'aide de baguettes. L'observation microscopique a, en outre, démontré que le caillot contient des globules sanguins entiers, non séparés de leur enveloppe. Des expériences modernes, enfin, que nous avons exposées ailleurs (ARCH. GÉN. DE MÉD., 1840, t. IX, p. 185), démontrent que le liquide sanguin dans lequel nagent les globules contient en dissolution la fibrine. Aussitôt que le sang est sorti des vaisseaux, la fibrine qui était dissoute dans le sang se coagule, et renfermant les globules dans ses mailles, forme le caillot. Le liquide sanguin, privé de la fibrine et des globules, devient sérum. Nous pouvons présenter cette composition par le tableau suivant :

SANG LIQUIDE.	Liquide sanguin.	*Sérum*..........		SANG COAGULÉ.
		Fibrine.	Caillot..	
	Globules sanguins.......			

Examinons maintenant les propriétés principales soit du sang coagulé et desséché, soit de celui qui est encore en circulation. On comprendra facilement que nous ne fixons ici notre attention que sur les points qui se trouvent en rapport avec les recherches qui forment le but de ce mémoire.

Le caillot du sang est rouge et mou; il est imbibé de sérum, ce qui est la cause de sa mollesse. La couleur provient de globules sanguins qu'il renferme; ces globules sont colorés en rouge par la matière colorante du sang (hématosine), qui se dissout lorsqu'on met le caillot dans l'eau. Le caillot, qui est composé, ainsi que nous le disions tout-à-l'heure, de fibrine et de globules sanguins, va par conséquent se décolorer lorsqu'on le fait ramollir dans de l'eau. La fibrine retient opiniâtrement une portion des globules; c'est pourquoi il faut macérer le caillot dans l'eau, qu'on a soin de renouveler, jusqu'à ce que le liquide ne se teigne plus. On finit ainsi par obtenir la fibrine entièrement incolore et blanche, en masses molles et longues, formées de filamens entrelacés, ou semblables à des rubans, dont le volume est très peu considérable en comparaison de celui du caillot qui les a fournis. Dans cet état, la fibrine est plus pesante que l'eau, dont elle gagne le fond. Ce que nous venons de dire trouve son application entière lorsqu'il s'agit de l'examen chimique des taches de sang (§ II). Sans nous arrêter davantage aux propriétés chimiques de la fibrine, nous dirons seulement qu'à cet état de coagulation la fibrine est insoluble, tant dans l'eau froide que dans l'eau chaude, et qu'elle est dissoute par la potasse caustique, même quand cet alcali est très étendu. Lorsqu'on plonge la fibrine, dit Berzelius, dans une lessive caustique assez étendue pour qu'on puisse sans inconvénient la mettre en contact avec la langue, elle s'y convertit peu à peu en gelée, comme elle le fait dans un acide concentré, et finit par occuper la liqueur tout entière. Si on la met ensuite digérer avec cette lessive dans un vase clos, à une température de 50 à 60°, elle se dissout peu à peu et produit ainsi une liqueur faiblement jaunâtre.

On obtient la dissolution de la matière colorante rouge du sang dans l'eau, lorsqu'on fait séjourner pendant quelques heures le caillot dans de l'eau, peu importe qu'il soit encore mou ou déjà desséché. Cette dissolution joue un rôle principal dans les recherches médico-légales sur le sang; aussi a-t-on étudié avec beaucoup de soins ses propriétés physiques et chimiques, en la traitant par des réactifs différens. Ce liquide, dont nous parlons, et qui s'obtient en faisant macérer le caillot dans l'eau, n'est pas seulement une dissolution aqueuse de matière colorante; mais il contient en outre les élémens du sérum dont le caillot se trouve imbibé. Or, la partie constituante principale du sérum est l'albumine, à laquelle il doit ses caractères les plus saillans. En faisant évaporer le sérum, l'albumine se dessèche, mais il est de nouveau soluble dans l'eau froide. Quand on fait chauffer du sérum dans un vase de verre ou de porcelaine, à une température qui s'élève peu à peu, il commence à 65° à perdre sa limpidité, et à 75° il est coagulé en une masse couleur de perle, opaque, translucide sur les bords, insoluble dans l'eau froide ou bouillante. Mais cet aspect de l'albumine coagulée varie beaucoup selon les proportions de l'albumine et de l'eau. Nous avons vu tout à l'heure l'albumine former une masse solide, opaque: lorsqu'on étend le sérum avec un peu d'eau, l'albumine ne formera plus que des flocons; en étendant davantage ce liquide, il ne prendra plus par la coagulation qu'une teinte laiteuse ou opaline, d'autant plus claire que la quantité d'eau est plus considérable.

On comprend donc maintenant ce qui doit se passer lorsqu'on fait macérer une tache de sang dans l'eau. Celle-ci dissout la matière colorante du sang, qui descendra sous forme de stries rougeâtres au fond du vase; elle dissoudra en outre l'albumine desséchée du sérum; lorsqu'on fera chauffer cette liqueur rougeâtre, l'albumine y formera des flocons, ou produira seulement une teinte opaline, selon que la quantité d'eau employée pour la macération sera plus ou moins considérable. Enfin, il restera une partie insoluble, c'est la fibrine; nous avons déjà dit qu'elle est insoluble dans l'eau froide et dans l'eau chaude. Ce sont les phénomènes principaux qui se passent lorsqu'on fait séjourner des portions de sang desséché dans l'eau et qui sont de la plus haute importance dans les recherches médico-légales sur le sang. (Paragr. 2.)

Nous allons maintenant examiner les principaux caractères microscopiques du sang, en dehors de toute discussion théorique, uniquement dans le but de rendre intelligibles nos recherches (paragrap. 4) à ce sujet.

Si l'on place une gouttelette de sang sur une lame de verre, et qu'on applique au bord de cette gouttelette une seconde lame de verre très mince, on obtiendra, par l'infiltration du sang, une couche transparente de ce liquide qui sera propre à l'observation. Si c'est du sang d'un mammifère, on voit nager dans la sérosité des corpuscules ronds, aplatis, dont le diamètre ne surpasse jamais un centième de millimètres; ils sont d'un rouge très pâle, presque jaunes; ce sont les *globules sanguins*. On observe en outre une seconde espèce de corpuscules blancs, mamelonnés, ayant au moins un centième de millimètre: nous avons appelé ces élémens les *globules fibrineux blancs*, ou tout simplement les *globules blancs*.

Les globules sanguins ont les bords renflés de deux côtés, leur centre est déprimé, ce qui fait que, vus de champ, ils adoptent la forme d'un S très allongé. Lorsqu'on ajoute une quantité notable d'eau à cette gouttelette de sang, et que l'on examine après quelque temps les globules sanguins, on les trouve beaucoup plus pâles, presque entièrement décolorés; leurs bords sont encore à peine visibles. Les globules blancs, au contraire, ne sont en rien changés. Cette décoloration des globules san

---

que nous n'osons pas lever les appareils. » — « Alors, c'est différent, reprit avec douceur Napoléon, faites comme vous l'entendrez, docteur, je m'en rapporte à vous. » Il est certain qu'un commissaire des guerres ne l'eût pas pris sur ce ton; l'orgueil de la plume n'est-il pas au-dessus des grandeurs impériales, au moins par sa durée et sa ténacité?

— La nature est si avare, si rebelle, si voilée pour nous, que si pauvres que nous soyons d'idées, de principes, de vérités, de certitudes, il a fallu les méditations, les labeurs de trente siècles, pour nous les donner.

— Il faut être simple en écrivant sur des matières scientifiques, mais il ne faut pas être négligé. L'allure nonchalante de la causerie remplace mal à propos l'allure soutenue qui convient au langage écrit. La simplicité est toujours une bonne qualité dans le style médical, mais à condition qu'elle ne dégénère pas en pauvreté, en misère.

— D'un autre côté, il est des savans qui ne peuvent rien écrire avec simplicité; il faut que chaque phrase fasse de l'effet, que chaque mot ait du retentissement; ils ne s'aperçoivent pas qu'ils produisent un effet tout contraire, parce que rien ne fatigue davantage le lecteur; or, de la fatigue à l'ennui, il n'y a qu'un pas. Les mots prétentieux, recherchés, alambiqués, sont surtout frappés de ridicule. Le médecin Sylva, tant vanté par Voltaire, voulant se moquer d'un de ses confrères, écrit que, dans ses prescriptions, il mêle des drogues *si peu nubiles*, que l'alliance n'est pas possible. Un médecin moderne, parlant de mauvaises sangsues qui ne mordaient point, dit sérieusement que ces sangsues n'étaient nullement *philanthropiques*. En sommes-nous à démontrer que ceux qui emploient un style pompeux, boursoufflé, visant sans cesse à l'éclat, ne persuadent jamais et font sourire de pitié l'homme de goût. « Le style de ces gens-là, dit Jean-Paul Richter, me fait toujours penser à la queue des chevaux anglais; si elle s'élève en l'air, c'est qu'on en a coupé le nerf. »

— Un homme se dit médecin, et, dans de ridicules brochures, il cherche à décrier les hommes les plus illustres de la profession; il s'efforce de souiller la robe doctorale de ses invectives, de ses injures, de ses plats quolibets. A quoi bon? que lui en revient-il? Du mépris, de la honte et du silence; le poète a raison:

Débiter pour dix sous un insipide écrit,
C'est décrier la médisance,
C'est exercer sans art un métier sans profit.
Il a bien assez d'impudence,
Mais il n'a pas assez d'esprit.

— Leibnitz (LETTRE V, A THEN. BURNET) remarque qu'en théologie, en philosophie, en médecine, on ne vient jamais à des *établissemens* fixes, autrement dit, un terrain solide sur lequel on puisse définitivement bâtir. « C'est proprement, dit-il, la méthode des mathématiciens qui séparent *certum ab incerto, inventum ab inveniendo*. » Ce grand homme a raison, et il serait nécessaire de reconnaître, à certaines époques, les *établissemens* fixes qu'on a pu faire, c'est-à-dire les principes généraux, les axiomes, les règles qui restent désormais à l'abri de toute contestation. L'éternelle stabilité des lois de la nature, la persistance des mêmes faits dans l'organisme, le caractère et la marche des maladies

guins est d'autant plus prononcée que la quantité d'eau est plus considérable, et qu'elle agit plus longtemps sur les globules. Au bout d'une demi-heure, on ne trouve plus de traces de ces corpuscules, et l'on croirait qu'ils sont entièrement dissous. Toutefois, si l'on ajoute un peu de teinture d'inde, les globules décolorés sont teints en jaune, et l'on peut les apercevoir de nouveau. Les globules sanguins ne sont réellement dissous qu'au bout d'un ou de deux jours; mais, nous le répétons, ils sont déjà tellement décolorés au bout d'un quart ou d'une demi-heure qu'ils disparaissent entièrement, à cause de leur grande transparence, et qu'il faut avoir une grande habitude du microscope pour les distinguer au milieu de la sérosité dans laquelle ils nagent.

Nous avons parlé jusqu'à présent du sang de l'homme et des mammifères; mais on sait depuis longtemps que le sang des ovipares possède des globules d'une forme tout à fait différente; nos observations ont, en outre, démontré que les animaux appartenant à la famille des chameaux offrent des globules sanguins semblables à ceux que l'on rencontre dans le sang des ovipares. Tous ces globules sanguins sont elliptiques au lieu d'être ronds comme chez les mammifères, et leur grand diamètre surpasse presque toujours un centième de millimètre. Ils sont également aplatis, jaunâtres; mais au lieu d'offrir une dépression centrale, ils présentent, au contraire, une élévation centrale, de sorte que, vus de côté, ils paraissent bombés. Cette élévation provient d'un noyau central, oblong, granulé, qui devient d'autant plus manifeste que les globules ont séjourné plus longtemps entre les deux lames de verre. Lorsqu'on fait dessécher une couche très mince du sang d'un ovipare et qu'on y examine des globules isolés, on voit on ne peut mieux ce noyau central. (Pour plus amples détails, nous renvoyons le lecteur à notre Anatomie microscopique, 2ᵉ série, 1ʳᵉ livr. Paris 1839.) En ajoutant de l'eau à cette espèce de sang, les globules se décolorent également, mais leurs noyaux restent très distincts et ne disparaissent nullement par l'action de l'eau.

La fibrine coagulée présente une masse amorphe, c'est-à-dire privée de structure, blanche ou grisâtre, molle et élastique.

Nous avons déjà dit précédemment que le caillot consiste en fibrine coagulée, qui renferme les globules sanguins; que verra-t-on donc au microscope, si l'on fait macérer pendant une demi-heure ou une heure entière une portion d'un caillot desséché, par exemple une tache de sang? On comprend facilement que, lorsqu'il s'agit du sang d'un mammifère, on n'apercevra qu'une masse amorphe, contenant quelques globules blancs; les globules sanguins ne pourront plus être distingués. Si c'est, au contraire, du sang d'un ovipare, tous les noyaux resteront distinctement visibles. (V. paragr. 4.)

§ II. — Recherches chimiques pour distinguer le sang de toute autre substance.

Tous les chimistes qui s'occupent d'expertises médico-légales sont maintenant d'accord que le sang peut être distingué de toute autre substance, et ils sont aussi d'accord sur les moyens propres à produire ce résultat, depuis que M. Orfila a publié ses recherches à ce sujet (v. Journ. de chimie médic., Paris, 1827, t. iii, p. 367). Le but de ce mémoire n'est pas d'exposer ces faits déjà acquis à la science; nous renvoyons le lecteur qui voudra en prendre connaissance aux traités de médecine légale. Toutefois, il ne sera pas inutile d'en dire quelques mots, pour mieux comprendre nos recherches, que nous allons exposer tout à l'heure (paragr. 4).

Pour reconnaître la nature d'une tache, on la fait macérer dans l'eau distillée froide, en ayant soin qu'il existe une certaine distance entre la tache et le fond du vase. Si c'est une tache de sang, on ne tarde pas à apercevoir des stries rougeâtres qui vont de haut en bas, et qui viennent peu à peu se déposer et colorer en rouge la partie inférieure du liquide. En même temps, les parties tachées qui ont été ainsi traitées par l'eau se décolorent, et il reste à la place de la tache une petite couche grisâtre ou des filamens blanchâtres ou blancs rougeâtres. Cette couche ou ces filamens sont formés par la fibrine et par les parties insolubles des globules sanguins; les stries rougeâtres, au contraire, proviennent de la matière colorante rouge du sang, extraite des globules à l'aide de la macération.

Nous devons donc bien distinguer deux parties essentiellement différentes: le liquide de la macération et les filamens. Quant au liquide, il acquiert une couleur rosée ou rougeâtre lorsqu'on l'agite avec un tube de verre; chauffé peu à peu jusqu'à une température voisine de l'ébullition, il se trouble, change immédiatement de couleur, et dépose des flocons d'albumine coagulée ou devient seulement opalin. S'il se dépose des flocons, c'est-à-dire s'il se forme un coagulum, celui-ci est grisverdâtre sans la plus légère trace de nuance rosée en rouge, et le liquide surnageant est incolore ou légèrement coloré en jaune verdâtre; si l'on filtre le liquide, et qu'on le traite par la potasse, il prend une teinte verte, vu par réflexion de la lumière, et une teinte rosée, vu par réfraction. Si, au contraire, on ne filtre pas la liqueur, et qu'on la traite par la potasse lorsque l'albumine coagulée s'y trouve soit suspendue, soit déposée sous forme de flocons, le résultat est, d'après M. Orfila, à peu près le même: la liqueur acquiert, en effet, une couleur rougeâtre, vue par réfraction, et une couleur verte quand elle est vue par réflexion. Il n'y a pas de matière colorante unie à une substance animale qui puisse produire l'ensemble de ces phénomènes. Quant aux filamens, ils sont mous, un peu élastiques, solubles dans la potasse; et la dissolution potassique, traitée par le chlore et un peu d'acide chlorhydrique, donne naissance à des flocons de matière animale coagulée.

Le chimiste peut toujours, à l'aide de ces caractères et encore de quelques autres que nous n'avons pas besoin d'exposer, distinguer les taches du sang de toute autre espèce de taches, par exemple, des taches du fer formées par du jus de citron (citrate de fer), des taches de rouille, des taches de substances qui jouissent de la propriété de colorer l'eau en rouge ou en rose (cochenille, bois de Brésil, carthame, garance, etc.). M. Raspail, loin de partager l'opinion qui vient d'être émise, dit « qu'il suffit de laisser séjourner pendant quelques heures, au milieu d'un blanc d'œuf de poule, un sachet de toile rempli de garance en poudre, légèrement humectée d'eau; puis d'exposer ce mélange à une température de 25° à 30° cent., afin de le dessécher, pour lui donner l'apparence d'une tache rouge semblable à la tache du sang. » Mais M. Orfila a pleinement réfuté cette opinion (Journ. de chimie médic., t. iv); il nous semble que la réaction de la chaux pourrait, à elle seule, déjà résoudre la question.

Il n'y a donc aucun doute que *la médecine légale peut distinguer*

---

toujours les mêmes, depuis l'origine de l'espèce humaine, feraient d'abord penser que la chose est facile, et pourtant l'expérience a démontré le contraire. Le *certum ab incerto*, l'*inventum ab inveniendo*, peuvent être établis en mathématiques, parce que les propositions s'enchaînent toujours rigoureusement les unes aux autres; mais il n'en est pas de même en médecine. La corrélation des effets aux causes nous échappe le plus souvent, ou du moins ne s'étend qu'à une sphère très minime. Il en résulte que, dans le plus grand nombre des cas, nous sommes obligés de nous en tenir à ce qu'on nomme l'expérience, et qui n'est qu'un empirisme plus ou moins raisonné; *a juvantibus et lædentibus*, à tout prendre; c'est là notre base la plus solide, la plus fondamentale. La médecine aura fait un immense progrès quand elle pourra nettement séparer l'absolu, le réel, du contingent et de l'accidental, comme on dit en philosophie. C'est une question dont on pourra peut-être s'occuper au vingt-cinquième siècle de notre ère.

— Me trouvant, il y a quelques années dans une ville du Midi, je vis, près du théâtre, une petite affiche ainsi conçue: Baptiste, tondeur de chiens de *l'Académie de Paris*. Avait-on conçu dans cette Académie des perfectionnemens dans le grand art dont il s'agit? Je l'ignore. Toujours est-il que le mot académie se trouve partout et en tout, chacun veut faire partie d'une académie ou d'une société savante quelconque, très souvent sans le moindre avantage, mais on a été *élu*, alors il y a choix, distinction, gloriole. Dieu sait pourtant comme la critique s'exerce contre les Académies, c'est à qui lancera son trait piquant ou émoussé, insipide ou plaisant. Les Académies sont et seront toujours attaquées, quelquefois avec raison, souvent aussi par des motifs peu honorables. Cependant lorsqu'il y a une place vacante, la foule se hâte, se précipite, c'est à qui devancera les autres. A la dernière vacance de l'Académie de médecine, on ne comptait pas moins de vingt concurrens et tous hommes de mérite. L'héritage de Double et celui de Larrey sont maintenant poursuivis avec une ardeur sans égale. Il en est de même de l'Académie française. Ce qui n'empêche pas la critique d'aller son train; c'est la règle. Mais il faut avouer que les Académies ont leur petit droit de vengeance et de moquerie. Ce droit s'exerce en général, quelquefois aussi en particulier; en voici la preuve. Un concurrent à l'une des Académies de l'Institut, mais rejeté plusieurs fois et à peu près sans espoir, s'en plaignit ouvertement à l'un des secrétaires dont les vives réparties sont assez connues. Le candidat évincé, malheureux, blâma tout à l'Académie qui l'avait repoussé, aucun des membres ne trouva grâce, il critiqua même jusqu'aux habits de l'Institut. — Ah! pour cela, vous avez raison, reprit M. . . . .; en vérité, *ils sont trop verts*. L'allusion était si claire et si directe que le pauvre renard décampa aussitôt.

— Mon cher confrère, disait un médecin à son ami, vous conviendrez qu'on voit de bien singulières choses dans l'observatoire de l'imagination. — Vous conviendrez à votre tour, lui répliqua son ami, que l'on en voit d'aussi singulières pour le moins dans le champ du raisonnement et de l'observation; avouons que l'homme n'éclaircira jamais assez sa lorgnette pour voir le fond des choses.

— Voici une réflexion du grand Haller qu'il est donné à chaque médecin de méditer; *Ea fere hominum est infelicitas, ut omnis ultima rerum physica-*

les taches du sang de toute autre substance produisant des taches d'une couleur analogue.

§ III. — EXAMEN DES MOYENS PROPOSÉS POUR DISTINGUER LES DIVERSES ESPÈCES DE SANG LES UNES DES AUTRES.

A l'occasion d'un mémoire de M. Orfila, lu à l'Académie royale de médecine, et dont il est rendu compte à la Société philomatique, dans la séance du 14 juillet 1827, M. Dulong a fait remarquer « que l'un des caractères les plus tranchés des taches de sang, lors même qu'elles sont fort anciennes, c'est la forme de ses globules vus au microscope ; elle permet, en outre, de distinguer le sang de différentes classes d'animaux ; les globules du sang des mammifères desséché présentent un disque blanc environné d'un cercle rouge, tandis que, dans le sang des oiseaux, le disque blanc est entouré d'un globule elliptique. » (Dans cette même séance, M. Adolphe Brongniart a dit que le sang de bœuf avait pu être distingué du sang humain à l'aide du microscope, par M. Dumas, dans un cas de médecine légale ; mais M. Dumas s'étant empressé de démontrer l'inexactitude de cette assertion, il est certain que M. Brongniart a confondu ensemble deux faits différens.) M. Orfila s'est hâté de vérifier l'opinion émise par M. Dulong; mais les conclusions qu'il tire de ses recherches, vérifiées par Lehaillif, ne sont pas favorables à l'usage du microscope.

Il résulte, en effet, des expériences de M. Orfila : « 1° que, tout en admettant que le sang renferme une multitude de globules pouvant servir à le caractériser, il est quelquefois impossible de constater la présence de ces globules dans le sang desséché sur une lame de verre, et, à plus forte raison, sur une étoffe, soit parce que la goutte de sang est trop épaisse, soit parce qu'elle ne contient que la matière colorante, ou par toute autre cause; 2° que, s'il est vrai, d'une manière générale, que les globules du sang des mammifères sont circulaires, tandis que ceux du sang des oiseaux et des animaux à sang froid sont elliptiques, il n'en est pas moins certain qu'on peut apercevoir lorsqu'on agit sur du sang détaché d'un linge, des globules elliptiques dans le sang des mammifères et des globules sphériques, ainsi que des corpuscules triangulaires, carrés, etc., dans le sang des oiseaux, ce qui dépend probablement d'un atome de poussière ou de tissu de l'étoffe qui sont unis au sang. Il est aisé de concevoir, en effet, qu'un globule qui eût été sphérique vu seul, présente une autre forme lorsqu'il est accolé à un corpuscule étranger. » (JOUR. DE CHIMIE MÉDIC., t. III, p. 413; Paris 1827).

Nous voyons donc que M. Orfila, contrairement à l'opinion de M. Dulong, n'a pas pu distinguer du sang humain et du sang de pigeon détaché des étoffes, et « même quelquefois que c'était du sang. » Nous comprenons comment M. Orfila a pu arriver à ces résultats, lorsque nous examinons la manière dont il a fait ses recherches. En effet, tantôt « une portion de linge, contenant tous les matériaux du sang (de pigeon), a été laissée dans une petite quantité d'eau jusqu'à ce que celle-ci fût suffisamment colorée ; alors on a déposé trois gouttes de la liqueur sur une lame de verre, et on a attendu que la dessiccation fût complète. » Mais cette liqueur que pouvait-elle contenir? Assurément guère de corpuscules sanguins, puisque la plupart restent attachés au linge (paragr. 4), et l'eau ne fait que dissoudre la matière colorante. Au temps que M. Orfila faisait ses recherches, ces propriétés des globules n'étaient pas encore étudiées; nous ne devons donc pas être étonnés de voir ce chimiste distingué chercher les globules dans la liqueur, et n'y trouver que des corpuscules irréguliers, elliptiques, carrés, sphériques, triangulaires, etc. Or, ces corpuscules sont, soit des molécules étrangères aux parties constituantes du sang, soit quelques globules sanguins, détachés du linge, non pas déformés par la dessiccation, mais seulement accolés plusieurs les uns aux autres, de manière à former des corpuscules irréguliers. C'est de cette manière seulement que nous pouvons comprendre comment M. Orfila a pu trouver des globules elliptiques dans le sang humain.

D'antres fois, du sang humain desséché sur du drap, délayé dans l'eau, et vu au microscope avant la dessiccation, offrait « un très grand nombre de petits corpuscules transparens, sphériques et ovoïdes; sur un autre point, il était difficile de reconnaître des corpuscules parfaitement sphériques. » Encore ici, ce n'étaient guère des globules sanguins qui s'offraient à l'observation, puisque ceux-ci sont presque tous dissous par l'eau.

Il résulte de ces recherches que le microscope ne peut être d'aucune utilité dans l'examen du sang desséché, lorsqu'on ne s'occupe que de la portion dissoute des taches, que l'on examine cette liqueur desséchée, ou à l'état liquide. Du reste, nous devons ici rappeler encore l'influence de quelques circonstances qui n'étaient pas bien connues au temps où les observations ont été faites, et qui auraient pu empêcher de constater la présence même de globules sanguins existant dans la goutte examinée. On aurait dû, par exemple, couvrir la goutte examinée avec une seconde lame de verre, pour la voir étendue en couche mince, et pour pouvoir observer de cette manière toutes les particules suspendues, tandis qu'une goutte de sang non couverte ne présente à l'observation que les particules suspendues à sa surface. Les altérations qu'éprouvent les globules du sang par leur séjour dans l'eau n'étaient pas encore bien étudiées ; on croyait, d'après Hewson, que certains animaux offrent des corpuscules tantôt elliptiques, tantôt circulaires. Actuellement, nous savons que tous les ovipares sortis de l'œuf offrent toujours des corpuscules elliptiques, et que la forme circulaire n'est que l'effet de l'action de l'eau sur ces globules.

Il est donc évident, d'après tout ce que nous venons de dire, que l'on n'était pas parvenu à distinguer les diverses espèces de sang entre elles; et comme depuis cette époque ces expériences n'ont pas été reprises, il en résulte que la science ne possède aucun moyen microscopique pour distinguer le sang des mammifères du sang des ovipares. Mais, avant d'exposer nos recherches à ce sujet, nous dirons d'abord un mot de quel ques expériences chimiques entreprises dans ce but.

M. Barruel (ANNALES D'HYGIÈNE, t. I, p. 267) proposa le moyen suivant pour distinguer les diverses espèces de sang entre elles. On met du sang dans un verre; on y ajoute environ un tiers ou la moitié de son volume d'acide sulfurique, et on agite le tout avec une baguette de verre; immédiatement après se manifeste un principe aromatique volatil, caractéristique pour chaque espèce de sang. Il est bon, aussitôt après l'agitation, de souffler brusquement dans le verre, pour en chasser la première atmosphère, dans laquelle il peut se rencontrer un peu d'acide sulfurique. M. Barruel déclare qu'il pouvait ainsi, à l'odorat seul, distinguer le sang d'homme d'avec celui de femme, et, par conséquent, celui des diverses espèces d'animaux. On dut, après la publication de ces observation, chercher à en vérifier les résultats, et beaucoup de chimistes répétèren t

---

rum historia parum firma sit, et ut altera ista rerum gestarum memoratrix, in mythicos fines terminetur (ELEMENTA PHYS., t. II, p. 176), c'est-à-dire « c'est un des malheurs de l'espèce humaine que les derniers phénomènes des sciences physiques soient peu confirmés, et que leur histoire, comme celle des nations, finisse dans une obscurité mythologique. » Il est évident que par cette *ultima historia*, Haller entend les phénomènes moléculaires, les lois primitives et radicales des corps organisés; or il faut confesser notre profonde ignorance à cet égard. Et ce qu'il y a de plus triste pour nous, c'est que les phénomènes les plus sensibles, les plus observés, ne sont que les effets de ceux que nous ne pouvons ni saisir, ni constater. Ainsi le principe vital, ce *deus ignotus*, est-ce une force particulière, n'est-ce que le résultat de la matière organisée? La *sphérique* est-elle toujours la forme organique, élémentaire? N'y a-t-il qu'une substance qui se modifie, et ensuite, par des lois particulières, forme des tissus différens, puis des organes ayant des fonctions spéciales? Qu'entend-on réellement par l'activité vitale plastique? Les lois vitales diffèrent-elles des lois générales de la physique? Peut-on croire que dans les corps vivans à une certaine hauteur de l'échelle, il existe une loi fondamentale dont les autres lois ne sont que des conséquences, comme la *gravitation* régit presque toutes les lois de l'univers? etc. Ici tout est obscur, voilé, impénétrable; ainsi le monde de la matière est plein de mystères comme le monde des intelligences; il semble que l'homme ne peut jamais dépasser sa mesure ordinaire; quoiqu'il fasse, il reste enfermé dans les cinq ou six pieds de sa taille, et dans les cinq ou six idées premières de son esprit.

— Les grands praticiens comme les grands artistes ne laissent d'eux que leur nom et le souvenir de leurs contemporains; mais ces souvenirs s'effacent bientôt, et le nom même disparaît dans nos périodes de temps plus ou moins prolongée. Il est certain que maintenant les quatre cinquièmes des élèves de l'école de Paris n'ont pas vu Dupuytren, n'ont pas la moindre idée de cet homme puissant par sa parole, supérieur par son immense talent, mais insupportable par sa hauteur et son écrasant dédain pour les autres. La plupart des jeunes gens qui entendent le nom de ce grand chirurgien le rangent déjà parmi les autorités passées, classiques de la science; quelques-uns mêmes des plus jeunes le placent au temps de J.-L. Petit, de Ledran, et il y a à peine sept ans que Dupuytren est mort. Encore quelque temps et le souvenir des contemporains s'effacera avec eux. Que de bruit, que de mouvement, que d'agitation, de travaux, d'efforts, pour arriver si vite à l'indifférence, puis à l'oubli!

R. P.

SOUSCRIPTION OUVERTE AU BUREAU DE LA GAZETTE MÉDICALE POUR LE MONUMENT A ÉLEVER A LA MÉMOIRE DU BARON LARREY. (2e liste.)

Première liste........	305 fr.
MM. Martin Saint-Ange, 5 fr. —Borch, 5 fr.—Dansard, 5 fr.; ci.	15 fr.
Total....	320 fr.

ces essais. Quoique plusieurs médecins aient confirmé entièrement les résultats de M. Barruel, tout le monde est pourtant d'accord que l'odorat est un sens trop faillace, trop incertain, et le plus souvent trop peu développé chez les différentes personnes, pour que l'on ose appliquer aux expertises judiciaires la découverte de M. Barruel, très intéressante sous le point de vue physiologique. D'un autre côté, pour que les expériences de M. Barruel puissent se faire, on a besoin d'une quantité très considérable de sang, ce qui ne s'offre que très rarement dans les expertises. Il est vrai que M. Barruel asseré que l'on peut reconnaître, même après quinze jours de la confection d'une tache, l'espèce de sang auquel elle appartient; mais personne n'a confirmé cette assertion. M. Morin, de Rouen, a cru reconnaître une grande différence entre la matière colorante du sang de l'homme, et celle des poissons; mais M. Lecanu a démontré l'erreur de cette opinion. M. Chevallier (JOURN. DE CHIMIE MÉD.) n'a pu trouver aucun moyen chimique pour distinguer les taches de sang des taches de punaises qui ont sucé du sang et qui ont été écrasées sur du linge : il y a cette seule différence, que les taches de punaises, abandonnées à elles-mêmes pendant plusieurs mois, finissent par prendre une teinte olivâtre.

Il résulte donc, de tout ce qui précède, que la *médecine légale ne possède aucun moyen, ni microscopique, ni chimique, pour distinguer les diverses espèces de sang les unes d'avec les autres.*

§ IV. — MOYENS POUR DISTINGUER LE SANG DE L'HOMME ET DES MAMMIFÈRES DU SANG DES OVIPARES.

Lorsque, dans une expertise médico-légale, on aura déterminé la nature des taches, et que l'on aura constaté qu'elles proviennent de sang desséché, une autre question restera encore quelquefois à résoudre. L'accusé pourra prétendre, tout en convenant de la nature des taches incriminées, que c'est du sang d'un oiseau ou d'un poisson qui se trouve desséché sur son linge, sur son couteau, sur ses mains. Nous avons vu (§ 2) que la médecine légale peut, sans hésitation, sans laisser le moindre doute à ce sujet, éclairer la nature des taches; mais il résulte aussi des faits que nous avons exposés précédemment (§ 3) que la médecine légale ne possède aucun moyen de distinguer les diverses espèces de sang les unes d'avec les autres. Nous avons donc cru nécessaire de faire quelques recherches à ce sujet : nous sommes parvenu, non pas à résoudre la question entière, mais au moins à distinguer le sang de l'homme et des mammifères du sang des ovipares, c'est-à-dire du sang des oiseaux, des poissons et des reptiles. Voici la manière dont nous procédons.

On sait que, lorsqu'on a mis une tache de sang pendant quelque temps macérer dans l'eau, elle se décolore, et qu'une petite couche grisâtre ou des filamens blanc-grisâtres de fibrine restent attachés à la substance qui portait les taches (§ 1). C'est cette fibrine décolorée que nous examinons : en effet, elle seule peut présenter les globules décolorés, tandis que le liquide coloré provenant de la macération de la tache ne contient que la matière colorante rouge, l'albumine dissoute, et quelquefois quelques globules sanguins détachés. Nous sommes donc sûr que l'examen microscopique de ce liquide ne pourra offrir aucune utilité, et qu'il faut soumettre à l'examen la fibrine décolorée.

Voici la manière dont on doit procéder pour obtenir la portion décolorée de la tache propre à l'examen microscopique : on prépare d'abord une lame de verre, comme pour toute autre observation microscopique; on place sur cette lame une goutte d'eau distillée; on détache ensuite, avec une pointe quelconque, le plus commodément avec une aiguille à cataracte, quelques particules de la tache : on aura soin de choisir les bords de la tache, parce que le sang desséché forme à cet endroit la couche la plus mince, et se trouve, par conséquent, dans les circonstances les plus favorables pour l'examen microscopique. Les particules que l'on détachera de cette manière auront tout au plus la grandeur d'une tête d'épingle; il y en aura même quelques-unes beaucoup plus petites. Il est bon que leur nombre soit toujours au moins de quatre à cinq.

Lorsqu'on s'est procuré ces particules de la tache, il est nécessaire de les transporter dans la goutte d'eau placée sur la lame de verre. On y parvient plus facilement en mouillant légèrement avec de l'eau distillée la pointe qui a servi à gratter la tache. Toutes les particules adhéreront à la pointe; on plongera ensuite celle-ci dans la goutte d'eau placée sur la lame de verre, et on aura soin de faire tomber toutes les particules par de légères secousses données à la pointe. On évitera de frotter la pointe contre la lame de verre, parce que cette opération pourrait ôter à l'observation la netteté de ses résultats. Il y aura donc maintenant cinq ou six particules très petites et très minces, nageant librement dans la goutte d'eau; ce sont, pour ainsi dire, autant de taches de sang microscopiques. On les laissera maintenant séjourner pendant quelque temps dans l'eau pour les décolorer; on comprend facilement qu'il faudra beaucoup moins de temps pour produire cette décoloration qu'il n'en faut pour une grande tache. En effet, au bout d'un quart d'heure ou d'une demi-heure, les particules seront déjà décolorées. On peut un peu accélérer cette dissolution de la matière colorante, en inclinant dans des directions différentes la lame de verre. On produira de cette manière des mouvemens dans la goutte d'eau, ce qui accélère la décoloration.

Lorsqu'on aura observé que ces petites particules ont déjà beaucoup pâli, c'est-à-dire, que la matière colorante s'est dissoute, alors on procédera à leur examen de la manière suivante : on diminuera préalablement la quantité d'eau dans laquelle nagent les particules décolorées, en inclinant de côté la lame de verre pour faire écouler une partie de la goutte d'eau. On prend ensuite une seconde lame de verre très mince, celle qui sert habituellement dans les observations microscopiques pour couvrir l'objet examiné, et on la placera avec précaution sur les particules qui nagent dans l'eau. On doit éviter avec soin toute compression considérable. Ceux qui ont quelque habitude des observations microscopiques sauront bientôt apprécier la quantité d'eau nécessaire pour rendre l'observation nette et distincte. Il ne faut pas qu'il y reste trop de la goutte qui a servi à dissoudre la matière colorante, parce qu'alors l'eau couvrirait facilement la seconde lame de verre; il ne faut pas non plus qu'il en reste trop peu, parce que la présence des bulles d'air rendrait les particules trop opaques. Ce sont des précautions à prendre dont on se rend bientôt maître en répétant quelquefois ces expériences.

Nous avons maintenant les particules décolorées placées dans une goutte d'eau, entre deux lames de verre. On transportera le tout sur le porte objet du microscope, et on soumettra les particules à l'observation. Nous n'avons guère besoin d'ajouter que l'on doit suivre ici les règles générales, comme dans toute autre observation microscopique, par exemple, en tout ce qui concerne l'éclairage, etc. (Voy. à ce sujet notre TRAITÉ DU MICROSCOPE, Paris, 1839.) En examinant ces particules, on dirigera son attention surtout sur leurs bords transparens : c'est là que l'on peut le mieux et le plus nettement distinguer les élémens dont il sera question tout à l'heure. Leur partie centrale le plus souvent n'est pas suffisamment décolorée : l'examen devient alors plus difficile. Voici maintenant ce qu'on observe dans ces particules décolorées, qui, comme nous savons, sont formées par la fibrine et par les globules sanguins privés de matière colorante.

Les particules de taches du sang des mammifères présenteront une couche amorphe, c'est-à-dire sans aucune organisation, dans laquelle on apercevra çà et là quelques globules blancs. Les globules sanguins étant parfaitement décolorés, il n'en paraîtra aucune trace. Lorsqu'au contraire les particules décolorées appartiennent à des taches produites par du sang d'ovipares, on apercevra un très grand nombre de noyaux oblongs, serrés les uns contre les autres, dans une couche amorphe de fibrine coagulée, tandis que les contours externes de chaque globule ne sont plus perceptibles.

On aura donc de cette manière un moyen très facile de constater l'espèce du sang qui a produit la tache. Mais, le sang de l'homme et celui des mammifères offrant des globules du même structure, on comprend facilement que l'on ne pourra parvenir à distinguer par le microscope, ni le sang de l'homme de celui de tout autre mammifère, ni celui d'un mammifère d'avec celui d'un autre. Au contraire, il sera très facile d'établir si les taches en question appartiennent au sang de l'homme et d'un mammifère, ou à celui d'un ovipare, c'est-à-dire d'un poisson, d'un oiseau ou d'un reptile. Le sang des chameaux et de tous les animaux appartenant à cette famille offrira les mêmes caractères que celui d'un ovipare: cela résulte des observations que nous avons faites en 1839, et qui ont été constatées dans un rapport fait à l'Académie des sciences par MM. Milne-Edwards et Isid. Geoffroy-St-Hilaire. Cette circonstance mérite d'être notée, à cause de nos possessions en Afrique.

Nous repoussons l'usage du microscope pour distinguer les diverses espèces de sang des mammifères les unes des autres : toutefois les poils adhérens pourront quelquefois donner des renseignemens très importans. Ainsi, il ne sera pas difficile de reconnaître les poils du lapin, du bœuf, etc., et de les distinguer des cheveux (Voy. notre ANATOMIE MICROSCOPIQUE, 1re série, 4e liv., Paris, 1840.) Le microscope pourrait aussi, au besoin, décider si la tache en question est véritablement composée de sang. Dans le cas où l'analyse chimique n'aurait pas décidé cette question, nous nous réservons, pour une autre occasion, de donner de plus amples détails à ce sujet; toutefois, nous ne croyons pas inutile d'ajouter les faits suivans. Toute substance minérale qui pourra imiter des taches de sang ne se décolore pas, et présente sous le microscope une foule de parti-

cules amorphes, rouges ou opaques, ne présentant aucune trace de globules, et se brisant par la compression. La fibrine, au contraire, est blanche ou grisâtre, et élastique. Les substances végétales n'offrant point une couche grise comme la fibrine, le liquide coloré obtenu par leur dissolution est amorphe, ou présente quelques parties végétales qui diffèrent selon la plante examinée. Mais nous avons hâte de quitter ce sujet, parce que, dans le cas qui nous occupe, nous supposons que la chimie a toujours préalablement constaté la nature de la tache. Lorsqu'il s'agira de taches de punaises, on pourra, en faisant macérer la tache, découvrir, à l'aide du microscope, des parties de punaises écrasées.

On pourrait peut-être croire qu'il serait plus avantageux de tremper la tache entière dans de l'eau, et prendre ensuite une petite portion de la couche grisâtre pour la soumettre à l'examen microscopique. Mais cette opinion serait erronée : en effet, la tache entière macérée dans l'eau s'enfle considérablement, et les bords minces, transparens, des taches, sont ainsi perdus pour l'observation microscopique. Tenons encore ici compte d'une autre circonstance qui quelquefois peut être utile, mais que nous ne croyons d'aucune importance réelle dans la question qui nous occupe. Si la tache n'est pas entièrement décolorée, on apercevra dans la couche de fibrine les contours des globules sanguins imparfaitement décolorés ; on peut même faire reparaître ces contours en plongeant la couche décolorée dans une faible teinture d'iode, ou, ce qui vaut mieux, dans une dissolution de sirop de sucre (une sur cinq parties d'eau distillée), à laquelle on a ajouté un peu de teinture d'iode pour la colorer légèrement. La dissolution de sucre n'altère pas la forme des globules ; mais nous conseillons ces dernières recherches seulement à ceux qui ont déjà l'habitude du microscope, parce que l'épaisseur de la tache s'oppose le plus souvent à ce qu'on puisse distinctement apercevoir la forme des globules. Remarquons encore, finalement, que la plus petite tache peut servir à un grand nombre d'observations microscopiques.

Nous avons dit précédemment que l'on aura « de cette manière un moyen très facile de constater l'espèce du sang qui a produit la tache. » Toutefois, quelques explications à ce sujet ne seront pas inutiles. Lorsqu'il s'agit en effet de faire entrer ces recherches dans la pratique, lorsqu'on voudra faire usage des résultats que nous avons obtenus, dans un cas de médecine légale, il ne faudra pas s'imaginer que le premier venu puisse faire ces observations. On n'est pas micrographe parce qu'on possède un microscope : il faut encore en avoir l'habitude. Dans tous les cas, nous conseillons au médecin de mettre la plus grande réserve dans l'expression de son opinion. Lorsqu'il aura constaté la présence de noyaux, il peut, par deux raisons, sans hésitation, prononcer que la tache est produite par le sang d'un ovipare : 1° parce que jamais le sang d'un mammifère ne peut présenter un aspect analogue ; 2° parce que son jugement ne peut venir qu'en faveur de l'accusé. Mais lorsqu'il ne pourra pas constater l'existence des noyaux, nous le croyons beaucoup plus sage d'énoncer un résultat négatif ; c'est-à-dire, le médecin fera mieux de dire qu'il n'a pas pu constater que ce fût du sang d'un ovipare ; au moins son opinion ne sera pas accablante pour l'accusé. D'un autre côté, il évitera le reproche de vouloir juger par un signe négatif, par l'absence de noyaux, quoique, sous le point de vue scientifique, l'absence des noyaux soit un caractère aussi positif que leur présence. Nous disons par conséquent, en concluant, qu'en pratique ces recherches ne doivent servir qu'en faveur de l'accusé, et qu'elles nous paraissent mériter d'autant plus l'attention des médecins légistes, qu'elles présentent le seul moyen scientifique de venir à l'aide d'un accusé innocent.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

BLESSURE DE L'ARTÈRE CAROTIDE EXTERNE DROITE ; HÉMORRAGIES SUCCESSIVES ; TENTATIVE INFRUCTUEUSE DE LIGATURE DE LA CAROTIDE PRIMITIVE, LE CINQUIÈME JOUR ; CONTINUATION DES HÉMORRAGIES ; LIGATURE IMMÉDIATE DU TRONC CAROTIDIEN LE TREIZIÈME JOUR ; HÉMIPLÉGIE COMPLÈTE DU CÔTÉ GAUCHE ; PARALYSIE DE LA FACE ET DES NERFS DES SENS DU CÔTÉ DROIT ; RÉSORPTION PURULENTE ; MORT LE VINGT-TROISIÈME JOUR DE L'ACCIDENT ET LE DIXIÈME DE L'OPÉRATION ; observation communiquée par M. le professeur SÉDILLOT.

Les plaies des artères et les effets des ligatures sur ces vaisseaux ont été étudiés avec soin, par une foule d'expérimentateurs, dont les théories et les observations soulèvent encore aujourd'hui de vives et intéressantes discussions. Est-ce un caillot, un épanchement de lymphe coagulable, l'adhésion des bords divisés de l'artère, la rétraction du vaisseau dans sa gaine celluleuse, qui arrêtent l'hémorragie. Les phénomènes sont-ils les mêmes, après l'application d'une ligature ? La compression ou la ligature directe du vaisseau blessé, doivent-elles être employées dans toutes les plaies artérielles ? Peut-on recourir à la méthode d'Anel en de pareils cas, et dans quelles conditions. Enfin, l'interruption subite du sang dans un des gros troncs de la circulation cérébrale, n'est-elle pas susceptible de déterminer les plus graves désordres fonctionnels, et ne fournit-elle aucune lumière sur les phénomènes de l'innervation, et sur certaines lésions, que l'on est généralement disposé à considérer comme des résultats inflammatoires ? Les causes de l'infection purulente sont-elles bien connues ? Telles sont quelques-unes des questions soulevées par l'observation suivante, dont nous rapporterons les détails, en cherchant à en montrer l'importance et la portée :

OBS. — Mulier (Charles), âgé de 19 ans, bien portant et d'une bonne constitution, fut blessé, dans la nuit du 10 au 11 avril 1842, d'un coup de tranchet, en arrière de la branche droite de la mâchoire inférieure. La lame de l'instrument avait produit une plaie verticale de près de 3 centimètres de hauteur, située un peu au-dessous du conduit auriculaire, et étendue jusqu'au niveau de l'angle du maxillaire. Le sang jaillit immédiatement de la blessure avec une grande force, et le malade, appliquant son mouchoir, ployé en tampon, sur la plaie, fit une demi-lieue environ pour gagner sa demeure à la Robersau.

M. le docteur François, appelé sur le champ, trouva le blessé déjà affaibli par l'abondance de l'hémorragie ; un volumineux jet de sang s'échappait du fonds de la blessure dès que l'on suspendait un instant la compression, qui fut continuée plus méthodiquement.

Cependant aux moindres mouvemens du malade, au moindre dérangement de l'appareil, le sang jaillissait de nouveau, et la mort parait si imminente le cinquième jour, en raison de ces retours hémorragiques, que M. le docteur François, seul et sans autre aide qu'un paysan assez hardi pour vouloir bien se charger de tenir les lumières, se décide à lier l'artère carotide primitive, à onze heures du soir.

Cette opération pratiquée dans des conditions aussi défavorables, et sous le coup d'une impérieuse nécessité, fut laborieuse ; les parties n'étaient pas convenablement éclairées ; il fallut se fier autant au toucher qu'à la vue, et une ligature fut appliquée sur une partie que l'on supposa être l'artère. L'incision qui avait donné un écoulement de sang considérable fut réunie par des points de suture. Un tourniquet continua à être maintenu sur la plaie de la région parotidienne, et pendant trois jours l'hémorragie ne reparut plus. Malheureusement, elle se renouvella après cet intervalle avec beaucoup d'intensité, et le 23 avril je fus prié de voir le malade. Je le trouvai pâle, décoloré, exsangue, tellement affaibli qu'il pouvait à peine soulever ses membres. Le tourniquet placé sur la blessure ayant été enlevé, nous aperçûmes dans le fond de la solution de continuité, dont les bords étaient frappés de gangrène, une tumeur anévrismatique rougeâtre, de la grosseur d'une petite noix, et soulevée par un mouvement évident de dilatation, à chaque battement du cœur. En comprimant la carotide primitive dont les battemens se faisaient sentir au cou, on déterminait l'affaissement de cette tumeur et sa disparition presque complète.

Vers le milieu de l'épaisseur du muscle sterno-cléido-mastoïdien existait une plaie verticale, de quatre travers de doigt de hauteur, sur laquelle trois petites plaies transversales, suppurées, indiquaient le lieu où avaient été placées les sutures. C'étaient les traces de la première opération précédemment pratiquée.

Quel parti devions-nous prendre en cette occurrence ? J'insiste à chaque occasion sur l'importance du précepte de lier les artères blessées au-dessus et au-dessous de la plaie, on évite ainsi mille accidens et les plus redoutables dangers, mais était-il possible de suivre cette règle ? Les tissus comprimés étaient frappés de mortification, ils étaient infiltrés de sang, avaient perdu leur résistance normale sous l'influence de l'inflammation. Sur quel point placer les ligatures ? au fond d'une blessure ancienne, qui nous fournirait du sang dont nous ignorions la source ? Comment porter le bistouri et les instrumens sur de pareils tissus ? N'était-ce pas s'exposer à des désordres nouveaux ?

Nous pensâmes mieux faire, en recourant à la ligature de la carotide primitive, qui n'avait pas été atteinte la première fois, et nous nous mîmes en devoir de l'exécuter. Une incision dirigée sur le bord interne du sterno-mastoïdien, nous conduisit dans l'intervalle de ce muscle et des sterno-hyoïdien et thyroïdien ; nous aperçûmes l'omoplat-hyoïdien qui fut soulevé, et au-dessous de lui nous cherchâmes à préciser la position du vaisseau. Cette opération, facile sur des régions saines et intactes, avait été rendue très pénible par une infiltration sanguine et purulente fort étendue. Aucun rapport n'était reconnaissable au-delà de ceux que nous venons d'indiquer, et l'on ne rencontrait qu'une masse homogène, assez semblable à du tissu cellulaire frappé de phlegmon diffus ; je pénétrai alors avec le doigt jusque sur l'artère, en repoussant l'espèce de putrilage qui faisait obstacle, et ayant senti les battemens du vaisseau fort profondément, je fis écarter les lèvres de la plaie, et pus assez aisément ouvrir la gaine restée saine de l'artère et entourer ce vaisseau de la ligature. Nous fûmes frappés dans ces divers temps opératoires de la sécheresse et du degré inaccoutumé de résistance des gaines celluio-fibreuses. Celles de l'artère et des muscles formaient des toiles dures et minces que la sonde n'eût pas rompues ; elles criaient sous le scalpel comme des ligamens et offraient presque autant de ténacité.

Aussitôt que le fil eut été passé sous la carotide, une pression suffisante pour intercepter le cours du sang affaissa complètement la tumeur carotidienne, qui

disparut et ne présenta plus aucun battement dès que la ligature eut été serrée.

La plaie dont il était impossible de prévenir la suppuration fut pansée avec du styra, et nous laissâmes le malade dans l'état de faiblesse, de prostration où nous l'avions trouvé, mais dans des conditions cependant moins favorables, puisque l'hémorragie était ainsi arrêtée.

Trois heures après l'opération, M. le docteur François constata une hémiplégie complète du côté gauche, et une paralysie de la face du côté droit. Le moment de l'apparition de ces accidens ne fut pas déterminé d'une manière précise; mais ils ne durent pas se manifester immédiatement à la suite de la constriction du vaisseau, car aucun de nous ne s'en était aperçu. L'intelligence du malade s'affaiblit, et c'est à peine s'il répondait aux questions qui lui étaient adressées. Cependant il manifesta de l'appétit, et prit tous les jours quelques potages. L'ouïe du côté droit devint plus dure; la paupière supérieure du même côté resta tombante; le globe oculaire était dévié en dehors, et comme affecté de strabisme interne; la vue paraissait abolie et les muscles de la moitié droite de l'aile du nez et de la bouche étaient sans action. Tel est au moins l'état dans lequel nous vîmes le malade, M. le professeur Ehrmann et moi; mais M. François nous assura que les deux yeux avaient été alternativement affectés de déviation momentanée. Deux purgatifs avec l'huile de ricin procurèrent quelques évacuations, mais aucune amélioration dans l'état général. La plaie primitive, pansée à plat avec du styra, se détergea et se couvrit de bourgeons charnus, sans redevenir le siége d'aucun écoulement de sang. Les plaies du cou saupoudrées de quinquina continuèrent à suppurer assez abondamment, sans tuméfaction apparente des régions carotidiennes. Cependant le malade restait assoupi et dans un état demi-comateux.

Le 28 avril, il éprouva des frissons, suivis de sueur, qui furent considérés comme des accès de fièvre intermittente pernicieuse, contre lesquels on administra le quinquina.

Le 30 avril, il y eut deux accès de frisson, l'un à cinq heures du matin et le second vers midi.

Le 1er mai, le blessé s'agita et porta la main gauche à sa tête, circonstance dont M. le docteur François et plusieurs autres personnes furent témoins, et qui méritaient d'autant plus d'être bien constatés, que ces mouvemens montraient la cessation de la paralysie dans le membre supérieur; le membre abdominal, restant dans une complète immobilité, la faiblesse alla en augmentant, et la mort arriva le 2 mai à midi, dixième jour de la ligature de la carotide.

J'ai rappelé succinctement les accidens morbides qui précédèrent la mort, et bien que je n'aie pas suivi le malade, les symptômes que j'ai rapportés ne peuvent être l'objet d'aucun doute ayant été notés chaque jour avec soin.

L'examen médico-légal du corps, dont je fus chargé avec M. le docteur Villemin père, par l'autorité judiciaire, offrait une très grande curiosité.

J'avais à rechercher : 1° Quel avait été le siége primitif de l'hémorragie et dans quel état était le vaisseau ouvert; 2° quel changement présentait l'artère carotide au point de la ligature; 3° à quelles conditions pathologiques il fallait rapporter l'hémiplégie; 4° quelle avait été la véritable cause de la mort.

L'autopsie répondit à toutes ces questions, et nous révéla une foule de détails de la plus grande importance.

Une injection poussée dans la carotide primitive du côté gauche s'écoula bientôt par la plaie de la région parotidienne, qui fut tamponnée, tandis que les plaies de la région cervicale n'en laissèrent transsuder aucune trace.

Comment se faisait-il que la matière injectée passât ainsi par une plaie qui n'avait pas donné une goutte de sang depuis dix jours? En agrandissant la blessure et disséquant les parties couche par couche, nous découvrîmes le tronc de la carotide externe, ouverte à 9 millimètres au-dessus de l'origine de l'artère faciale. La plaie était parallèle au vaisseau et avait 6 millimètres, dans l'état de relâchement, et 10 millimètres dans l'état de tension de l'artère. L'instrument vulnérant devait avoir divisé longitudinalement la carotide externe, et en avoir renversé la paroi postérieure, en glissant sur elle sans la traverser, et une petite portion de l'épaisseur des tuniques artérielles semblait seulement avoir été rompue et comme arrachée vers l'extrémité inférieure de la plaie. Il en résultait une sorte d'étalement de toute la paroi intérieure du vaisseau, dont les deux orifices étaient béans, comme si la blessure eût été récente. La coloration et les autres propriétés physiques de l'artère étaient normales. Un caillot fibrineux adhérait au bout inférieur et avait été certainement chassé de l'intérieur de l'artère, tandis qu'un caillot semblable en remplissait le bout supérieur, et avait mieux résisté à l'effet de l'injection.

On comprenait dès-lors pourquoi l'hémorragie avait résisté à la compression, le sang provenait des deux orifices de la blessure artérielle, qui étaient maintenus ouverts par la continuité des tuniques du vaisseau, et ce fait confirmait toutes les expériences de Jones et de Béclard, et l'observation pratique des plus anciens chirurgiens sur le plus grand danger des plaies incomplètes. On voit ainsi comment on était arrivé, presqu'empiriquement, à achever la section de ces vaisseaux; car, dans ce cas, leurs extrémités se rétractent dans les chairs, et l'hémorragie cède beaucoup plus facilement à la compression.

Le défaut de travail inflammatoire et de modifications morbides, dans les tuniques artérielles divisées, confirmait également ici toutes les idées des chirurgiens qui ont soutenu que les plaies des artères ne se cicatrisaient jamais, à moins d'oblitération absolue, et que dans le cas où un caillot fermait comme un bouchon mécanique le trajet de la plaie, celle-ci, même après plusieurs années, pouvait présenter l'aspect d'une solution de continuité récente, si le caillot venait à se détacher. Cette opinion n'est certainement pas exacte, et le fait de J.-L. Petit et ceux de beaucoup d'autres ont prouvé que les caillots étaient susceptibles d'adhérer intimement aux parois des plaies étroites des artères, et d'amener ainsi la guérison; mais il n'en est pas moins vrai que les membranes interne et moyenne de ces vaisseaux sont douées de peu d'activité vitale, et restent très longtemps étrangères aux modifications inflammatoires.

Cet état de la carotide externe n'eût pas fait obstacle à la ligature dans le cas qui nous occupe, et un fil, un stylet, ou un ténaculum, passés sous le vaisseau, eussent pu en faire saillir les deux bouts, et permettre de les lier. Malgré le jet de sang, que la compression de la carotide primitive suspendait complètement, au moins d'une manière momentanée, il y avait indication de rechercher l'artère blessée et d'en lier les deux extrémités, et cette règle, qui est essentielle et doit guider toute la conduite des chirurgiens, eût pu être certainement ici d'une application heureuse.

Nous étions surtout curieux d'étudier les phénomènes produits par la ligature de l'artère carotide primitive, et l'occasion était favorable pour rechercher dans quel état se trouvaient les deux extrémités du vaisseau, et comment toute hémorragie avait été prévenue. La ligature n'était pas tombée au dixième jour, et elle avait dû déterminer la formation d'un caillot et l'adhérence des membranes interne et externe, rompues par la constriction du fil au moment de l'opération, tandis que la tunique externe devait avoir résisté.

Les parties ayant été mises à nu par la dissection, nous constatâmes que l'injection était revenue dans le bout supérieur de la carotide primitive par les carotides externe et interne, au moyen de l'artère faciale, et particulièrement de l'artère thyroïdienne supérieure et des larges anastomoses de la carotide interne du côté opposé. Le bout inférieur avait été aussi injecté, avec une portion de la sous-clavière et du tronc brachio-céphalique, par la thyroïdienne inférieure et la vertébrale correspondante.

L'artère carotide primitive droite, mesurée dans toute sa longueur et en place, avait 8 centimètres d'étendue, et la ligature avait été placée à 36 millimètres de son origine. La gaîne celluleuse ou d'enveloppe de l'artère était très dense et très sèche, sans épaississement notable, et avait été incisée dans une hauteur d'un centimètre, pour le passage du stylet chargé de la ligature.

La carotide primitive était complètement divisée, et les deux bouts en étaient éloignés l'un de l'autre de 6 millimètres; le supérieur était rétracté dans la gaîne avec laquelle il offrait des adhérences intimes; le bout inférieur était plus apparent et la ligature s'y trouvait fixée.

Ayant séparé avec soin la gaîne celluleuse de l'extrémité supérieure de la carotide, nous incisâmes longitudinalement cette dernière, un peu au-dessus du point coupé par la ligature, et nous vîmes son calibre intérieur incomplètement rempli par un caillot de 0,032 millimètres de longueur. Ce caillot s'amincissait beaucoup dans ses quatre derniers millimètres, tandis qu'il offrait une assez grande épaisseur du côté des carotides externe et interne. Il était blanchâtre dans sa moitié supérieure, plus brun et plus rougeâtre inférieurement, où il adhérait au vaisseau dans une étendue de 5 millimètres. Une autre adhérence partielle et très étroite existait à 13 millimètres de hauteur; mais partout ailleurs le caillot était séparé de la face interne de l'artère par la matière de l'injection, qui constituait une sorte de chapelet ou de renflemens alternatifs, là où le caillot avait le plus cédé.

Les membranes divisées de l'artère étaient fortement unies à la gaîne celluleuse, et la séparation en fut difficile, quoique très nette, après trois jours de macération; mais ces membranes n'adhéraient pas entre elles, de sorte que l'artère était réellement ouverte et béante, dans une largeur de 5 millimètres, et que le caillot seul, par son union à la membrane interne, avait résisté à l'effort de l'injection, et avait, pendant la vie, empêché l'hémorragie.

Ces premières observations constatées, nous examinâmes plus minutieusement encore les adhérences terminales du caillot, et nous vîmes clairement qu'elles n'avaient pas lieu à un même niveau; mais elles étaient comme ondulées. Ainsi, en avant, elles s'étaient formées à 5 millimètres au-dessus du bord divisé de l'artère, occupaient 2 millimètres de hauteur, et laissaient au-dessous d'elles un intervalle de 3 millimètres, dans lequel la paroi interne du vaisseau était restée libre. En arrière, au contraire, les adhérences s'étaient faites beaucoup plus bas, et au point

même de la section des membranes internes, et l'injection n'avait été arrêtée que par un caillot d'une épaisseur d'1 ou 2 millimètres.

L'examen du bout inférieur de la carotide primitive offrit quelques différences : la gaine celluleuse s'enleva avec facilité, et ne tenait d'une manière intime qu'à l'extrémité même du vaisseau; celui-ci, dont le diamètre transversal était de 5 millimètres, se terminait brusquement par une surface à peu près plane, d'un blanc jaunâtre, fibrineuse, au milieu de laquelle était le nœud de la ligature. Le fil adhérait assez à ce tissu pour soulever aisément toute l'artère, lorsqu'elle eût été séparée du corps.

Les membranes de la carotide ayant été fendues longitudinalement au-dessous du point divisé par la ligature, nous trouvâmes dans son intérieur un caillot blanchâtre qui se prolongeait sous forme de filament très ténu vers le tronc brachio-céphalique, et devenait de plus en plus résistant et épais en se rapprochant de la ligature, point où il remplissait toute l'artère dans une hauteur de 8 millimètres. Quelques globules d'injection étaient à peine arrivés jusque-là. Ce caillot était très adhérent à la membrane interne du vaisseau qu'il fermait seul, car la dissection montra que les membranes artérielles ne se trouvaient pas froncées et unies en un seul point par la ligature, mais qu'elles s'étaient écartées par un mouvement périphérique, probablement par élasticité. Cependant elles n'étaient pas libres comme dans le bout supérieur, mais semblaient se continuer avec le caillot par un peu de lymphe organisée. La ligature adhérait au bord postérieur des tuniques de l'artère, et était fixée au milieu d'un petit opercule de matière plastique, qui contribuait aussi à fermer l'artère, et paraissait former la couche la plus superficielle du caillot.

Les détails dans lesquels nous venons d'entrer pourraient être regardés comme trop minutieux par ceux qui ne savent pas quels travaux ont été entrepris sur la question de l'oblitération des artères par les ligatures, et les faits recueillis directement sur l'homme, quoique les seuls probans, sont si rares, qu'on ne peut leur accorder trop d'attention, quand ils se présentent à notre examen.

Ici le rôle du caillot sanguin a été évident, et confirme complètement la doctrine de J.-L. Petit à cet égard. Ce n'était pas l'adhérence de la membrane celluleuse avec les tuniques interne et moyenne qui avait amené l'occlusion de l'artère et prévenu l'hémorragie; ce n'était pas un épanchement de lymphe plastique organisée en membrane, c'était seulement le caillot, et, chose remarquable, le bord libre des membranes coupées par la ligature, au lieu d'adhérer et d'être resté en contact, était distant de manière à ce que, le caillot enlevé, l'artère aurait été ouverte et béante. On voit également que le caillot du bout inférieur constituait un cône dont la base était à la ligature et le sommet au premier tronc artériel. L'injection avait passé entre la face interne du vaisseau et le caillot, et on en devait conclure que ce dernier ne remplissait pas l'artère, et qu'il avait été comprimé et réduit à un moindre volume par la matière injectée. Ces deux suppositions nous semblent vraies, et nous adopterions plus difficilement l'idée de M. Bérard jeune, qui suppose l'artère immédiatement appliquée contre le caillot pendant la vie, en raison d'une contractilité active, qui disparaîtrait au moment de la mort, et laisserait l'artère revenir par dilatation passive à des dimensions plus considérables. Le caillot remplit d'abord très probablement toute l'artère, mais, en raison de la résorption et de la rétraction qu'il subit en s'organisant, il perd de son volume plus rapidement que l'artère ne se rétracte et ne s'atrophie, comme cela arrive à tout organe privé de ses usages, et dès-lors il en résulte un vide qui persiste, parce que le sang a pris une autre direction, ou qu'il reste liquide et ne se retrouve plus après la mort, en raison de la vacuité constante du système artériel, comparée à l'engorgement des troncs veineux.

L'origine de la carotide primitive ne pouvait pas, quelque contractilité qu'on lui suppose, se mettre en contact avec le mince caillot qui occupait à peine le cinquième de son diamètre, et il est bien évident, dans ce cas, que du sang liquide remplissait l'intervalle vide, comme nous venons de l'exposer.

L'examen le plus attentif de tout le trajet de la carotide primitive, au-dessus et au-dessous de la ligature, ne nous montra aucune de ces petites artérioles, que M. Zuber (Journal des progrès) et M. Manec regardent comme des moyens de circulation collatérale après la ligature du tronc carotidien.

Il était fort important de rechercher la cause de l'hémiplégie, et de s'assurer s'il n'existait pas quelques lésions cérébrales consécutives propres à en démontrer le siége. Il n'était pas douteux qu'elle n'eût eu sa cause primitive dans le défaut de l'abord du sang dans la moitié antérieure gauche de l'encéphale, où se distribue l'artère carotide interne correspondante. Les nombreux accidens survenus à la suite de la ligature de la carotide primitive ne peuvent laisser aucune incertitude à cet égard, et ils ont été relatés pour la plupart par M. Lenoir, dans un excellent article du Dictionnaire des études médicales. Sur 65 cas rapportés par ce chirurgien, on voit que 3 fois la mort est arrivée dans le délire et les convulsions; un malade de Dupuytren mourut six jours après dans un état adynamique. Quatre fois l'hémiplégie se manifesta dans le côté du corps opposé à celui de l'opération. L'opéré de M. Vincent mourut le septième jour des suites de cette complication; chez une jeune fille du service de M. Magendie, et un blessé de M. Baroven, de Turin, l'intelligence resta affaiblie. Dans trois cas, la vision fut altérée du côté correspondant à la ligature, et les syncopes ne furent pas très rares.

Ces faits prouvent donc de la manière la plus évidente le danger réel de la brusque interruption du cours du sang, dans un des gros troncs de la circulation cérébrale, et l'hémiplégie, l'affaiblissement de l'intelligence, l'état de sub-delirium, et les paralysies des sens affectant le côté de la carotide liée, n'avaient certainement pas eu d'autres causes chez notre malade. Ces accidens devaient même l'avoir plus particulièrement atteint, en raison de la grande quantité de sang qu'il avait déjà perdu, et de l'extrême faiblesse dans laquelle ces hémorragies répétées l'avaient plongé. Le crâne fut ouvert, et lorsque l'incision et le renversement de la dure-mère eurent mis l'encéphale à découvert, on vit que l'injection avait beaucoup moins pénétré dans les artérioles des lobes moyen et antérieur du côté droit que dans ceux du côté opposé. Les membranes étaient saines, et il n'y avait pas d'épanchement séreux appréciable, mais tout le lobe antérieur droit était manifestement ramolli. MM. Villemin père et fils, le docteur François Riss, prosecteur de la Faculté, Tavot, ex-interne de l'hôpital, constatèrent unanimement ce ramollissement, qui était en effet très sensible. Il suffisait d'appuyer alternativement le doigt sur le lobe antérieur gauche et celui du côté droit, pour s'apercevoir que ce dernier ne présentait pas la même résistance. Le ramollissement n'était dans aucun point diffluent, mais la matière cérébrale se laissait déprimer et s'écrasait sous les doigts avec une bien plus grande facilité. Les nerfs des sens n'offrirent rien de particulier, mais on comprend combien de légères modifications de consistance et d'organisation sont difficiles à reconnaître, quoique assez considérables pour entraîner de graves désordres fonctionnels! En présence de ces altérations profondes, l'explication des symptômes devenait chose aisée. L'hémisphère cérébral droit, ne recevant plus une quantité suffisante de sang, avait cessé d'agir, et il en était résulté une hémiplégie du côté gauche, en raison du croisement des nerfs des membres et une paralysie des sens et de la face du côté droit, dépendant de la distribution directe des nerfs de ces parties du côté de la tête correspondant à leur origine. Le ramollissement du lobe cérébral antérieur était très marqué, parce que la circulation avait surtout été entravée dans ce point le plus éloigné des branches anastomotiques de la carotide opposée et des vertébrales.

Cette observation ne jette-t-elle pas quelque jour sur le ramollissement cérébral des vieillards, attribué par la plupart des médecins et, en dernier lieu, par M. Durand Fardel (V. Arch. génér.), à l'inflammation? Est-il possible qu'un pareil phénomène se soit développé en deux ou trois heures dans des parties privées de sang, et les saignées eussent-elles été d'un usage convenable pour combattre une lésion dont le défaut de sang était la cause? Il suffit de poser une pareille question pour la résoudre, et bien évidemment les excitans et les toniques seraient beaucoup mieux indiqués.

Il est vrai que chez notre malade les mouvemens du bras gauche paraissent s'être momentanément rétablis; mais n'était-ce pas une sorte de convulsion passagère, un effort produit aux approches de la mort par cette espèce de réaction qui la précède et qui rappelle si souvent une dernière lueur d'intelligence? C'est là une question qui reste entière dans la science.

Un dernier problème nous restait à résoudre: quelle avait été la cause prochaine ou immédiate de la mort? La perte de sang, le défaut de circulation cérébrale, le ramollissement du lobe antérieur du cerveau, étaient sans doute de graves complications qui avaient hâté une terminaison funeste; mais l'infection purulente nous paraît avoir rempli un rôle bien autrement actif dans l'issue fatale des accidens. Nous trouvâmes en effet, en examinant la partie inférieure du cou et de la poitrine, que le pus avait envahi les médiastins; les insertions des muscles au sternum, et le tissu cellulaire et les glandes bronchiques étaient grisâtres, friables et ramollis. Du sang avait fusé le long des médiastins jusque sur le diaphragme. Les poumons et particulièrement celui du côté droit étaient remplis de petits abcès superficiels, situés aux bords des lobes pulmonaires. Aucune veine ne nous offrit de traces de phlébite, et nous n'y rencontrâmes pas de caillot, malgré le soin avec lequel nous incisâmes les veines jugulaires, sous-clavières, thyroïdiennes et les petites branches qui y aboutissent.

Les frissons rapportés à une fièvre intermittente avaient donc marqué le début de l'infection, et l'organisme, accablé déjà par plusieurs causes

réunies d'affaiblissement et de destruction, avait dû promptement y succomber.

Les chirurgiens les plus habiles s'occupent avec tant d'intérêt aujourd'hui de la question de l'infection purulente, qu'on doit espérer de la voir bientôt éclairée, et que chacun est appelé à cette œuvre de la plus haute valeur pathologique. Depuis les travaux de MM. Velpeau, Blandin, de Dance, de Legallois, de Maréchal, les esprits n'ont plus perdu de vue ce sujet. Donné pour sujet de thèse au concours d'agrégation de 1832, j'eus à le traiter sous le titre : De la phlébite traumatique, désignation qui indique seule l'opinion de cette époque. Au concours de Clinique chirurgicale de cette année, la question écrite a été : *De l'infection purulente*, et ce qui n'était en 1832 qu'une des conséquences supposées de la phlébite est devenu le point essentiel et capital de toutes les recherches.

Faut-il admettre avec M. Velpeau que le pus, dans quelque point qu'il se dépose et quelle qu'en soit la nature, qu'il ait été résorbé par les lymphatiques ou par les veines, ou formé directement dans ces derniers vaisseaux, peut toujours déterminer l'infection purulente, c'est-à-dire des abcès viscéraux et des épanchements, dès qu'il a été porté dans le torrent circulatoire.

Dans cette opinion qui est la plus large et qui cadre le mieux avec les faits observés, on ne saurait cependant expliquer l'absence complète des accidens de l'infection, dans une foule de cas où le pus est manifestement résorbé. Des abcès plus ou moins volumineux disparaissent tous les jours sans infection purulente. Des malades affectés de suppuration chronique, d'abcès symptomatiques, etc., chez lesquels une assez grande quantité de pus est continuellement résorbée, tombent dans la fièvre hectique, mais n'offrent aucun des signes de l'infection purulente. Il y a donc là quelque chose d'obscur, d'incomplet, et qui exige nécessairement de nouvelles investigations.

M. Blandin pense que c'est toujours la phlébite qui donne lieu à l'infection purulente (v. Gaz. des Hôpit., 17 mai 1842), et il est certain que dans la plupart des cas où cette infection est incontestable, elle est accompagnée et précédée d'une phlébite, dont l'existence est reconnue pendant la vie, ou démontrée par l'examen cadavérique. M. Blandin a parfaitement raison quand il combat M. Tessier, et qu'il dit avoir vu des veines remplies de pus et incomplètement oblitérées par un caillot sanguin. La présence de ce caillot signalée avec beaucoup de soin par M. Tessier est un fait qui mérite d'être pris en grande considération et qui indique les obstacles spontanément produits pour empêcher le pus de se mêler au sang; mais les caillots ne sont ni constans, ni complets, et on a cité des observations, et j'en ai rapporté une dans ma thèse sur la phlébite où le pus s'étendait des veines du bras jusque dans les oreillettes du cœur, où il était parfaitement reconnaissable. M. Blandin à cet égard nous semble donc dans le vrai; mais sa doctrine s'applique t-elle avec un égal bonheur à tous les faits, et chaque fois qu'une infection puru'ente s'est manifestée rencontre-t-on toujours une phlébite ? Nous devons ici, je crois, répondre négativement.

Il n'est personne dans les hôpitaux qui n'ait trouvé des abcès dans les poumons et le foie, des épanchements articulaires ou pleurétiques, accompagnés des signes de l'infection purulente, sans néanmoins être parvenu à trouver des veines enflammées. On peut sans doute les supposer telles quelquefois, mais on ne les voit pas; et le malade dont nous avons rapporté l'histoire en a présenté une nouvelle preuve.

M. Blandin ne serait-il donc pas forcé par son opinion même à assigner des caractères particuliers au pus fourni par la phlébite ? car, s'il ne fait aucune différence entre ce pus et celui qui se forme partout ailleurs, il doit lui suffire que du pus soit porté dans le sang pour occasioner l'infection purulente, et nous retombons dans la difficulté d'expliquer l'innocuité habituelle du pus résorbé. Faudrait-il admettre que l'infection est seulement produite par le mélange au sang d'une très grande quantité de pus, et que la phlébite est seule capable de le produire ? Mais l'on voit souvent des inflammations purulentes très circonscrites être la cause de l'infection, comme j'en ai trouvé dernièrement un exemple dans un petit abcès de la prostate, et il ne semble pas que l'abondance du pus soit une condition indispensable de la maladie.

Il faut donc supposer au pus sécrété par les veines des propriétés toxiques particulières, et c'est une conséquence dont M. Blandin ne paraît pas s'être occupé. Malgré le grand prix que nous attribuons aux idées de ce professeur, nous penchons donc à croire que la phlébite n'est pas la seule cause de l'infection purulente, et que cette explication trop exclusive n'embrasse pas la généralité des faits et ne saurait être adoptée.

M. Tessier a supposé une prédisposition morbide spéciale qu'il nomme diathèse purulente, sous l'influence de laquelle on voit des abcès se produire dans tous les organes avec le cortége habituel de symptômes sur lesquels nous ne voulons pas nous appesantir ici. Dès lors, l'absorption et le transport du pus dans le sang n'est plus considéré comme une cause directe et immédiate de l'infection, et on peut soutenir que le pus formé dans les veines y reste isolé, circonscrit et n'est pas entraîné par la circulation.

Mais, d'abord le fait sur lequel se fonde M. Tessier, l'existence d'un caillot oblitérateur dans les veines enflammées, ne nous paraît pas suffisamment démontré, et ensuite est-il possible de séparer deux faits aussi bien enchaînés l'un à l'autre, qu'une suppuration préexistante, et une infection purulente consécutive ? Les rapports de cause à effet sont manifestes dans tous les cas, et on ne saurait méconnaître des dépendances aussi clairement indiquées.

C'est en cet état de cause que nous nous étions incidemment occupé de la question de l'infection purulente dans le compte rendu de notre clinique, et conduit à admettre des différences dans la nature du pus, puisque les effets en étaient variables; nous avions supposé que l'infection était le résultat d'un mélange direct et immédiat du pus avec le sang. Dans ce cas, le pus ne serait pas encore divisé et réduit à l'état moléculaire; il conserverait ses caractères propres et deviendrait le sonron d'une intoxication mortelle, tandis qu'absorbé, globule par globule, par les extrémités veineuses ou lymphatiques, il arriverait dans la circulation, transformé, altéré dans sa nature et ne déterminerait plus les mêmes symptômes.

Cette idée, toutefois émise sous forme hypothétique, nous satisfaisait incomplètement et montrait plutôt les difficultés du sujet qu'elle ne servait à les lever par des preuves incontestables, et nous sommes arrivés à une autre opinion, qui fournit une explication plus facile de tous les faits.

Le pus en lui-même et dans son état de pureté consécutive ne déterminerait pas l'infection purulente; ce seraient les parcelles organiques provenant du détritus de nos tissus qui, entraînées par lui dans la circulation, iraient se déposer dans les parenchymes, dans les cavités séreuses et y occasionneraient ces abcès et ces épanchements multiples si promptement funestes.

On comprendrait dès-lors la grande différence des abcès simples, froids ou phlegmoneux et de ceux qui proviennent de la destruction ulcéreuse de nos organes. Dans les premiers, le pus sécrété dans le tissu cellulaire ou toute autre trame organique s'y trouve circonscrit par des membranes d'enveloppe qui l'isolent et le séparent des parties en contact; c'est un produit nouveau qui, résorbé, n'entraînera aucun danger pour l'économie. Mais dans le cas où le pus sera produit à la surface d'une plaie ou dans nos organes frappés d'ulcération, il sera nécessairement mélangé à quelques molécules des surfaces altérées et suppurantes, et si la résorption en a lieu, tous les accidens de l'infection se manifesteront.

Que l'on passe en revue les causes ordinaires de l'infection purulente et l'on verra la forme ulcéreuse y apparaître presque constamment. Ce sont des plaies couvertes d'une couche de putrilage, baignées d'une sanie grisâtre, formées de pus mêlé à des détritus organiques; ce sont des infiltrations de pus dans des muscles ramollis et devenus friables, comme chez notre blessé; des os contus envahis par le pus, devenus mous et jaunâtres; des ulcérations phagédéniques des tégumens. Nous avons rapporté l'observation d'une infection purulente provenant d'un abcès de la prostate, détruite et résorbée dans une partie de son épaisseur.

Dans cette hypothèse, nous ne nous étonnons plus de voir les plaies déterminées par les caustiques offrir si peu d'accidens consécutifs, tandis que l'emploi des instrumens tranchans est si dangereux. Les caustiques détruisent les tissus en contact et développent une inflammation éliminative, qui établit une limite tranchée, une véritable barrière entre les parties saines et celles qui sont altérées ou détruites. Dès-lors, la résorption de ces dernières ne peut avoir lieu. La gangrène par compression a souvent le même effet, quand elle est complète; mais dans les plaies pratiquées avec l'instrument tranchant rien de semblable ne s'observe, et si quelques points de leurs surfaces s'érodent et s'ulcèrent, l'infection purulente devient possible.

C'est probablement en raison de ces phénomènes que les anciens préconisaient les applications excitantes à la surface des plaies. Le baume d'Arceus, le styra, dont nous avons adopté l'usage, disposaient à la formation de bourgeons charnus de bonne nature, et tout le monde sait que leur présence est un empêchement à la maladie qui nous occupe.

Les expériences sur les animaux vivans et l'emploi du microscope doivent aider à la vérification de cette doctrine, et ses conséquences en sont assez importantes pour que je m'occupe de ce genre de preuve.

Les indications thérapeutiques de cette opinion seraient, au reste, parfaitement d'accord avec les meilleures règles cliniques, et se résumeraient en deux principes généraux pour prévenir la formation du pus et donner une libre issue à ce liquide, dès qu'il est produit,

Nous ne développerons pas davantage ces considérations, inspirées par l'examen cadavérique de notre malade.

Nous ne dirons pas que la mort ait été le résultat direct de notre opération, justifiée par un grand nombre de succès obtenus dans des conditions en apparence semblables. Mais ce fait est fécond en enseignemens pratiques, car il peut servir à démontrer l'importance de la règle de lier directement les vaisseaux ouverts, et de ne pas recourir indifféremment à la ligature de la carotide primitive, ou de les trancher ; précepte qui conduirait à rechercher les cas où la ligature du tronc de la carotide externe que l'on néglige devrait être préférée à celle de la carotide primitive elle-même, que l'on entreprend peut-être avec un peu trop de confiance.

HERNIE INGUINALE GRAISSEUSE, SIMULANT UNE HERNIE ÉPIPLOÏQUE ÉTRANGLÉE; PÉRITONITE; OPÉRATION; MORT. HERNIE INTESTINALE RECONNUE A L'AUTOPSIE; observation recueillie et communiquée par HIPPOLYTE COSTILHES, médecin interne à St-Lazare.

OBS. — La nommée Lévêque, femme Lelong-Adrien, âgée de 52 ans, détenue à Saint-Lazare depuis un an, est entrée, le 16 décembre 1841, à l'infirmerie de M. Collineau. Cette femme, mère de cinq enfans, bien réglée, est d'une bonne constitution et d'un tempérament nerveux assez prononcé. Elle dit avoir toujours joui d'une bonne santé ; pourtant il y a huit mois environ, au moment où elle avait ses règles, et sans savoir à quelle cause l'attribuer, elle s'aperçut d'une tumeur dans l'aîne droite qui resta douloureuse pendant toute la durée de ses règles (trois à quatre jours). Depuis cette époque, elle a éprouvé trois fois ce même accident, sans que sa santé en ait été dérangée.

Le 15 décembre, veille de son entrée à l'infirmerie, la malade, qui avait ses règles depuis un jour, éprouva tout à coup dans l'aîne droite une douleur assez vive, à l'instant où elle s'asseyait pour manger.

Cette femme est vue le 17 décembre pour la première fois par M. Collineau qui, après l'avoir interrogée et examinée avec la plus grande attention, reconnut une hernie épiploïque irréductible. Sur l'invitation de M. Collineau, M. Boys de Loury et moi, nous nous rendons à l'instant même auprès de la malade, et nous constatons l'état suivant :

Décubitus dorsal, facies normal et n'exprimant aucune anxiété ; la région inguinale droite présente une tumeur bosselée, pâteuse, du volume d'une noix, son grand diamètre est transversal; ainsi elle s'étend en dehors, du côté de l'épine iliaque antérieure et supérieure, à 3 centimètres; en dedans, vers la grande lèvre, à 3 cent. environ. Cette tumeur est douloureuse à la plus légère pression et au moindre effort que fait la malade. Le prolongement de cette douleur dans l'abdomen dessina assez bien la région occupée par le grand épiploon ; pourtant le ventre est souple, indolent, dans la plus grande partie de son étendue. La malade a éprouvé le hoquet et quelques nausées. Son pouls régulier bat 60 pulsations. Mise dans une position demi-fléchie, les cuisses relevées sur le bassin, MM. Collineau et Boys de Loury procèdent alternativement au taxis, en graduant leurs efforts, et en mettant la patience qu'exigent ces tentatives de réduction ; mais ils n'obtiennent aucune amélioration. La malade supporte difficilement ces tentatives : elle prétend que le sang occasionne seul ces accidens, que bientôt tout rentrera dans l'ordre, ainsi que cela lui arrive chaque fois que ses règles sont peu abondantes. On couvre la tumeur d'une compresse enduite d'extrait de belladone et recouverte d'un large cataplasme de farine de lin. La malade est placée dans un bain de siége dans lequel elle reste longtemps ; un lavement avec feuilles de séné, 15 grammes ; sulfate de soude, 8 grammes ; miel, 60 grammes, lui est également administré.

Le soir, la tumeur n'a pas changé, le lavement a fait rendre un peu de matières fécales ; le facies de la malade est bon ; pouls normal, 64 pulsations ; nouvelles tentatives de taxis toujours infructueuses; le toucher occasionne au-dessus de la tumeur une douleur assez vive ; la malade n'a pas vomi ; son bassin est élevé au moyen d'un traversin pour relâcher les muscles de l'abdomen et des cuisses; on applique sur l'aine une vessie remplie de glace renouvelée fréquemment; on cesse les cataplasmes et l'extrait de belladone.

Le 18 au matin, les douleurs sont calmées par la glace; la tumeur est toujours irréductible ; le pouls est à 68 pulsations ; on cesse l'application du réfrigérant ; on prescrit une potion avec sirop diacodé, 15 grammes et 125 grammes d'eau distillée de laitue ; chaque cuillerée provoquant les vomissemens, on la supprime.

19 décembre. Rien de nouveau relativement à la tumeur ; l'état général de la malade est peut-être plus satisfaisant que la veille ; la hernie est toujours douloureuse. (Application de 15 sangsues sur la tumeur ; on fait couler le sang au moyen de fomentations émollientes ; diète ; eau sucrée pour boisson ; lavement avec 60 grammes de miel mercuriel.)

20 décembre. Teinte légèrement jaunâtre répandue sur la face, qui est un peu grippée ; la hernie est plus douloureuse et l'abdomen un peu ballonné ; soif vive; le hoquet, qui a cessé la veille, reparaît avec plus d'intensité que jamais. La malade a vomi des matières verdâtres mêlées à de la tisane ; M. Boys de Loury essaie de nouveau de pratiquer le taxis, mais inutilement. Ce chirurgien, en présence de tels symptômes, pense qu'il faudra opérer le soir même, si la malade n'est pas en meilleur état. (Grand bain ; plusieurs frictions dans la journée sur le ventre, avec l'onguent mercuriel double, 4 grammes.)

Le soir, MM. Collineau et Boys de Loury se réunissent pour examiner la malade avec le plus grand soin ; le taxis est encore pratiqué sans succès ; la tumeur est manifestement moins douloureuse ; le ventre est plus souple ; les vomissemens et le hoquet n'ont plus reparu ; le pouls s'est relevé ; la figure de la malade exprime moins de souffrance que le matin. Ces messieurs, devant cette légère amélioration, pensent que le moment d'opérer peut encore être retardé.

21 décembre. La malade a dormi mieux que les nuits précédentes ; la tumeur est encore moins sensible à la pression que la veille ; la soif a diminué ; l'abdomen est toujours assez souple. (Potion éthérée vomie à chaque cuillerée ; application de cataplasmes sur le ventre ; lavement d'eau de guimauve.)

Le soir, pas de changemens notables. Dans l'état général de la malade, l'abdomen me paraît plus ballonné que le matin. Cette femme a beaucoup d'inquiétude sur sa position. Elle est prise à minuit de vomissemens assez abondans de matières verdâtres, à la suite desquels elle tombe en défaillance. Appelé aussitôt près de la malade, je trouve un refroidissement très prononcé des extrémités inférieures; toute la surface du corps est couverte de sueur froide ; le pouls est filiforme, peu fréquent, la face très altérée. Je fais appliquer immédiatement une boule d'eau chaude, et lui fais respirer un peu d'éther sulfurique ; bientôt elle reprend connaissance.

22 Mercredi, à la visite du matin, la douleur ayant presque cessé dans la tumeur, fait craindre la mortification prochaine de l'épiploon ; l'abdomen est plus ballonné que la veille, il est toujours douloureux ; le facies est fort altéré. Ces messieurs voyant les progrès rapides de la péritonite, qui a sans doute pour cause l'étranglement de la hernie, se décident à opérer ; la malade, après un grand bain d'une demi-heure, est portée sur un lit disposé convenablement pour l'opération qui fut pratiquée par M. Boys de Loury.

Ce chirurgien, après avoir fait avec la peau qui recouvre la hernie, un pli perpendiculaire à la longueur de 5 centimètres, dissèque couche par couche le tissu cellulaire graisseux sous cutané, incise avec précaution, sur une sonde cannelée, les différens fascias, et arrive assez rapidement à un sac qui simule parfaitement un sac herniaire par sa teinte demi-opaque et par sa surface lisse et polie ; après une incision presque imperceptible sur le milieu de ce sac, une sonde cannelée est introduite et le sac est largement ouvert ; aucun liquide ne s'en écoule ; il est épaissi sur plusieurs points, dur, et crie à peu près sous le bistouri comme du parchemin : nous constatons qu'il existait une hernie épiploïque ancienne, sur laquelle s'était entée une hernie de nouvelle formation ; M. Boys de Loury détruisit en effet d'abord des adhérences extrêmement intimes entre le sac et la hernie ancienne, qu'il fut obligé de disséquer à plusieurs reprises, et qui présentait à sa partie la plus déclive une coloration d'un rouge brunâtre ; des adhérences plus récentes cédèrent plus facilement à la pression du doigt, et cette portion de la tumeur graisseuse herniée, qui paraissait étranglée depuis quelques jours seulement, avait l'aspect normal.

M. Boys de Loury ayant porté le doigt au collet de la tumeur ne put trouver la moindre ouverture, pénétrant dans l'anneau inguinal ; ce ne fut qu'après les plus grandes difficultés que ce chirurgien parvint à faire passer une sonde cannelée à travers l'anneau. La constriction était telle que le bistouri boutonné ne fut porté dans l'anneau qu'après avoir agrandi l'ouverture avec un bistouri droit pointu entouré de fil jusqu'à 2 millimètres de sa pointe ; le débridement se fit en haut et un peu en dedans, enfin une pression douce et graduée permet aux deux portions graisseuses herniées de rentrer sans difficulté.

La malade a supporté avec beaucoup de courage cette opération qui fut douloureuse, mais qui dura fort longtemps. Aucun vaisseau ne fut ouvert pendant l'opération. La plaie fut pansée avec un linge enduit de cérat, recouvert de charpie sèche, de compresses et d'un bandage en T. On fit relever les cuisses de l'opérée sur le bassin pour mettre les muscles du bas-ventre dans le relâchement, et on prescrivit des frictions sur le ventre avec l'onguent mercuriel (4 grammes); cataplasmes émolliens ; dans l'intervalle, des frictions.

Peu de temps après l'opération, la malade est prise de légers frissons, de hoquet, de vomissemens de matières bilieuses mêlées à de la tisane, il y a refroidissement très prononcé des extrémités. Je vois la malade à midi ; sa face est altérée, jaunâtre ; les traits un peu grippés ; ses yeux sont abattus ; sa langue est blanche, un peu sèche ; son ventre plus ballonné et plus douloureux. La douleur est excessive et répandue partout. Pouls petit, fréquent ; toux suivie de vomissemens ; elle rejette toutes les boissons ; on lui donne à sucer des quartiers d'orange.

Le soir à quatre heures, le ballonnement du ventre est encore augmenté ; la douleur est extrême. On applique 15 sangsues de chaque côté de la région iliaque ; on continue les frictions mercurielles sur le reste du ventre. La péritonite marche avec une rapidité effrayante ; la soif devient excessive.

Vers minuit, la malade boit quatre pots de tisane ; enfin elle succombe à quatre heures du matin le 23 décembre 1841 en conservant toute sa connaissance.

AUTOPSIE, 29 heures après la mort, le 24 décembre 1841.

L'abdomen est incisé transversalement à 4 pouces (11 centimètres environ) au-dessus de l'anneau inguinal ; on en dissèque la paroi interne avec la plus grande précaution, et on écarte avec soin les anses de l'intestin grêle qui présente une arborisation et une injection générale ; des fausses membranes, albumineuses, molles, peu adhérentes qui unissent plusieurs circonvolutions intestinales. Près de l'anneau inguinal droit, une portion de l'intestin grêle, située à 33 centimètres de la valvule iléo-cœcale, adhère assez intimement avec le feuillet pariétal du péritoine qui offre en ce point un sac herniaire commençant. Cette portion d'intestin qui est d'une coloration noirâtre à l'extérieur dans une étendue de 4 centimètres n'est pas atteinte de la gangrène ; la séreuse est résistante et la cause de cette nuance est sans doute due à la stase du sang gêné en ce point. En exerçant une légère traction sur cette anse intestinale, pour mieux examiner la coloration dont nous venons de parler, on trouve une solution de continuité irrégulièrement circulaire de 5 millimètres de diamètre environ, située à 2 centimètres de la portion noirâtre de l'intestin. L'un des bords de cette ouverture est formé uniquement par le feuillet séreux de l'intestin ; il n'existe autour

qu'une simple injection semblable à celle du reste de la masse péritonéale; sur le feuillet pariétal du péritoine à l'endroit où repose cette portion d'intestin et à 2 centimètres du sac herniaire, se trouve une tache noirâtre de la forme de la solution de continuité de l'intestin qui y était opposé.

La solution de continuité du tube intestinal examinée du côté de la muqueuse est à bords déchiquetés; l'un de ces bords plus irrégulier s'étend vers l'attache mésentérique de l'intestin, et est fermé par le péritoine que l'on aurait pu confondre avec une fausse membrane récente à cause de sa demi-opacité; au-dessous de cette solution dans une étendue de 2 centimèt. du côté de la muqueuse intestinale, on voit une coloration noirâtre tout à fait semblable à celle que nous avons décrite à l'extérieur; cette muqueuse examinée avec soin paraît jouir de sa résistance normale; ce qui éloigne toute idée de mortification. Dans le détroit inférieur, la masse intestinale est remarquable par une vive injection, de légères granulations albumineuses qui en tapissent la surface; les fausses membranes y sont mieux développées; 60 à 80 grammes d'un liquide séro-purulent y séjournaient.

Le feuillet pariétal du péritoine, qui est en rapport avec la portion d'intestin dont nous venons de parler et qui forme en ce point un sac herniaire commençant, offre à sa face interne une tache noirâtre, occupant 2 centimètres de diamètre environ, semblable à celle décrite sur l'intestin; cette portion de péritoine ainsi que l'anse intestinale étaient probablement placées à la partie la plus interne de l'anneau. Une masse de tissu celluto-graisseux, de couleur rouge brunâtre et du volume d'un gros œuf, est unie très intimement à la face externe du sac péritonéal; ce paquet graisseux est formé de lobules divers, sur lesquels rampent des artères et des veines d'un petit calibre. Nous trouvons près de son centre une artère remarquable par sa longueur et son diamètre; nous avons pu facilement introduire dans son calibre un gros stylet boutonné; cette artère paraissait se diriger de droite à gauche vers le petit bassin. Nous avons reconnu une masse graisseuse ancienne, celle qui adhérait si intimement avec le prétendu sac et une masse graisseuse plus récente qui datait sans doute de l'époque des divers accidens éprouvés par la malade.

En dehors de la tumeur graisseuse, nous avons vu l'artère épigastrique prenant naissance de l'iliaque externe.

L'anneau inguinal a été dans l'opération incisé directement en haut dans une étendue de 5 millimètres.

Les intestins renferment un liquide jaunâtre assez abondant; l'estomac, la vessie, le foie, les poumons, le cœur, etc., sont à l'état sain.

Les auteurs anciens n'ont pas fait mention de cette espèce de hernie graisseuse. Richter même n'en a rien dit; pourtant Morgagni (DE SEDIBUS ET CAUSIS MORBORUM, lib. *De morbis vent.*), en traitant des tumeurs qui peuvent en imposer pour le bubonocèle, rapporte, d'après Pteschius, qu'un homme d'un très fort embonpoint avait une tumeur graisseuse d'autant plus susceptible d'induire en erreur que la graisse, s'étant amassée dans le tissu cellulaire du péritoine, s'était échappée par l'anneau dans le scrotum d'un côté seulement, et en si grande quantité que la tumeur représentait un ischiocèle; ce célèbre anatomiste ne dit pas que la hernie était accompagnée d'un prolongement du péritoine. Il n'est pas étonnant que l'on n'ait pas porté une attention particulière sur l'espèce de hernie qui nous occupe, puisque dans l'immense majorité des cas elle n'est point une maladie.

Ces tumeurs graisseuses s'observent assez rarement sur le vivant. On trouve en effet dans des auteurs un assez grand nombre d'exemples de ces hernies, et on voit par ces observations, presque toutes recueillies sur l'homme, que le plus souvent elles n'ont été reconnues qu'après la mort et par l'ouverture du corps; c'est ainsi que Pelletan, dans le troisième volume de sa CLINIQUE CHIRURGICALE, p. 33, a trouvé dans son amphithéâtre d'anatomie vingt-trois exemples de ces hernies, mais toutes étaient contenues dans un sac péritonéal sans organes abdominaux; une fois seulement il a rencontré dans le sac une hernie intestinale. Tartra (Journal de Corvisart, Leroux et Boyer) rapporte, dans sa dixième observation, qu'un homme portait des hernies graisseuses très multiples, développées à l'extérieur du péritoine et engagées dans toutes les ouvertures naturelles de l'abdomen. Deschamps (Journ. GÉN. DE MÉDECINE) raconte l'histoire d'une tumeur descendue dans le scrotum, et qu'il avait prise pour une hernie engouée. L'autopsie fit voir qu'il s'agissait d'une hernie graisseuse portée à travers le canal inguinal. M. Fardeau en a trouvé trois chez le même individu. M. Malgaigne a disséqué un individu qui en portait quatre.

L'existence de ces tumeurs, encore décrites dans le siècle dernier par Klinkosch, révoquées en doute par J. L. Petit, ne peut plus être aujourd'hui le sujet d'aucune contestation.

Ces tumeurs ont, en général, une telle ressemblance avec l'épiplocèle inguinal qu'il est presque impossible de distinguer ces deux espèces l'une de l'autre pendant la vie, et principalement dans ce cas la méprise était très facile, attendu qu'il existait une douleur, qui, en se prolongeant dans l'abdomen, dessinait parfaitement le trajet du grand épiploon.

Cette observation, digne d'attirer l'attention du praticien, est remarquable sous plusieurs rapports. D'abord, la marche des symptômes nous offre de l'intérêt; en effet, la tumeur reste douloureuse, malgré un traitement rationnel, jusqu'à ce que la péritonite commence à se manifester; dès-lors la hernie est sensiblement moins douloureuse; plus tard la douleur est presque nulle, ce qui fait craindre une mortification imminente. La phlegmasie du péritoine reconnaissant probablement pour cause la constriction de l'anneau, M. Boys de Loury se décide à enlever l'obstacle en débridant l'anneau; mais, après l'opération, les symptômes inflammatoires loin de s'amender s'exaspèrent au contraire, et la malade succombe au bout de 19 heures.

En second lieu, l'existence d'une douleur dans l'aîne droite, coïncidant avec chaque menstrue, est peut-être un fait unique dans la science; ne pourrait-on pas supposer, en voyant le calibre, la longueur et la direction de cette artère qui se rend au centre de la tumeur graisseuse, une communication anormale avec une des artères utérines ou directement avec l'artère hypogastrique? C'est ce qu'une dissection attentive nous eût démontré, si une pareille anomalie nous fût venue à l'idée. Un sac formé par le tissu cellulaire sous-cutané ayant l'aspect et le poli d'un sac péritonéal est un cas qui se présente très rarement, puisque les auteurs qui ont écrit sur cette hernie ne l'ont point relaté; Tartra est le seul qui en ait fait mention; il dit, en parlant des hernies graisseuses, qu'elles offrent quelquefois la particularité de n'avoir pas de sac herniaire, qu'elles ne sont investies que d'une lame celluleuse qui a pris, jusqu'à un certain point, le caractère membraneux.

La hernie intestinale était tout à fait impossible à diagnostiquer, à cause du volume de la tumeur, qui ne permettait pas au chirurgien d'examiner l'anneau inguinal et de reconnaître le sac herniaire. Le diagnostic des tumeurs graisseuses est un point délicat, grave, à cause des méprises qu'elles peuvent faire naître; rien n'est plus facile, dans certains cas, que de les confondre avec une hernie étranglée. Le malade dont parle Heister (INST., p. 2, § 5), qui portait une tumeur graisseuse qui fut prise pour une hernie; et celui de Pelletan (loc. cit.), qui fut opéré à l'Hôtel-Dieu en 1809, en offrent des preuves évidentes; la même erreur a été commise par Scarpa, qui ne s'en aperçut qu'après avoir mis à découvert la tumeur qu'il enleva, et dont la malade guérit.

Dans les hernies graisseuses, toutes les fois que le péritoine, adhérant intimement à la tumeur, est entraîné au-dehors de l'abdomen, il forme un sac dans lequel l'intestin et l'épiploon peuvent aisément descendre et former hernie; c'est ce qui serait probablement arrivé dans ce cas, si des adhérences anciennes et intimes avec le tissu cellulaire sous-cutané n'eussent existé depuis longtemps; il faut aussi tenir compte du volume de la tumeur.

Quant à la solution de continuité de l'intestin (l'autopsie a démontré que le sac herniaire était intact), il est, je crois, difficile, pour ne pas dire impossible, d'en assigner l'origine et d'en donner une explication satisfaisantes.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 30 AOUT. — PRÉSIDENCE DE M. RENAULDIN.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

CORRESPONDANCE.

M. Rosa, de Bordeaux envoie à l'Académie l'histoire d'une jeune fille qui, à la suite d'une toux longtemps prolongée, finit par expectorer l'os hyoïde.

TRAITEMENT DE L'EMPOISONNEMENT PAR L'ACIDE ARSÉNIEUX.

M. ORFILA adresse la lettre suivante :

Monsieur le président,

« J'ai lu à l'Académie, le 20 octobre 1840, un mémoire sur le traitement de l'empoisonnement par l'acide arsénieux, dans lequel j'ai démontré l'inefficacité et les dangers de la médication tonique excitante, prônée dans ces derniers temps à l'école de Rasori. Ce mémoire était accompagné d'une description détaillée des expériences, au nombre de 136, qui avaient motivé mes conclusions. Quelques jours après cette lecture, l'Académie nomma une commission, composée de MM. Burdin, Dupuis, Ségalas, Bouley jeune, Gérardin et Bouvier, et la chargea de vérifier si les expériences qu'on proposait de faire devant elle étaient de nature à établir les avantages de la médication tonique excitante. Si je suis bien informé, sur 20 ou 22 chevaux empoisonnés par l'acide arsénieux, en présence de la commission, et soumis au traitement dont je parle, tous, excepté un, seraient morts en très peu de temps. Ce résultat, conforme à ce que j'ai constamment avancé, est trop important pour n'être pas signalé à ceux qui pourraient encore conserver quelques doutes sur la valeur d'une médication qui ne soutient pas le plus léger examen. Je viens donc vous prier de vouloir bien inviter la commission à faire son rapport le plus tôt possible, afin de mettre la vérité dans tout son jour.

« Agréez, etc. » ORFILA.

NOMINATION D'UN MEMBRE DE L'ACADÉMIE.

M. le Président annonce que, par suite du décès de MM. Robiquet, Planche et Manry, il y a lieu à nommer un membre de l'Académie.

En conséquence les sections auxquelles appartiennent les trois membres décédés se réuniront pour décider celle dans laquelle le remplacement devra avoir lieu.

FIÈVRE JAUNE.

M. Chervin demande la parole pour continuer la lecture de son rapport, commencé dans la séance du 26 juillet, sur un mémoire de M. le docteur Rufz, relatif à la fièvre jaune qui a régné à la Martinique en 1838 et 1839.

Après une discussion, à laquelle prennent part MM. Nacquart, Gaultier de Claubry, Gérardin, Londe, Rochoux, Desportes, et qui n'a trait qu'à la police intérieure de l'Académie et à l'ordre des lectures, M. Chervin termine son rapport.

Les conclusions sont d'adresser à l'auteur une lettre de remercîmens, de déposer son manuscrit aux archives, de l'engager à continuer ses intéressantes recherches sur la fièvre jaune et sur les maladies des pays chauds, enfin d'inscrire derechef son nom sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

Ces conclusions sont adoptées.

EFFICACITÉ DE LA VACCINE.

M. Bousquet fait un rapport sur un mémoire de M. le docteur Milon, de Sorrèze, ayant pour titre : Considérations sur la vaccine. L'auteur, dit M. Bousquet, a eu occasion d'observer une épidémie de variole, et il en a profité pour nous faire connaître les résultats de sa pratique, qui lui semblent de nature à éclairer l'action de la vaccine. La variole s'est toujours arrêtée devant la vaccine; mais néanmoins tous les vaccinés n'ont pas également participé à ce privilége. Ceux qui l'avaient été anciennement ont présenté des cas de varioloïde, maladie bien différente par ses caractères de la véritable variole, mais qui a pourtant la même origine qu'elle, puisqu'elles peuvent toutes deux naître l'une de l'autre.

On entend souvent affirmer que la vaccine n'a qu'un effet préservatif temporaire. Si l'on veut dire par là que, plus ou moins longtemps après la vaccination, la varioloïde peut survenir, certainement on a raison; mais on aurait tort si l'on prétendait que chez des sujets vaccinés une variole véritable se manifeste avec tous ses caractères.

Une autre question a été agitée. La vaccine est-elle un moyen curatif de la variole? Mais jamais Jenner ni ses disciples ne l'ont présentée ainsi. Non, la vaccine ne guérit pas la variole; elle fait mieux, elle la prévient, elle en tient lieu; elle se substitue à elle. Mais là se bornent tous ses avantages. M. Robert, par exemple, a vu, dans l'épidémie de Marseille, 14 individus mourir de la variole, quoiqu'on les eût vaccinés dès qu'on avait aperçu chez eux les premiers symptômes du mal.

M. Milon ne croit pas à l'affaiblissement progressif du virus vaccin. C'est là, dit M. Bousquet, une illusion que j'ai partagée jusqu'en 1836; mais, à cette époque, je pus voir par moi-même les effets du nouveau vaccin; et il me fut impossible de ne pas avouer que l'ancien avait perdu de sa vertu.

Enfin, l'auteur examine quelle a été l'influence de la vaccine sur la population. Comparant le chiffre de la population à l'époque de l'introduction de la vaccine, avec celui qu'elle présente aujourd'hui, il n'a pas de peine à prouver qu'il y a eu, depuis lors, augmentation considérable. Mais tant de causes variées influent sur cette marche ascensionelle du nombre des habitans, qu'il est bien difficile d'assigner d'une manière exacte la part pour laquelle la vaccine mérite réellement d'y figurer.

Conclusions : remercîmens, dépôt aux archives.

M. Londe : Le rapport de M. Bousquet contient une petite erreur. L'accroissement de la population n'est pas, comme il le dit, en raison de l'accroissement direct de la quantité des céréales, mais en raison, si l'on peut s'exprimer ainsi, de son accroissement moyen. L'expérience a prouvé que c'est un terme moyen qui est la proportion la plus favorable; car lorsque les produits de l'agriculture abondent outre-mesure, la population, loin d'augmenter, languit et diminue, soit par le manque de débouchés, soit par toute autre cause. Ces faits ont été reconnus par différens auteurs, et par M. Mélier, entre autres.

M. Bousquet : C'est précisément dans le mémoire de M. Mélier que je pourrais trouver une citation pour défendre l'opinion que j'ai exprimée dans mon rapport.

M. Rochoux : A chaque nouveau rapport que l'on fait sur la vaccine, la question s'éclaircit, et la conservation absolue des propriétés préservatrices du vaccin devient un fait de plus en plus incontestable. Le nouveau vaccin donne lieu, j'en conviens, à plus d'inflammation. Mais de ce que son inoculation produit plus souvent un érysipèle, par exemple, irez-vous en conclure que sa vertu prophylactique est supérieure à celle de l'ancien virus? Personne ne voudrait le croire.

Quant à la question de l'influence des subsistances sur le chiffre de la population, on dirait vraiment, à entendre certains auteurs, qu'on a fait une découverte en annonçant que la reproduction est en raison de la facilité d'alimentation. Ne semblerait-il pas que c'est là une invention récente et que les anciens ignoraient qu'il faut vivre pour manger? Non, Messieurs, de touttemps ces idées ont été de science vulgaire; et j'ai bien peur pour nos modernes économistes, qu'ils ne soient obligés de céder la propriété à l'auteur de ce vieil adage : *Sine cerere et Baccho Venus friget!* (On rit.)

M. Bousquet : J'ai distingué avec soin l'activité du nouveau vaccin sous le rapport prophylactique, de son énergie sous le rapport de la réaction qu'il développe. Si la première question est résolue à mes yeux, la seconde ne me semble pas encore décidée.

Les conclusions sont adoptées.

CARACTÈRES MICROSCOPIQUES DES CRACHATS DE PHTHISIQUES.

M. Sandras lit un travail intitulé : Études microscopiques des crachats, particulièrement chez les tuberculeux. Voici, dit l'auteur, comment j'ai procédé dans ces expériences. Après avoir choisi, dans mon service à l'Hôtel-Dieu annexe, des malades chez lesquels la phthisie était bien caractérisée, j'ai fait recueillir, sous mes yeux, de leurs crachats dans un petit tube, et je les ai examinés au microscope avec un grossissement de 300 diamètres. Après avoir répété ces explorations, je crois pouvoir affirmer, d'abord que leurs résultats confirment entièrement tout ce que l'on pensait déjà sur la nature spécifiquement différente des crachats de phthisiques, et en second lieu, que cette voie d'investigation fournit au diagnostic de précieux moyens, en permettant d'apprécier des altérations que l'auscultation et la percussion laissaient passer ignorées. Cela suffit pour montrer l'importance de l'examen microscopique. Et il y a surtout cet avantage dans mes recherches, qu'elles ne demandent, pour être répétées, ni des soins particuliers, ni une dextérité exceptionnelle.

J'ai trouvé, dans les crachats de phthisiques, de nombreux globules, arrondis, isolés les uns des autres, d'une couleur gris-blanchâtre, comparables pour le volume et la forme aux globules du pus, mais en différant néanmoins en ce que ces derniers sont nettement circonscrits, tandis que les globules des crachats sont entourés à leur surface d'une couche comme tomenteuse dont je n'ai pu parvenir à les débarrasser par le lavage. Pour bien apercevoir ces petits corps, il est nécessaire de ne pas en accumuler une trop grande quantité sur le porte-objet de l'instrument.

Un de leurs caractères est d'être presque complètement opaques vers le centre et de prendre une teinte de plus en plus claire à mesure qu'on approche de leurs bords.

J'ai vérifié ces faits sur 49 cas de phthisie bien constatée : je suis donc autorisé à les considérer aujourd'hui comme parfaitement démontrés.

Cependant tous les phthisiques ne rendent pas de ces crachats tuberculeux; et, chez un même malade, tous les crachats n'offrent pas ce même caractère. Cela se conçoit fort bien; car la source de l'expectoration, chez les tuberculeux, n'est pas unique; outre le pus de leurs cavernes, ils crachent souvent aussi le mucus d'une bronchite concomitante.

D'un autre côté, il est remarquable qu'on ne trouve pas toujours ces globules dans le pus des excavations tuberculeuses creusées sur d'autres tissus. Ainsi j'en ai cherché vainement dans le liquide fourni par des ganglions tuberculeux et des ulcérations intestinales dues à la même cause.

M. Sandras lit ici trois observations à l'appui des remarques précédentes.

Il était intéressant, continue l'auteur, d'examiner comparativement les crachats provenant de simples catarrhes. J'ai répété cet examen sur 18 malades, et j'ai toujours observé des crachats en apparence semblables à ceux des phthisiques, mais dépourvus de globules. Ils ne présentaient que des corpuscules, bien différens des globules tuberculeux : 1° en ce qu'ils n'étaient point isolés les uns des autres; 2° en ce qu'ils n'avaient pas tous un même volume; 3° parce qu'ils disparaissaient ou ne paraissaient que d'une manière fugace au microscope; 4° en ce que leur surface offrait des stries.

Malgré ces caractères différentiels, il est des cas où je suis resté dans l'incertitude. C'est surtout lorsque les signes physiques et la marche du mal semblaient contredire les indications fournies par le microscope que j'ai hésité à me prononcer. Généralement cependant, dans ces cas douteux, l'autopsie a fini par donner raison au microscope. Ces nouveaux caractères peuvent donc suppléer, aider et compléter les autres moyens de diagnostic. Je ne regarde pas pour cela le pus des crachats comme étant formé par les tubercules eux-mêmes; car je reconnais, au contraire, qu'il provient d'une sécrétion faite par les parties au milieu desquelles le tubercule est déposé; mais les signes que fournit l'examen de ce pus n'en conservent pas moins toute leur importance au point de vue séméiologique.

Commissaires : MM. Andral fils et Poiseuille.

ACTION DU MERCURE.

M. Mialhe lit un mémoire sur l'action physiologique du sublimé corrosif.

Commissaires : MM. Caventou, Guibourt et Rayer.

FIÈVRE TYPHOIDE CHEZ UN VIEILLARD.

M. Rayer : Il y a quelques années, M. Chomel déclarait ne pas connaître un seul exemple authentique de fièvre typhoïde existant chez un sujet âgé de plus de 55 ans. Depuis lors, M. Prus a déjà rapporté l'observation d'une fièvre typhoïde chez un individu âgé de 74 ans. Je mets aujourd'hui sous les yeux de l'Académie les pièces anatomiques provenant de l'autopsie d'un sujet âgé de 56 ans qui a succombé à la fièvre typhoïde la mieux caractérisée; et vous pouvez voir que les lésions cadavériques ne laissent aucun doute sur la nature de l'affection. Voici l'observation :

La nommée Louise Ménétrier, âgée de 56 ans, journalière, fut apportée le 24 août 1842 à l'hôpital de la Charité. Cette femme, qui paraît appartenir à une famille ouvrière assez aisée, était tombée malade cinq jours auparavant. On rapporta qu'elle avait commencé par se plaindre de lassitude, puis d'un sentiment de malaise général, suivi de vomissemens et de selles liquides et nombreuses; que le lendemain elle était dans un grand accablement; que le troisième jour la diarrhée avait cessé, et que pendant les cinq jours que cette femme était restée chez elle malade, elle avait pris des tisanes rafraîchissantes et des lavemens simples. Depuis le début de la maladie, il y avait eu absence complète de sommeil. Point d'épistaxis.

Le 25 août, à la visite du matin, cette malade était plongée dans un état de

stupeur profonde; elle ne répondait que très difficilement aux questions qu'on lui adressait, et il était nécessaire qu'elles lui fussent faites à haute voix, comme s'il y eût eu de la surdité. Indépendamment de l'état de stupeur, l'œil, à demi-voilé par les paupières, avait perdu son brillant ordinaire; les pupilles étaient dilatées, la peau était sèche et chaude; sur la peau du ventre on remarquait quatre petites taches rouges qui disparaissaient sous la pression du doigt, et qui, par leur couleur et leur dimension, avaient tout à fait l'aspect des taches lenticulaires typhoïdes. Point de sudamina. Les lèvres étaient rouges à leur partie moyenne, cernées par des pellicules noirâtres; la langue était sèche et couverte d'un enduit brunâtre, épais, surtout à sa face supérieure; la soif était vive. L'abdomen était ballonné et ne paraissait pas douloureux à la pression; elle déterminait du gargouillement dans la fosse iliaque droite, et dans une assez grande étendue. La malade urinait involontairement, quoique la vessie ne fût point distendue. Le pouls était petit, faible, et donnait environ 100 pulsations par minute. La respiration ne paraissait pas gênée, et il n'y avait ni toux, ni expectoration. (Limonade, cataplasmes, lavemens, deux vésicatoires aux cuisses.)

Le lendemain, 26 août, les symptômes s'étaient encore aggravés; la stupeur était devenue plus profonde, et il n'était plus possible d'obtenir un seul mot de la malade en lui adressant des questions à haute voix. Elle mourut dans la journée, à une heure après midi.

AUTOPSIE 43 heures après la mort. — Quoiqu'il fît une chaleur excessive, la putréfaction n'était pas encore très avancée. On remarqua sur la peau des jambes plusieurs groupes de petites cicatrices analogues à celles qui succèdent aux pustules syphilitiques.

ABDOMEN. Il n'y avait point d'épanchement de sérosité dans le péritoine. Sur la face péritonéale de la fin de l'intestin grêle, on remarquait des taches rougeâtres qui, par leur siége, leur forme et leur étendue, paraissaient correspondre aux plaques de Peyer. L'intestin ouvert, on y vit une quinzaine de plaques de diverses dimensions, faisant une saillie considérable à la surface de la membrane muqueuse sur laquelle elles se détachaient fortement. Les plus étendues étaient situées à la fin de l'iléon; près de la valvule iléo-cœcale existaient de larges plaques saillantes circonscrites par une sorte de bourrelet. A mesure qu'on s'élevait vers la partie supérieure de l'iléon, le nombre, l'étendue et le boursouflement des plaques diminuaient. Entre ces plaques, la membrane muqueuse était parsemée de petites élevures blanches ou jaunâtres. Plusieurs ganglions lymphatiques du mésentère étaient rouges et tuméfiés.

La rate était ramollie et un peu plus volumineuse que dans l'état sain.

Le foie et l'estomac étaient sains.

Les reins, plus volumineux que dans l'état normal, avaient perdu sur plusieurs points leur aspect lisse, et leur surface était grenue.

La vessie et la matrice étaient saines.

POITRINE. Le cœur, d'un volume normal, était un peu flasque; ses cavités étaient remplies d'un sang noir, liquide. Les poumons étaient généralement crépitans; ils étaient engoués et noirâtres à leur partie postérieure. Point de tubercules.

TÊTE. Il y avait un peu de sérosité dans la pie-mère et dans les ventricules du cerveau.

M. BOUILLAUD : Ces pièces sont en effet on ne peut plus concluantes, et leur inspection lève les doutes qui étaient encore dans mon esprit sur ce point.

La séance est levée à 5 heures.

BIBLIOGRAPHIE.

DE LA MENSTRUATION CONSIDÉRÉE DANS SES RAPPORTS PHYSIOLOGIQUES ET PATHOLOGIQUES; par A. BRIERRE DE BOISMONT; D. M. P., ouvrage couronné par l'Académie royale de médecine, dans la séance annuelle du 17 décembre 1839. — 560 pages in-8°. Paris, 1841. Chez Germer-Baillière, rue de l'École-de-Médecine.

La menstruation, qui est une fonction toute spéciale à la femme, et qui ne s'accomplit que pendant une partie de son existence, n'en est pas moins l'un des sujets les plus dignes de fixer l'attention du physiologiste et du médecin. Considérée au point de vue de la physiologie philosophique, elle doit être rangée parmi les fonctions sur-ajoutées, c'est-à-dire, parmi celles qu'on voit apparaître et compliquer successivement l'organisation des animaux, à mesure qu'on les observe sur un point plus élevé de l'échelle des êtres. Or, cette fonction appartenant exclusivement à l'espèce humaine, on doit penser qu'elle se lie à quelque chose de spécial chez l'homme, à quelque chose qui ne lui est pas commun avec les êtres placés au-dessous de lui. L'étude de la menstruation, considérée de ce point de vue, a bien quelqu'importance, et n'offrirait pas moins d'attrait que celles auxquelles on se livre chaque jour sur les fonctions primitives, et qui ne nous apprennent rien qui ne soit commun à l'homme et aux animaux les plus rapprochés de lui. Mais ces considérations n'offrant rien de pratique, elles doivent faire place à celles qui sont puisées dans la physiologie ordinaire et dans la pathologie. C'est aussi sous ces deux points de vue que M. Brière a considéré la menstruation dans le traité que nous avons ici, et qui, nous pouvons le dire en commençant, offre le cadre le plus large dans lequel on ait encore étudié cette fonction. Ce n'est pas cependant que beaucoup d'écrivains ne s'en soient occupés; on en jugera par le nombre des thèses, sur ce sujet, que contenait la seule bibliothèque du professeur Lobstein, où elles étaient, dit M. Brière, au nombre de 150. Aussi, au lieu de lui reprocher d'avoir consacré un volume entier à l'histoire de la menstruation, nous le félicitons d'avoir donné à son travail des dimensions qui lui ont permis de l'examiner sous les points de vue les plus importans pour la pratique.

Ainsi que l'indique le titre et que le voulait le programme de l'Académie, l'ouvrage de M. Brière est divisé en deux parties, qui comprennent, l'une la physiologie, et l'autre la pathologie de la menstruation, division toute naturelle et qui permet de classer à part des faits tout à fait différens.

Dans la première partie, après quelques considérations générales sur la puberté, nous trouvons des recherches étendues sur les diverses influences qui accélèrent ou retardent l'apparition des règles, sur les phénomènes qui l'accompagnent, sur les causes qui la préparent et la déterminent, sur les caractères du liquide menstruel, et sur les conditions hygiéniques que réclame cette fonction aux époques de sa durée.

Les conditions de la vie qui paraissent exercer le plus d'influence sur la menstruation sont l'âge, l'habitation, le climat, la position sociale, l'éducation, la constitution, le tempérament, les usages et les mœurs. Mais aucune de ces conditions n'agit isolément, et comme chacune d'elles prend une part dans le résultat commun, il faut, pour apprécier exactement cette part, connaître celle qu'y prennent toutes les autres et en tenir compte; leurs effets s'entrecroisant d'une manière si inextricable, qu'on ne peut les isoler et encore moins les soumettre aux opérations de la méthode numérique. Les recherches statistiques, à moins qu'elles ne soient divisées presque sans fin, et qu'elles ne soient distribuées sur presqu'autant de colonnes qu'il y a de faits individuels, ne peuvent, appliquées à cette étude, amener que des résultats incertains ou même erronés. Aussi regrettons nous que l'auteur ait cru devoir appeler des chiffres à l'appui de ces données physiologiques, qui ressortent de la nature même de l'organisation de l'homme au physique et au moral. Les chiffres qu'il a réunis, et qui portent sur 1,200 femmes, même ajoutés à ceux que lui ont fournis les recherches de quelques écrivains sur le même sujet, nous paraissent avoir plutôt obscurci qu'éclairé les questions physiologiques au milieu desquelles ils ont été jetés. Citons un exemple. D'après les recherches numériques sur l'âge de la première menstruation chez les femmes de la campagne, l'âge moyen serait, pour ces dernières, environ de 14 ans 10 mois, âge qui se trouve être aussi celui des femmes de la capitale appartenant aux dernières classes. Or, on sait pourtant que, chez les femmes de la capitale, la menstruation est plus précoce que chez celles des villes de province, et surtout que chez celles de la campagne. Celui qui ne tiendrait compte ici que des chiffres tomberait dans une singulière erreur, car il mettrait sur la même ligne des conditions tout à fait différentes. Cette erreur était trop évidente, et l'auteur la signale en en donnant l'explication; c'est que si, dans les villes, il y a des classes dans lesquelles les femmes offrent une grande précocité, due à diverses causes, il en est d'autres aussi chez lesquelles le travail excessif et la misère produisent un effet tout opposé. « Il faut, pour éviter cette erreur, dit M. Brière, décomposer les élémens des nombres. » Il a bien raison, mais c'est ce que ne fait pas la statistique, qui ne peut descendre aux derniers élémens, et qui est obligée de réunir dans les mêmes groupes, et comme identiques, des unités tout à fait dissemblables.

Au reste, si les résultats statistiques, sur lesquels on a peut-être trop compté, ne fournissent que des données peu satisfaisantes, ce défaut, qui n'est probablement qu'une concession à une mode déjà abandonnée, est largement racheté par la supériorité incontestable avec laquelle la question physiologique est traitée. A la manière dont est exposée l'influence de la vie dans les villes et dans les campagnes sur la femme, celle des différentes positions de la société, celle de l'éducation si différente que reçoivent, sous le même climat, dans la même ville, et presque sous le même toit, la fille du riche et celle du pauvre, on reconnaît que l'auteur a étudié avec une sérieuse attention la société actuelle, et qu'il a compris tous ces travers, tous ces abus, que chacun blâme et chérit à la fois, et que M. Brière semble regarder comme les résultats nécessaires des progrès de la civilisation. Le passage suivant, en même temps qu'il fera connaître la manière de l'auteur, doit appeler l'attention sur l'une des circonstances qui, dans la classe opulente et bien élevée, paraissent le plus hâter le complément de la menstruation. « La plupart des 53 demoiselles ou dames indiquées dans notre tableau étaient douées d'un tempérament

lymphatico-sanguin ou lymphatico-nerveux ; mais chez presque toutes il y avait une surexcitabilité extrême due au genre d'éducation, à la manière dont elles avaient été élevées et à l'hérédité. Aussi peut-on considérer cet élément, à raison de la mobilité qu'il communique à toute l'économie, comme la cause qui contribue le plus à hâter chez elles l'époque de la menstruation. De deux femmes douées d'un bon tempérament, celle sur laquelle le système nerveux sera le plus surexcité sera aussi celle chez laquelle la menstruation apparaît de meilleure heure. »

La première apparition de la menstruation est précédée, accompagnée et suivie d'accidens de diverse nature. On parcourra avec intérêt, dans le chapitre consacré à ce sujet, plusieurs observations offrant des exemples des plus graves de ces accidens et des irrégularités que présente cette fonction dans sa durée ; l'une des plus remarquables est l'histoire d'une vieille fille qui mourut (vierge) à l'âge de 72 ans, ayant conservé ses règles très irrégulières depuis l'âge de 24 ans, époque de leur première apparition.

Si nous tenions autant que quelques médecins de notre époque à la précision du langange et à l'exactitude de l'expression, peut-être demanderions-nous à l'auteur pourquoi dans l'étude physiologique de la menstruation il a consacré un chapitre aux *symptômes* de cette fonction. Jusqu'ici nous avons cru et nous croyons encore que le mot symptôme ne devait être employé que pour désigner les phénomènes observés pendant la durée d'une maladie et qui en soit le produit ; dès lors il nous semble peu convenable d'indiquer par le même mot les phénomènes qui se succèdent pendant l'exercice d'une fonction toute normale et qui, presque tous, sont plutôt l'effet de l'état général sous l'influence duquel la menstruation s'opère que de la menstruation elle-même ; mais nous laissons là cette remarque à laquelle nous n'attachons du reste aucune importance pour reconnaître avec l'auteur que parmi les phénomènes qui se rattachent aux règles quelques-uns méritent d'être étudiés d'une manière spéciale, et spécialement ceux qui concernent l'influence de la menstruation sur le système nerveux. Telles sont surtout ces bizarreries, ces changemens qui surviennent dans les goûts, le caractère, l'activité des femmes pendant les règles, ou qui quelquefois se manifestent par une absence complète de mémoire ou par une aliénation mentale passagère. Mais, bien que ces cas ne soient pas très rares, lorsqu'on les rencontre on ne doit point oublier à quelles mystérieuses bizarreries les femmes sont trop souvent portées sans qu'on puisse en attribuer l'origine à la mentruation ou à toute autre cause organique appréciable. Dans les cas où ces phénomènes anormaux sont réels, M. Brière pense que c'est l'utérus qui en est le point de départ. « Remarquez que c'est seulement lorsque le molimen menstruel s'établit que la surexcitation nerveuse a lieu. Sans l'existence de l'utérus les phénomènes cérébraux ne se manifesteroient pas ; il est donc contraire à l'observation de vouloir tout rapporter au système nerveux et de priver un organe aussi important que l'utérus des propriétés que lui ont reconnues les médecins de tous les temps. » Si la menstruation était une fonction exclusivement locale, l'opinion exprimée ici serait démontrée pour nous ; mais ceux qui se rappelleraient qu'avant que l'écoulement menstruel s'opère il y a dans l'économie un état de pléthore général auquel succède, quelquefois après les règles, un état opposé, et que la matrice n'est pour ainsi dire dans cette fonction qu'une voie d'écoulement, trouveront peut-être que M. Brière s'est montré, dans cette occasion, trop localisateur.

Il serait difficile d'expliquer comment a pu régner si longtemps l'opinion qui attribue la périodicité menstruelle à l'influence de la lune ; car il suffit de suivre avec attention les retours menstruels chez trois ou quatre femmes à la fois pour reconnaître combien cette opinion était peu fondée. Cependant M. Brière a cru devoir faire de cette question l'objet de recherches statistiques. Il en est de cette périodicité comme de toutes celles qui ont lieu dans l'économie ; la cause précise nous en est tout à fait inconnue.

La cause des règles ou plutôt le mode organique de leur développement est une des questions les plus intéressantes que présente l'étude de la menstruation. Les travaux de MM. Gendrin, Négrier et Jones n'ont point été oubliés ici, bien qu'ils n'y aient pas reçu tous les développemens qu'ils semblent mériter ; ceux de M. Négrier surtout ont été à peine indiqués ; son ouvrage publié depuis plus de deux ans n'est pas même mentionné. Cet oubli de la part d'un écrivain habituellement aussi bien informé que l'auteur de ce traité nous étonne et nous semble inexplicable ; nous ne pouvons que renvoyer ceux qui désireraient des informations plus exactes sur ce point à l'article publié par la Gazette Médicale (année 1840, p. 622) où les recherches de ce savant professeur de province ont été exposées avec toute l'impartialité et l'étendue possibles. Du reste, l'auteur a donné tous les développemens désirables sur les autres points de cette question, et démontré de la manière la plus satisfaisante que la théorie de MM. Gendrin et Négrier ne suffit pas pour expliquer complètement la menstruation.

La durée des règles et leur quantité se lient à des causes diverses et quelquefois inappréciables ; le mariage, la grossesse, l'accouchement, l'allaitement, l'habitation des grandes villes sont les principales circonstances sur lesquelles M. Brière appelle l'attention par des faits nombreux et variés ; peut-être cependant pourrait-on désirer que l'influence du mariage sur la quantité, la durée et la fréquence des règles eût été examinée avec plus de développemens.

Quelques recherches faites sur la quantité du sang menstruel et plusieurs analyses chimiques et microscopiques de ce liquide n'ont fourni aucun résultat, ce qui fait dire à l'auteur que ce sang ne diffère pas du sang artériel ; et pourtant lorsqu'il cherche à se rendre compte du but de la menstruation, après avoir exposé les opinions émises sur ce point, il paraît adopter celle qui considère les règles comme une sorte de purgation ou d'excrétion, en tout semblable aux autres, et destinée à chasser des corps quelques humeurs surabondantes mêlées au sang et dont la présence nuirait à l'individu. Les règles seraient dans cette hypothèse l'effet de la cachexie séminale, et leur accès ou période une crise d'une fièvre particulière. Les éruptions cutanées dont se couvrent les cuisses et les différentes parties du corps des jeunes filles seraient un argument à l'appui. Sans repousser complètement cette explication, nous ne pouvons cependant dissimuler qu'elle nous paraît faiblement appuyée, si on la compare à l'opinion si simple et si naturelle d'après laquelle les menstrues seraient destinées à évacuer l'excès du sang qui chez la femme doit servir à la reproduction.

La seconde partie est consacrée à la pathologie de la menstruation, laquelle se présente sous deux points de vue différens, suivant qu'on examine l'influence des règles sur les maladies et celle des maladies sur les règles. De là la nécessité pour l'auteur de diviser cette seconde partie en deux sections. A la première appartiennent des lésions propres de la menstruation et surtout l'aménorrhée et la disménorrhée, qui occupent deux chapitres importans, et pour les faits curieux et pour les données pratiques qui y sont consignés. A l'occasion de la disménorrhée, nous trouvons une note pleine d'intérêt sur l'état de la menstruation chez les religieuses cloîtrées et sur l'influence de cet état sur leurs maladies et sur leur sort en général. Nous ne faisons qu'indiquer la déviation des règles, la métrorhagie et la ménorrhagie, qui termient l'étude générale des désordrs de la menstruation, ainsi que l'effet de ces mêmes désordres considérés dans leurs rapports avec les trois grandes phases de la vie des femmes ; la menstruation, la période utérine et le temps de la cessation, malgré le nombre de questions pratiques et d'une grande importance qui se rattachent à ces divers sujets.

L'heureuse influence de la première menstruation sur des maladies de diverses natures, appréciée déjà par les anciens, est démontrée dans le travail de M. Brière par des faits qui ne peuvent laisse de doute, tandis que les effets fâcheux qu'on lui a attribués dépendraient souvent de causes d'un ordre différent. C'est ainsi que la phthisie et la folie, qui se développent quelquefois à cette époque, remontent ordinairement à une cause plus ancienne. Mais la question capitale, celle à laquelle on attache le plus d'importance et qui est traitée par M. Brière avec le plus de développement, est celle de l'influence de la ménopause ou âge critique sur les maladies. On ne pourrait, sans fermer les yeux à l'évidence, nier l'influence que la cessation des règles exerce sur les maladies qui se développent à l'époque où s'opère ce changement ; mais aussi dépasse-t-on les bornes du vrai lorsqu'on lui attribue toutes les maladies qui frappent la femme dans cette période de son existence, et dont beaucoup ont commencé long-temps avant qu'aucun signe de suspension ou même de diminution des règles eût été observé. Est-il rationel, par exemple, d'attribuer à l'âge critique ces nombreux cancers de l'utérus qui se développent à l'âge critique, si l'on donne à cette période de la vie une extension considérable, mais dont l'origine remonte très souvent à une époque bien antérieure aux premiers indices de la ménopause ? M. Brière établit ici une distinction nette entre les affections de matrice inflammatoires ou plutôt congestives qui succèdent si souvent, mais par un long développement, au travail de l'accouchement et surtout de l'avortement, et qu'il indique comme étant l'apanage des jeunes femmes, et les maladies cancéreuses qui n'apparaissent qu'à un âge plus avancé et nécessairement à une époque plus rapprochée de l'âge critique. On pourrait désirer cependant que l'auteur eût pénétré plus avant dans cette question si importante pour étudier l'influence de l'époque critique qui, après tout, pourrait bien n'avoir pas plus d'action sur la production du cancer de la matrice qu'une foule d'autres causes auxquelles on l'a attribué sans plus de raison, tandis que le principal rôle paraît appartenir à une idiosyncrasie ou disposition particulière jusqu'ici inexpliquée.

Si l'influence des règles, considérée d'une manière générale sur les

maladies, a été l'objet de peu de recherches, c'est, en partie, parce que le plus souvent cette influence est nulle. Cependant on trouvera dans le travail de M. Brière d'utiles documens sur ce sujet encore neuf, et qui démontrent que, dans quelques cas, les règles exercent sur la nature des maladies aiguës une influence favorable ou défavorable très appréciable. De là découlent nécessairement des indications pratiques qu'il est bon de ne pas négliger.

Il n'est pas douteux que la menstruation ne doive être troublée dans la plupart des affections aiguës de quelque nature qu'elles soient, et qu'il en doit résulter, dans certains cas, des indications particulières; mais cela est bien plus vrai encore des affections chroniques où les troubles de cette fonction sont plus fréquens et plus prononcés encore que dans les maladies aiguës. Nous voudrions pouvoir résumer sommairement les recherches riches en faits, et où l'on trouve tous les caractères d'une large et saine observation que l'auteur a accumulées dans les deux derniers chapitres sur ce sujet; mais en séparant les préceptes des faits dont ils sont déduits, nous les affaiblirions sans fruit pour le lecteur. Nous ne pouvons cependant nous dispenser de signaler, parmi les troubles sur lesquels il a réuni le plus de documens utiles, l'aménorrhée qui coïncide avec l'aliénation mentale. Les études spéciales auxquelles il s'est livré sur la folie, et sa position à la tête d'un établissement d'aliénés, lui ont permis d'examiner cette question et toutes celles qui se rattachent à l'influence de la menstruation sur les troubles intellectuels avec une supériorité incontestable.

L'analyse que nous avons présentée du travail de M. Brière est sans doute fort incomplète; nous n'avons pu signaler que quelques points, soit pour le blâme, soit pour l'éloge. Un travail qui touche à une grande partie de la physiologie et à presque toute la pathologie, ne peut être analysé. C'est même probablement au nombre et à l'étendue des questions comprises nécessairement dans son sujet que l'on doit attribuer l'absence de critique que nous avons cru remarquer dans quelques endroits de son livre et une certaine indécision sur quelques points où l'opinion générale nous paraît plus arrêtée. Si nous ajoutons à ces réflexions et à ce que nous avons dit en commençant, de la valeur exagérée de quelques-uns des résultats statistiques, que l'auteur nous a semblé, à plusieurs reprises, confondre les abus ou plutôt les travers de la civilisation avec le progrès réel, nous aurons fait une large part à la critique, et il nous restera à présenter quelques considérations générales sur le but et l'utilité de ce travail.

Parmi les résultats ou les faits généraux que contient le TRAITÉ DE LA MENSTRUATION, il y en a peu, il est vrai, qui appartiennent à l'auteur; presque tous ont été empruntés ou aux écrivains antérieurs, ou à cette tradition contemporaine qu'on ne trouve pas dans les livres, et qui est une source bien plus féconde pour le praticien que les systèmes les plus complets. Chacun de nous, en retrouvant dans ces résultats des réflexions qu'il a faites, ou qui ont été faites devant lui en temps opportun, saura gré à l'auteur d'avoir su les grouper, les fixer, et les réduire presqu'en dogme, sans les séparer des faits qui les appuient et qui leur donnent toute leur valeur. En parcourant un travail étendu et de quelque mérite, sur un sujet spécial, on est immédiatement frappé du nombre de points qu'on rencontre à chaque pas, et dont la science attend la solution; c'est que, pour l'observateur vraiment attentif, chaque solution ouvre de nouveaux points de vue, qui réclament de nouvelles recherches, et que les mystères de la nature sont sans fin. L'homme systématique seul croit arriver à des solutions complètes et définitives. L'ouvrage sur la menstruation offre sous ce point de vue une mine féconde. Si la solution de quelques questions est un peu prématurée, un grand nombre d'autres y sont indiquées comme réclamant de nouvelles recherches, et il y a déjà quelque mérite à indiquer le point où l'on doit chercher la vérité.

Si M. Brière n'a pas épuisé son sujet, si même il l'a étendu en indiquant des recherches à faire, et des vides à combler, il n'en a pas moins reproduit exactement l'état actuel de la science sur ce point, et donné la meilleure monographie et l'ouvrage le plus pratique que nous possédions sur la menstruation.

G.

VARIÉTÉS.

— Par arrêté pris en conseil royal de l'instruction publique, sur la proposition du ministre, à partir du 1er avril 1843, le troisième examen pour le doctorat en médecine comprendra, indépendamment des réponses aux questions de pathologie interne et externe, une épreuve de médecine opératoire. L'examen dont cette épreuve fera partie durera deux heures. Deux candidats à la fois y prendront part.

— Un autre arrêté pris en conseil royal dispose que toutes les fois que le nombre des concurrens pour l'agrégation en médecine dépassera le double du nombre des places mises au concours, le jury dressera, d'après le mérite des deux premières épreuves, une liste de candidats en nombre double au moins du nombre des places mises au concours, lesquels seront seuls admis aux épreuves subséquentes.

— M. Ribes, médecin en chef de l'hôpital des Invalides, est admis à la retraite.

M. le baron Michel, médecin en chef de l'état-major de la place de Paris, est nommé médecin en chef de l'hôpital des Invalides, en remplacement de M. Ribes.

M. Piron, médecin en chef de l'hospice de Charonne, est nommé médecin en chef de l'état-major, en remplacement de M. le baron Michel.

M. Cornac, médecin ordinaire aux Invalides, est nommé médecin en chef et principal à l'hôpital militaire de Charonne.

M. Jourdan, médecin en chef de l'hôpital militaire de Toulouse, est nommé médecin ordinaire aux Invalides, en remplacement de M. Cornac.

M. Desruelles, professeur au Val-de-Grâc, est nommé médecin principal à Maubeuge.

M. Lacauchie, professeur à l'hôpital de Metz, est nommé professeur au Val-de-Grâce, en remplacement de M. Desruelles.

— Par arrêté du ministre de l'agriculture et du commerce, M. le docteur Goyrand vient d'être nommé inspecteur adjoint des eaux thermales d'Aix (Bouches-du-Rhône).

— Un journal de Cadix annonce que la peste, ou plutôt la maladie appelée bubon, vient d'apparaître en Portugal.

AU RÉDACTEUR.

Monsieur,

M. le docteur Ricord ayant fait, dans votre numéro du samedi 20 août, une réponse à la lettre que je vous ai écrite et que vous avez insérée dans le numéro du samedi 16 juillet, et cette réponse contenant des citations qui peuvent faire croire aux lecteurs de votre estimable journal que j'ignorais ce que disent les pathologistes sur la syphilis consécutive, je vous prie de publier cette nouvelle lettre, qui n'a pour but que de prouver que je n'ai pas copié les ouvrages cités, et que ces ouvrages ne décrivent pas la maladie dont j'ai parlé dans mon TRAITÉ DE LA SYPHILIS.

M. le professeur Chomel, dans l'article *Contracture* du DICTIONNAIRE DE MÉDECINE, CHIRURGIE, etc., édition 1821, dit: « Contracture, maladie qui consiste dans la rigidité permanente et l'atrophie progressive des muscles fléchisseurs, qui s'opposent aux mouvemens d'extension au-delà d'un certain degré... Les malades sont obligés de rester immobiles dans leurs lits: ce qui donne quelquefois lieu à la formation d'escarres dans les endroits où porte habituellement le poids du corps. » Ce cas diffère beaucoup de la contracture partielle décrite par moi et ensuite par M. Ricord. Il y en a un exemple dans le mémoire que je vous ai envoyé et que vous avez publié en 1840, page 763. Dans ma lettre du 16 juillet, il s'agit de contracture partielle.

Dans l'ouvrage de Petit-Radel, il est question du rhumatisme qui peut, quelle que soit sa cause, donner lieu à une rétraction musculaire, et non pas à une contracture isolée, indolente, semblable à celles dont j'ai parlé. La citation d'une phrase fait un effet qui cesse dès qu'on lit les phrases antécédentes et suivantes; c'est ce qui arrive pour l'ouvrage de Petit-Radel, et pour celui de M. Lagneau, qui, à la page 444 du premier volume du TRAITÉ DES MALADIES SYPHILITIQUES, édition 1828, dit: « Le mal vénérien se présente encore sous diverses autres formes: il cause l'hydrocèle, le sarcocèle..... » Ici M. Lagneau fait l'énumération d'un grand nombre de maladies que peut occasionner la syphilis constitutionnelle. Dans cette énumération se trouve la phrase citée par M. Ricord, phrase qui se termine ainsi: « accidens rares de nos jours, mais dont cependant j'ai recueilli quelques exemples. » L'auteur ne les donne pas, et il continue l'énumération des maladies, suite de la syphilis constitutionnelle.

Il me semble donc que je puis dire sans crainte que je suis le premier qui parle de la *contracture musculaire syphilitique consécutive*, puisque je donne des exemples précis de cette affection, et que dans les ouvrages modernes on n'en trouve aucun. Je n'ai pas la prétention d'avoir lu tout ce qui a été dit sur la syphilis; mais, dans le grand nombre d'ouvrages plus ou moins anciens que j'ai étudiés, je n'ai rien lu sur cette affection.

Recevez, etc.

PHILIPPE BOYER,
chirurgien de l'hôpital St-Louis.

Paris, 20 août 1842.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 37. (TOME X. — 1842.) SAMEDI 10 SEPTEMBRE 1842.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des Hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4° 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

ÉPIDÉMIES.

DE L'IDENTITÉ DE NATURE DES FIÈVRES D'ORIGINE PALUDÉENNE DE DIFFÉRENS TYPES, A L'OCCASION DE DEUX MÉMOIRES DE M. RUFZ SUR LA FIÈVRE JAUNE QUI A RÉGNÉ A LA MARTINIQUE, DE 1838 A 1841; rapport fait à l'Académie royale de médecine, par M. Chervin.

Vous nous avez chargés, M. Londe et moi, de vous rendre compte d'un mémoire de M. le docteur Rufz, relatif à la fièvre jaune qui a régné à la Martinique, depuis le mois de septembre 1838 jusqu'au 31 juin 1839. Nous allons avoir l'honneur de vous faire connaître ce travail intéressant, et nous vous soumettrons ensuite quelques remarques sur les faits qu'il renferme. Cet exposé formera la première partie de notre rapport.

PREMIÈRE PARTIE.

La dernière épidémie de fièvre jaune à la Martinique avait eu lieu en 1827; depuis cette époque, les patentes de santé dont les navires qui viennent en France sont obligés de se munir leur étaient délivrées comme patentes nettes, c'est-à-dire avec une mention expresse que la fièvre jaune n'existait pas dans l'île au moment de leur départ. Cependant la maladie se montrait sporadiquement dans toutes les saisons. M. Rufz en a vu lui-même plusieurs cas en parcourant les salles de l'hôpital militaire de la ville de St-Pierre, et il tient de M. Catel, médecin de cet établissement, que la chose n'y était pas rare. Toutefois, ces cas sporadiques étaient considérés comme moins graves que les cas épidémiques.

En juillet 1838, les nouvelles reçues de la Guadeloupe apprirent qu'il régnait dans cette colonie une maladie nommée par les uns fièvre jaune, par les autres affection typhoïde, mais toujours fort grave et donnant lieu à une grande mortalité. Ces nouvelles devenant de plus en plus sinistres, le conseil de santé de la ville de St-Pierre arrêta, le 15 juillet, que les bâtimens venant de la Guadeloupe et de Demerary iraient au Fort-Royal subir la quarantaine. Malgré ces précautions, le 16 septembre, M. Pouvreau, chirurgien du régiment, reconnut un cas de fièvre jaune dans la garnison. A partir de cette époque, les cas se multiplièrent, mais ce fut surtout au 6 octobre que l'épidémie s'établit véritablement. Du 1er au 6 de ce mois, il n'était entré que neuf malades à l'hôpital, tandis que du 6 au 15 le nombre des entrans s'éleva à quatre-vingt-quatre : il n'avait été que de 68 dans tout le mois de septembre. Cependant, au 15 octobre, on n'avait encore perdu à l'hôpital que quatre malades. Ce fait est important, nous y reviendrons plus tard. Suivons M. Rufz.

CONSTITUTION MÉDICALE PRÉCÉDANT L'ÉPIDÉMIE.

Du mois de septembre 1837 au mois de mars 1838, il régna dans la

---

Feuilleton.

CONSEILS AUX MÈRES SUR LA MANIÈRE D'ÉLEVER LES ENFANS NOUVEAU-NÉS, OU DE L'ÉDUCATION PHYSIQUE DES ENFANS DU PREMIER AGE;

Par Al. Donné, D. M., ex-chef de clinique de la Faculté de Paris, professeur particulier de microscopie, etc. (1)

Voici une question pleine d'intérêt et dont la réponse peut jeter quelque lumière sur la direction actuelle des études médicales : *Quels sont les livres qui manquent le plus à notre art?* Votre premier mouvement, à cette question, est de prendre en main l'un de ces nombreux catalogues que tout libraire insinue dans chaque volume nouveau qu'il vous adresse, inévitable accompagnement des livres-brochures dont ils grossissent l'apparence, bagage que traîne à sa suite l'œuvre médicale, et qui constate parfois le mariage de deux industries, celle de l'auteur et du libraire. Ces catalogues, que vous feuilletez avec impatience, sont un excellent sujet de méditations : là sont enregistrées, suivant les hasards de l'ordre alphabétique, les productions qui ont immortalisé le nom de leurs auteurs et celles qui l'ont stigmatisé d'un ridicule indélébile; là vivent, par leurs titres, des ouvrages promptement populaires dont les éditions se succèdent, et là s'entrechoquent, comme dans un ossuaire, les débris de vingt ambitions qui se sont servies de leur plume pour instrument de suicide; ces catalogues, fidèle image d'une bibliothèque d'éclectique, sont comme un terrain neutre où se rencontrent, sans conflit et sans injures, les écrivains les plus opposés par leurs idées, où flottent en paix les enseignes de toutes les doctrines; aux listes vieillies dont ils se composent, s'ajoutent les listes des publications nouvelles, et tel de ces recueils d'annonces bibliographiques, enrichi par des additions annuelles, enflé jusqu'aux dimensions d'un volume par la série des supplémens, vous présente le sommaire de l'activité scientifique de notre siècle, la chronologie des dynasties d'auteurs qui ont régné dans ce domaine de notre art, non moins mobile que celui des royautés politiques. Cherchez donc sur les pages des catalogues, dans les rayons de votre bibliothèque, dans les souvenirs de vos lectures, dans les impressions de votre pratique plus ou moins étendue, cherchez *quels sont les livres qui manquent le plus à notre art.* — Ce ne sont pas les traités classiques ou soi-disant tels; les traités classiques sont à notre gent littéraire ce que les œuvres dramatiques sont ailleurs; chaque lauréat de rhétorique a fait sa tragédie; chaque docteur, encore poudreux des bancs de l'école, a jeté à la génération qui le suit quelque ouvrage destiné à lui faciliter l'étude de ce qu'il n'a pas appris lui-même; les monographies foisonnent; dissertations d'abord sous forme inaugurale, remaniées plus tard pour prendre rang chez le libraire; ou bien encore, d'origine personnelle, issues d'auteurs qui ont cru devoir léguer à la postérité le commen-

(1) A Paris, chez J.-B. Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

ville de St-Pierre une épidémie de coqueluche ; mais, à dater de cette époque, on ne vit plus que les maladies ordinaires. En juin et en juillet, il y eut des douleurs rhumatismales, quelques éruptions de furoncles ; en août et en septembre, il se présenta des embarras gastriques et quelques fièvres éphémères mal déterminées ; mais pendant ce dernier mois, on observa en outre en ville des fièvres graves.

Le 21 septembre, M. Virginy, greffier du tribunal, créole âgé de 30 ans, succomba à une fièvre continue qui, dans les dernières heures, prit les caractères de fièvre algide. Il ne devint pas jaune après la mort. Il avait été vu par M. le docteur Noverre durant sa maladie. A peu près à la même époque, M. Rufz eut 3 cas de fièvres graves dont il rapporte les observations avec détail ; nous nous bornerons à les indiquer.

Le premier de ces cas eut lieu chez Mlle Zamée Closet, âgée de 15 ans, née à la campagne et placée depuis environ onze mois au couvent des dames de St-Joseph. Cette jeune personne tomba malade le 13 septembre et succomba le 22 du même mois. Son cadavre ne présenta ni jaunisse, ni couleur violacée ; il ne fut pas ouvert. « Je crois, ajoute M. Rufz, que cette affection ne peut être considérée que comme une fièvre pernicieuse algide, sans rémissions appréciables, à moins qu'on ne veuille regarder comme une rémission l'état du 19 au 20.... Il n'y eut plus dans le couvent d'autres maladies pareilles. »

Le sujet de la deuxième observation est M. Roussel, européen âgé de 19 ans, habitant la colonie depuis trois ans, et qui avait été affaibli par une longue dyssenterie. Vers le milieu de septembre 1838, il fut atteint d'une fièvre rémittente pernicieuse, que M. Rufz combattit par le sulfate de quinine donné à hautes doses. Le malade se rétablit ; sa convalescence fut très longue, très pénible, bien qu'il fût envoyé au changement d'air à la campagne. « Comme j'appris, dit M. Rufz, qu'il avait quelques inquiétudes morales, je le décidai à partir pour la France, son pays natal. En attendant son départ, il ne cessa de se médicamenter (1) avec des purgatifs. L'appétit était nul ; il maigrissait et sa peau prenait une teinte jaunâtre. Il était tombé dans l'hypochondrie la plus noire. Le 7 décembre, il prit son passeport pour partir le lendemain, mangea une soupe vers le soir, et parut assez gai. Pendant la nuit, on l'entendit se plaindre ; à sept heures du matin, il fut pris de vomissement d'un sang noir très abondant, et presqu'en même temps il rendit de ce même sang par l'anus. Ses conjonctives et toute sa peau devinrent jaunes ; il avait les yeux hagards, il se levait fréquemment et paraissait dans un état de délire ; son pouls était filiforme, les vomissemens et les selles de sang se répétèrent dans la journée. Les soubresauts des tendons et de fréquentes lypothimies eurent lieu à midi, il avait le râle trachéal ; il mourut à sept heures du soir. Son cadavre ne fut point ouvert. »

Cette observation présente de l'intérêt sous plus d'un rapport. On voit que la maladie eut une marche très insidieuse et qu'elle se développa chez un sujet déjà affaibli par des maladies antérieures, ce qui n'a lieu que très rarement.

La troisième observation que rapporte M. Rufz lui a été fournie par Mlle Alexandrine Giron, européenne âgée de 25 ans, d'une forte constitution, et qui habitait la colonie depuis un an, sans avoir été malade, lorsque, le 15 septembre, elle ressentit les prodrômes d'une fièvre grave, qui se déclara en effet au bout de trois jours. Comme cette fièvre présentait, dans la journée, des redoublemens bien marqués, M. Rufz prescrivit le sulfate de quinine à hautes doses, et fit administrer le quinquina en lavement. A dater de cette époque, les accidens allèrent en diminuant et la malade se rétablit promptement. M. Rufz regarde la maladie de Mlle Giron comme appartenant à une des variétés de la fièvre jaune, qu'il eut occasion d'observer plus tard sur une autre jeune Européenne. Il accompagne du reste l'histoire des 3 cas de fièvre que nous venons de mentionner des réflexions suivantes.

« Je n'ai point rapporté, dit-il, les observations précédentes comme des exemples de fièvre jaune, mais comme des faits propres à éclairer l'étiologie de la maladie. Etait-ce le même principe, mais agissant différemment aux différentes époques de l'épidémie ? Etait-ce la même influence qui agissait aussi différemment chez les deux classes de la population ? affectant la forme intermittente chez les personnes acclimatées, et la forme continue chez celles qui ne l'étaient pas ? Jusqu'à quel point ce rapprochement peut-il servir à éclairer la nature de la maladie et à diriger le traitement ?

» C'est ainsi, continue M. Rufz, que l'épidémie préludait dans la ville. Ces maladies, quoique graves, offraient de grandes différences avec celles qu'on observait à l'hôpital. Elles se rapprochaient plutôt des fièvres pernicieuses pseudo-continues.... Dans ces 3 cas, il est hors de doute que le sulfate de quinine ait produit de bons effets. »

M. Rufz fait ensuite observer que la ville de St-Pierre n'a pourtant pas de fièvres intermittentes endémiques, qu'à raison de la déclivité du sol sur lequel elle est bâtie, elle ne renferme pas d'eaux stagnantes, et qu'il n'y a pas non plus de marécages dans les campagnes environnantes. « Cependant, dit-il, vers la seconde moitié de l'hivernage, après les grandes pluies qui imbibent la terre, on voit plusieurs affections continues à leur début se prolonger sous forme intermittente et exiger l'emploi du sulfate de quinine. Cette année même, ajoute-t-il, j'en ai vu 3 ou 4 cas, en même temps que je recueillais les observations de Mlle Closet et de M. Roussel. Quant aux fièvres véritablement pernicieuses après trois ou quatre accès, jusqu'à l'observation de Mlle Closet, je n'en avais vu aucun cas éclater dans St-Pierre même. »

Nous ferons observer ici que M. Rufz ne pratique la médecine dans cette ville que depuis peu d'années, et nous verrons plus loin que les fièvres à périodes n'ont pas besoin de la présence *d'eaux stagnantes, ni de marécages* pour se développer.

DÉBUT DE L'ÉPIDÉMIE.

On a déjà vu que la fièvre jaune commença par la garnison, vers le milieu de septembre, après les trois cas graves rapportés par M. Rufz. Le premier cas que ce médecin eut à observer dans la ville, et chez lequel la nature de la maladie lui parut bien évidente, fut celui de M. Beligny, qui se présenta le 10 octobre. Ce malade était un homme de 28 ans, d'une constitution forte, intempérant, créole de la Martinique, mais qui avait passé vingt ans en France d'où il n'était revenu que depuis un an. Il logeait à cinq ou six minutes de l'hôpital où étaient les militaires malades, mais il n'avait eu aucune communication avec cet établissement. Il guérit.

Le second cas de fièvre jaune qui eut lieu dans la pratique de M. Rufz

(1) Il était élevé dans une pharmacie.

---

laire de leurs propres souffrances, et s'adressant à la compatissance des confrères plus encore qu'à leur jugement. Mais l'espèce la plus exubérante de publications, c'est sans contredit le TRAITÉ DE PHILOSOPHIE MÉDICALE ; il y a d'anciens pharmaciens, devenus docteurs, qui ont débuté dans la carrière de la publicité par un traité de philosophie médicale ; il y a des médecins profonds qui engendrent plus aisément une philosophie médicale qu'une observation clinique de deux pages ; que leur parlez-vous du détail vulgaire de l'art, de l'exploration minutieuse des faits ? leur esprit de généralisation n'a point besoin de cette échelle aux nombreux degrés ; au lieu de grimper, il vole, et des hauteurs où il porte son essor, il dicte à l'art ses préceptes, il assigne à la science ses évolutions progressives. Passez sur les traductions, sur les abrégés et les manuels ; laissez encore ces compilations de faits sans idée, où l'auteur s'ensevelit sous l'amas de sa propre expérience ou de ses recherches ; saluez, puisqu'il le faut, les dictionnaires avec lesquels est née la science facile, l'érudition banale, et qui nuisent journellement, plus qu'on ne pense, aux solides études et à l'observation patiente ; n'ayez souci ni curiosité de tout ce qui s'imprime pour la satisfaction des vanités médites, pour le service des intérêts éphémères, pour les besoins de la polémique, pour les mille et une circonstances qui naissent et meurent sous le reflet de la météorologie littéraire ; et au terme de cette fastidieuse revue de nos richesses et de nos pauvretés bibliographiques, vous reconnaissez que ce qui manque le plus à notre art, ce sont les livres inspirés par la pratique et pour la pratique, les ouvrages qui peuvent guider légitimement, pas à pas, le jeune médecin dans les applications premières qu'il est appelé à faire de son instruction classique. Quelque zèle qu'il ait déployé sous les yeux de ses maîtres, quelque attention qu'il ait attachée aux faits cliniques dont les hôpitaux lui ont présenté le spectacle répété, non seulement, et dès les premiers jours de son noviciat pratique, il se trouve en présence de faits nouveaux et jusqu'alors mal aperçus ; mais encore les cas avec lesquels il s'est le plus familiarisé comme élève le saisissent tout autrement, maintenant qu'il doit les gouverner par son action et sous sa responsabilité personnelles. Il s'aperçoit qu'avoir le spectacle ou le maniement des états morbides n'est point même chose ; tous les fils dont il avait fait provision pour se conduire lui échappent ; il n'a plus, pour soutenir le choc des difficultés et parer au danger, que des réminiscences, des analogies, un faux labeur de rapprochemens hasardés et d'inductions multivoques : que fait-il alors ? Il s'adresse aux rayons de sa bibliothèque, il invoque les saints de son église médicale, et, grâce à ce renfort, la confusion devient complète en son esprit : trois classes d'ouvrages s'offrent à ses inquiètes et haletantes indagations : les recueils cliniques, les encyclopédies de médecine pratique, les livres consacrés spécialement à la thérapeutique : ceux-ci, tableau fidèle des officines où tous les remèdes se présentent avec étiquette et mention de leur vertu ; les premiers remplis de faits curieux, d'analyses exactes, de détails nécroscopiques, et quant au traitement, s'il n'est pas omis ou s'il ne répète pas les rhapsodies banales de tous les auteurs, il est exprimé en quelques formules de statistique. Quant à ces encyclopédies ou compendiums, où chaque maladie est scholastiquement exposée suivant le même cadre, où l'on trouve la synonymie polyglotte des dénominations pathologiques, on y rencontre aussi, il est vrai, l'énumération interminable de toutes les méthodes de traitement proposées depuis Hippocrate jusqu'à nos jours, mais sans critique, ou, ce qui pis est, avec les commentaires d'une expérience inaugurale.

ne se présenta que le 27 octobre sur M. Fraquet. Ce dernier demeurait à l'autre extrémité de la ville, dans le quartier du Fort, loin des casernes, du port, de l'hôpital, c'est-à-dire de tous les endroits qui pouvaient être considérés comme des points d'infection ; il était maître d'études dans une pension, menait une vie retirée et n'avait presque aucune communication avec la ville. M. Rufz donne avec détails l'histoire de la maladie de M. Fraquet, ainsi que les résultats de l'ouverture du cadavre. Nous ne nous y arrêterons pas.

Après ces deux premiers malades, les cas de fièvre jaune se multiplièrent, et M. Rufz en vit 7 en novembre, 15 en décembre, 9 en janvier, 14 en février, 5 en mars, 8 en avril, 5 en mai, 6 en juin. Ces chiffres n'expriment que le nombre des malades de sa clientèle.

Voici le mouvement de l'hôpital pendant le même temps.

	Militaires.	Marins.
Octobre	229	4
Novembre	145	5
Décembre	57	7
Janvier	81	23
Février	73	18
Mars	59	20
Avril	91	33
Mai	105	33
Juin	67	53

La garnison de Saint-Pierre était d'environ 500 hommes. Les marins furent fournis par 55 navires, et l'équipage de chaque navire est de 12 à 15 hommes.

On voit par ce tableau que ce fut dans les mois d'octobre et de novembre que les militaires souffrirent le plus. Les mois d'hiver furent moins meurtriers pour eux, parce que la température était un peu plus fraîche et surtout parce qu'ils avaient presque tous éprouvé la maladie précédemment. Quant aux marins, s'ils n'éprouvèrent que très peu de pertes en octobre, novembre et décembre, c'est qu'à cette époque de l'année ils ne sont qu'en fort petit nombre dans nos colonies d'Amérique.

M. Rufz ne nous fait point connaître le chiffre des morts ; mais nous voyons par le mémoire de M. Catel que, du 1er octobre 1838 au 30 septembre 1839, il y eut dans l'hôpital de Saint-Pierre 1,202 malades de la fièvre jaune et 150 morts, ou 1 décès sur 8 malades.

INVASION DE LA MALADIE.

Des médecins ayant mis en doute si c'était bien la fièvre jaune qui éclata à la Guadeloupe et à la Martinique, en 1838, nous donnerons ici une analyse un peu étendue des symptômes de la maladie dont il s'agit. L'Académie nous pardonnera ces faits de détail, qui sont indispensables pour bien fixer le diagnostic du fléau dont nous avons l'honneur de l'entretenir. D'un autre côté, l'épidémie de 1838 a présenté des particularités trop remarquables pour que nous ne cherchions pas à la faire bien connaître.

Souvent l'invasion de la maladie était brusque ; plus rarement elle avait lieu d'une manière lente, et plusieurs jours à l'avance, les malades éprouvaient des pesanteurs de tête, du malaise, perte d'appétit. « J'en ai vu, dit M. Rufz, qui avaient un véritable accès, au point de faire croire que la maladie commençait, puis ne rien éprouver pendant un ou deux jours, et la fièvre reparaître ensuite et continuer. On dirait presque la forme intermittente dès le début. »

Dans plus des trois quarts des cas, le début avait lieu par un frisson unique et régulier, soit que la maladie vînt *ex abrupto*, ou qu'elle eût été précédée d'un prodrôme. Le frisson n'était pas de longue durée ; il était remplacé par une chaleur vive, accompagnée d'une céphalalgie très forte, occupant le front et principalement les arcades sus orbitaires. Cette céphalalgie était continuelle.

La face était rouge tirant sur le violet ; les conjonctives injectées, brillantes ; la pupille souvent dilatée. L'œil supportait péniblement la lumière.

Les facultés intellectuelles étaient comme engourdies ; le malade ne songeait plus aux affaires les plus pressantes ; souvent il était dans de grandes anxiétés sur la terminaison de sa maladie, ou bien il affectait de répéter que ce n'était point la fièvre jaune dont il était atteint.

La peau était chaude, souvent sèche, mais presque aussi souvent elle était un peu moite ; quelques heures après elle était généralement rouge partout.

Pouls développé, fréquent de 100 à 112 ; mais généralement mou et facile à déprimer. La région lombaire et les membres, principalement les membres inférieurs, étaient le siége de douleurs plus ou moins vives qui obligeaient les malades à s'agiter continuellement.

La langue était quelquefois naturelle, mais le plus souvent blanchâtre, tirant sur le jaune, avec un enduit assez épais ; souvent aussi sa pointe était rouge, rarement sèche.

Les lèvres étaient sèches, la bouche pâteuse, désagréable ; l'haleine très fade d'une odeur *caractéristique* ; il y avait plus souvent dégoût des boissons qu'altération. La déglutition était libre.

M. Rufz a trouvé très rarement l'épigastre sensible au toucher ; il a presque toujours rencontré cette région, ainsi que tout l'abdomen, souple et entièrement indolore. Les battemens artériels de l'épigastre ne lui ont présenté aucun caractère particulier. Souvent il avait un sentiment de plénitude à l'estomac, des éructations, des nausées et quelquefois un ou deux vomissemens ; mais M. Rufz n'a jamais vu dans cette épidémie le vomissement commencer dès le début et persister sans relâche jusqu'à la fin, ainsi qu'on l'a observé dans d'autres. Les matières vomies étaient blanchâtres et verdâtres, les selles et les urines rares.

Respiration un peu accélérée ; dans trois cas il existait une petite toux sèche, très fatigante.

Tel était le tableau de la maladie dans les premières heures. A partir de ce point, M. Rufz l'a divisée en deux périodes seulement que nous allons faire connaître.

MARCHE DE LA MALADIE.

PREMIÈRE PÉRIODE.

Ces premiers symptômes duraient avec une égale intensité pendant 24, 48 et même 60 heures. Il n'y avait pas d'intermittence, et les exacerbations étaient à peine distinctes ; cependant assez généralement les malades disaient qu'ils étaient tantôt mieux tantôt plus mal, surtout vers le soir. Mais ces exacerbations n'étaient appréciables ni par une augmenta-

---

Nulle part l'étude minutieuse des indications, la progression nuancée des faits et des règles thérapeutiques qui s'y ajustent ; nulle part peut-être, si ce n'est dans quelques classiques, tels que Sydenham, Torti, Stoll, etc., cette conduite ferme et décidée des maladies et de leurs incidens, qui caractérise le praticien consommé, et dont les exemples éclairent encore, après plus d'un siècle, les tâtonnemens du jeune médecin qui aborde à son tour la nature. Heureux alors si, pour chaque ordre de faits morbides, pour chaque série de difficultés pratiques, si pour la direction hygiénique de chaque période de la vie, il rencontrait un guide aussi sûr que le livre que M. Donné vient de publier pour la première enfance ; car M. Donné est trop modeste en dédiant ce livre aux mères ; en écrivant pour ces premières maîtresses de l'enfance, il a écrit en même temps pour les médecins ; beaucoup d'entre ces derniers s'empresseront de le reconnaître avec la même franchise que l'auteur de ces lignes, qui a été heureux d'y puiser d'excellens avis pour l'éducation physique de son propre enfant. Nous en voulons presque à M. Donné de s'être adressé aux gens du monde ; avec la clarté qu'il sait répandre sur son sujet, il leur rend presque inutile le commentaire verbal des médecins ; et de plus, par le titre qu'il a donné à son livre, il s'impose le risque gratuit d'être confondu, par ceux qui ne l'auront pas lu, avec les auteurs de publications scientifiques à l'adresse des lecteurs bénévoles. A aucune époque, en effet, la médecine n'a manqué de vulgarisateurs intéressés avec lesquels M. Donné n'a rien de commun ; cette littérature détestable a multiplié les préjugés et les erreurs, au lieu d'en diminuer le nombre ; elle a engendré tout un peuple de guérisseurs de bas-étage, qui, avec quelques lambeaux de ce faux évangile de la médecine industrielle, se drapent en oracles et causent à la santé publique un dommage sans fin. Hâtons-nous de le répéter : la modestie du titre ne cache ici aucun calcul ; ou plutôt il est un mauvais calcul, et, si l'auteur veut nous pardonner le mot, une maladresse : il éloignera des lecteurs qui, sous prétexte de diplôme et de clientelle, se croiront dispensés de prendre connaissance du livre et le renverront aux jeunes mères ; l'orgueil doctoral pèsera d'une main légère ce petit volume humblement adressé aux mères, et, si la critique n'intervenait ici et ailleurs, une des meilleures productions pratiques passerait négligée à travers notre monde médical. D'un autre côté, est-il bien considérable le nombre des jeunes mères que M. Donné convie à ses leçons ? L'élite intelligente des femmes est seule apte à les saisir, à les mettre à profit ; et dans cette élite, combien sont adonnées avec une pieuse et persévérante ferveur à ce doux, mais difficile office de maternité ? combien ont le courage de s'attacher à ce petit être dont les conditions d'existence sont si délicates, si laborieuses, et de le suivre avec une sollicitude de tous les instans, aux dépens de leur repos et de leurs plaisirs, à travers les vicissitudes de la première enfance ? M. Donné risquait donc de sacrifier à un petit nombre de femmes distinguées l'appréciation du monde médical ; mais la presse a parfois de douces obligations à remplir ; l'éloge est aussi un devoir, quand il a pour effet de fixer l'attention de nos lecteurs sur un livre aussi riche de faits précieux, de réflexions judicieuses et d'utiles préceptes, qu'il est simplement écrit et modestement produit.

L'importance de l'éducation première a été appréciée à toutes les époques, mais diversement comprise. Chez les nations les plus célèbres de l'antiquité, la force physique était pour ainsi dire l'objet d'un culte et l'on s'attachait à la développer de bonne heure, mais sans tenir compte des différences individuelles

tion des pulsations du pouls ni par une chaleur plus forte; elles l'étaient tout au plus par une agitation plus grande.

La première nuit, il y avait un peu de sommeil lourd, nullement réparateur, interrompu fréquemment par des rêves fatigans ou même par un peu de délire. Les nuits suivantes l'insomnie était complète.

La céphalalgie, lors même qu'elle n'était combattue par aucun moyen et que la maladie s'aggravait, ne durait pas au-delà du deuxième ou du troisième jour; elle était remplacée par une pesanteur de tête. Les vomissemens, lorsqu'ils avaient lieu, paraissaient diminuer cette céphalalgie; mais c'est surtout à la saignée que ce symptôme cédait quelquefois merveilleusement. A mesure que le sang coulait, le malade se sentait dégagé; mais, après quelques heures de répit, le plus ordinairement la céphalalgie reprenait comme avant la saignée. Les applications froides sur le front donnaient du soulagement.

Les douleurs lombaires et celles des membres suivaient absolument la même marche que la céphalalgie; elles étaient remplacées par un sentiment de fatigue générale, lorsque la maladie ne se terminait pas franchement.

La chaleur devenait de plus en plus sèche, surtout lorsque la terminaison n'était pas prompte.

Le pouls continuait de donner le même nombre de pulsations, mais souvent il s'accélérait après la saignée et devenait plus dur.

L'injection des yeux et de la face diminuait par la saignée; celle de la face persistait souvent, malgré les émissions sanguines les plus abondantes. L'état des pupilles était variable, mais le plus souvent elles restaient dilatées.

L'engourdissement des facultés intellectuelles diminuait, mais l'anxiété était toujours grande.

La langue rougissait davantage à sa pointe. S'il y avait de la soif, le plus souvent elle diminuait; mais, dans un cas, M. Rufz a vu cette soif être inextinguible pendant quatre jours. Les nausées augmentaient.

Les vomissemens étaient rares dans cette première période, ainsi que les selles et les urines. L'abdomen était dans le même état, souple et indolore. La respiration était libre.

Dans plus d'un tiers des cas observés par M. Rufz, après le troisième jour tous les symptômes avaient perdu de leur intensité: la peau était plus moite, le pouls presque naturel, les urines faciles. Une ou deux fois ce médecin a vu une épistaxis survenir à cette époque, et les malades entrer en voie de guérison.

Dans certains cas, la maladie prenait une marche promptement mortelle. A quelques heures du début, le coma, le délire, l'ictère, la suppression d'urine et les vomissemens noirs se succédaient, et la mort avait lieu le deuxième jour. M. Rufz rapporte un exemple fort remarquable de cette marche rapide de la fièvre jaune; c'est le seul qu'il ait observé (voyez sa cinquième observation.)

DEUXIÈME PÉRIODE.

Mais le plus souvent les accidens étaient moins précipités. Vers le troisième jour, lorsque la terminaison n'était pas franchement favorable, il s'opérait dans l'état du malade un changement sensible que les auteurs ont désigné sous le nom de *période de calme*. En effet, la céphalalgie diminuait beaucoup ou même disparaissait complètement; les yeux étaient moins injectés; la face demeurait d'un rouge plus violacé, lequel chassé par la pression du doigt se rétablissait lentement.

La langue restait toujours limoneuse au centre, rouge à ses bords comme au début; la soif, lorsqu'elle avait lieu, était beaucoup diminuée.

Les vomissemens lorsqu'ils s'étaient déclarés dès le début perdaient souvent de leur fréquence, ou bien c'était à cette époque que les malades commençaient à éprouver des nausées et des éructations, préludes de ces vomissemens.

L'épigastre, l'abdomen étaient presque toujours à leur état naturel. Quelquefois les malades se plaignaient d'un sentiment de réplétion dans la première de ces régions, ce qui leur faisait désirer de prendre un vomitif.

Les selles s'obtenaient plus facilement par les lavemens, les matières rendues étaient grisâtres ou jaunâtres. Dans les cas très rares où il y avait diarrhée au début, cette diarrhée cessait, ou bien lorsqu'elle n'avait pas eu lieu elle commençait à s'établir.

Les urines coulaient encore, mais de loin en loin et devenaient plus troubles.

La respiration était quelquefois lente, suspirieuse.

La peau moins chaude, plus souple, plus humide. Le pouls de 112 tombait successivement à 92, 84, 76. Il était souple, régulier; de sorte qu'à interroger seulement ces deux derniers symptômes, le pouls et la chaleur, on eût dit les malades prêts à entrer en convalescence.

Mais ce calme était trompeur. Il était surtout en désaccord avec l'état d'agitation des malades. Ceux-ci se tournaient en tous sens dans leur lit; souvent ils allaient d'un lit à un autre; mais ces efforts étaient fréquemment suivis de faiblesse, le sommeil était nul; il y avait un malaise général, inexprimable; la parole était brève, les malades de mauvaise humeur, inquiets au dernier point, et le *facies* plus terne prenait un aspect sinistre.

Cette fausse rémission durait souvent le troisième jour et même la moitié du quatrième, 24 ou 36 heures.

Dans près de la moitié des cas, la maladie arrivée même à cette époque s'amendait, et alors tous les symptômes prenaient la marche de la terminaison favorable.

C'est à cette période que commençaient les hémorrhagies nasales et buccales, lorsqu'elles avaient lieu; souvent aussi les vomissemens offraient quelques matières noirâtres semblables à de la suie en suspension dans un liquide glaireux.

Lorsque l'issue devait être funeste la face se grippait, une anxiété extrême se peignait dans tous les traits. Les paupières restaient à demi-fermées; les conjonctives devenaient jaunes, et bientôt l'ictère était général. La langue, les lèvres étaient tremblantes; l'articulation des mots brève, gênée.

Les hémorrhagies buccales et nasales se déclaraient ou continuaient; lorsqu'elles avaient lieu, les lèvres se couvraient d'une couche de sang noir très épaissi.

Les vomissemens étaient plus fréquens et se renouvelaient aux moindres mouvemens des malades; la matière noire était plus abondante; souvent mêlée de quelques stries de sang pur.

Les urines se supprimaient, ou bien elles étaient fort rares et d'une

---

d'organisation; des institutions et des lois, dont l'exagération ne peut être niée au point de vue physiologique, assujétissaient des générations entières à la discipline des mêmes épreuves: malheur aux faibles, telle était la morale des sociétés anciennes; le *væ victis* s'appliquait à tous les genres de défaites, à tous les genres de luttes, même à la lutte de l'enfant avec un système d'usages et de pratiques qui suppose une donnée constante de puissance native. Le christianisme en montrant sans cesse, sous l'enveloppe de la matière organisée, l'être moral, l'âme immortelle, a procuré aux faibles et aux infirmes de naissance le bénéfice d'une double rédemption; en leur octroyant l'égalité morale, il les a sauvés des atteintes d'une éducation dépopulatrice; les petits corps chétifs et difformes sont devenus aussi respectables, aussi chers à leurs parens que les enfans les mieux faits, puisque ces organismes disgraciés étaient, comme les autres, les réceptacles éphémères d'une ame rachetée par le Christ. Mais la spiritualité chrétienne eut aussi ses excès; elle ne se contenta point de détrôner la matière; elle alla jusqu'à la mutiler, jusqu'à l'annuler; les besoins du corps, les droits de l'organisme furent repoussés comme une usurpation sur l'esprit; l'éducation s'adressa exclusivement aux facultés morales. Delà tant d'ouvrages sur l'éducation et qui semblent faits plutôt pour des intelligences pures, incorporelles, que pour notre pauvre nature, si compliquée dans ses ressorts, si mélangée dans sa trame. Cette tendance à ne traiter au berceau que l'ame et à spiritualiser les langes se manifeste dans la plupart des écrits éclos du génie chrétien, et ce qui contribua en partie à l'éclat de l'EMILE, c'est que l'auteur n'oublia point le corps et réussit à passionner la maternité jusque dans le détail des soins matériels que sollicite l'enfance. La réaction complète qui s'opéra dans la seconde moitié du dernier siècle contre le spiritualisme absolu du dogme chrétien, cette réaction dont il n'est pas difficile de discerner les commencemens dans Galilée, Descartes, Bacon, et sous une autre forme, dans Rabelais et Montaigne, a bien servi les intérêts de l'éducation en revendiquant les légitimes exigences de l'organisme; les idées qu'elle a fait naître ou réhabilitées, contenues en de certaines limites, sagement pondérées entre les deux écoles extrêmes, fournissent la base d'un système d'éducation en harmonie avec tous les besoins de notre humaine nature. Il s'en suit que dans cet important office de gouverner les évolutions successives de l'être humain, une grande part revient à la médecine; si son rôle dure autant que la vie, c'est surtout dans les premières années qu'elle doit l'exercer sans conteste et presque sans partage; le berceau lui appartient; à elle seule d'en régler les actes, d'interpréter les cris qui s'en échappent; mais en lui concédant et ce pouvoir et cette responsabilité, je veux une médecine qui sait la fibre humaine tout entière, qui s'est exercée à manier l'ame dans le corps comme pour lui faire une meilleure assiette, non cette médecine hébétée de matérialisme, étrangère aux études du dedans et qui, semblable au sourd assis devant un piano, ébranle les touches du clavier sans en percevoir les vibrations.

A ces conditions j'en joins une autre, déduite indirectement de l'axiôme connu: *si vis me flere, dolendum est primum ipsi tibi*; ce que je traduis ainsi pour ma thèse: si vous prétendez me dicter des règles pour élever mes enfans, montrez-moi ce que vous avez fait des vôtres; prouvez-moi que vous vous inspirez d'une expérience minutieuse, assidue; d'une expérience qui a mis en jeu vos sollicitudes et vos sentimens autant qu'il en adviendra des miens. Vous me recommandez des rigueurs envers un berceau; en avez-vous eu le courage? Vous dé-

couleur brunâtre foncée. Les selles étaient grisâtres ou sanguinolentes.

Souvent il se mêlait à tout cela une oppression considérable, et les malades se plaignaient d'une grande gêne à la région précordiale.

Le pouls, jusqu'aux derniers instans, restait calme et trompeur; plus souvent il se ralentissait à 60 ou 50 pulsations par minute, puis s'affaiblissait et devenait filiforme et insensible. C'est alors que survenait le refroidissement des extrémités.

La mort avait rarement lieu avant le quatrième jour, ou bien après le septième. La dernière période ne durait souvent qu'une ou deux heures, et tout au plus sept ou huit. Quelques malades tombaient dans un coma profond, d'autres conservaient leur intelligence, quelques-uns avaient des convulsions, ou bien de l'agitation, et même un peu de délire.

M. Rufz n'a vu que deux fois des soubresauts des tendons, jamais de carpologie. Une seule fois, il a observé une petite éruption pétéchiale, survenue du troisième au quatrième jour, et jamais de parotides. Ce médecin a remarqué qu'assez souvent les vésicatoires se couvraient d'escarres.

L'ictère a existé chez tous ceux qui ont succombé; il devenait très manifeste après la mort, lorsqu'on ne s'en était pas aperçu pendant la vie. M. Rufz n'a observé ce symptôme que deux fois parmi ceux qui ont guéri. Quand il paraissait avant le septième jour, le cas était presque toujours mortel. Après le septième jour, l'apparition de l'ictère était favorable.

Il en a été du vomissement noir comme de l'ictère, il n'a jamais guère existé que dans les cas graves. M. Rufz l'a toujours vu annoncer la mort, excepté dans un seul cas. « Ainsi, dit ce médecin, il en serait de la fièvre jaune comme de la variole : il y aurait des *fièvres jaunes* sans jaunisse, des *vomitos negros* sans vomissemens noirs, comme on a cité des *variola sine variolis*. »

Il remarque ensuite que, dans la maladie qu'il décrit, les hémorrhagies des intestins furent moins graves que celles de l'estomac, et que l'épistaxis fut moins grave que l'hémorrhagie buccale, et celle-ci plus favorable que défavorable, de l'avis de M. Catel, qui l'observa assez fréquemment à l'hôpital. Du reste, M. Rufz n'a vu ni entendu citer durant l'épidémie aucun cas d'hémorrhagies par les conjonctives, le conduit auditif, la peau, les vésicatoires ou la saignée; mais nous avons noté, dans un précédent rapport, que M. Catel vit à l'hôpital des hémorrhagies des yeux chez trois malades de la fièvre jaune.

Les hémorrhagies furent très fréquentes à St-Pierre, en novembre et en décembre 1838, puis en mai et en juin 1839, c'est-à-dire au début et vers la fin de l'épidémie; dans les mois intermédiaires, ce symptôme fut rare. Cette observation frappa tous les médecins de St-Pierre.

Le sang tiré de la veine était très chaud et très noir, mais il devenait bientôt rouge par son exposition à l'air; jamais il ne présenta de couenne, le caillot était fort épais et la sérosité peu abondante. Suivant M. Catel, dans les premières 24 heures, le sang était d'une belle couleur rouge, ne fournissant presque pas de sérum après le refroidissement.

La suppression des urines devait inspirer de grandes craintes, mais elle ne fut pas toujours suivie de la mort.

Les selles grisâtres précédaient souvent les selles sanguinolentes. Il y avait, en général, constipation. Le cas où M. Rufz vit la diarrhée se manifester le quatrième jour fut mortel.

Ce médecin s'était attaché à rechercher si, dès le début, il était possible, d'après les circonstances existantes, d'avoir quelque indice sur la gravité de la maladie, mais il ne trouva rien dans ses symptômes qui pût faire connaître quelle serait sa terminaison. Un fort frisson était quelquefois suivi d'une courte maladie. D'autres cas, commencés sans frisson, eurent une terminaison funeste. La violence du mouvement fébrile, les douleurs lombaires n'étaient pas toujours en rapport avec la suite de la maladie.

ALTÉRATIONS ANATOMIQUES.

De 9 malades qui succombèrent parmi ceux que M. Rufz traitait, ou pour lesquels il avait été appelé en consultation, il ne put examiner les altérations anatomiques que chez trois, ce qui est bien peu, vu la durée et l'extension de l'épidémie. Voici les principales remarques qu'il fut à même de faire :

La putréfaction des cadavres après la fièvre jaune ne lui parut pas plus rapide qu'après les autres maladies aiguës; l'odeur n'en était pas plus marquée, et l'on pouvait sans inconvénient ne les inhumer que 24 heures après la mort.

La coloration jaune avait lieu dans les trois cas dont il s'agit; mais chez deux sujets elle n'était survenue qu'après la mort. Il se formait aussi des ecchymoses violacées, surtout aux parties les plus déclives.

La cavité crânienne contenait du sang noir et fluide dans les sinus, une injection foncée dans tous les vaisseaux des membranes, peu de sérosité dans l'arachnoïde ou dans les ventricules. Les substances cérébrales étaient injectées, mais plutôt fermes que ramollies.

Les poumons étaient remplis d'un sang noir, surtout dans la moitié postérieure de leurs lobes inférieurs. Dans un cas, il y avait exsudation sanguine dans les bronches et dans le tissu pulmonaire même.

La quantité de sérosité épanchée dans les plèvres ou dans le péricarde n'était jamais anormale. Nous voyons, par le mémoire de M. Catel, que ce médecin a trouvé une fois un épanchement de sang dans le péricarde, ce qui est une chose bien rare, puisque, dans plus de 500 ouvertures de cadavres d'individus morts de la fièvre jaune, le rapporteur de votre commission ne l'a pas rencontrée une seule fois.

Le cœur était un peu flasque, mais non ramolli; il contenait du sang noir et quelquefois un caillot jaunâtre peu volumineux et non adhérent. L'aorte et les gros vaisseaux présentaient aussi du sang noir; le péritoine ne renfermait pas de sérosité; mais la portion de cette membrane qui recouvre les intestins était ginante et injectée.

L'estomac contenait de la matière noire en plus ou moins grande quantité. Cette matière teignait la membrane muqueuse en rouge; mais après que celle-ci avait été lavée, on voyait qu'elle conservait une coloration rosée générale très fine, et qui ne résultait pas d'arborisations distinctes. Cette coloration était entremêlée d'un picté arrondi, formé par un sang plus noir, tout à fait distinct de la coloration rosée, et qui pourrait être comparé à des piqûres de puces, ou bien aux taches du *purpura hæmorrhagica*.

Cette membrane muqueuse n'était ni épaissie ni ramollie, mais elle était évidemment plus cassante que dans l'état normal.

Les intestins grêles contenaient une matière grisâtre ou blanchâtre, surtout dans le jéjunum. Leur membrane muqueuse offrait le même aspect que celle de l'estomac; le picté violet était plus marqué, et dans un cas il formait des taches aussi larges que l'ongle du pouce. Les glan-

---

clarez que le code de l'Hygiène infantile ne se résume pas en ce dicton : *beaucoup de lait, beaucoup de chaleur, beaucoup de sommeil*; mais quel besoin est de ces trois choses à propos et vous ajoutez à cette critique les indications d'une délicate et mobile opportunité; soit! mais où sont vos enfans?... Car, après tout, mon cher réformateur, nous n'expérimentons pas *in animâ vili*; il s'agit, pour convertir au sérieux une célèbre facétie de fonctionnaire, il s'agit de la chair de ma chair, des os de mes os. — Cette mise en demeure n'embarrasse guère M. Donné; il a là, près de lui, deux enfans qui servent d'argument à son livre et dont le frais visage se jette en réplique à mes joues. M. Donné possède cette expérience opime qui passe par le cœur pour entrer dans l'intelligence et qu'un père médecin paie au prix de tant de labeurs et d'inquiétudes; non seulement il a étudié dans les occasions de la pratique ordinaire toutes les vicissitudes du premier âge; mais il en a été pour son propre compte le témoin ému et le patient régulateur. Voilà pourquoi je me suis attaché à son livre avec un intérêt tout à fait sérieux que la sagesse de son esprit et son aptitude spéciale à ce genre d'observations, n'auraient pas suffi peut-être à m'inspirer, en quelque estime que je les tienne d'ailleurs.

Il est des questions à résoudre avant la naissance de l'enfant; la plus intéressante sans contredit est de savoir si l'on peut déterminer d'avance qu'une femme pourra nourrir; M. Donné signale rapidement dans ce premier chapitre ce que l'on peut considérer comme les augures d'un bon allaitement, et il donne ensuite la solution tout à fait neuve de ce problème : la sécrétion de la glande mammaire pendant la grossesse fournit des renseignemens utiles pour juger d'avance des qualités qu'aura le lait après l'accouchement; il a constaté en effet qu'il existe un rapport à peu près constant entre la nature du liquide sécrété pendant la grossesse et le lait tel qu'il est formé après l'accouchement : ce n'est pas seulement pour cette question préliminaire que M. Donné puise d'utiles secours dans ses recherches si nombreuses et si exactes sur la lactation et le lait; une foule d'autres points essentiels de l'éducation physique des nouveau-nés sont parfaitement éclaircis dans son livre, grâce aux études spéciales qu'il poursuit depuis longtemps; c'est par là qu'il lui est donné de guider avec sûreté les parens dans le choix d'une nourrice, en déterminant avec précision la composition du lait à l'état normal, ce qui en fait la richesse ou la pauvreté, quels changemens il éprouve par le séjour prolongé dans les mamelles, quelles altérations il peut subir par les élémens du colostrum, par le pus; nous verrons plus loin quel parti M. Dooné sait tirer encore de ses acquisitions spéciales pour employer le régime comme traitement dans quelques maladies des enfans. Le chapitre dont nous parlions tout à l'heure et qui concerne le choix d'une nourrice est complet; il servira de guide infaillible aux jeunes mères forcées de renoncer aux jouissances de l'allaitement; les conditions physiques et morales qu'il faut exiger dans les nourrices, les moyens de s'en procurer, la conduite à tenir envers elles, les incidens qui peuvent survenir durant l'allaitement, tels que rapports conjugaux, retour prématuré des époques, etc., l'âge du lait des nourrices, la manière de leur faire administrer ce liquide aux enfans pendant le jour et la nuit, l'hygiène personnelle des nourrices, tous ces détails importans sont exposés avec netteté, et là, comme dans tout le cours de son ouvrage, l'auteur tend à communiquer aux mères un esprit de détermination ferme; rien ne reste indécis sous sa plume, point de vague ni de scepticisme inopportun. Dans ce chapitre, on trouve aussi des renseigoemens édifians sur le trafic des nourrices, que l'industrie parisienne a organisé depuis quelques années. Les faits déplorables que mentionne M. Don-

dules de Brunner étaient, dans quelques cas, développées çà et là, comme des graines de millet; mais les glandes de Peyer n'ont jamais présenté d'altération. Cette remarque, indépendamment des autres, dit M. Rufz, différencie la fièvre jaune d'avec la fièvre typhoïde.

Dans un cas, le gros intestin était le siége d'un épanchement sanguin considérable. Sa membrane muqueuse était, du reste, comme celle de l'estomac et des intestins grêles, rosée et cassante, sans autres altérations.

Les glandes mésentériques étaient un peu tuméfiées, assez fermes, presqu'à l'état normal.

« Quant au foie, dit M. Rufz, je n'ai trouvé que deux fois sur trois cette coloration jaunâtre, qui était la lésion principale dans l'épidémie de Gibraltar; dans la huitième observation, le foie était rouge et contenait beaucoup de sang dans ses vaisseaux, sans autre altération. » L'Académie a vu, par notre rapport sur le mémoire de M. Catel que dans les 150 ouvertures de cadavres, faites à l'hôpital, *le foie se montra toujours décoloré et jaune.*

La vésicule du fiel contenait un peu de bile verdâtre. Dans un cas, la membrane de cette vésicule offrit une injection notable; dans un autre elle présentait une véritable inflammation.

La rate une fois était un peu plus volumineuse que de coutume; les autres fois elle était parfaitement naturelle.

Les reins étaient seulement, comme tous les autres organes, remplis d'un sang noir et fluide.

Une fois la vessie offrit un épanchement de sang.

« Telles étaient, dit M. Rufz, les altérations anatomiques. On voit que celle du foie est en première ligne, puis celles de l'estomac et des intestins. Tous les organes étaient le siége d'une congestion sanguine; mais les hémorrhagies n'étaient pas aussi fréquentes qu'on le dit ordinairement; l'aspect du sang attestait une grande altération. Nous répèterons ici ce que nous avons déjà dit, qu'après la mort, comme pendant la vie, on ne trouve rien qui doive faire confondre cette maladie avec la fièvre typhoïde de l'Europe. »

VARIÉTÉS DE LA MALADIE.

Après avoir fait connaître d'une manière générale la maladie qui forme le sujet de son mémoire, M. Rufz traite des variétés qu'elle a présentées durant le cours de l'épidémie. « Sous ce titre, dit-il, j'ai rangé quelques observations, qui, soit par la durée et la marche de la maladie, soit par quelques symptômes ou par quelque particularité de la terminaison, ont offert une différence d'avec la majorité des cas; mais qui néanmoins ne peuvent être considérées que comme des variétés de l'épidémie. »

PREMIÈRE VARIÉTÉ. — Cette forme se compose des cas dans lesquels le début de la maladie fut graduel, la marche lente et la période de calme nulle. Pendant que toutes les autres fièvres jaunes se terminaient dans le cours du premier septenaire, celle dont il s'agit conservait quelquefois un état de gravité jusqu'au vingtième jour, et présentait, en outre, des symptômes qui n'existent pas ordinairement dans la fièvre jaune, tels, par exemple, que la surdité et la carpologie, etc.

« Je n'ai pas eu occasion, dit M. Rufz, d'examiner les altérations anatomiques pour voir si elles étaient différentes aussi; mais comme cette maladie a eu lieu sur des Européens récemment arrivés dans la colonie et au milieu de l'épidémie, j'ai cru devoir la rapporter à la fièvre jaune dont elle serait une variété. En d'autres temps, je n'ai jamais vu d'affections semblables. L'observation de Mlle Elisa et celle de Mlle Giron sont, du reste, les deux seules de cette nature qui se sont présentées à moi, et il est à noter qu'elles ont été recueillies chez des femmes. »

La variété, dont parle ici notre honorable confrère de la Martinique, n'est pas très rare; le rapporteur de votre commission a été à même de l'observer plusieurs fois, et la plupart des médecins qui ont écrit sur la fièvre jaune, d'après leur propre expérience, en font également mention. Il pense d'ailleurs, avec M. Rufz, que c'est probablement cette forme de la fièvre jaune que le respectable docteur Vatable, ancien médecin en chef à la Guadeloupe, a considérée comme une gastro-entéro-céphalite, maladie qui sévit dans la garnison de la basse-terre, pendant l'été et une partie de l'automne de l'année 1826 (1). Disons enfin que chez Mlle Elisa il y eut suppression d'urine, ainsi que des selles abondantes d'un sang sanieux, noir et fétide.

DEUXIÈME VARIÉTÉ. — « J'ai considéré aussi, dit M. Rufz, comme variété de la fièvre jaune, les mauvaises fièvres qui surviennent chez les gens du pays en même temps que la fièvre jaune y règne. Tous les auteurs qui ont écrit sur la fièvre jaune des colonies ont constaté ce fait, seulement durant l'épidémie de 1838 et 1839 cela a été plus frappant; le nombre des créoles atteints a été beaucoup plus considérable. » M. Rufz donne comme exemple de cette variété l'observation bien remarquable de M. le docteur Seisson.

Ce médecin, âgé de 3? ans, d'une constitution plutôt faible que forte était créole de la Martinique; mais il avait passé onze ans en France, et il était de retour de l'île depuis dix ans, lorsque le 11 février 1839, il fut atteint dans la soirée de la maladie régnante, à laquelle il succomba le 15 du même mois, à six heures du soir, après avoir présenté la plupart des symptômes de la fièvre jaune. M. Rufz fut appelé auprès de lui en consultation une heure avant sa mort.

L'autopsie fut faite le 16, à dix heures du matin. Voici les principales lésions anatomiques qu'elle présenta.

Le cadavre était jaune verdâtre, avec des ecchymoses violacées au dos, à la nuque et dans toutes les parties déclives.

La peau du crâne et la dure-mère étaient injectées, et le sinus longitudinal était rempli par un sang noir fluide, sans caillot.

CERVEAU. La pie-mère était partout très injectée; elle se détachait facilement de la substance cérébrale. A la partie postérieure de la surface convexe, il y avait un léger épanchement de sérosité sous-arachnoïdien.

Les glandes de Pacchioni étaient très développées. Les substances cérébrales étaient un peu molles, sans que leur texture fût pourtant changée en aucun point; elles étaient finement injectées par un sang noir. Les ventricules contenaient deux cuillerées d'une sérosité roussâtre.

L'estomac, très distendu, contenait environ un verre d'un sang noir très fluide; la membrane muqueuse était teinte par le sang épanché; mais même après avoir été lavée, elle conservait généralement une teinte rosée. Sans aucune arborisation distincte, elle était friable, cassante, mais non ramollie.

La membrane muqueuse des intestins présentait, surtout dans le duo-

(1) DE LA GASTRO-ENTÉRO-CÉPHALITE ET DE LA FIÈVRE JAUNE, ETC., dans les ANNALES MARITIMES, 1re série, v. XXXIV, p. 338.

---

ne serviront de leçon à ceux qui ont la naïveté de penser que les choses les plus saintes et les plus touchantes, la vie humaine et la toute première enfance, peuvent échapper à l'exploitation meurtrière de la cupidité. Espérons que la mission dont M. Donné a été chargé depuis, d'inspecter tous les bureaux particuliers de nourrices existant dans Paris, contribuera à hâter en cette matière une réforme commandée par l'humanité la plus ordinaire. Avant de régler tout ce qui est relatif à l'emploi des nourrices, l'auteur s'est occupé dans un chapitre particulier des mères qui allaitent elles-mêmes; les avis qu'il leur donne sont empreints de sagesse; il faut le louer de n'avoir point perdu de vue l'intérêt de la santé maternelle, sacrifiée parfois au zèle des fonctions nouvelles que suscitent les nouveau-nés; Jean-Jacques a plaidé éloquemment la cause de ces derniers, M. Donné s'est un peu souvenu des mères. Quant à l'allaitement artificiel, il le condamne absolument à Paris et dans les villes et le tolère à peine dans les campagnes; des faits multipliés ont sans doute dicté cet arrêt; aussi ne prétendons-nous pas le combattre par l'exemple de trois observations récentes qui sont favorable à l'allaitement au biberon et dont nous avons une parfaite connaissance. Un adjoint au maire de l'un des arrondissemens de Paris nous a conté le double succès qu'il a obtenu sur deux de ses enfans nourris de la sorte. La dosation du lait, qu'il soit pris au sein maternel ou fourni par le biberon, est réglée par M. Donné avec une certaine sévérité qui nous paraît tout à fait favorable au développement progressif de l'enfant. Suivant lui, ce n'est qu'à six mois qu'il convient d'ajouter une autre nourriture au lait; il fait ressortir avec raison les inconvéniens et même le danger d'une alimentation prématurée; c'est pour n'avoir pas su déterminer l'ordre et la composition des repas que tant de parens voient dépérir leurs enfans, malgré un certain ensemble de circonstances hygiéniques; aussi tous les praticiens souscriront-ils aux excellens préceptes que suggère à l'auteur le régime général des enfans; avec lui ils reconnaîtront la nécessité de distancer convenablement les repas, de varier l'alimentation à l'âge qui comporte un supplément au lait, l'utilité de leur procurer de bonne heure une nourriture riche et substantielle, vu qu'il est absurde de livrer à leur assimilation de mauvais matériaux sous prétexte de les endurcir dès le bas-âge et de les aguerrir aux privations. « S'il y a un moyen de combattre la disposition aux productions tuberculeuses, à la phthisie pulmonaire qui exerce tant de ravages dans les classes pauvres et mal nourries de nos grandes villes, c'est bien certainement, même à tout âge, l'alimentation riche et substantielle. Les privations ne sont pas faites pour l'enfance, et la meilleure manière de disposer les hommes à les supporter un jour avec avantage, c'est de commencer par les nourrir le mieux possible et de leur constituer l'organisation la plus vigoureuse et la plus énergique que comporte leur nature. » (P. 166.) Le seul point du régime sur lequel nous montrons un peu plus de réserve que M. Donné, c'est l'usage du vin dès le bas-âge; en nous rappelant les conditions de vascularité, d'injection habituelle du tube digestif chez l'enfant, nous n'oserions l'impressionner par les moindres doses d'un alcoolique même très étendu.

En examinant les incommodités les plus habituelles des enfans et les moyens d'y remédier, l'auteur donne aux mères une foule de petites notions, qui leur manquent, ou rectifie les erreurs en circulation; il fait justice des abus qui entourent encore le berceau et ses conseils touchant le sommeil des enfans, les bains, la promenade, l'exercice, l'exposition aux vicissitudes des saisons, etc., ne laissent rien à désirer. L'éducation morale des nouveau-nés se confond trop étroitement avec leur éducation physique pour que l'auteur pût la passer entièrement sous

dénum et vers la fin de l'intestin grêle, des injections de formes et de dimensions variables. Généralement rosée, cette membrane était comme celle de l'estomac, plus friable que dans l'état normal.

Les glandes de Brunner étaient saillantes, blanchâtres, grosses comme des grains de millet; les plaques de Peyer n'étaient ni tuméfiées, ni ulcérées, on les distinguait à peine.

Les gros intestins offraient, surtout dans le rectum, une injection rosée semblable à celle qui a été décrite dans l'intestin grêle. La muqueuse était toujours friable, mais non véritablement ramollie.

Le foie était de couleur briquetée. La membrane muqueuse qui tapisse la vésicule biliaire était le siége d'une injection rouge très remarquable. Cette membrane se détachait par de longs lambeaux bien résistans.

La rate avait un tiers de plus que d'ordinaire, elle était remplie d'un sang noir, son tissu était ferme.

Les reins avaient une coloration foncée; ils étaient remplis de sang, mais sans altération. La vessie ne présentait rien de particulier.

Enfin, le sang qui s'échappait des coupes pratiquées dans tous les tissus était noir et très fluide.

Nous avons rapporté l'autopsie qui précède avec quelques détails, pour prouver que les individus acclimatés, et même les créoles, ne sont pas toujours à l'abri de la fièvre jaune, comme le soutient notre honorable collègue M. Rochoux (1).

M. Rufz accompagne l'observation du docteur Seisson des réflexions suivantes.

« Cette observation, dit-il, par la marche et la terminaison, se rapproche de celle de Mlle Clozet, on dirait une fièvre pernicieuse algide; mais bien que cette marche et cette terminaison ne soient pas ordinaires à la fièvre jaune, est-il possible de ne pas voir la plus grande analogie entre des affections où il existe également matière noire dans l'estomac, ictère après la mort, altérations des voies biliaires, du sang et de tout le canal intestinal?

» Dans ma pratique particulière, poursuit notre judicieux confrère, je compte 38 personnes nées dans le pays, ou acclimatées depuis dix à quinze ans, et qui néanmoins ont été atteintes par la maladie. Tous les médecins ont été à même de faire cette observation; mais chez ces personnes, la maladie fut moins grave; sur 38 de ces malades, je n'ai eu que 2 morts. »

Troisième variété. — Suivant M. Rufz, dans les mois de mai et de juin 1839, la maladie offrit, dans la plupart des cas, des différences assez notables pour constituer une variété. Dans cette forme, les symptômes de la première période, qui, au commencement de l'épidémie, duraient au moins un jour, ne se montraient qu'une ou deux heures, tout au plus, et ils étaient remplacés par ceux de la deuxième période, appelée période de calme. D'après les observations de M. Rufz, et celles beaucoup plus nombreuses de M. Catel, cette variété fut moins grave que les précédentes et plus favorable à la médecine.

Ce fut aussi à cette époque de l'épidémie que les hémorrhagies nasales et buccales recommencèrent à paraître, comme il a été dit précédemment, et furent des signes d'une terminaison heureuse.

Quatrième variété. — Enfin M. Rufz donne, comme une autre variété l'épidémie, ce qui eut lieu chez les enfans. Presque tous ceux de la ville de St-Pierre furent atteints de la maladie régnante; dans sa pratique, depuis octobre jusqu'en juillet, ce médecin en compta jusqu'à 84. Sur ce nombre, il n'en perdit que 2. La maladie était donc moins grave chez ces jeunes créoles que chez les Européens. Les enfans que M. Rufz vit succomber étaient deux frères nommés Page; l'un était âgé de 6 ans, l'autre de 8; l'observation de ce dernier est donnée avec détails.

Cet enfant tomba malade dans la nuit du 12 au 13 avril, et mourut le 16 à dix heures du soir. A l'invasion, les principaux symptômes furent un grand mal de tête, chaleur de la peau, pouls fréquent, face colorée, yeux injectés, vomissemens: plus tard, quelques soubresauts des membres et des muscles de la face, urines rares, pouls à 120 et 128, assoupissement mêlé d'une grande agitation; l'enfant se couchait en tous sens sans garder la même position; de temps en temps quelques soubresauts des tendons, un peu de carpologie et même du délire. La conservation des forces jusqu'au dernier moment fut remarquable, l'enfant pouvait se mettre sur son séant et s'y tenir fermement. Les urines furent toujours très rares, les selles présentèrent quelques grumeaux de sang. Dès le 15, la chaleur était nulle et les extrémités se refroidirent; ce refroidissement alla toujours en augmentant, le pouls devint en même temps insensible trente-six heures avant la mort (1).

L'autopsie eut lieu le 17, à huit heures du matin. Voici les principales altérations anatomiques que l'on observa.

Cadavre d'un jaune très pâle avec quelques colorations violacées aux parties déclives. Sinus longitudinal rempli de sang fluide, sans caillot.

Estomac peu dilaté offrant deux onces environ d'une matière noire semblable à du marc de café; coloration généralement blanchâtre, entremêlée d'un piqueté rouge très fin qu'on apercevait comme de petits points sous la membrane muqueuse, pas de ramollissement ni de mamelonnement; la consistance de la membrane muqueuse était cependant un peu cassante.

Les intestins grêles, tapissés par une matière grisâtre, offraient çà et là des plaques de matière noire pareille à celle qui se trouvait dans l'estomac, la membrane était généralement blanchâtre, mais il y avait çà et là un piqueté comme celui de l'estomac. Sa consistance était cassante, surtout près du cœcum.

Les glandes de Brunner étaient assez saillantes, mais on ne voyait pas les plaques de Peyer; le gros intestin offrait plus d'injection que les intestins grêles. Ces injections n'étaient pas disposées en arborisations, mais elles formaient des plaques uniformes comme celles de l'ecchymose. Les lambeaux de la membrane n'étaient que d'un demi-pouce.

Le foie, de volume normal, avait la couleur de tabac d'Espagne (2).

---

(1) Voyez la Gazette des hôpitaux du 24 septembre 1839.

(1) M. Rufz dit plus loin que les enfans Page eurent le vomissement noir pendant les deux derniers jours de leur existence.

(2) Dans l'ouverture du cadavre d'un enfant de 7 ans, que M. Rufz eut occasion de faire avec M. le docteur Boulin, ces médecins trouvèrent les méninges de la surface convexe du cerveau presque décolorées, mais les gros vaisseaux de la base étaient fort injectés, et il existait un épanchement de sang noir de près de trois cuillerées dans la cavité arachnoïdienne de la base. Cet enfant était européen, dans la colonie depuis dix-huit mois, et il avait été malade pendant cinq jours. Il y avait eu chez lui céphalalgie, assoupissement, vomissement noir dès le troisième jour, délire et mouvemens convulsifs.

---

silence; mais ici, pas plus que sur les choses de l'hygiène, point de discussion ni de dissertation; il conseille, il prescrit en motivant, et il n'est théorie plus simple ni plus péremptoire que celle professée par M. Donné sur les mobiles de la direction morale; ils se résument dans cette seule parole, qu'une mère sait faire vibrer sans aigreur dans l'oreille de son enfant: *je veux, il faut*; et avant que l'enfant comprenne le langage, dès les premiers jours de sa naissance, dès que la perception s'essaie en lui, faites-lui commencer l'apprentissage de votre autorité; qu'il ait conscience d'une volonté supérieure à la sienne, d'une action du dehors plus forte et plus soutenue que la pétulance frémissante de ses petits membres, que les éclats de sa petite voix fêlée; point de raisonnement plus tard avec l'enfant, quand ce ne serait que pour ne point provoquer au développement précoce de ses facultés; vous adresser à la raison de l'enfant, c'est instituer le monologue de la vôtre ou solliciter des résistances d'autant plus fâcheuses, d'autant plus tenaces qu'elles ont été précédées par un effort de logique contradictoire. Notre expérience nous range entièrement du côté de M. Donné: en matière d'éducation première, nous voulons le despotisme intelligent et aimant; peste soit du gouvernement parlementaire au maillot!

L'*Appendice* mériterait un examen particulier; il traite du régime employé comme traitement, du séjour à la campagne et du régime lacté. Cette partie du livre de M. Donné a été écrite comme le reste, au point de vue des applications familières et dans un esprit d'utilité directe; mais il y a déposé toutefois, sous forme de corollaires et de préceptes, les résultats de recherches qui ont dû occuper longtemps l'auteur. C'est un chapitre tout-à-fait nouveau, dont il enrichit l'hygiène et la thérapeutique du jeune âge. Ceux de nos confrères qui pratiquent sur ce terrain ne pourront se dispenser de le lire et de le relire. L'analogie de composition que M. Donné a constatée entre le sang et le lait, les effets qu'il a déterminés par l'injection de ce dernier liquide dans les veines des animaux, l'étude qu'il a faite, au moyen du microscope, de la transformation du lait en sang, l'influence comparative du lait et du bouillon dans la nourriture des jeunes animaux, lui ont suggéré les règles les plus sages et les mieux étayées sur l'emploi du régime lacté, diversement modifié, en guise de traitement de plusieurs états morbides du premier âge. M. Donné paraît avoir résolu pour cette menue portion de la thérapeutique un problème qui domine cette science tout entière, à savoir, d'agir sur l'organisme malade par voie de nutrition, de modifier l'assimilation de ses produits, de transformer, en quelque sorte, dans un temps donné, la masse sanguine: effets bien autrement profonds et décisifs que ceux que nous produisons d'une manière précaire, incertaine, aventureuse, par la voie des médications; le régime est une transaction avec l'organisme; la médication une hostilité, une véritable agression à main armée.

Redisons-le en finissant: ce petit volume a été inspiré par la pratique et pour la pratique, caractère excellent par le temps qui court; j'y inscrirais volontiers ces mots: *multa paucis*. Il est écrit avec une netteté qui ne vise pas au laconisme, avec une simplicité qui ne dégénère pas en trivialité. L'auteur a dû méditer longtemps sur son sujet pour le traiter avec cette abondance de raison et de décisions saines; il a dû travailler son style pour le rendre si parfaitement intelligible aux gens du monde, sans le dépouiller d'une certaine dignité scientifique, qui convient toujours à la plume du médecin.

Michel Lévy.

M. Rufz termine l'observation de l'enfant Page par la remarque qui suit : « Malgré, dit-il, la différence que nous offre l'histoire des symptômes, je crois qu'on sera frappé de la parfaite similitude des lésions anatomiques trouvées chez cet enfant, avec celles que nous avons vu exister précédemment chez les adultes. » Nous partageons tout à fait la manière de voir de ce médecin sur le point dont il s'agit.

Les autres cas que M. Rufz eut à traiter furent moins graves. Presque toujours la maladie commençait très brusquement à toutes les heures du jour. Les symptômes étaient au début fort prononcés; il y avait céphalalgie insupportable, frissou, chaleur, forte fièvre, souvent des vomissemens plus ou moins répétés, des mouvemens convulsifs, et chez quatre enfans, il y eut de véritables convulsions de 15 à 30 minutes de durée. A cela succédait un assoupissement que rien ne pouvait interrompre; cependant les enfans conservaient leurs facultés intellectuelles, les yeux étaient injectés, les pupilles dilatées, la face colorée, un peu de soif, anorexie, ventre souple, indolore, point de selles.

Excepté dans quatre cas seulement, ces accidens se dissipèrent au bout de trente-six ou quarante-huit heures. Les enfans entraient immédiatement en convalescence; cependant, leur face pâle, amaigrie, était plus altérée qu'il n'aurait été supposable, après une aussi courte maladie.

Un tiers environ rendit des vers par les vomissemens, qui étaient alors précédés d'un grand malaise, pâleur, agitation, douleur épigastrique, face grippée, mais le plus souvent les vers étaient expulsés par les selles. Aucun symptôme particulier ne faisait reconnaître la présence des lombrics dans les premières voies.

De trois cas très graves, les seuls que M. Rufz ait eus dans sa pratique, deux succombèrent, un guérit; les symptômes qui dominèrent furent l'assoupissement continuel, la fièvre sans rémission, et dans les deux cas mortels, vomissement noir durant les deux derniers jours, absolument semblable au *vomito negro* de la fièvre jaune. « Je tiens de mes confrères, dit M. Rufz, que, dans les cas mortels qui se sont présentés à eux, les vomissemens noirs ont aussi existé. »

D'après des recherches auxquelles il s'est livré, M. Rufz estime que la ville de St-Pierre a perdu une quinzaine d'enfans de la maladie régnante durant l'épidémie, ce qui est peu, vu le nombre des individus atteints.

Les malades étaient généralement des garçons; sur 84 enfans que ce médecin a traités, il ne compte que 22 filles. La plupart avaient de 3 à 12 ans, et la principale cause déterminante était une forte insolation, ce qui est bien d'accord avec l'âge et le sexe des sujets.

Les enfans blancs étaient principalement atteints, quelques mulâtres le furent aussi, mais M. Rufz n'a point vu de négrillons qui le fussent.

« Il est impossible, dit notre estimable confrère, de ne pas voir de grandes ressemblances entre cette affection des enfans et la fièvre jaune des Européens. Ceci viendrait-il d'une similitude dans l'état du sang? En général, les enfans créoles, dans le premier âge, ont le teint frais, presque aussi rosé qu'en Europe; vers l'âge de 8 ans, ils s'étiolent, pâlissent et prennent ce qu'on désigne sous le nom de teint créole. » Plusieurs auteurs ont signalé ce dépérissement des enfans créoles vers l'âge de 7 à 8 ans; tels sont entre autres le père Du Tertre (1) et le docteur Moseley (2).

« Chez quelques enfans, poursuit M. Rufz, comme chez quelques adultes créoles, la maladie présenta un type intermittent, c'est-à-dire qu'après un fort accès qui durait 24 à 48 heures, il y avait apyrexie notable, suivie de quelques accès moins forts; ces cas n'étaient pas les plus graves; le sulfate de quinine arrêtait la fièvre. »

Après avoir signalé les diverses variétés de la maladie, M. Rufz parle des phases que présenta l'épidémie.

(*La suite à un prochain numéro.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

(Suite et fin. — Voir le numéro 33.)

VI. ANNALI MEDICO-CHIRURGICI.

Les cahiers de janvier, février, mars et avril 1842 renferment les articles originaux suivans : 1° *Sur le tarentisme;* par M. Tonelli. (La manie de danser domine dans la basse classe de Salente, où on observe le plus souvent le tarentisme; il n'est donc pas étonnant qu'une affection quelconque du système nerveux s'y traduise souvent par des mouvemens rhythmiques. Quant à la prétendue vertu curative de la musique, loin de s'en fier uniquement à sa mystérieuse influence, il vaut bien mieux tâcher d'abord de neutraliser directement le principe morbifique déposé dans la plaie de la tarentule.) 2° *Maladies traitées à Cortona;* par M. Bufalini. (Suite.) 3° *Etudes sur le système pileux;* par M. Mengozzi. (Anatomie générale et physiologie normale et pathologique du système pileux; bon résumé de notions ayant déjà cours dans la science.) 4° *Nouvelles recherches sur l'acide lactique;* par M. Peretti. 5° *Trachéotomie exécutée* par M. le professeur Cittadini. (L'opération faite pour une affection assez obscurément décrite, mais qui paraît être la phthisie laryngée, ne présenta rien de particulier, si ce n'est qu'après avoir incisé la membrane crico-thyroïdienne, l'air n'entra pas dans les poumons avec le bruit accoutumé. L'introduction d'une canule de gomme élastique servit à établir la respiration en écartant les parois tuméfiées du canal qui constituaient l'obstacle. Le malade guérit.) 6° *Extraordinaire transposition ou métastase d'un écoulement leucorrhéique qui se fit par l'ombilic;* par M. Ottani. 7° *Sur une épidémie de variole bénigne à Civita-Vecchia;* par M. Orsi. 8° *Sur les fonctions de la rate;* par M. Maggiorani. (La rate animalise le chyle, en en éliminant les particules grasses, en l'imprégnant d'azote, en y combinant le fer, en lui imprimant enfin les modifications nécessaires pour préparer sa conversion en sang.) 9° *Observation d'un cas de grossesse extra utérine abdominale;* par M. Santopadre. (Le fœtus était parvenu presqu'à terme, mais il était déjà mort lorsque la femme réclama les secours de l'art. On pratiqua la céphalotomie, et la mère mourut.) 10° *Cas singulier d'affection intermittente;* par M. Bassi. (Rien de bien intéressant.) 11° *Lettre sur l'usage à haute dose du nitrate de potasse dans le rhumatisme et du baume de copahu dans la blennhorragie;* par M. Speranza. (L'auteur revendique la priorité pour l'indication de ces deux moyens, en faveur de Locatelli et de Monteggia. Dans l'impossibilité où nous sommes de prononcer sur la valeur de cette réclamation, faute d'avoir sous la main les articles de journaux sur lesquels elle est appuyée, nous ferons seulement remarquer que la pratique des médecins italiens cités vient encore confirmer les avantages attribués à ces deux modes de traitement.) 12° *Quelques considérations sur les principales difficultés de l'art médical;* par M. Magistrelli. (Premier article.) 13° *Mémoire sur l'acupuncture;* par M. Tridenti. (L'auteur a obtenu plusieurs guérisons par l'emploi de ce moyen; il en cite deux; une de douleurs dans les lombes à la suite de chute d'un lieu élevé, et une de névralgie sous orbitaire, où l'effet de l'acupuncture fut presque instantané.) 14° *Observations sur les maladies dites vénériennes, et sur leur traitement par le mercure;* par M. Andrea Renzi. (L'auteur n'est pas favorable au traitement mercuriel. Il se fonde : 1° sur ce que la lèpre, qui est pour lui l'analogue de la syphilis, n'est pas aussi avantageusement influencée par le mercure qu'on l'a prétendu; 2° sur les autorités nombreuses qui ont sanctionné de leur expérience le traitement de la syphilis sans mercure.) 15° *Revue des grandes opérations de chirurgie pratiquées en 1841 à l'hôpital du Saint-Esprit à Rome;* par M. T. Métaxa.

EXTRAORDINAIRE TRANSPOSITION, OU MÉTASTASE D'UN ÉCOULEMENT LEUCORRHÉIQUE QUI SE FIT PAR L'OMBILIC; par M. OTTANI.

L'observation que rapporte M. Ottani mérite effectivement, ce nous semble, à beaucoup d'égards, l'épithète dont il l'a décorée. Sans nous dissimuler que son intérêt eût été plus grand encore si ce médecin eût donné quelques renseignemens sur l'état où l'ouverture ombilicale se trouvait antérieurement chez sa malade, nous allons rapporter les circonstances les plus importantes de ce fait.

Obs. — Une dame de 30 ans, de tempérament nerveux, mariée depuis quelque temps, eut, à la suite d'une impression morale, un flux leucorrhéique qui amena secondairement à sa suite des douleurs dans les membres, la décoloration du visage, etc. Fatiguée de cette incommodité, la malade consulta M. Ottani qui prescrivit l'usage interne du sulfate de fer, le calomel uni à la ciguë à doses refractées, et des injections avec une solution légère de sulfate de zinc. Au bout d'une semaine environ, l'écoulement était arrêté.

Peu de temps après, M. Ottani fut rappelé auprès de cette dame. Elle se plaignit alors d'être depuis quelques jours dans un état de malaise qu'elle ne pouvait définir. Elle accusait surtout un fonds de tristesse insurmontable. On ne put découvrir aucune lésion, si ce n'est une contraction particulière des traits de la face, qui, pour un œil exercé, était l'avant-coureur assuré de quelque désordre grave.

En effet, à cinq heures du matin, elle fut saisie de douleurs suraiguës dans le bas-ventre, de nausées, de vomituritions. Le pouls était petit, contracté, à peine perceptible; la langue tremblante, la soif inextinguible, la peau froide, le front couvert d'une sueur visqueuse. Pensant qu'il s'agissait d'une irritation gastro-

(1) Histoire générale des Antilles habitées par les Français, tom., II, p. 459.

(2) A treatise on tropical diseases, etc, p. 61.

intestinale, M. Ottani prescrivit de l'huile de ricin, des fomentations et des lavemens émolliens. Nonobstant, les douleurs allèrent toujours en augmentant d'intensité, jusqu'à ce que, dans la matinée, il commença tout d'un coup à s'écouler de l'ombilic, sans aucune espèce de douteur, une matière d'un jaune clair, en tout semblable à celle qui constituait précédemment l'écoulement vaginal. Cet écoulement dura pendant plus d'un mois, et il ne cessa que lorsque le flux se fut rétabli, par les efforts de la nature, à la place qu'il occupait auparavant. Depuis le retour de la leucorrhée aux parties génitales, la malade ne ressentit plus de souffrances, et jouit d'une santé aussi bonne qu'elle eût jamais été.

REVUE DES GRANDES OPÉRATIONS DE CHIRURGIE PRATIQUÉES EN 1841 A L'HÔPITAL DU ST-ESPRIT A ROME; par M. T. MÉTAXA.

RÉSECTION DE LA TOTALITÉ D'UNE CÔTE.

Cette revue statistique comprend un grand nombre de faits. Malheureusement la manière trop succincte dont ils sont narrés ne permet guère d'en tirer quelque parti. Le résultat, dans la plupart des cas, est présenté seul, et indépendamment de toutes les circonstances qui ont pu influer sur sa production et modifier par conséquent sa valeur scientifique. Que dire par exemple de l'article suivant, qui est consacré à l'histoire des amputations : « Nous avons eu à regretter la mort de deux amputés, l'un de la cuisse, l'autre de la jambe. Mais ces malades semblaient être venus à l'hôpital plutôt pour être ensevelis que pour être traités, et paraissaient réclamer l'office du fossoyeur bien plus que celui du chirurgien, tant ils étaient exténués par la maladie. Un seul a survécu après avoir subi la résection du métatarse. » L'observation suivante mérite cependant une exception.

OBS. — Un homme fut frappé dans une rixe d'un coup qui fut porté obliquement de bas en haut, vers le milieu de l'avant-dernière fausse côte. Les symptômes furent ceux d'une plaie pénétrante de poitrine. On réunit la plaie à l'aide d'agglutinatifs. Le lendemain, il survint de la fièvre avec dyspnée et douleur considérable dans la partie blessée. Un traitement antiphlogistique actif procura de l'amendement. Mais un vaste abcès se forma dans le lieu de la blessure, et lorsqu'on l'ouvrit pour donner issue au pus, on découvrit que la côte était déjà dénudée. Après un mois de soins, la séparation de l'os n'ayant pu être obtenue, et celui-ci étant là une source de suppuration et une cause de fièvre, on craignit les suites de la résorption du pus, ou sa pénétration dans la cavité thoracique. En conséquence, le professeur Fiori se décida à pratiquer l'ablation de la portion d'os malade ; mais l'altération se prolongeant plus loin qu'on ne l'avait d'abord pensé, il fallut désarticuler la côte en totalité d'avec la vertèbre correspondante. Bien qu'elle eût été longue et difficile, l'opération réussit parfaitement, et le malade fut guéri en moins de deux mois. On reconnut ensuite que la côte avait été traversée par l'instrument vulnérant, au niveau de sa partie moyenne et vers son bord supérieur.

L'étendue de la portion osseuse enlevée donne assurément à cette observation un rang à part, au milieu des exemples nombreux de résections de côtes que la science possède. Mais la rareté de cas semblables ne rend que plus regrettable l'absence complète de détails sur le procédé opératoire suivi dans cette circonstance par le chirurgien italien.

VII. IL RACCOGLITORE MEDICO.

Les cahiers de février, mars, avril et mai 1842 contiennent les mémoires suivans : 1° *Relation des principales expériences faites par M. Orfila à Florence sur l'acide arsénieux.* (L'occasion se présentera sans doute prochainement pour nous de rapporter ces expériences plus en détail que nous ne pourrions le faire dans une simple analyse.) 2° *La nature de tous les principes contagieux est-elle une et identique?* par M. Ottaviani. (La réponse est négative, mais ne contient rien qu'il soit utile de rapporter ici.) 3° *Réponse à l'article de M. Gamberini sur l'action du sulfate de quinine et sur la périodicité;* par M. Govoni. 4° *Séméiotique des affections morales;* par M. Olivi. (Généralités dont tout l'intérêt s'effacerait dans une analyse.) 5° *Sur un corps étranger singulier trouvé dans un pied;* par M. Malagodi. 6° *De la vertu préservatrice indéfinie et non temporaire du virus vaccin contre la variole;* par M. Malucelli. 7° *Compte rendu des travaux de médecine compris dans le tome 10 des Actes de l'Académie des sciences de Sienne;* par M. Turchetti. 8° *Discussion analytique d'une expertise médico légale qui a donné lieu à une condamnation en matière d'infanticide;* par M. Grescimbeni. 9° *Sur l'article relatif à un singulier corps étranger trouvé dans le pied;* par M. Gaddi. (V. l'article ci-dessus de M. Malagodi.) 10° *Réponse à M. Gaddi sur un article relatif à un corps étranger du pied;* par M. Malagodi. (V. les deux articles ci-dessus de MM. Malagodi et Gaddi.) 11° *Épidémie de fièvre typhoïde;* par M. Semprini. (L'oxigène, suivant l'auteur, jouit de la propriété de détruire tous les principes contagieux. C'est donc par l'exposition du malade à l'air pur, par le renouvellement fréquent de l'atmosphère de sa chambre qu'il conseille d'instituer le traitement de la fièvre typhoïde. Il y joint l'usage interne des substances qui contiennent en abondance ce même élément, telles que les acides végétaux et minéraux, le calomel, etc.) 12° *Quelques considérations sur les ecchymoses;* par M. Versari. (Rien de nouveau.) 13° *Du traitement de l'anthrax;* par M. Pagamici. 14° *De la nécessité de dogmes théoriques pour exercer utilement la médecine;* par M. Gavasel. 15° *Réflexions sur le mémoire du docteur Celle relatif au meilleur moyen de faire progresser la science médicale;* par M. Thaon. (Ces deux derniers articles ne présenteraient pas à beaucoup près pour nos lecteurs l'intérêt que les questions de ce genre suscitent encore en Italie.) 16° *Sur l'action des bains de vapeur;* par M. Polli. (Rien de nouveau.) 17° *Sur les hémorragies;* par M. Versari. (Travail hérissé de divisions scholastiques sur la convenance desquelles il porte principalement.) 18° *Sur l'air de Maremma et de Volterrano;* par M. Luciani. 19° *Sur l'utilité et la convenance de l'unité dans un enseignement médical;* par M. Govoni. 20° *Faits et expériences sur la rage;* par M. Olivi. (Analyse des mémoires de MM. Bellanger et Passaquay sur la non existence et l'existence du virus rabique.) 21° *De la fécondité et de la proportion comparative des sexes dans les naissances des animaux vertébrés et mastologie, avec des considérations anatomo physiologiques sur le nombre et la position des mamelles;* par M. Bellingeri. (La première partie de ce mémoire a été analysée *in extenso* dans le rapport fait par M. Flourens en 1839 (v. GAZ. MÉD., p. 588). La seconde partie se compose de considérations zoologiques qu'il serait impossible de résumer ici.) 22° *Cas de troisième dentition;* par M. Sorgoni. 23° *Démonstration de cette vérité, que la doctrine médico-empirico-rationnelle classe les médicamens de la même manière que la doctrine hippocratique;* par M. Gandolfi. 24° *Observations critiques sur un ouvrage de M. Geromini ;* par M. Ottaviani.

DU TRAITEMENT DE L'ANTHRAX; par M. PAGAMICI.

Ce n'est pas de l'anthrax phlegmoneux, tel qu'on le comprend maintenant parmi nous, qu'il s'agit dans ce mémoire. Sans spécifier positivement si, par le nom d'anthrax, il entend désigner le charbon ou la pustule maligne, l'auteur déclare au moins qu'il applique cette dénomination aux tumeurs gangréneuses qui ont pour origine l'usage des chairs d'animaux morts de maladie. Son mémoire a pour but principal de proscrire la cautérisation du traitement de cette affection. Voici la conduite qu'il suit : un cataplasme émollient est appliqué sur l'engorgement local. Puis, suivant que le malade est un adulte de bonne constitution, ou un enfant sujet aux vers, il administre un éméto cathartique dans le premier cas ; dans le second, la racine de jalap associée avec un anthelmintique. De douze malades qu'il a traités ainsi, aucun n'a succombé.

Nous ne pouvons guère nous prononcer sur la proposition fondamentale de ce travail, dans l'incertitude où l'auteur nous a laissés de savoir s'il s'agit d'affections charbonneuses ou de la pustule maligne. En effet, la proscription absolue des caustiques pourrait se comprendre, à la rigueur, dans le charbon ; mais, posée comme principe général, elle serait de la dernière imprudence pour la pustule maligne.

SUR UN SINGULIER CORPS ÉTRANGER TROUVÉ DANS LE PIED ; par MM. MALAGODI ET GADDI.

Cet article est consacré à la relation de deux cas assez rares dans la pratique. Si nous le reproduisons avec une certaine étendue, c'est moins à cause de la gravité de l'affection dont il traite que parce que l'attention minutieuse qu'on a mise à analyser les moindres circonstances nous a semblé bien propre à jeter quelque jour sur des questions d'un intérêt plus général. On jugera par le résumé suivant si les remarques de M. Malagodi en particulier n'ont pas ajouté quelque chose aux notions que l'on possédait déjà sur les lois qui président à l'introduction et à la marche des corps étrangers à travers nos tissus.

OBS. I. — Le premier fait, celui de M. Malagodi, est relatif à un homme qui, étant demeuré debout pendant une partie de la soirée, commença à éprouver une légère douleur sur le dos du pied gauche. Comme elle cessa une fois que sa botte eut été retirée, il se mit au lit sans y faire autrement attention. Le lendemain, un peu de démangeaison qu'il ressentait au même lieu que la veille l'ayant fait y porter la main, il y trouva un corps filiforme, semblable à un gros poil, divisé en deux parties à son extrémité, qui semblait sortir de la peau correspondante à l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil, et faisait saillie d'un demi-pouce environ au-dessus de la surface des tégumens. Il le prit alors pour le tirer, et ce ne fut pas sans étonnement qu'il le vit se développer, en cédant, de manière à représenter une longueur d'un pouce et demi. Arrêté par la douleur et crai-

gnant en outre quelque fâcheuse conséquence, il le coupa alors avec des ciseaux au raz de la peau, et put ensuite marcher sans aucune douleur.

M. Malagodi, ayant été appelé, trouva, en examinant la partie du poil extrait, qu'il devait appartenir à un animal de forte dimension. Quant au pied, il était gonflé, rouge, douloureux dans presque toute la région dorsale. La plus légère compression exercée sur l'endroit où le poil était resté implanté déterminait de la souffrance et comme un sentiment de piqûre. Le chirurgien, mettant alors le gros orteil dans l'extension, ce mouvement fit proéminer le poil sous la peau. Une petite incision mit son extrémité coupée à découvert, et on put, avec de petites pinces, retirer le reste de ce poil, qui avait encore près de trois pouces. En le rapprochant de la portion enlevée la veille, on trouva qu'il avait tout à fait l'apparence des soies de porc dont les cordonniers font usage. La suppuration qui s'empara de la plaie de sortie retarda de quelques jours la guérison complète.

M. Gaddi a consigné dans le même journal un fait dont il a été témoin, et qui présente des circonstances non moins curieuses. Voici les principales :

Obs. II. — M. A... commença, au printemps de 1836, à éprouver, sous la peau de la région dorsale du pied, un sentiment comme de piqûre, qui répondait au côté externe du tendon de l'extenseur propre. Cette piqûre ne se reproduisait que quand le malade était chaussé, et qu'il avait mis, outre son bas, un soulier à agrafe. La douleur cependant était assez légère à cette époque pour que la pensée ne lui vint pas d'y regarder. Mais étant devenue plus forte pendant l'été, il s'aperçut qu'il existait dans ce lieu une petite place rouge, de la largeur d'un grain de millet ; et une légère démangeaison l'ayant instinctivement porté à le gratter, il n'y trouva pas sans surprise un petit point noir, saillant, et résistant au frottement de l'ongle. Il chercha alors à exercer une traction sur lui, et, en le saisissant avec les ongles du pouce et de l'index, il parvint, sans aucune douleur, à retirer au dehors un poil long de près de 2 pouces. Abandonné à lui-même après son extraction, il prit naturellement la courbure qui est propre aux poils dont se composent les brosses. Le malade se rappela effectivement qu'il y avait chez lui une vieille brosse, placée ordinairement dans la cuisine, et dont on se servait habituellement pour nettoyer ses souliers. Le corps étranger ayant été extrait, aucune douleur ne se manifesta dans le lieu qu'il occupait, et la rougeur que le pied présentait avant l'opération disparut promptement.

A la suite de cette observation, M. Gaddi présente quelques remarques sur la manière dont un poil, introduit dans l'estomac, peut sortir de ce viscère, en en perçant les parois, puis cheminer à travers les tissus, et parvenir finalement à l'endroit où celui-ci a été trouvé. Ces remarques il les applique à l'observation de M. Malagodi, comme à la sienne propre, et il pense que ce chirurgien n'a pas donné une explication admissible du fait qu'il a observé, en regardant l'introduction du poil comme s'étant opérée chez son malade de dehors en dedans. M. Malagodi, de son côté, a répondu aux observations de M. Gaddi, et comme ce débat peut, ainsi que nous le disions en commençant, avoir une importance plus étendue que son objet ne semblerait le comporter, nous allons donner un extrait des objections faites par M. Gaddi, en les faisant suivre des réponses de M. Malagodi.

1° Le poil, chez le malade de M. Malagodi, a fort bien pu tomber dans les alimens et être ensuite avalé par mégarde. — Mais, dit M. Malagodi, si cette circonstance est admissible pour le malade de M. Gaddi, si même tout tend à faire croire qu'elle a existé chez lui, comment croire qu'une soie de porc, longue de quatre pouces et demi, grosse et raide, a pu traverser la bouche et l'œsophage sans trahir sa présence par la plus légère sensation ? Dira-t-on qu'elle avait pu être ramollie en cuisant avec les alimens dans lesquels elle était tombée ? Mais, outre qu'elle a été trouvée dans un état de consistance et de rigidité incompatible avec la supposition d'une coction plus ou moins prolongée, M. Malagodi s'est assuré, par des expériences directes, que la décoction n'enlève aux poils de cette espèce presque aucune de leurs propriétés physiques.

2° Parmi les différences que présentent les deux cas, l'une des plus importantes est que le sujet de la seconde observation éprouvait depuis plusieurs mois une sensation douloureuse dans le pied, tandis que le premier n'accusa de douleur que la veille même du jour où le poil fut extrait. Ajoutons qu'il existait chez ce dernier de la rougeur et de la tuméfaction depuis déjà quelque temps, ce qui est favorable à l'hypothèse d'une élimination provoquée par la nature. Chez le premier, au contraire, l'ouverture de sortie avait la plus grande analogie avec une plaie sanglante, résultat d'une violence extérieure.

3° Une soie de porc, dit M. Gaddi, aurait-elle la force de pénétrer dans les tégumens du pied ? et même, cela admis, pourrait-elle y pénétrer sans provoquer de douleur ? Et cependant les détails de l'observation de M. Malagodi montrent que le malade ne s'est plaint de souffrir que lorsque le poil s'était déjà introduit à une grande profondeur. — A cela M. Malagodi répond par les considérations suivantes, qui nous paraissent de la plus grande justesse. Un corps long, cylindrique et très élastique, comme celui dont il est ici question, n'a sans doute pas assez de force pour traverser la peau, quand la force qui le pousse est placée à une grande distance de l'extrémité contre laquelle s'applique la résistance. Mais il n'en est plus de même lorsque le point auquel s'insère la puissance impulsive est rapproché de cette extrémité. Or, on peut parfaitement supposer, vu la flexibilité du poil, la forme du pied, celle de la chaussure, et les mouvemens si variés qu'on exécute en marchant, que les choses se sont passées ici suivant le second mécanisme. Quant à l'absence de douleur, circonstance de laquelle argue M. Gaddi, il n'est d'abord pas exact de dire que le malade n'a antérieurement ressenti aucune souffrance, et il n'est pas étonnant du reste qu'il n'en eût point éprouvé plus tôt, puisqu'il était resté assis depuis le matin (immédiatement après avoir chaussé le soulier dans lequel ce poil se trouvait vraisemblablement) jusqu'au moment auquel la sensation douloureuse commença à se manifester. — A cette dernière considération de M. Malagodi nous pourrions en ajouter une autre non moins probante, ce nous semble, dans le même sens. Les corps étrangers ne déterminent de douleur par leur introduction qu'en vertu de leur forme inflexible et de la rapidité avec laquelle ils traversent nos tissus. Tout le monde sait, par exemple, que les aiguilles à acupuncture peuvent être implantées à une très grande profondeur, sans que le malade s'aperçoive presque de cette opération. Or, cette innocuité, ces aiguilles ne la doivent qu'à leur flexibilité et à la lenteur avec laquelle on les fait pénétrer. Qu'y a-t-il donc d'étonnant à ce que les mêmes effets se soient répétés dans un cas où les circonstances qui le favorisent existaient et beaucoup plus prononcées encore que dans l'opération de l'acupuncture?

4° En vertu des lois physico-organiques, la peau tend toujours plutôt à éliminer les corps étrangers qu'à leur donner asile. — Cette objection, réplique M. Malagodi, repose sur une observation vraie, mais qu'il faut bien se garder de prendre dans toute la généralité que lui donne M. Gaddi. Cette propension naturelle de la peau est très réelle, et elle produit ses effets toutes les fois que rien ne s'oppose à leur accomplissement ; mais elle perd son action et se trouve détruite lorsque, ainsi que cela avait lieu dans le cas cité, il existe une force constante qui empêche la sortie des corps étrangers et neutralise la tendance à l'élimination en lui opposant un obstacle mécanique continu.

CAS DE TROISIÈME DENTITION.

Obs. — Une des filles de la comtesse Z... n'avait rien présenté d'anormal dans l'évolution de ses premières dents, lorsqu'à l'âge de six ans elles commencèrent à tomber. La même régularité s'observa dans les phénomènes de la seconde dentition, de manière que toutes les dents de lait avaient été successivement remplacées par les dents permanentes à l'époque où cette jeune personne entrait dans sa douzième année. C'est à ce moment que, sans cause extérieure connue, les dents incisives tombèrent. Cette perte affectait vivement la malade et ses parens, car ils pensaient bien qu'elle était irréparable, lorsqu'on vit de nouvelles dents apparaître et se développer à la place de celles-ci. Les mêmes phénomènes eurent lieu pour toutes les autres dents qui tombèrent et furent remplacées successivement, de sorte que, avant la fin de l'année, une troisième dentition complète s'était opérée de la manière la plus régulière.

Les exemples de troisième dentition ne sont pas rares dans la science, mais celui-ci sort néanmoins de la ligne ordinaire et mérite d'être placé dans une catégorie à part. En effet, les observations de ce genre publiées par les auteurs ont presque toutes rapport à des vieillards, ainsi que nous l'avons fait observer tout récemment à propos d'un cas semblable cité par M. Podrecca (voy. Gaz. Méd., 1841, p. 809), et de tous les faits de troisième dentition connus jusqu'ici, on n'en pourrait guère trouver qu'un seul, celui d'Eustachi, qui, comme celui-ci, eut pour sujet une personne encore jeune. D'un autre côté, cette troisième dentition est ordinairement incomplète et se borne en général au renouvellement d'une ou de deux dents. Sous ce double rapport, le fait dont nous venons de rapporter l'histoire présente donc un extrême intérêt, car les deux circonstances les plus rares dans cette espèce d'anomalie s'y trouvent réunies. Ajoutons encore que la malade dont il y est question était, par son âge et sa position sociale, du nombre des personnes qui sont surveillées minutieusement et avec la vigilance la plus minutieuse dans tout ce qui a rapport aux avantages extérieurs, dont une denture régulière constitue sans contredit un des principaux. On ne pourrait donc adresser à cette observation le reproche de défaut d'authenticité, que des auteurs sérieux ont cru pouvoir appliquer sans exception à tous les faits du même ordre.

VIII. GIORNALE PER SERVIRE AI PROGRESSI DELLA PATOLOGIA E DELLA TERAPEUTICA.

Les cahiers d'août, octobre, novembre et décembre 1841 se composent des articles originaux suivans : 1° *Histoire d'un cancer de l'utérus*;

par M. Malago. (La malade avait eu, douze ans auparavant, un cancer du sein extirpé avec succès, et depuis, elle avait joui d'une bonne santé. L'auteur conclut que la diathèse cancéreuse peut rester longtemps assoupie, sans être éteinte pour cela.) 2° *Histoire d'une tumeur du genou gauche, d'un diagnostic obscur*; par le même. (Les signes d'un anévrisme poplité existaient presque tous réunis, sur le vivant; après une ponction dans la tumeur, le malade mourut d'hémorragies répétées; et, chose assez curieuse, les détails de l'autopsie ne dissipent point nos doutes sur la véritable nature du mal!) 3° *Cas de cératiase multiple*; par M. Sormani. 4° *Cas d'énorme tumeur cystique du genou*; par M. Guitti. (Kyste antè rotulien d'un volume énorme qui se rompit de lui-même. Pour en obtenir la cure radicale, M. Guitti pratiqua l'extirpation de la portion de membrane interne non adhérente aux os. Une hémorragie et la gangrène des bords de la plaie retardèrent la guérison, qui finit par être complète.) 5° *De la constitution morbide observée à l'hôpital de Venise pendant les troisième, quatrième et cinquième trimestres de 1841*; par M. Trois. 6° *Cas de bégaiement opéré par la myotomie*; par M. Cappelletti. (Sur un homme de 42 ans, très bègue, dont la pointe de la langue ne pouvait toucher le palais, l'auteur coupa les génioglosses par la bouche. Guérison immédiate presque complète. Au bout de quinze jours, le bégaiement recommença, et trois mois après, le malade était dans le même état qu'avant l'opération.) 7° *Métastase purulente du foie à la parotide droite; guérison*; par M. Facen. (Hépatite aiguë spontanée, très grave. Au moment où le malade paraissait près de succomber, une tuméfaction considérable se déclare à la région parotidienne. En moins de vingt-quatre heures, le pus se fraie un passage dans la bouche. Amendement presque instantané des symptômes hépatiques et guérison rapide.) 8° *De quelques effets de l'électricité sur l'économie animale et notamment dans les maladies*; par M. Namias. 9° *De l'usage des courans électriques pour découvrir les causes latentes de certaines maladies et la nature de quelques conditions spéciales de l'organisme*; par M. P. Marianini. (Lorsqu'on galvanise une partie frappée de paralysie ou de névralgie, il arrive souvent qu'une douleur se propage à quelque partie éloignée; à la région lombaire, par exemple, dans les paraplégies. Ce retentissement, dit l'auteur, pourrait conduire à penser que la cause morbide réside dans le lieu que l'électricité indique ainsi à l'attention du médecin.) 10° *Deux cas de paralysie guéris par l'électricité voltaïque*; par M. Stef. Marianini. (Observations déjà présentées à la section médicale du congrès de Florence.) 11° *Propositions relatives à la phlogose*; par M. Freschi. 12° *Deux cas de pneumorrhagie intermittente rapidement guéris par le sulfate de quinine*; par M. Fantonetti. 13° *Sur le traitement de la grenouillette*; par M. Cappelletti.

CAS DE CÉRATIASE MULTIPLE; par M. SORMANI.

Trop d'exemples de productions cornées existent dans les annales de la science pour qu'il y ait un véritable intérêt à enregistrer tous les nouveaux faits de ce genre qui se publient journellement. Celui-ci mérite cependant une exception, tant à cause du nombre très considérable de ces végétations anormales observées chez le malade en question que pour les détails curieux et en partie neufs que l'auteur donne sur leur structure et sur le mode de connexion qu'ils avaient avec la peau.

OBS. — Carlo Bagarolli, âgé de 21 ans, porte depuis sa naissance la difformité suivante, dont aucun membre de sa famille n'est atteint. Sa peau est couverte de tumeurs cornées de volume et de forme variables; les plus grosses ont 2 pouces d'élévation, les plus petites n'ont que l'épaisseur d'une croûte herpétique. Le siége principal de ces productions est la partie interne des deux jambes, la droite plus que la gauche, tandis qu'à la cuisse c'est le membre droit qui en offre le moins grand nombre. La plante et le dos des pieds; ainsi que la paume de la main en sont exempts. Rares sur le cuir chevelu, les excroissances cornées envahissent irrégulièrement la face à partir des tempes.

Quant à leur forme, ce sont des amas confusément disposés de cônes tronqués ou mieux de prismes irréguliers et écrasés, ayant visiblement une texture fibreuse à bandes longitudinales, de couleur d'un blanc sale ou blanc paille, avec une marque noirâtre au sommet, et dans quelques-unes au pourtour de la base. Leur dureté est plus grande à leur moitié supérieure que dans leur portion adhérente. Celle-ci a une mollesse élastique et reprend promptement sa forme aussitôt qu'on a cessé de la comprimer. Dans quelques points, les productions morbides sont rassemblées en nombre tel que la forme originelle de chacune d'elles en est altérée, et qu'elles semblent se confondre entre elles. Les plus durs de ces appendices se laissent entamer par l'ongle, se ramollissent par l'immersion dans l'eau chaude et surtout dans l'eau sulfureuse. Toutes sont très mobiles; ce qui tient à ce que leur implantation ne dépasse pas la surface profonde de la peau.

Ayant examiné à la loupe la structure intime de quelques-unes de ces productions détachées, M. Sormani y a trouvé une texture fibreuse à l'extérieur et celluleuse ou alvéolaire à l'intérieur. Lorsqu'après les avoir amollies avec l'eau sulfureuse, on les a fait séparer en forme d'étui de leur tissu vasculaire intérieur, on reconnaît avec surprise qu'il s'élève du réseau sanguin sous-cutané des appendices plus ou moins longs, de forme conoïde et terminés en pointe aiguë, lesquels semblent constituer l'organe sécréteur de la matière albumineuse ou pseudo-cornée, dont la dureté est d'autant plus grande qu'elle est formée depuis plus longtemps. Ces appendices détachés de l'étui dont ils étaient enveloppés restent implantés dans le derme, séparés les uns des autres par de petits intervalles; et, en raison de leur situation verticale, en raison de leur coloration rouge, on peut les considérer comme un tissu vasculaire érectile organisé à la manière d'un filtre pathologique. En coupant à leur base les végétations cornées, la section fournit du sang, et comme elle est en outre douloureuse, il est permis de croire que ce sang vient des appendices centraux précédemment décrits et qu'ils ne sont pas dépourvus de filamens nerveux.

DEUX CAS DE PNEUMORRHAGIE INTERMITTENTE RAPIDEMENT GUÉRIE PAR LE SULFATE DE QUININE; par M. FANTONETTI.

« Il n'est pas indifférent, disions-nous il y a deux mois, au sujet d'un cas de pneumonie intermittente guérie par le quinquina (voy. GAZ. MÉD., p. 426), il n'est pas indifférent de se fixer sur la question de savoir si, dans ces cas, c'est la pneumonie ou la fièvre intermittente qui est primitive; car le traitement doit varier en raison du diagnostic, et il pourrait y avoir quelque gravité à recourir préalablement à la saignée. » Ce que nous disions alors de la pneumonie, nous pourrions le répéter aujourd'hui de l'hémoptysie, et les observations de M. Fantonetti viennent confirmer de tout point nos prévisions sur la nature réellement intermittente de ces affections mixtes et sur le traitement qu'il convient de leur opposer. Nous les citons toutes deux.

OBS. I. — Bertolli Turcico, âgé de 30 ans, n'avait eu d'autre maladie que la rougeole à sept ans. Un soir il sentit tout à coup un chatouillement à la gorge et un goût de sang dans la bouche. Un moment après, il éprouve un sentiment de pesanteur à la poitrine, et forcé d'expectorer il rend 2 ou 3 onces de sang vermeil. Cette hémorragie se prolonge pendant près d'une heure. Durant la nuit, aucun phénomène morbide ne paraît ni du côté de la poitrine ni dans d'autres parties du corps. Le lendemain donc, il se sentait aussi bien qu'à l'ordinaire, lorsque, à la même heure que la veille, reviennent les mêmes accidens et une pneumorrhagie non moins abondante. Saignée copieuse, sang non couenneux. Nouvelle intermission complète pendant la nuit et la journée suivante. Mais à huit heures du soir, de légers frissons et la sensation d'un poids à la poitrine précèdent le retour de l'hémorragie qui dure cette fois deux heures. Nouvelle saignée et usage de la glace à l'intérieur pendant toute la nuit. Le matin, digitale en poudre, 2 grains toutes les deux heures. Le lendemain, à huit heures et demie du soir, le crachement de sang reparaît. On fait une troisième saignée, que l'on réitère encore le jour suivant, à sept heures et demie du soir, pour prévenir l'apparition de l'hémorragie. Mais celle-ci revient néanmoins avec sa régularité et son abondance ordinaires. C'est à ce moment que M. Fantonetti vit le malade. L'accès était vers sa fin. Pâleur de la face, légère dyspnée, peau plutôt froide que chaude, pouls mou à 65, bruit respiratoire à peine plus fort qu'à l'état normal dans les deux poumons; gargouillement sous la clavicule droite. Le malade cracha encore deux ou trois gorgées de sang; et lorsque l'hémorragie fut terminée, M. Fantonetti n'entendit plus de gargouillement là où il l'avait d'abord trouvé, mais seulement une respiration puérile. Il prescrivit un scrupule de sulfate de quinine, divisé en huit paquets, à prendre en entier avant le lendemain au soir.

Le lendemain, à l'heure accoutumée, il y eut une légère apparence de dyspnée, mais pas d'expectoration sanguine. Le pouls qui, dans la matinée, était à 54, donnait alors 59 pulsations. La chaleur de la peau était normale. On continua la même dose le lendemain, et le surlendemain on la réduisit à moitié. L'hémorragie n'a pas reparu.

OBS. II. — Une femme de 26 ans, accouchée depuis vingt jours, fut forcée par des gerçures du sein de discontinuer l'allaitement de ses deux enfans. On lui donna quelques purgatifs pour tarir la sécrétion laiteuse. Au bout de cinq jours, elle commença à se plaindre d'un malaise général, et d'un peu de toux, puis de frissons. Deux jours après les crachats se montrèrent teints de sang, mais elle n'y fit pas autrement attention, ayant eu quelquefois, les hivers précédens, une expectoration semblable.

Le 12 novembre au matin, le crachement de sang est plus considérable; mais, après en avoir rendu trois fois en une heure, elle passe la journée sans nouvel accident. Le lendemain, à neuf heures du matin, l'hémorragie revient, et elle se renouvelle encore le surlendemain. Emulsion gommeuse. A neuf heures et demie du soir, après une violente toux, elle rend de 7 à 8 onces de sang. Large saignée du bras. Au bout de deux heures, elle recommence à cracher le sang. Nouvelle saignée, qu'on réitère encore à deux autres reprises. Cependant la perte sanguine continue. Cinquième saignée. La nuit est inquiète; il s'établit une expectoration toujours teinte de sang.

M. Fantonetti vit cette malade le matin. Interrogée sur les phénomènes qui précédaient l'hémoptysie, elle répondit qu'elle éprouvait d'abord une sensation de froid aux extrémités, puis comme un poids vers la poitrine, accompagné de dyspnée, et enfin un prurit à la gorge qui l'obligeait de tousser. La peau était fraîche, le visage pâle, pouls tendu, à 68. Bruit respiratoire éminemment puérile dans les deux poumons. Râle crépitant à grosses bulles sous la clavicule gauche, inspiration un peu difficile et provoquant parfois la toux. Le sang de la saignée est à peine couenneux.

Quoiqu'il n'y eut pas là une périodicité absolue, la quantité de sang que la

malade avait déjà perdu et l'insuccès flagrant des saignées engagèrent à employer le sulfate de quinine. Il fut donné à la dose d'un scrupule en huit pilules à prendre dans la journée. On suspend le médicament pour observer ce qui se passerait, et à neuf heures du soir les crachats redeviennent *copieusement sanguins* pendant toute la nuit. On reprend le sulfate de quinine à la dose de 12 grains, pendant trois jours. L'écoulement sanguin cesse. Des crachats muqueux abondans surviennent; le pouls est à 102 pendant presque toute la journée; la peau chaude. La malade refuse de continuer le sulfate de quinine, dont chaque dose, pendant les deux derniers jours, lui a fait ressentir une douleur violente à la tête, de la pesanteur à l'estomac, un malaise général, des palpitations et des battemens aux artères temporales. Emulsion de gomme arabique et eau de laurier cerise. Ces phénomènes disparaissent graduellement; et au bout de quelques jours la malade était complètement guérie.

Les deux observations de M. Fantonetter paraîtront assurément on ne peut plus probantes au point de vue que nous avons spécifié en commençant; et elles jetteront sur la nature de ces affections une lumière d'autant plus utile qu'elle se reflète tout entière sur leur traitement. La première offre un exemple type de périodicité, et l'on ne peut mieux la comparer, sous ce rapport du moins, qu'à l'indisposition observée par M. Combes sur lui-même, et dont il a rapporté les détails. (V. Gaz. méd., 1842, p. 539.) La puissance du quinquina a paru ici aussi souveraine que l'inefficacité du traitement antiphlogistique le plus actif a été démontrée.

Si la seconde observation n'a pas la même valeur au point de vue de la périodicité des accès, elle se recommande à un autre titre à l'attention des lecteurs. Le malade a présenté quelques symptômes d'une inflammation thoracique, et l'on voit cependant combien ils étaient illusoires, puisque cinq saignées coup sur coup n'ont pu les enrayer, tandis que quelques grains de quinquina ont suffi pour terminer l'accès et en prévenir le retour.

Ce dernier fait nous offre encore l'intérêt d'une double expérimentation thérapeutique, faite par deux procédés, l'un et l'autre également instructifs. On y voit d'abord le crachement de sang, arrêté par le quinquina, reparaître dès qu'on suspend le médicament, pour cesser de nouveau lorsqu'on recommence à l'administrer. Mais l'histoire des derniers jours de la maladie est bien autrement décisive pour éclairer la nature de l'affection. Après une ingestion prolongée du quinquina, l'économie tout entière ressent l'influence tonique de cet agent, et le système circulatoire manifeste, par les signes les moins douteux, une excitation générale. Et néanmoins, quelque influence qu'ait un pareil état pour établir une fluxion sanguine, à plus forte raison pour faire reparaître celle qui venait à peine de s'éteindre, la convalescence suit paisiblement son cours, et une guérison rapide vient nous montrer que le principe du mal ne procédait pas d'une surexcitation de l'organisme, mais au contraire d'une disposition spécifique que le quinquina a neutralisée, bien que son action elle-même ait produit dans ce cas une surexcitation véritable.

SUR LE TRAITEMENT DE LA GRENOUILLETTE; par M. CAPPELLETTI.

M. Cappelletti a guéri deux cas de grenouillette en incisant la tumeur et en renouvelant pendant plusieurs jours l'introduction de charpie imbibée d'une solution de nitrate d'argent entre les lèvres de la plaie et dans l'intérieur de la cavité. Par ce procédé, il a amené l'inflammation puis l'oblitération de la poche. De ce succès par l'oblitération de la poche morbide, il conclut que la grenouillette, loin d'être formée, comme on l'enseigne généralement, par une dilatation des conduits de Warthon consiste dans le développement d'un kyste indépendant de ces canaux excréteurs. C'est là du reste l'opinion émise par M. Breschet pour la grenouillette des enfans nouveaux-nés, opinion que ce savant anatomiste a, appuyée sur des faits irrécusables. Mais M. Cappelletti, à l'instar de Fabrice d'Aquapendente, de Fleischmann, etc., généralise cette application et l'étend à toute espèce de grenouillette et à tous les âges. Si la tumeur, dit-il, avait l'origine qu'on lui assigne dans le conduit de Warthon, pourquoi son incision se refermerait-elle si promptement et si constamment, tandis qu'une plaie du conduit de Sténon donne lieu à une fistule souvent incurable? Ne devrait-il pas suffire alors, pour la guérir, d'en emporter une portion plus ou moins considérable? Il est d'ailleurs bien remarquable, ajoute-t-il, que la grenouillette ne siége jamais sur l'orifice du conduit de Sténon. Enfin, l'analyse chimique démontre, dans le liquide que contient la grenouillette, une différence réelle de composition d'avec la salive.

Nous laissons à juger la valeur de ces considérations. L'opinion à l'appui de laquelle on les a réunies n'est pas nouvelle, mais elles apportent des faits de guérison en sa faveur, et, par conséquent, elles méritent d'être mentionnées et pesées. Peut être le moyen curatif qu'elles tendraient à faire réintégrer dans la pratique a-t-il été jusqu'ici un peu trop négligé; et nous ne saurions, pour notre compte et même sans plus ample informé, souscrire entièrement au jugement suivant que formule contre lui un de nos ouvrages classiques les plus répandus: « Il serait absurde aujourd'hui d'avoir pour but d'enflammer l'intérieur du kyste pour déterminer l'adhésion de ses parois. » (Dict. en 25 vol., t. xiv, p. 279.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 5 SEPTEMBRE.

DÉVELOPPEMENT DES DENTS.

M. Duvernoy achève la lecture de son mémoire sur les dents des musaraignes. Dans cette seconde partie, il traite particulièrement du rapport des dents avec les mâchoires, de leur développement et de leur succession chez les musaraignes.

Le développement des dents chez ces animaux a lieu dans une rainure superficielle ou profonde des mâchoires et à la place précise qu'elles doivent occuper pendant leur usage.

La capsule, qu'on peut regarder comme l'agent de leur développement, ou du moins dans laquelle ce travail organisateur se passe, est extérieure et fait saillie dans la cavité buccale, pour toute la partie de cette capsule qui répond à la couronne de la dent.

Le germe de ces dents comprend non seulement la couronne, mais encore les racines; celles-ci sont déjà enveloppées du ciment alvéolaire à l'état pulpeux, dans cette capsule dentaire très compliquée.

Je dis capsule dentaire très compliquée, ajoute l'auteur, parce qu'une de ces capsules renferme à la fois plusieurs dents et leur cément (toutes les molaires d'un côté); et qu'en cela elle est comparable à la capsule d'une dent composée, d'une molaire d'éléphant ou de cabiai.

Quoique toutes ces parties d'une même dent m'aient paru développées à la fois et atteindre ensemble le volume qu'elles doivent avoir, la couronne est celle de ces parties qui durcit la première et la racine la dernière. Celle-ci durcit par lames ou couches insensibles de l'extérieur à l'intérieur dans toute sa longueur, et non par cônes qui s'emboîteraient les uns dans les autres, et qui s'allongeraient successivement du collet de la dent vers l'extrémité de sa racine.

Le durcissement de la dent de l'extérieur à l'intérieur, comparativement à celui de l'os qui a lieu en sens inverse s'explique par la position relative différente de l'organe producteur de l'un et de l'autre. Dans l'os, la position extérieure du périoste nécessitait ce durcissement, à commencer du point le plus éloigné de cet organe d'ossification, afin de conserver au périoste toute sa puissance d'action nutritive sur la partie non encore ossifiée; laquelle puissance aurait été entravée si l'ossification avait commencé par les parties les plus rapprochées de cette membrane. C'est au contraire dans l'axe de la dent et non à la surface de la substance dentaire principale que siége l'organe producteur de cette substance principale. C'était donc par le côté opposé, c'est-à-dire par sa surface extérieure que devait commencer son encroûtement de sels calcaires, et par suite son durcissement, afin de conserver la perméabilité nécessaire aux canaux qui devaient porter ces sels dans les parties toujours les plus éloignées du centre d'action nutritive.

La circonstance bien constatée par nous, dans la deuxième dentition, que les racines atteignent, avant de durcir, le plus haut degré de leur durcissement, et qu'elles ne durcissent que postérieurement de la manière que nous venons d'indiquer, est une manifestation évidente de la transformation d'une partie du bulbe formant le canevas encore mou de la substance principale, en cette substance durcie; l'idée de la simple transsudation à la surface du bulbe ne s'expliquerait pas aussi bien avec cette circonstance.

Les tubes de la substance principale nous ont présenté, dans plusieurs cas, dans leur diamètre relatif, leurs divisions, leurs anastomoses, les réseaux que forment leurs dernières ramifications, suivant qu'on les observe près de leur origine, autour des parois de la cavité du noyau pulpeux, dans leur trajet à travers la gangue homogène qui constitue avec ces tubes toute la substance principale jusqu'à la dernière limite de cette substance, des différences considérables. Ces différences sont encore un puissant motif pour ne pas admettre que la substance tubulée principale puisse être transformée par couches successives qui se formeraient à la surface du bulbe. Il en résulterait nécessairement une uniformité dans les dimensions et la disposition des tubes de toute l'épaisseur de cette substance qui n'existe pas en réalité.

Le cément alvéolaire destiné à souder les dents entre elles et aux mâchoires croît et durcit simultanément avec leurs racines.

Tous ces phénomènes se passent en dehors du périoste de la mâchoire, qui m'a paru bien évidemment exister dans la rainure ou dépression des os intermaxillaires, maxillaires et mandibulaires dans laquelle les dents sont placées.

Les dents des musaraignes se renouvellent à la fois comme par une sorte de mue particulière: ce renouvellement paraît avoir lieu au mois de juillet dans nos climats. Il doit se faire en peu de temps, l'animal étant probablement dans l'impossibilité de saisir une proie et de la dévorer aussi longtemps qu'il dure. Ces deux dernières propositions sont cependant encore à vérifier.

MOUVEMENS INTRINSÈQUE DU POUMON; NOUVELLE CAUSE D'EMPHYSÈME PULMONAIRE.

M. Longet lit un mémoire ayant pour titre: Recherches expérimentales

SUR LA NATURE DES MOUVEMENS INTRINSÈQUES DU POUMON ET SUR UNE NOUVELLE CAUSE D'EMPHYSÈME PULMONAIRE. Voici les conclusions de cet intéressant travail, que nous publierons prochainement en entier :

1° Le galvanisme, appliqué aux rameaux que le nerf vague envoie aux premières divisions des bronches, donne lieu à des contractions manifestes de ces conduits, si toutefois l'on opère sur des animaux d'une taille élevée.

2° La section des nerfs pneumo-gastriques peut être suivie d'emphysème pulmonaire.

3° Ce résultat expérimental empêche d'admettre que les parois des vésicules, cellules ou capillaires aériens du poumon sont formées par du tissu fibreux élastique.

4° Ces parois sont douées d'une contractilité active, soumise au nerf vague.

5° Cette contractilité étant abolie par la section de ce nerf, le renouvellement d'air respirable devient impossible dans les derniers conduits aériens, quoique leur élasticité persiste.

6° La circulation devient difficile et même s'interrompt sur les parois de ces conduits, d'ailleurs fortement distendus par un air vicié et saturé d'acide carbonique.

7° L'emphysème compliqué d'engargement pulmonaire ne saurait être regardé comme propre à favoriser une respiration supplémentaire. Cet état est tout à fait impropre à l'hématose et constitue après la section des pneumo-gastriques une cause d'asphyxie qu'il faut joindre à l'occlusion de la glotte, à l'engorgement sanguin des poumons, à l'épanchement séro-muqueux des bronches.

CRANIOSCOPIE.

M. CARUS envoie à l'Académie des planches explicatives d'une cranioscopie scientifique, dont il est question dans son système de physiologie et sur laquelle il a publié un ouvrage l'année dernière. Sa théorie est basée, dit-il, sur l'étude des différentes relations des trois vertèbres de la tête dans différens individus.

TRAITEMENT DIRECT DE L'HÉMATURIE.

M. LEROY-D'ETIOLLES, renonçant à son tour d'inscription pour ne pas occuper l'Académie par la lecture d'un mémoire faisant suite à d'autres travaux, dépose sur le bureau un travail relatif *aux moyens d'extraire de la vessie le sang coagulé dont quelquefois elle est remplie dans les hématuries abondantes.*

Après avoir rappelé l'unanimité des auteurs depuis Arétée, de Cappadoce, jusqu'à Boyer, sur cet épanchement de sang; après avoir montré que la sonde même la plus volumineuse est obturée par les caillots; que les injections sont impossibles dans une vessie déjà remplie outre-mesure; que si les alcalis empêchent la coagulation par leur mélange avec le sang avant le refroidissement, ils ne rendent pas liquide le caillot déjà formé; que l'emploi du brise-pierre proposé par un opérateur de lithotritie pour rompre les caillots n'est pas suffisamment motivé et peut être dangereux; après avoir établi enfin que l'incision du périnée conseillée par Severinus, pratiquée par A. Cooper et soutenue par son neveu B. Cooper, n'est justifiée qu'autant que le passage de l'urètre est fermé par un rétrécissement, une pierre ou tout autre obstacle, M. Leroy-d'Etiolles indique un moyen simple qui seul lui a réussi dans cinq cas de replétion de la vessie, par du sang, des plus complets qui se puissent voir; ce moyen, c'est l'épuisement par l'introduction d'une grosse sonde en gomme à courbure fixe, sans mandrin, répétée autant de fois qu'il est nécessaire pour l'évacuation complète. M. Leroy-d'Etiolles est parvenu ainsi à extraire jusqu'à 2 kilogrammes de sang coagulé, sans que le passage de la sonde, renouvelé plus de cent fois dans l'espace de quelques heures, ait causé ni accident, ni douleur.

Il n'y a pas, j'en conviens, dans un tel procédé, d'invention brillante, dit en terminant M. Leroy, c'est simplement une œuvre de patience; mais j'ai pensé qu'il pourrait être utile, dans des circonstances semblables à celles en présence desquelles je me suis trouvé; c'est pour cela que je crois devoir le faire connaître.

—M. CHIBERT adresse deux mémoires, l'un sur le traitement de la fièvre typhoïde, l'autre sur l'ivresse considérée dans ses effets physiologiques, et particulièrement dans ses rapports avec la phrénologie.

EXISTENCE D'UN CRYPTOGAME DANS LES RACINES DES POILS DE LA BARBE.

M. Gruby adresse un travail intitulé : Sur un nouveau cryptograme se logeant dans les racines des poils de la barbe chez l'homme et constituant une espèce de *mentagre contagieuse.*

Cette maladie siége dans la partie pileuse de la face, mais plus ordinairement sur le menton, la lèvre supérieure et les joues. Elle couvre toutes ces parties d'écailles blanches, grises et jaunâtres qui ont de 2 à 6 millimètres de large sur 3 à 8 millimètres de long. Elles sont un peu convexes au milieu, leurs bords sont anguleux, un peu déprimés et traversés de toutes parts par les poils; elles ne sont que légèrement attachées à la peau sous-jacente, mais adhérent fortement aux poils, de telle sorte que lorsqu'on enlève une écaille, on enlève en même temps le poil.

L'examen microscopique montre que les écailles ne sont composées que de cellules de l'épiderme; mais il découvre au contraire que toute la partie dermatique du poil est entourée de cryptogames formant une couche végétale entre la gaine végétale du poil et le poil lui-même, de sorte que celui-ci est enfoncé dans une gaine exclusivement formée de cryptogames, comme le doigt dans un gant.

Mais, chose remarquable, ces cryptogames ne dépassent jamais la surface de l'épiderme; ils prennent naissance dans la matrice du poil et dans les cellules dont sa gaîne est composée, et ils remontent pour envelopper la partie du poil engagée dans la peau. Ils se présentent partout avec une quantité innombrable de sporules qui restent adhérens, d'une part, à la surface interne de la gaîne du poil, et de l'autre, au poil lui-même; leur adhérence à la gaîne est très forte. La partie dermatique du poil ne change pas de forme.

Quant à la description particulière de ces cryptogrames, chaque individu se compose d'une tige, de plusieurs branches et de sporules.

Cette maladie de la peau est donc une maladie purement végétale, et différant, par sa nature, de toutes les autres affections avec lesquelles elle a une apparente analogie, du psoriasis, de l'impétigo, de la mentagre tuberculeuse. Elle doit donc prendre rang dans cette classe de maladies nouvelles, telles que le favus et le muguet, qui sont constituées par des plantes parasites, et que l'on doit désigner par un nom en rapport avec leur origine, par la dénomination de *nosophytes.*

On laisserait alors l'ancien nom de mentagre à l'affection qui ne présente pas de ces parasites, et l'on appellerait celle-ci *mentagrophite*; de même que l'espèce de teigne caractérisée par la présence des mycodermes prendrait le nom de *porrigophyte*, et le muguet celui de *aphtophyte.*

NOUVEAU MOYEN D'ARRÊTER LES HÉMORRAGIES.

M. Négrier envoie cinq observations qui confirment l'efficacité du moyen qu'il a proposé pour arrêter les hémorragies nasales. Ce moyen, dont nous donnerons dans la prochaine revue des journaux français une description plus étendue, consiste à élever l'un des bras ou tous les deux. J'assure de nouveau, dit en terminant l'auteur, que chaque fois qu'un bras ou les deux bras ont été relevés pour suspendre une hémorragie nasale, le sang a cessé tout aussitôt de couler, quel que fût le caractère de l'hémorragie. Le moyen a toujours agi *immédiatement*, et dans les cinq cas que je rapporte, l'écoulement du sang a *toujours* été définitivement arrêté.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 6 SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BARTHÉLEMY.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

ÉLECTIONS DE L'ACADÉMIE.

L'ordre du jour est la nomination d'une commission de onze membres chargés de déterminer la section dans laquelle devra se faire le remplacement auquel donne lieu le décès de MM. Planche, Maury et Robiquet.

M. CHEVALLIER : Le comité d'administration a l'habitude de dresser d'avance une liste contenant les noms des membres qu'il propose pour la commission. Ce mode de procéder enchaîne, jusqu'à un certain point, nos suffrages. Il vaudrait bien mieux faire circuler un tableau de tous les membres de l'Académie répartis par sections. Le choix se ferait plus librement, alors qu'il pourrait porter sur un plus grand nombre de candidats.

M. BOUSQUET : L'Académie conserve, dans l'état actuel, toute sa liberté. Si le conseil prépare à l'avance des listes, c'est seulement pour faciliter l'opération et la rendre plus prompte.

M. BOULEY : Quand une liste est faite d'avance, il est hors de doute que les noms qu'elle présente à nos voies obtiennent l'avantage sur ceux que désignent seulement des suffrages jetes au hasard. Lorsqu'il s'agit de nommer des commissions chargées de fonctions importantes, il serait beaucoup plus convenable de mettre huit jours d'avance sous nos yeux le tableau de tous les membres de l'Académie, pour que nous ayons à choisir parmi eux. (Appuyé! Appuyé!)

La proposition de M. Chevallier est mise aux voix et adoptée.

La commission sera composée de MM. Villeneuve, Huzard, Cornac, Collineau, Espiau, Poirson, Labarraque, Delens, Thillaye, Dizé et Holler.

MÉNINGITE ÉPIDÉMIQUE.

M. FERRUS fait, au nom de MM. Gasc, Baron, et au sien, un rapport sur un mémoire de M. le docteur Rollet, de Nancy, intitulé : DE LA MÉNINGITE CÉRÉBRO-RACHIDIENNE, ET ENCÉPHALO-MÉNINGITE ÉPIDÉMIQUES.

Cette affection qui a récemment décimé plusieurs parties de la France s'est aussi montrée à Nancy. M. Rollet qui a eu occasion de l'observer à l'hôpital militaire en a tracé l'histoire d'après sa propre expérience, et a communiqué à l'Académie le résultat de sa pratique.

M. le rapporteur passe en revue les mémoires publiés sur le même sujet par MM Gassot, Castier, Forget, Chauffard, Lamotte et Lesbès. M. Rollet, continue-t-il, venant après ces auteurs n'a pu tenir compte de leurs observations, et ç'a été pour son travail une condition puissante de précision et d'intérêt.

Son premier soin a d'abord été de dénommer la maladie; prenant pour point de départ ses différences de siége et de degré, il l'appelle méningite cérébro-rachidienne ou encéphalo-méningite selon qu'elle a envahi les membranes seulement ou la substance cérébrale elle-même. Dans le premier cas, l'affection n'est presque jamais mortelle, et lorsqu'une terminaison funeste a lieu, on peut presque assurer que l'altération s'étendait aux parties profondes.

M. Rollet, après avoir ainsi fixé la nature et les degrés du mal, s'est appliqué à faire un emploi utile de cette précision dans les termes, en se servant de moyens de traitement plus directs et plus actifs dans la méningite proprement dite que dans l'encéphalo-méningite.

Le plan de traitement qui lui a le mieux réussi a consisté dans l'emploi de la méthode antiphlogistique. Il y a joint aussi dans les cas graves un moyen plus actif, la cautérisation. Voici comment il l'a appliquée chez un sujet qui était déjà arrivé à la période comateuse. On pratiqua huit cautérisations avec le fer

rouge en l'appliquant sur toute la longueur de la colonne vertébrale jusqu'aux lombes, changeant de fer lorsque le premier avait perdu de sa chaleur et déterminant partout une brûlure au troisième degré. Le malade avait été saigné la veille. Insensible pendant les deux premières cautérisations, il fit quelques mouvemens à la troisième et poussa ensuite des cris ; mais avant la fin de l'opération il était tombé dans la stupeur. On appliqua 40 sangsues sur les côtés du cou. Le sujet mourut le lendemain matin.

Ce mode de traitement a été mis en pratique dans d'autres cas et varié suivant les circonstances soit pour le nombre des cautérisations, soit pour les moyens que l'on a associés à son emploi, et l'auteur en a obtenu des succès multipliés.

M. Rollet ne croit pas que la maladie ait été produite par un empoisonnement miasmatique ; nous pensons qu'il a raison, mais ce ne serait pas là un motif pour dire que tous les auteurs qui ont soutenu la doctrine contraire se sont trompés ; car ce qui est vrai à Nancy peut bien ne l'avoir pas été à Metz.

En résumé, sur 28 malades traités par lui, M. Rollet en a guéri 20.

Nous pensons que son travail si consciencieux et si intéressant est un véritable service rendu à la science, et nous vous proposons en conséquence d'adresser à l'auteur une lettre de remercîmens, d'inscrire son nom sur la liste des candidats au titre de membre correspondant et de renvoyer son mémoire au comité de publication.

M. Rochoux : Je n'ai que des éloges à donner à l'excellent rapport de M. Ferrus. Mais je ne puis admettre que, sur 28 malades atteints de méningo céphalite et rachidienne, observés par M. Rollet, il n'en ait perdu que 8, car ces résultats seraient tout opposés à ceux qui ont été constatés par MM. Guersant, Rilliet, Larget-Piel, Barthez, etc. ; pour ma part, je suis complètement de leur avis, lorsqu'ils disent n'avoir jamais vu guérir un seul malade atteint de méningite bien caractérisée. Je pense donc que M. Rollet a commis des erreurs de diagnostic, et qu'il a eu affaire à des fièvres pernicieuses. Ce qui tendrait à prouver qu'il s'agit d'affection de ce genre dans l'épidémie de Nancy, c'est que le quinquina a été employé avec succès. Or, tout le monde connaît la puissance de ce médicament dans ces sortes de fièvres. Enfin, je me permettrai de dire en terminant que si M. Rollet avait lu Lancisi, il aurait vu la différence qui existe entre la méningite et les fièvres pernicieuses, et il ne nous aurait pas mis alors dans la nécessité d'expliquer ses succès par des erreurs de diagnostic, qu'il eût appris à éviter.

M. Dubois (d'Amiens) : Si je ne me trompe, M. Rollet a rangé les malades en deux catégories, ceux atteints de méningite rachidienne, et ceux affectés de méningite encéphalique ; eh bien ! je ne trouve pas dans les caractères différentiels établis par M. Rollet, entre les symptômes observés chez les malades, la justification de cette division. Je ne trouve pas non plus que M. Rollet ait établi le diagnostic différentiel entre la méningo céphalite et la cérébrite ; sur des symptômes bien caractéristiques de ces deux affections. Je pense que la commission aurait dû discuter ces points de diagnostic qui me paraissent obscurs. Quant aux guérisons obtenues par M. Rollet, je ne puis, pour les expliquer, que me ranger à l'avis de notre collègue, M. Rochoux.

M. Castel : M. Rochoux a parfaitement raison de croire que M. Rollet a commis des erreurs de diagnostic. Les maladies du cerveau et de ses enveloppes sont trop graves pour qu'on doive espérer de les guérir. Je vois au reste, dans le début de la maladie épidémique signalée par notre confrère, tous les symptômes propres aux fièvres malignes, et d'autre part, j'y vois la puissance souveraine du quinquina. Or, il est évident qu'il ne s'agissait pas d'inflammations, car il y aurait eu une contradiction choquante à administrer ce médicament, ainsi que l'opium, dont les effets sont, comme tous les médecins le savent, de congestionner le cerveau.

M. Royer-Collard : Dans la dernière partie du rapport, auquel je donne du reste, mon assentiment complet, j'aurais désiré que M. Ferrus eût développé davantage les deux doctrines qu'il met en présence, la doctrine des anatomo pathologistes, qui nient les constitutions épidémiques, et la doctrine des vitalistes, qui rejettent les lésions d'organes comme caractérisant seules une maladie. Quant à moi, l'existence des constitutions épidémiques me paraît un fait trop bien constaté, pour être aujourd'hui un sujet de doute ; et il me semble que M. le rapporteur n'aurait pas dû hésiter à se prononcer franchement sur ce point.

M. Honoré : Je disais tout à l'heure à M. le rapporteur que le mémoire de M. Rollet ne fournissait pas les élémens suffisans d'une discussion. Dans les épidémies, ce ne sont pas absolument les caractères anatomiques qu'il faut étudier, mais la marche de la maladie, en observant pour ainsi dire heure par heure chaque malade. M. Rollet dit que, dans certains cas, il y avait une tendance à des intermissions. Tout était là ; c'était la marche du mal, bien plus que ses symptômes, qu'il fallait prendre en considération ; ne sait-on pas qu'il y a des affections qui, après avoir revêtu le type intermittent dont on ne s'était pas aperçu, tendent incessamment à perdre ce type ; alors, si on n'y prend garde, on s'expose à perdre tous ses malades. Cela est arrivé dans toutes les épidémies. Si le quinquina a échoué dans quelques cas, cités par M. Rollet, est-ce une raison de croire qu'on n'avait pas eu à traiter des fièvres pernicieuses ? Non, sans doute, car il y a un moment passé lequel la puissance de ce médicament devient presque nulle ; mais cela ne prouve pas contre le quinquina ; car les lésions trouvées à l'autopsie pourraient bien n'avoir été que secondaires.

M. Bousquet : La maladie décrite par M. Rollet a régné épidémiquement dans plusieurs villes de France, à Strasbourg, à Nancy, à Versailles, etc. M. Chauffard l'a observée à Avignon. Ce médecin distingué, élevé à l'école de Broussais, a employé le traitement antiphlogistique sur les 31 premiers malades qu'il a eu à traiter. Sur ce nombre 30 sont morts. Chez ceux qui ont succombé dans les premiers jours il a trouvé, à l'autopsie, des traces d'inflammation des méninges encéphaliques et du pus infiltré entre ces membranes. Chez ceux qui succombaient du neuvième au dixième jour, il existait aussi des traces d'inflammation et de plus, on trouvait un ramollissement du cerveau. Enfin, chez les malades qui mouraient à une époque plus avancée encore, outre les lésions qui viennent d'être indiquées, on trouvait un ramollissement pultacé dans quelques points du cerveau, et une perte de substance de la moelle épinière. M. Chauffard était donc convaincu que la maladie épidémique qu'il observait était une phlegmasie des méninges du cerveau et de la moelle épinière. Cependant, il revint à l'opinion des vitalistes, il tint compte des symptômes plutôt que des résultats offerts par l'autopsie, et dès lors il renonça aux antiphlogistiques pour essayer l'opium. Eh bien ! à partir du moment où il employa ce médicament il perdit peu de malades, et pourtant l'épidémie était encore dans toute sa force et n'avait perdu aucune gravité quant aux symptômes ; et les médecins qui, à côté de lui, tenaient une conduite différente perdaient tous leurs malades. Non seulement, M. Chauffard eut recours à l'opium dans la maladie épidémique proprement dite ; mais encore il n'eut qu'à se féliciter de l'avoir administré dans des pleurésies, des pneumonies, des péritonites, etc., qui se montrèrent à la même époque.

M. Ferrus : En supposant que M. Rollet se soit trompé sur le diagnostic, il n'y aurait plus rien à dire et nous regretterions d'avoir entretenu si longtemps l'Académie d'un travail insignifiant. Mais n'en déplaise à nos honorables confrères, nous pensons que M. Rollet ne mérite pas le reproche qu'on lui adresse. Son instruction et ses lumières ne peuvent être mises en doute, et d'ailleurs tous les médecins qui, à Strasbourg, à Versailles, à Avignon, ont observé des épidémies semblables, partagent son opinion sur sa nature ; tous se sont posés la question des fièvres pernicieuses et y ont, après examen, répondu négativement.

J'ai dit que M. Rollet avait signalé des intermissions dans quelques-unes de ses observations ; mais je répète qu'elles ne se sont présentées que rarement et dans les derniers temps de la maladie. Je repousse donc cette première objection qui tendrait à prouver que M. Rollet avait affaire à des fièvres pernicieuses. En tout cas s'il y avait erreur commise par ce médecin, elle aurait été partagée par MM. Chauffard, Faure Villard, etc. On a parlé du quinquina, mais M. Rollet ne l'a administré que dans deux cas. M. Dubois s'étonne de ce que la méningite simple ait été placée dans les cas légers ; telle n'est pas la pensée de M. Rollet ; il dit en effet qu'elle n'est pas grave, mais seulement en la comparant aux méningo-encéphalite-rachidienne observés par M. Faure, cas dans lesquels il y avait de la stupeur, insensibilité des membres inférieurs, menace d'asphyxie, etc., nul doute que le diagnostic de ces affections ne soit très difficile ; mais pour l'éclaircir il faut s'y attacher ; or nous croyons que M. Rollet a fait sur ce point tout ce qui lui était possible dans l'état de la science. Je maintiens qu'il n'a pas commis les erreurs de diagnostic qu'on lui reproche et qui seraient d'ailleurs communes aux honorables confrères qui, appelés en consultation par lui, ont explicitement partagé son avis. Quant à sa thérapeutique elle découle de l'observation ; et non pas de doctrines contre lesquelles il faut être en garde parce qu'elles voudraient nous ramener à un vitalisme absolu que pour ma part je ne puis admettre. Sans doute il y a quelque chose à faire pour éclairer la question encore si obscure des épidémies ; c'est à la commission nommée par l'Académie, à rassembler, à classer et à discuter les matériaux nombreux qu'elle possède.

On a dit que M. Chauffard était arrivé à donner l'opium à ses malades, parce qu'il s'était placé au point de vue des constitutions épidémiques. Cette assertion n'est pas exacte, M. Chauffard n'a fait usage de ce médicament que parce qu'il avait échoué avec tous les autres moyens de traitement.

M. Royer-Collard nous reproche de ne pas avoir discuté la question des constitutions médicales. Tel n'était pas le plan de mon rapport que je trouvais déjà trop étendu. Je n'ai voulu parler que de l'épidémie si grave qui a sévi avec tant de violence sur nos malheureux conscrits.

M. Rochoux insiste de nouveau sur ce qu'il a dit au commencement de la discussion.

M. Castel revient sur la discussion à laquelle il s'est déjà livré, et il ajoute que la nostalgie, qui est susceptible de produire toutes les maladies, pourrait bien avoir été la cause de l'épidémie de méningite observée sur nos jeunes soldats.

M. Londe : Je propose de modifier les conclusions du rapport, en y laissant percer un doute sur la justesse du diagnostic porté par M. Rollet.

M. Dupuy, comme membre de la commission des épidémies, déclare que la plupart des travaux sur les épidémies envoyés à l'Académie sont relatifs à l'administration, et qu'ils n'offrent aucun intérêt scientifique.

M. Royer-Collard : J'avais demandé que M. le rapporteur voulût bien s'expliquer sur la part qu'il croit devoir accorder à la constitution épidémique dans la production de la maladie observée à Nancy. Cette question est fort importante en effet ; car le génie épidémique, comme on le sait, modifie puissamment la nature des maladies, imprime à leurs symptômes un cachet spécifique, et change souvent entièrement leur degré de curabilité. En admettant ce principe, en lui faisant une part aussi large qu'il le mérite, on comprend qu'ici la maladie n'était plus une méningite pure et simple, mais une maladie épidémique *sui generis*, dont le siége et les caractères anatomiques n'avaient plus qu'une importance accessoire. On comprend aussi comment elle a pu se présenter avec une physionomie différente dans les diverses localités qu'elle a parcourues. On comprend enfin comment tel moyen de traitement a pu réussir ici et échouer ailleurs, sans qu'on soit en droit d'en tirer aucune conclusion pour ou contre son efficacité absolue. Vous le voyez, en jugeant à ce point de vue le mémoire de M. Rollet, tout s'éclaire, les objections se résolvent d'elles-mêmes, et les prétendues contradictions qu'on lui reproche disparaissent. (Approbation.)

M. Ferrus : Pour répondre un dernier mot à M. Rochoux, je dois dire que les observations de M. Guersant étant relatives à des enfans affectés de méningite tuberculeuse, il n'est pas étonnant que la mortalité ait été si grande. Ainsi, il ne serait pas juste de comparer ces résultats avec ceux que M. Rollet a obtenus chez des malades affectés de méningo-encéphalites et rachidiennes simples, c'est-à-dire sans granulations, ni tubercules. Quant à la question des épidémies, je n'ai pas

cru devoir la discuter dans mon rapport, mais il est certain que M. Rollet a envisagé dans ce sens la maladie qu'il a observée.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

La séance est levée à cinq heures et demie.

VARIÉTÉS.

LE DOCTEUR RIBES, EX-MÉDECIN EN CHEF DES INVALIDES, A M. LE RÉDACTEUR DE LA GAZETTE MÉDICALE.

Monsieur,

Mes amis, qui croient savoir la cause de la disgrâce que j'ai éprouvée, n'ont rien diminué de leur estime pour moi; mais beaucoup de personnes avec lesquelles je suis en bonnes relations, et dont j'ai la confiance, que je désire conserver, me font mille questions qui ne peuvent que me désobliger, parce que je n'aime pas que, sur ce qui me regarde, on ait à chercher la vérité dans le chaos des conjectures.

Pour le moment, ne pouvant pas m'expliquer sur le motif qu'on veut dissimuler de ma retraite, je me vois forcé de faire connaître brièvement ce que j'ai fait pour la science et pour l'humanité pendant nos longues guerres, et à cet effet je vous prie, Monsieur le rédacteur, de vouloir bien accorder à mon article la faveur d'être inséré dans votre intéressante GAZETTE.

J'ai l'honneur, etc.

RIBES.

Paris, 31 août 1842.

> L'esprit de justice fait la force et la sûreté des Etats.

LE DOCTEUR RIBES, MÉDECIN PRINCIPAL DE PREMIÈRE CLASSE, EX-MÉDECIN EN CHEF DE L'HÔTEL ROYAL DES INVALIDES,

A MM. LES DOCTEURS BRETONNEAU, DUMÉRIL, HUSSON, RENAUDIN, THERRIN, RESTE DES FONDATEURS DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION.

Mes chers confrères,

Nous voilà réduits à six; encore quelques années, et nous aurons tous vécu.

Lorsque le torrent révolutionnaire eut entraîné tous les corps savans, vous vous souvenez que nous nous réunîmes à Bichat, Richerand, Dupuytren, Alibert, Marc, et à plusieurs autres jeunes condisciples, et nous formâmes le noyau de la Société médicale d'émulation, à l'illustration de laquelle nous avons concouru par nos faibles travaux. Tous les savans de l'Europe s'empressèrent de s'unir à nous, soit commes associés, soit comme correspondans. C'est à la faveur de ces souvenirs que je m'adresse à vous pour rappeler ce que j'avais fait alors, pour vous apprendre ce que j'ai fait depuis, et pour vous faire savoir que malgré mes longs services et ceux que je pourrais rendre encore à la science et à l'humanité, j'ai été brusquement mis à la retraite, et sur-le-champ remplacé par un personnage *fictif;* car j'apprends, par l'écho, *journal de tout le monde*, que la place, mal défendue à dessein, a été reprise, au moyen d'intrigues, par un assaillant très connu, et à l'aide d'un Anglais. Aujourd'hui, il est à craindre que la place importante que j'avais à défendre, prise et reprise après avoir soutenu tant d'assauts, ne finisse par être dégradée.

J'étais entré aux Invalides le 24 septembre 1792, sur la présentation de M. Sabatier, avec l'agrément du malheureux M. de Sombreuil, alors gouverneur de l'Hôtel, et sur l'approbation du ministre de la guerre. En 1793, le comité de salut public mit en réquisition tous les officiers de santé de la république; ils étaient arrachés à leurs familles et envoyés aux armées pour soigner les blessés; mais, ce qui étonnera peut-être, c'est que la convention nationale, par égard pour les invalides, crut ne devoir nous atteindre qu'au moyen d'une loi spéciale, et le 23 février 1793 elle décréta que les officiers de santé de l'Hôtel national des Invalides qui partiraient pour l'armée reprendraient leurs places à la paix, et jouiraient, pendant leur absence, de tous les avantages que leur séjour à l'Hôtel aurait pu leur procurer. C'est sous la protection de ce décret que je partis pour l'armée, et je n'ai plus quitté le service militaire. J'ai fait les plus pénibles campagnes de la république et de l'empire. J'ai soigné sur le terrain, sous la direction de mon illustre ami, M. le baron Larrey, et du baron Yvan, les blessés dans vingt grandes batailles, dix-sept combats et trois sièges.

En Espagne, sur la montagne Noire, j'étais peu éloigné du général en chef Dugommier, lorsque le 27 brumaire an III, il fut frappé par un éclat d'obus qui lui écrasa le côté droit de la poitrine et le poumon; il ne survécut que dix minutes à cette blessure.

Le 8 février 1807, à la bataille d'Eylau, je fus nommé membre de la Légion-d'Honneur. Cette bataille, sanglante pour les deux armées, très honorable pour nos soldats, ne fut pas non plus sans honneur pour la chirurgie militaire. Un brouillard de neige extrêmement épais jeta un instant le trouble dans la division de dragons. Ces guerriers, ordinairement si braves, reculèrent en désordre jusque sur notre ambulance, et nos blessés eurent un peu à en souffrir. Dans ce moment, j'aidais mon illustre ami Larrey à faire une amputation de jambe. Ce grand chirurgien ne se dérangea pas plus que si rien ne s'était passé auprès de lui. Il était ce jour-là si empressé de secourir les blessés, qu'il fut menacé d'une paralysie de vessie, pour avoir trop longtemps résisté au besoin d'uriner.

Après les batailles de Bautzen et de Wurchen, le 23 mai 1813, à cinq heures du soir, le général Bruyère fut blessé à peu de distance de Reichemback; il eut les deux jambes fracturées comminutivement près du genou par un coup de boulet. Je lui fis sur-le-champ l'amputation des deux cuisses. Après avoir terminé l'opération, je remontai à cheval pour aller rejoindre l'Empereur. Mais au moment d'entrer dans le village de Merkersdorff, je rencontrai les généraux Duroc, grand-maréchal du palais, et Kirscheer. Ils marchaient à cheval, côte à côte, et s'entretenaient ensemble. Je fis quelques pas derrière eux, et bientôt un boulet vint les frapper sur le flanc droit et traversa le ventre de ces deux généraux: *un pas plus en avant*, ou *une seconde plus tard*, ce boulet était pour moi et pour mon confrère, le docteur Jouan, qui se trouvait à ma gauche. Le général Kirschner tomba le premier et ne donna aucun signe de vie. Le grand maréchal se tint encore quelques secondes sur son cheval, mais il ne tarda pas à tomber: j'aidai à le ramasser et à le transporter dans une ferme voisine. Aussitôt que l'Empereur eut appris ce fatal événement, il vint, accompagné de ses aides-de-camp et de plusieurs maréchaux de l'empire, visiter son malheureux lieutenant. Cette entrevue fut des plus attendrissantes. L'Empereur entra, prit la main du grand maréchal, la porta sur son sein, et lui dit: « Duroc, adieu! nous nous reverrons dans une autre vie; là nous serons à l'abri de la jalousie et de la mauvaise foi des hommes. » Le maréchal Duroc lui répondit très distinctement: « Sire, je désire que vous trouviez quelqu'un qui soit aussi sincèrement attaché à votre personne que je l'ai été. Je vous prie, sire, de vous éloigner de ce lieu de douleur, trop triste et trop pénible pour vous. » Le maréchal Marmont prit légèrement l'empereur par le bras et l'engagea à sortir. La physionomie de Napoléon était empreinte d'une profonde affliction. Le maréchal Duroc demanda à voir Larrey, son ami, qui, après l'avoir examiné, déclara que la blessure était au-dessus des ressources de l'art. Je fus chargé par l'empereur de donner mes soins au maréchal Duroc, et de ne point le quitter. Je restai près de lui depuis le 23 mai, à sept heures de l'après midi, qu'il avait été blessé, jusqu'au 24, à dix heures du soir, qu'il cessa d'exister: ainsi, il vécut vingt-sept heures encore après avoir reçu le coup mortel; il ne perdit connaissance et ne cessa de parler que deux heures avant d'expirer. Pendant cette longue agonie, le maréchal Duroc ne proféra pas une plainte ni un mot de mécontentement; il supporta son état avec une admirable résignation (1).

J'embaumai le corps du grand maréchal d'après les mêmes procédés que le baron Larrey et moi nous avions employés pour le corps du colonel Morlant. Après cette opération, il fut transporté en France et déposé à l'Hôtel des Invalides.

Je rentrai à Paris le 21 janvier 1814, après les batailles de Leipsig et de Hanau. J'étais très affaibli par les fatigues et les privations que j'avais éprouvées pendant les campagnes de Russie et de Saxe. J'espérais enfin jouir du repos pendant quelque temps; vain espoir: le 25 janvier, à onze heures du soir, quatre jours après mon arrivée dans ma famille, je reçois l'ordre de me rendre sur-le-champ à Fontainebleau, et d'en partir le tendemain à huit heures du matin avec le saint père le pape, pour l'accompagner jusque dans ses états. Un pareil ordre fut pour moi comme un coup de foudre.

Le temps était froid, le pays couvert de neige. Dans l'état de maladie où se trouvait le souverain pontife, l'accompagner en Italie était une mission très délicate et fort grave; car si j'avais eu le malheur de le perdre, on n'aurait pas manqué de faire croire que sa mort n'était pas naturelle, surtout d'après les bruits que la malveillance faisait courir sur la nature de la mésintelligence qu'on prétendait exister entre l'empereur et le pape. Enfin, j'eus le bonheur de remplir ma mission à la satisfaction du saint père. A mon retour à Paris, l'empereur avait abdiqué.

Dans le cours de mes campagnes, je me suis trouvé à deux grandes épidémies de typhus. La première, en Espagne. Notre armée, sous les ordres du général Dugommier, était d'environ vingt-cinq mille hommes, et il y en avait, dans les hôpitaux, dix mille affectés de cette maladie. Il y eut une grande mortalité. Après trois mois de fatigues et de séjour au milieu de nos braves, je fus à mon tour gravement atteint par cette affection.

La seconde épidémie eut lieu pendant la campagne de Saxe, et se propagea jusqu'à Metz et Paris. Il y eut tant de malades et de morts qu'il serait difficile d'en évaluer le nombre. Une chose digne de remarque, c'est que cette maladie se développa dans tous les pays que nos troupes traversèrent.

Pendant toutes mes campagnes et dans les temps les plus difficiles, je n'ai pas discontinué d'instruire les jeunes chirurgiens sur l'anatomie, la physiologie, la pathologie et les opérations chirurgicales. Tous les matins, lors de ma visite, j'avais soin de donner aux jeunes gens une idée nette de la maladie que nous avions à traiter; je leur faisais en peu de mots l'histoire de la marche et de la terminaison de cette maladie abandonnée à elle-même; je leur faisais connaître l'importance de l'étude de la physiologie de l'homme malade, afin de pouvoir bien apprécier et déterminer la conduite qu'on doit tenir pendant le cours d'une maladie grave qu'on n'aura pu faire avorter lors de son apparition. Je dis avorter, oui, parce que c'est quelque chose d'effrayant, tout ce qui peut arriver de grave dans certaines maladies abandonnées à elles-mêmes. Mais aussi j'avais également soin de faire remarquer à mes jeunes auditeurs que le plus grand nombre des maladies guérissent sans le secours de l'art, par les seules forces de la nature médicatrice, et que cette force médicatrice était même absolument nécessaire pour la guérison complète des maladies que nous avions en partie fait avorter. Je tâchais de convaincre ces jeunes gens de cette vérité qu'on n'était réellement médecin que lorsqu'on avait longtemps étudié la médecine au lit du malade, et sous un des grands maîtres placés à la tête de l'enseignement clini-

---

(1) C'est dans cette circonstance que la duchesse de Montesquiou, gouvernante du roi de Rome, adressant à l'empereur une lettre à Pirna, lui disait: Sire, par la mort de vos deux amis, Bessières et Duroc, le doigt de Dieu vous montre que vous devez vous arrêter.

que ; je leur disais aussi que de tous les cours celui de clinique était le plus satisfaisant pour le professeur et le plus important pour les étudians.

Malgré les fatigues de la guerre, j'ai toujours recueilli tout ce qui pouvait contribuer à l'avancement de l'art, et plus de cinquante mémoires que j'ai publiés, et qui ont été favorablement reçus par tous les corps savans de l'Europe auxquels je les ai envoyés, prouvent que mon travail n'a pas été sans intérêt. Quoique d'une faible constitution, la nature m'a doné d'une volonté forte; aussi l'altération de ma santé ne m'a pas empêché de continuer mes observations et mes recherches. Et par un contraste heureux, après avoir vécu au milieu des camps parmi les jeunes soldats, aujourd'hui qu'ils sont devenus vieux, je me trouvais encore avec eux dans leur noble asile. Vous ne sauriez croire avec quel plaisir je leur consacrais mes soins, puisque je pouvais en même temps les soulager dans leurs souffrances, et concourir par mes nouvelles observations à éclairer quelques points obscurs de la médecine. Toute mon attention était portée sur les maux des invalides, et pour trouver à les adoucir, j'en faisais toujours l'objet de mes pensées. Au lieu d'une visite dans la journée, qui était d'obligation, je venais les voir deux et trois fois par jour, et même souvent pendant la nuit. Je ne me couchais jamais avant une heure du matin ; toutes mes soirées étaient employées à mettre en ordre et à classer les observations que j'avais faites dans la journée. Le lendemain, à sept heures du matin, le marteau frappant le timbre, je commençais ma visite. J'attachais de l'importance à cette régularité pour le bien du service ; tous les malades étaient classés jour par jour, et si j'avais la douleur d'en perdre un, l'autopsie servait du moins encore à compléter mes observations.

D'après cet exposé, vous pensez, mes chers confrères, combien je dois être affligé d'être mis à la retraite. Assurément, je devais m'en croire à l'abri d'après l'art. 1er de l'ordonnance du roi de 1831, qui dit « que les places de médecins de l'Hôtel des invalides doivent être particulièrement réservées pour les officiers de santé les plus anciens de service ou qui ont fait le plus de campagnes de guerre. » Ce même principe, relativement aux officiers de santé des Invalides, était déjà établi du temps de la république, sous l'empire et la restauration. Malgré cette garantie, je me vois atteint par une mesure qui blesse l'équité et les droits les mieux acquis ; car il n'y a pas de loi positive qui mette pour raison d'âge un médecin à la retraite. Si on présentait une loi à ce sujet, n'en doutez pas, elle serait rejetée par le législateur comme absurde. Au contraire, il faudrait forcer le médecin à continuer la pratique de son art jusqu'à ce que les facultés intellectuelles affaiblies vinssent y mettre obstacle. Il n'en est pas de la profession de la médecine comme de beaucoup d'autres professions où l'on peut obtenir, après un certain temps d'exercice, l'avantage de renoncer aux affaires et de jouir désormais d'une tranquille existence. Au médecin seul il n'est pas permis de mettre un intervalle de repos entre la vie et la mort; lors même que ses forces physiques l'abandonnent, des malades vont encore le consulter, persuadés que son expérience éclairée soulagera leurs souffrances.

MM. Morand, Sabatier, Coste, sont morts à l'Hôtel dans un âge très avancé; ils ont exercé la médecine avec la plus haute distinction jusqu'aux derniers jours de leur vie. Plus tard, MM. Bagneris, Desgenettes, médecins en chef à l'Hôtel des invalides, y sont morts également très âgés. Je serai le premier médecin en chef qui, depuis la fondation de l'établissement, n'aurai pas eu l'avantage de mourir au milieu des invalides. Il paraît que les auteurs de la mesure dont je me plains n'étaient pas bien pénétrés de l'esprit de cet adage : *Fabricando fit faber*, ou de ce sublime précepte du philosophe Bacon : « Tout ce que nous savons dérive de l'expérience. » La médecine surtout est fille de l'observation et de l'expérience.

« Il est des arts, dit Hippocrate, dont la connaissance a coûté beaucoup de peine à ceux qui les possèdent et très avantageux à ceux qui les exercent. Quoique les biens qui en résultent deviennent un avantage pour la société, ces arts ne sont pas moins pénibles. On peut ranger la médecine parmi ces arts. En effet le médecin a toujours sous les yeux des objets qui ne présentent que des dangers, il ne touche rien qui ne soit un sujet de déplaisir, et semble n'avoir rien à moissonner que des peines parmi les maux d'autrui. Par son art, il délivre les malades des peines, des douleurs, des maladies, des dangers, de la mort; mais cet art a des difficultés qu'il n'est pas si aisé de reconnaître ; elles sont au-delà de la portée du commun des hommes, car ce n'est que par un jugement sain et de la pénétration qu'on peut les découvrir. Des maladies obscures et pleines de dangers se laissent moins apercevoir par l'art que par la pensée : or c'est dans ce cas-ci où l'on voit combien l'expérience l'emporte sur l'ignorance. » (Hippoc., Des vents, extrait de Zimmermann.)

« L'âge nous fournit l'occasion d'étendre notre esprit, mais chacun n'en a pas la volonté ; d'ailleurs tout esprit n'en est pas susceptible. La vieillesse d'un médecin respectable par son mérite est une vieillesse honorable ; sa gloire le suit partout ; l'estime et le respect des jeunes médecins devancent ses pas ; ils l'appellent leur père, leur mentor ; il est leur lumière dans l'obscurité qui les enveloppe souvent.

» Mais des vieux jours après une jeunesse peu estimée, ou plutôt la vieillesse d'une faible cervelle n'est qu'ignominie. En effet, soixante dix ans de stupidité feront-ils jamais un homme respectable ? Un vieux médecin sans mérite n'est à mes yeux qu'un homme redevenu une seconde fois enfant. Il n'a de forces que dans son opiniâtreté. Ces vieillards stupides ne pensent pas qu'ils étaient déjà en naissant à leur âge de soixante-dix ans. » (Zimmermann, Traité de l'expérience, trad. en franç., t. i, p. 9 et 10.)

C'est donc de l'expérience que dérive la médecine ; mais l'expérience en médecine ne consiste pas seulement à voir beaucoup de malades. D'abord il faut apprendre la médecine aux leçons orales des grands maîtres et dans de bons livres sur cette matière ; c'est ce que j'ai fait pour mon propre compte. Après ces premières études, j'assistai à la Clinique de Dessault à l'Hôtel-Dieu, à celle de Corvisart à l'hôpital de la Charité, et à celle de Pinel à la Salpêtrière ; là je vis la médecine dans un jour tout nouveau ; les professeurs nous exposaient clairement et en peu de mots le caractère de la maladie ; mais ils nous indiquaient avec quelques détails le traitement qu'il convenait d'employer. Les premières leçons dérangèrent un peu mes convictions théoriques ; cependant après avoir vu un premier malade, et lorsque passant à un lit plus loin je trouvais la même maladie que je revoyais encore deux, trois et quatre fois dans la même salle, je reconnus que je n'avais plus besoin de livres ; mon professeur et des malades me suffisaient et étaient devenus un besoin pour moi. J'employai ainsi trois années consécutives à étudier la médecine au lit des malades, sous les grands maîtres de l'époque, pour lesquels je suis resté plein de reconnaissance.

Mes études médicales terminées, j'entrai sans hésiter dans la pratique de la médecine. Il y a aux Invalides des maladies graves, très graves même, puisqu'elles sont inévitablement mortelles, telles que des anévrismes du cœur, des endocardites chroniques, des hypertrophies du cœur. Les invalides atteints de ces maladies viennent à l'infirmerie, les jambes et les cuisses enflées, grosses comme des poteaux, les parois du ventre infiltrées ; ils éprouvent un grand désordre dans les mouvemens du cœur et dans tout le système circulatoire, et cela accompagné d'une extrême difficulté de respirer, ce qui rend presque leur existence insupportable. Eh bien, au bout de 15 ou 20 jours, par nos soins, l'infiltration diminue insensiblement, la respiration devient plus facile, les mouvemens du cœur reprennent leur rythme naturel ; au bout de six semaines ou deux mois, le malade demande à sortir de l'infirmerie et va reprendre ses habitudes ordinaires ; mais après trois ou quatre mois, quelquefois un an ou plus, les mêmes accidens se renouvellent, et nous recommençons le même traitement. Voilà donc des maladies dans lesquelles, si nous ne pouvons pas obtenir une guérison radicale, nous diminuons au moins les souffrances de nos malades et nous prolongeons leur vie. Ils peuvent encore, quoique valétudinaires, parcourir en partie la durée d'existence qui originairement leur avait été accordée par la nature.

Ainsi les braves invalides, qui ont fait respecter le nom français en Europe, en Asie et en Afrique, qui ont versé leur sang pour la patrie, qui ont élevé sur le pavois tant d'honorables lieutenans, qui les ont portés au rang de maréchaux de France, et qui ont même placé des couronnes sur la tête des rois, ces glorieux débris de nos armées méritent, pour être soignés dans leurs maladies, d'avoir pour médecins les hommes les plus éminens par leur savoir et leur expérience, pris soit parmi les médecins militaires, soit parmi les médecins civils. Il faut, par tous les moyens possibles, mettre ces vieux guerriers à même de jouir des récompenses dues à leurs services et aux lauriers qu'ils ont cueillis dans plus de cent combats pour l'honneur, la gloire et la prospérité de la France.

L'illustre Maréchal Moncey, qui m'honorait de sa bienveillance, j'oserais même dire de son amitié, ne savait comment m'exprimer combien il était reconnaissant des soins que je donnais à ses vieux militaires. Il faisait des vœux, me disait-il, pour la conservation de ma santé, afin que les invalides n'eussent pas à souffrir de l'interruption de mes secours. Si ce digne maréchal vivait, je n'aurais pas besoin d'autre défenseur. Mais privé de cet appui, je pourrai au moins, lors de la prochaine session législative, voir la question touchant la retraite des médecins militaires portée à la tribune, discutée dans les chambres, dans les journaux et devant le public ; alors tous les *tripotages* seront dévoilés, et l'on verra si l'intrigue et la faveur doivent l'emporter sur la justice et le droit.

Sans les élections et l'événement déplorable qui a si vivement affligé la France et qui l'a mise en deuil, l'affaire qui me regarde ne serait pas restée assoupie dans mon portefeuille jusqu'à ce jour.

—Les changemens que nous avons annoncés dans notre numéro du 3 septembre ont eu lieu en mai dernier. Depuis cette époque, il y a eu de nouvelles mutations.

1° M. le baron Michel est rentré à l'état-major général de la 1re division militaire ; il a en outre, par décision du 12 août, été nommé membre adjoint du conseil de santé des armées, avec voix délibérative.

2° M. Cornac à la place de M. Michel à l'Hôtel des Invalides.

3° M. Rollet a pris la place de M. Cornac à l'hôpital militaire de Charonne en qualité de médecin en chef. Ce médecin vient de l'hôpital militaire de Nancy.

— En rendant compte, dans le dernier numéro de la Gazette Médicale, de l'ouvrage de M. Brière de Boismont, sur la menstruation, nous avons annoncé que cet ouvrage avait été couronné par l'Académie royale de médecine, dans sa séance du 17 décembre. Pour être entièrement exact, et pour éviter toute méprise, nous devons rappeler que c'est conjointement avec M. Raciborski que M. Brière de Boismont a obtenu cet honneur. Nous profitons de cette occasion pour annoncer que l'ouvrage de M. Raciborski paraîtra prochainement.

— Nous rappelons à nos confrères la maison de santé de M. le docteur Chéneau à Auteuil. Sa situation et ses heureuses distributions la rendent propre au traitement de toutes les maladies chroniques.

Les études particulières de M. le docteur Chéneau sur les maladies nerveuses et la phthisie pulmonaire offrent de nouvelles garanties à ceux de nos confrères qui auraient à placer dans son établissement des malades atteints de ces affections. On ne peut d'ailleurs trop louer la bonne tenue de cette maison et les soins de toutes sortes qu'on y prodigue aux malades.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 38. (TOME X. — 1842.) SAMEDI 17 SEPTEMBRE 1842.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des Hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des poste et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les Souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois sont invités à le renouveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le 1er octobre. On s'abonne dans les départemens chez tous les Directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris. Vu la difficulté et les frais de recouvrement des mandats de la Gazette Médicale, touchés au domicile des Abonnés des départemens, ce mode de souscription ne peut avoir lieu que pour des abonnemens de six mois, de neuf mois et d'un an.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE EXTERNE.

MÉMOIRE SUR LES RUPTURES DU TENDON DU TRICEPS FÉMORAL AU-DESSUS DE LA ROTULE; par M. Demarquay, interne à l'Hôtel-Dieu de Paris.

Le droit antérieur de la cuisse, en s'unissant au-dessus de la rotule, au vaste interne et au vaste externe, forme en ce point un tendon fort et résistant, qui se fixe à l'extrémité supérieure de cet os. C'est à la réunion des trois parties que je viens de nommer que MM. Blandin et Cruveilhier donnent le nom de triceps fémoral. Il semblait que ce muscle qui présente tant de résistance à la partie inférieure de la cuisse devait par cela même échapper à toute rupture, par suite de contractions musculaires, et cependant si on recherche dans les annales de la science, on voit que cette maladie a été observée par Ruysch en 1720 (1), par Jean-Louis Petit en 1723 (2), par Schlichting en 1742 (3), par Mollinelli en 1767 (4), par Saucerotte en 1801 (5), et dans un temps plus rapproché par Sédillot (6), Boyer (7), Dupuytren (8); enfin tout récemment cette rupture a été observée par MM. Martini (9), Velpeau, Blandin, Jobert et Maisonneuve; mais tous ces auteurs se sont bornés à reproduire les

(1) Federice Ruysch, Adversariorum anatomico-medico-chirurgicorum, page 5.
(2) Jean-Louis Petit, Maladie des os, t. II, p. 308.
(3) Schlichting, Acta academiæ naturæ curiosorum, t. VII, obs. 25.
(4) Mollinelli, De bononiensi scientiarum et artium instituto atque academia commentarii, tomi quinti, pars altera, p. 91.
(5) Saucerotte, Mélanges de chirurgie, p. 466.
(6) Sédillot, Mémoires de la Société de médecine de Paris, année 1817, p. 172.
(7) Boyer, Chirurgie, t. II, p. 103.
(8) Dupuytren, Gazette de santé, année 1810.
(9) Gazette médicale, 1840, p. 184.

Feuilleton.

LETTRE MÉDICALE.

Très cher et honoré confrère,

Nous voici en pleines vacances, car vous saurez que maintenant les médecins se donnent des vacances. C'est une innovation dans nos mœurs et un grand progrès. Nos anciens ne s'en étaient pas avisés; ils s'imaginaient que la société ne pouvait se passer une minute d'eux, ni eux de la société. S'absenter, autrefois, c'était déserter, et un voyage passait pour une démission. On ne concevait pas qu'un médecin pût quitter sa maison sans dommage pour le public, et, qui pis est, sans dommage pour sa clientèle. On est bien revenu de ce préjugé aujourd'hui : cela est non seulement permis, mais encore du meilleur goût. C'est une habitude aristocratique qui mesure l'importance de la position d'un praticien. Le *vulgum pecus* médical ne peut pas, en effet, se permettre de tels ébats, et nous ne le savons que trop, nous qui faisons partie de ce pauvre peuple. Pendant que nos sommités courent la poste, ou savourent le *far niente* sous les frais ombrages de quelque villa, nous restons attachés à la glèbe, et même à deux glèbes, celle de la pratique d'abord, et puis celle du feuilleton. Il n'y a pas de vacances pour la Gazette, comme bien vous savez. Les abonnés ne sont pas aussi accommodans que les malades; ils aiment la ponctualité, et ne savent ce que c'est que d'attendre. Cette clientèle-là n'est pas aussi maniable que l'autre : il faut la traiter avec des égards tout particuliers, sans cela elle vous glisse en un clin-d'œil dans la main. Si jamais quelqu'un de nos confrères de la presse trouve le secret d'interrompre de temps en temps l'envoi de ses numéros sans interrompre au même instant l'envoi des mandats sur la poste, il acquerra un titre immortel à notre reconnaissance et à celle de nos descendans, jusqu'à la plus lointaine postérité; mais ce jour est loin; en attendant qu'il vienne, nous nous empressons de vous faire parvenir aujourd'hui, selon la coutume établie, le numéro de la Gazette auquel vous avez droit comme abonné, en y ajoutant, pour votre usage personnel, la petite provision de nouvelles ci-jointes.

La nouvelle loi sur les poids et mesures a donné lieu à une affaire grave et qui intéresse tout le corps médical de France. Dans le mois de mai dernier, le jury médical du département des Bouches-du-Rhône, et le commissaire de police, qui l'assistait dans sa visite des officines, se sont crus en droit de faire livrer par les pharmaciens les ordonnances de médecins formulées d'après les anciennes dénominations, de fouiller, même en leur absence, dans leurs papiers, de saisir ces ordonnances et de les déposer entre les mains de la justice. Par suite de cette saisie, plusieurs médecins, signataires desdites ordonnances, ont été traduits devant le tribunal de police de Marseille et acquittés. Le ministère public s'est pourvu immédiatement en cassation contre cette décision du juge-de-paix. On attend maintenant l'arrêt de la cour souveraine. Tels sont les faits consignés dans une lettre circulaire que les médecins et pharmaciens de la ville de Marseille

faits dont ils ont été témoins, et tandis que l'on faisait des articles spéciaux sur les ruptures du tendon d'Achille, personne ne traitait d'un point de vue général la rupture du tendon du triceps fémoral, peut-être plus grave que celle du tendon d'Achille; et cependant tous les auteurs que j'ai cités plus haut regardent cette affection comme grave. Boyer est le seul qui en dise un mot. Disons toutefois que cette maladie devait être considérée, par les auteurs un peu anciens, comme d'autant plus grave qu'ils considéraient les tendons comme plus sensibles. De nos jours, que ces idées erronées n'existent plus, cette affection doit perdre de sa gravité apparente, non seulement pour cette raison, mais encore à cause du fait si bien établi par M. Jules Guérin, savoir l'innocuité des plaies sous-cutanées. Ayant eu occasion d'observer un cas de rupture du triceps fémoral avec M. Blandin, j'ai pensé bien faire en cherchant à réunir tous les élémens que possède la science sur cette question, pour en tirer quelques considérations générales, chose qui n'avait point été faite jusqu'à ce jour. Le nombre des observations que j'ai pu me procurer s'élève à 13 (1). Je vais les reproduire non pas d'après leur degré d'importance, mais selon l'ordre chronologique, suivant lequel elles ont été publiées par leurs auteurs. Ce nombre de faits n'étant point assez grand pour établir des catégories, j'ai pensé mieux faire, en suivant l'ordre que j'ai indiqué plus haut. Je regrette de ne pouvoir donner ici le fait observé par M. Jobert, ainsi que deux autres qui se trouvent, l'un dans une thèse hollandaise indiquée par Plouquet, et l'autre dans une thèse allemande.

PREMIÈRE OBSERVATION TIRÉE DE RUYSCH (ADVERSARIORUM ANATOMICO-MEDICO-CHIRURGICORUM, DECAS SECUNDA, p. 5, année 1720).

Obs. I. — « Si le lecteur croyait difficilement le fait que je rapporte, je l'avertirais que moi-même je ne l'ai vu qu'avec admiration et que je le regarderais à peine comme croyable si je n'eusse pu le constater. Je fus appelé un jour pour voir deux hommes qui ont l'habitude de serrer leurs guêtres au-dessous du genou, et à tel point que le mouvement de ces parties est gêné. Il leur arriva de tomber sur les genoux, les jambes fléchies sur la cuisse, sans fracture de la rotule et de son tendon; mais en revanche le tendon des muscle qui étendent la jambe sur la cuisse, par suite d'une flexion brusque, se rompit. Ce fait paraîtra bien difficile à croire à ceux qui connaissent la force et le volume de cette partie. Ayant examiné la chose avec soin, je m'aperçus que l'espace compris entre le fragment inférieur et le supérieur pouvait admettre le doigt d'un adulte. Ces hommes ne purent ni se lever ni marcher, ni même se poser sur les pieds. Reportés chez eux, ils gardèrent le lit pendant plusieurs mois; néanmoins ils sont restés estropiés, et ne pouvaient marcher qu'en s'appuyant sur un bâton. »

Ruysch, dans la même page, au paragraphe plus bas, cherchant à se rendre compte de ce fait, se demande s'il n'y aurait point eu chez ces hommes une diathèse particulière: *Quæ quidem mala haud accidissent tam facile, si abfuisset ægra hæc diathesis.*

Remarquons surtout qu'aucun des deux malades, qui font l'objet de cette observation, ne guérit, et cependant ils gardèrent le lit plusieurs mois.

(1) Bien que je ne donne que treize observations, plus bas il sera question de quatorze malades, attendu que l'observation de Rhuysch est relative à deux hommes affectés de rupture du tendon du triceps fémoral.

DEUXIÈME OBSERVATION TIRÉE DE JEAN-LOUIS PETIT (MALADIE DES OS, t. II, p. 308).

Ce que dit Jean-Louis Petit peut à peine être considéré comme une observation.

Obs. II. — « Il s'agit d'un officier hollandais qui, en voulant sauter un fossé, se rompit le tendon du triceps fémoral au-dessus de la rotule. Il guérit de son affection à cela près qu'il ne put jamais étendre la jambe comme avant la maladie. »

A propos de cette observation, je ferai remarquer que Boyer s'est trompé en disant que Jean-Louis Petit avait observé trois personnes affectées de rupture du triceps fémoral. Il est bien fait mention dans Jean-Louis Petit de 3 malades, mais un seul était affecté de la maladie qui nous occupe, des deux autres, l'un avait une rupture du tendon d'Achille, et l'autre une rupture du tendon rotulien à son attache au tibia.

TROISIÈME OBSERVATION DE RUPTURE TENDINEUSE, RECUEILLIE ET PUBLIÉE PAR SCHLICHTING, DANS LES ACTA ACADEMIÆ NATURÆ CURIOSORUM, tom. VII, obs. 25, année 1742.

Obs. III. — « Il est connu de tout le monde que les tendons peuvent être rompus et déchirés. J'ai eu occasion d'observer des faits de ce genre chez l'homme et chez les animaux. Le fort tendon des muscles qui étendent la jambe sur la cuisse peut être rompu au-dessus de la rotule, en faisant une chute même légère sur le sol. Cet accident arriva il y a cinq ans, comme beaucoup de monde le savent, à un vieux médecin; il éprouva, au moment de l'accident, une vive douleur, et plus tard une inflammation, mais le malade guérit sans accident; le malade conserva la faculté de tendre la jambe sur la cuisse, et il n'existait aucun écartement au-dessus du genou. »

Bien que courte et privée de détail, cette observation devait être rapportée, attendu que le malade a été guéri; il paraît que cette guérison paraissait une chose rare à l'auteur de cette observation, car il a eu soin d'insister sur ce fait: que le malade pouvait étendre la jambe sur la cuisse, et qu'il n'existait aucun écartement au-dessus du genou.

QUATRIÈME OBSERVATION, DE MOLINELLI, TIRÉE DE BONONIENSI SCIENTIARUM ET ARTIUM INSTITUTO ATQUE ACADEMIÆ COMMENTARII, tomi quinti, pars altera, pag. 91, année 1767.

Obs. IV. — « Le tendon qui s'attache à la rotule peut se rompre, comme le tendon d'Achille et les autres tendons plus forts de l'économie. Je me souviens d'un homme fort et gras qui, descendant un escalier, se laissa tomber sur le genou; il se forma aussitôt sous la peau, à deux travers de doigt au-dessus de la rotule, une dépression sous-cutanée de l'étendue d'un doigt, ce qui forçait la jambe à rester fléchie et empêchait le malade de la tenir étendue sur la cuisse; pour calmer la douleur et dissiper la tumeur, on appliqua des topiques émolliens; on appliqua de plus un appareil qui tenait le membre étendu et rapprochait le plus possible les deux parties du tendon divisé. Cependant la convalescence se fit attendre plus de deux mois; le malade ne pouvait marcher qu'à l'aide d'un bâton, encore ne pouvait-il aller sur les lieux déclives qu'il ne tombât aussitôt.

» Pour remédier à cet inconvénient, Mollinelli fit construire un appareil dont le but était de suppléer le triceps fémoral. Il a donné la figure de ce bandage dans le même volume où se trouve cette observation, planche 1. »

viennent d'envoyer à tous leurs confrères du royaume, et dans laquelle ils joignent à l'exposé des faits l'énoncé des moyens de défense que les médecins inculpés ont à faire valoir. Les conclusions auxquelles ils se sont arrêtés portent sur les points suivans: 1° quant à la forme, la saisie des ordonnances entre les mains des pharmaciens est nulle et illégale, attendu qu'il n'est permis à aucun commissaire de police de s'introduire dans le domicile des citoyens pour y rechercher des pièces confidentielles, essentiellement secrètes de leur nature et lorsque rien n'exige leur production en justice; 2° que le jury médical a commis un excès de pouvoir en s'arrogeant un droit qui ne lui est pas attribué par les lois qui ont réglé ses fonctions; 3° quant au fond, qu'aux termes de la loi du 18 germinal an III, à laquelle se réfère celle du 4 juillet 1837, le fait imputé aux médecins signataires des ordonnances ne constitue pas une contravention, puisque ces ordonnances sont, par leur nature, leur but, leur usage, tout à fait en dehors des catégories d'actes et d'écrits dans lesquels la loi a positivement et nominativement interdit l'emploi des anciennes dénominations. Les médecins accusés ajoutent à ces moyens de droit quelques considérations pleines de justesse sur les inconvéniens ou plutôt l'impossibilité d'une application rigoureuse de la loi de 1842 aux prescriptions médicales. Ils remarquent très bien que ni la loi ni la science ne sont d'accord encore sur la valeur réelle des nouvelles dénominations, comme représentatives des anciennes, dans les multiplications ou les subdivisions du gramme, et que la loi ni la science n'ont donné aucun moyen pour évaluer exactement la pesanteur spécifique des corps liquides employés à très petites doses (à gouttes), sous les formes diverses de solutions aqueuses, de teintures, d'éther, etc. On conçoit dès-lors qu'il serait dangereux d'interdire au médecin la faculté de se servir, pour doser sûrement des médicamens d'une extrême énergie, d'anciennes formules qui ont l'avantage d'être connues, et dont les nouvelles n'offrent pas l'équivalent. Cette consultation, signée par les praticiens les plus distingués et les premiers pharmaciens de Marseille, nous paraît ne rien laisser à désirer pour l'éclaircissement de la question, et nous ne doutons pas que la cour de cassation ne confirme la décision de la justice municipale, qui a acquitté les prévenus. Nous espérons aussi qu'elle joindra à son arrêt un commentaire suffisant pour fixer la jurisprudence à cet égard pour mettre fin à des recherches inquisitoriales, qui n'ont aucun but raisonnable, et délivrer les médecins d'une responsabilité que la loi n'a ni voulu ni pu leur imposer. Nous nous associons donc autant qu'il est en nous à l'acte de résistance légale dont nos honorables confrères de Marseille viennent de donner l'exemple, et qui sera imité, sans doute, au besoin, par tous les médecins.

Voici maintenant quelques détails plus réjouissans.

Vous n'êtes pas assez étranger aux choses de ce monde pour que le nom de Gannal n'ait plus d'une fois frappé vos oreilles. Il n'y a pas, en effet, de coin du globe où ce nom n'ait retenti, et ne retentisse journellement. Toute la terre sait que c'est à cet homme rare entre les plus rares qu'il faut s'adresser, si l'on veut, après qu'on est mort, être embaumé proprement, sûrement et agréablement. Sa sollicitude à cet égard est extrême. Il ne peut concevoir la négligence de la plupart des hommes à l'endroit de leur dépouille mortelle. Aussi n'est-il rien qu'il ne fasse pour les arracher à cet oubli d'eux-mêmes; il les poursuit de ses gracieuses propositions, il leur peint, sous les couleurs les plus attrayantes, le plaisir qu'ils auraient à passer par ses mains; et la plus grande preuve d'amitié qu'il

CINQUIÈME OBSERVATION, DE SAUCEROTTE (MÉLANGES DE CHIRURGIE, p. 406, année 1801).

RUPTURE DU TENDON APONÉVROTIQUE COMMUN, DES MUSCLES DROIT ANTÉRIEUR, VASTE EXTERNE, VASTE INTERNE ET CRURAL.

Obs. V. — « Le père d'un gendarme de la compagnie de la reine, fort gros, âgé d'environ 60 ans, sortant d'un bal que la gendarmerie donnait à Lunéville, glissa sur les marches d'un escalier, tomba les deux jambes pliées sous lui, et se rompit en partie le tendon aponévrotique commun des muscles extenseurs de la jambe qui s'insère à la partie supérieure de la rotule gauche, et complétement celui qui se termine à la rotule droite, de manière que cet os était couché sous les tégumens sur la partie supérieure du péroné. Il fut aussitôt porté à son auberge, où je lui fis préparer un lit disposé de manière que les cuisses étaient fléchies à peu près à angle droit avec le corps, les jambes parfaitement tendues, et par conséquent les pieds fort élevés. Je remis les rotules en place, surtout la droite, et les maintins réduites par des compresses inférieures et latérales, imbibées d'une liqueur défensive, et maintenues par un bandage méthodique ; il est survenu du gonflement, surtout au côté droit, que j'ai combattu par des cataplasmes résolutifs rendus fortifians par la suite. Ce blessé a eu la patience et le courage de se tenir pendant plus de quarante jours dans cette position géante, pendant lequel temps les parties rompues se sont heureusement ressoudées, de sorte qu'il a commencé par marcher avec des béquilles pendant quelques mois, bientôt il ne s'appuyait plus que sur une, et enfin il finit par marcher sans aide, de manière qu'au bout de dix-huit mois il a pu chasser en plaine et dans les forêts. »

Cette observation est une des plus curieuses ; l'affection est double dans ce cas, et de plus, la rotule droite s'était déplacée à ce point qu'elle reposait sur la partie supérieure du péroné.

SIXIÈME OBSERVATION TIRÉE DE BOYER (CHIRURGIE, t. II, p. 103).

Obs. VI. — « Cette observation, la seule que Boyer eut occasion de recueillir, a pour sujet un jeune homme de 22 ans, qui perdit l'équilibre, en patinant sur la glace, et fut en danger de tomber à la renverse ; dans l'effort qu'il fit pour ramener le corps en avant, il se rompit le tendon des muscles extenseurs de la jambe droite. Il tomba pourtant et se fractura le fémur du même côté dans sa partie moyenne. On le porta à l'hôpital de la Charité. On sentait au-dessus de la rotule un vide d'un travers de doigt qui augmentait lorsqu'on fléchissait la jambe et qui diminuait quand on l'étendait. Dans le traitement de cette double maladie j'eus l'attention, dit Boyer, de placer sous la jambe des coussins de balle d'avoine assez épais, pour mettre le membre dans la plus grande extension possible. Le malade resta au lit pendant trois mois, quoique la fracture fût consolidée au bout de cinquante jours ; ensuite il commença à se lever et à marcher avec des béquilles qu'il remplaça au bout d'un mois par une canne ; enfin, un an après son accident, il marchait sans aucun appui, avec la même facilité qu'avant l'accident. »

Cette observation est non seulement intéressante à cause de la cure radicale dont la maladie a été suivie qu'en raison de la complication qui est survenue au moment de l'accident ; je veux parler de la fracture du fémur du même côté ; c'est la seule complication de cette espèce que nous ayons rencontrée.

SEPTIÈME OBSERVATION, EXTRAITE DE LA GAZETTE DE SANTÉ, 11 NOVEMBRE 1816.

Obs. VII. — « Un homme de 45 ans, dans une partie de plaisir, courant avec un de ses amis, se voyant près d'être dépassé, redoubla d'efforts, il se sentit alors près de tomber et se porta violemment en arrière ; mais aussitôt il éprouva une vive douleur dans le genou gauche, tomba sur la place ; il ne put plus se relever. Il resta plusieurs mois au lit. Enfin, essayant de marcher, il trouva, vers le tiers inférieur de la cuisse gauche, une tumeur transversale molle, sans douleur. Cette tumeur disparaissait quand la jambe était étendue et dans le repos pour reparaître dès que le membre était dans la contraction. Ayant voulu monter à cheval et s'appuyant sur la jambe droite, il sentit de ce côté une vive douleur qui l'obligea à garder le lit pendant encore deux mois ; il s'y forma une tumeur semblable à celle du côté opposé ; c'est dans cet état que cet homme vint consulter Dupuytren. En voyant la tumeur se former chaque fois que le muscle droit antérieur de la cuisse se contractait, et disparaître dès que les fibres étaient dans le relâchement, trouvant d'ailleurs au-dessus de la rotule une dépression correspondant au lieu où le ligament supérieur de cet os a coutume de faire saillie, cet habile chirurgien reconnut et annonça la rupture des deux tendons du droit antérieur de la cuisse. »

Dans cette observation, comme dans celle de Saucerotte, il y a eu double rupture, mais elles furent simultanées et non instantanées ; il est probable que la terminaison a été peu heureuse parce qu'elle n'est point indiquée.

HUITIÈME OBSERVATION EXTRAITE DES MÉMOIRES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, 1817, p. 172 (SÉDILLOT).

Obs. VIII. — « En 1787, une princesse d'un sang très illustre me fit appeler avec Morlanne, son chirurgien ordinaire, à l'occasion d'un accident grave. Le genou droit était rouge, gonflé, enflammé et douloureux ; la partie inférieure de la cuisse participait à cet état. On me fit l'exposé des circonstances qui avaient précédé. Cette princesse s'était rompu la rotule plusieurs années auparavant et avait été traitée par Dufouart aîné, Baudot et Morlanne. La réunion des pièces fracturées s'était faite et la guérison paraissait complète, lorsqu'on crut devoir prendre la précaution de défendre le cal de l'action musculaire au moyen d'un bandage de cuir bouclé. La partie supérieure de ce bandage portait au-dessus de la rotule sur le tendon du muscle droit antérieur et triceps fémoral. La partie inférieure fixée au-dessous de la rotule portait sur le ligament qui unit cet os à la tête du tibia ; avec cette précaution on permit à la malade de marcher ; elle en avait depuis plusieurs jours la permission lorsque, se promenant dans son jardin, elle engagea le talon de son soulier dans un trou de taupe ; elle fit un effort pour se retenir, sentit une douleur vive au-dessus du genou et tomba. Cet accident fut bientôt suivi d'inflammation et d'une large ecchymose dont le centre se trouvait à environ 2 pouces à 2 pouces et demi de la rotule.

» L'intensité des accidens, la forte constitution de la malade firent recourir aux saignées, aux cataplasmes, aux fomentations émollientes avec du repos de la partie malade et d'un bandage approprié. Le traitement fut couronné d'une sorte de succès ; mais il resta de la faiblesse dans la partie blessée et une légère claudication que l'usage des eaux de Bourbonne-les-Bians ne fit pas céder. De fois à autres surtout lorsque la malade se fatiguait, il survenait au genou un gonflement douloureux qui s'étendait autour de la partie inférieure de la cuisse, nécessitait l'emploi du moyen précédemment mis en usage. Cette fois encore nous combattîmes l'inflammation comme à l'ordinaire. Lorsque le gonflement eut cessé, nous vîmes avec étonnement qu'il existait à 2 pouces et demi environ au-dessus de la rotule un enfoncement transversal propre à loger le doigt ; cet enfoncement était évidemment formé par la rupture de fibres aponévrotiques ou musculaires du triceps fémoral.

» Cette princesse étant l'année suivante à son abbaye de R., fit une chute en descendant de voiture ; aussitôt elle éprouva une douleur bien grande dans la partie malade ; les secours les plus prompts lui furent administrés, elle prit de nouveau les bains et les douches de Bourbonnes. A son retour à Paris, nous trouvâmes, Morlanne et moi, l'écartement tellement augmenté qu'on pouvait coucher deux doigts dans l'enfoncement ; la claudication existe toujours. »

puisse donner à un homme, c'est de lui offrir de l'embaumer gratis — le plus tôt possible. La mort du prince royal est venu porter le coup le plus terrible à sa sensibilité. Croiriez-vous bien qu'on a eu l'incroyable audace d'embaumer et d'ensevelir ce corps sans qu'il fût là, lui, lui, Gannal !!! Il paraît que c'est le docteur Pasquier qui s'est rendu coupable de cette impertinence. M. Gannal n'a pas tardé à éclater. Il a écrit à son antagoniste deux lettres où respirent la plus vertueuse indignation, et les plus beaux sentimens de la dignité blessée. Il y raconte en termes nobles et simples l'histoire de sa vie, celle de ses nombreuses découvertes, et rappelle les grands services qu'il a rendus au pays et à la société. Il s'étonne ensuite qu'on ait pu, dans une circonstance si importante, non seulement violer à son égard toutes les convenances, mais encore lui faire un passe-droit criant. C'est à lui, en effet, à lui seul qu'il appartient d'embaumer les gens, et principalement les princes. Il abandonne à M. Pasquier et à ses confrères le droit de *rogner*, de *tailler*, de *mutiler* les vivans, *en vertu de leur diplôme* ; mais quant aux morts, *halte-là !* il les *réclame comme sa propriété exclusive.* Les morts sont siens, ils sont sa chose, son bien. Toucher à un mort sans sa permission, c'est empiéter sur ses domaines, c'est violer son droit, c'est lui faire une insulte personnelle. « Je comparaîtrai avec vous, dit-il en finissant, devant le corps médical, si éclairé, si moral, sans craindre son jugement. L'appel que je fais aujourd'hui s'adresse aux médecins comme aux gens du monde, et je désire que vous en attendiez l'effet avec autant de sécurité que je le fais moi-même. » L'auteur de ces deux épîtres a droit de compter sur l'effet qu'elles produiront sur les *gens du monde* ; et nous pouvons l'assurer en outre que le jugement du corps médical, si *éclairé* et si *moral*, ne lui fera pas plus défaut en cette circonstance que dans les autres.

Il y a longtemps qu'on n'entendait plus parler des homéopathes, et c'est dommage, car ils sont amusans. Ils viennent de donner signe de vie à Lyon et de remporter une petite victoire. Voici le fait. L'administration des hôpitaux de Lyon, inspirée par on ne sait quelles influences, rendit, il y a trois mois, un arrêté portant qu'à l'avenir les malades atteints de la rage qui se présenteraient à l'Hôtel-Dieu seraient traités, soit par la cévadille, soit par l'homéopathie. Cette décision singulière aurait passé sans conteste aucune, si un journal de Lyon ne se fût avisé de la faire connaître au public, en y ajoutant l'expression de sa surprise, très légitime, que les médecins faisant partie du conseil d'administration eussent donné les mains à une telle mesure. Aussitôt les explications ont commencé. A cette première réclamation se joignit bientôt celle d'un anonyme, ancien médecin de l'Hôtel-Dieu. Cet honorable confrère déclare que cette décision n'avait pas été prise sans opposition. Il assure, comme on ne pouvait du reste en douter, que les médecins membres du conseil firent des représentations très énergiques, et que le soulèvement général que cette délibération monstrueuse excita avait fait penser qu'il n'y serait pas donné de suite ; mais que, contre toute attente, l'administration avait réuni, le 18 août, les médecins et chirurgiens de l'Hôtel-Dieu, pour leur signifier cet arrêté, avec injonction de s'y conformer à l'avenir. On peut certes se demander, avec l'auteur de cette lettre, si l'administration n'a pas ici dépassé la limite de ses pouvoirs en prescrivant d'autorité des méthodes de traitement à des médecins et chirurgiens des hôpitaux, tous nommés par concours, auxquels est confié exclusivement le service sanitaire de ces établissemens, et qui seuls ont légalement le droit, et scientifiquement la capa-

Bien que la terminaison ne soit point indiquée ici, il est facile de voir, en lisant cette observation, que la terminaison ne fut point heureuse; Sédillot n'eût point manqué de l'indiquer.

NEUVIÈME OBSERVATION, EXTRAITE DU MÊME OUVRAGE, p. 173.

OBS. IX.—« Mme D., âgée de 20 à 25 ans, d'une constitution très forte, luttait de vitesse avec d'autres personnes; tout à coup elle éprouva à la partie supérieure de la cuisse droite une douleur aiguë qui la força de tomber; un instant de repos suffisait pour faire disparaître cette douleur, mais elle se révélait avec toute son intensité au moindre mouvement. Ce ne fut qu'avec beaucoup de peine et à l'aide de deux personnes qu'elle put se relever et gagner le logis, très près de là.

Le lendemain elle fut transportée à Paris; une légère ecchymose existait à la partie antérieure et inférieure de la cuisse; le doigt promené sur le muscle droit antérieur découvrait un enfoncement, à la distance d'environ 2 pouces et demi de la rotule; cet enfoncement occupait la largeur de l'extrémité inférieure du muscle, et paraissait avoir assez de profondeur pour admettre le tuyau d'une plume à écrire. Le moindre mouvement déterminait des douleurs excessives. M. Sevestre, docteur en chirurgie, qui m'accompagnait, reconnut le même symptôme et suivit les mêmes traitemens avec moi; des compresses imbibées d'eau végéto-minérale furent appliquées sur les blessures, et une compression exacte fut exercée sur tout le membre au moyen de deux bandes, l'une dirigée de bas en haut, jusqu'à l'endroit de la rupture, et l'autre suivant une direction opposée; la malade se trouva soulagée à l'instant, et même se serait levée si la crainte de déranger l'appareil ne l'eût retenue; au bout de vingt-un jours elle reprit ses occupations, n'éprouvant d'autre incommodité qu'une raideur qui a cédé promptement. »

DIXIÈME OBSERVATION; RUPTURE COMPLÈTE DU TENDON QUI S'INSÈRE AU-DESSUS DE LA ROTULE; par le docteur LOUIS MARTINI.

OBS. X.—Un homme âgé de 73 ans, très gros, fit, le 3 mai 1834, une chute en avant sur un escalier, se rompit le tendon du triceps fémoral, tout près de la rotule. Cette rupture était reconnaissable à un enfoncement très prononcé dans l'endroit indiqué, dans lequel on pouvait coucher quatre doigts. Le malade était dans l'impossibilité de ramener dans l'extension la jambe fléchie sur la cuisse. La nature du mal, l'âge du sujet, son extrême embonpoint, les grandes chaleurs qui régnaient dans la saison où l'accident est arrivé, rendaient le pronostic très défavorable. Il s'y joignait en outre une fièvre nerveuse accompagnée de délire, de douleurs dans la région hypogastrique droite. Quel que grande que fût l'analogie de cette rupture avec une fracture transversale de la rotule, les indications étaient bien différentes, aucun des moyens employés pour cette dernière maladie ne pouvait être mis en usage pour le cas présent. Dans tous les appareils qui ont été imaginés par Beltzunker, Bulking, Boyer, Evers, Cooper, pour maintenir les deux fragmens de la rotule en rapport, il existe un lien quelconque qui est destiné à prendre son point d'appui sur le fragment supérieur, et le chirurgien trouve encore une ressource précieuse dans la saillie de celui-ci pour le ramener en bas et maintenir les muscles antérieurs de la cuisse dans l'extension. Dans la rupture du tendon au-dessus de la rotule, au contraire, on n'a plus aucune prise sur l'extrémité supérieure du tendon rompu, qui tend à se cacher dans les masses charnues, les couches graisseuses, dont le sujet qui fait l'objet de cette observation est si amplement pourvu; c'est aussi pour cette raison que le bandage unissant, pour les plaies en travers des membres, recommandé en ce cas par le docteur Ott, ne pouvait pas convenir non plus. Le seul parti à prendre était de placer le membre dans une position convenable, de mettre les muscles extérieurs dans le plus grand relâchement possible, de rapprocher les parties divisées, sans les tirailler, par des liens multipliés à cet effet; M. Martini fit placer le malade sur un double plan incliné; le tronc, fortement soulevé, a été assis plutôt que couché, tout le membre pelvien étendu sur une planche qu'on soulevait à volonté sur le tronc, avec laquelle on fléchissait aisément la cuisse sur le bassin. L'appareil est fort simple, il a été vu par l'auteur chez Gosmer, chirurgien de première classe à Vienne. Le malade guérit parfaitement; mais étant venu à mourir un an après d'un coup d'apoplexie, M. Martini a pu constater, par l'autopsie, que les bouts du tendon rompu s'étaient remis à l'aide d'un tissu fibreux intermédiaire très résistant, à peine d'un travers de doigt de large; les tissus de la cicatrice se prolongeaient aussi dans la capsule articulaire, et démontraient que la déchirure s'était étendue aussi dans cette dernière.

ONZIÈME OBSERVATION. — RUPTURE DU TENDON DU TRICEPS FÉMORAL SURVENUE CHEZ UNE FEMME D'UNE CINQUANTAINE D'ANNÉES; obs. recueillie et communiquée par M. MALGAIGNE.

OBS. XI.—Une femme, d'une cinquantaine d'années, marchant sur le boulevart dans les premiers jours de décembre 1834, fit un faux pas qui eut pour résultat de la faire glisser et tomber sur le côté gauche du corps. Une dame, qui l'accompagnait, fut entraînée dans sa chute. Elle n'entendit aucun craquement, et ne s'aperçut même pas d'une douleur locale bien vive; mais lorsqu'on voulut la relever, la douleur se fit sentir très forte dans le genou gauche, et elle ne put étendre la jambe. On la ramena en voiture; elle fut couchée; mais aucun appareil ne fut appliqué, et la douleur et le gonflement qui survinrent furent seulement combattus par des sangsues, puis des frictions stimulantes. Je fus appelé près de cette dame le 2 février suivant.

A l'examen, la jambe était fléchie à angle droit sur la cuisse, et dans cette position nulle douleur ne se faisait sentir; mais l'extension était impossible par l'action musculaire, et quand j'étendais la jambe, ce qui avait lieu très facilement, il en résultait une douleur dans le genou assez vague, plus sensible néanmoins au-dessus de la rotule. Cet os était à sa place ordinaire, sans plus de mobilité qu'à l'état normal. La saillie du ligament rotulien ne s'apercevait ni au toucher ni à l'œil, et toutes les parties molles profondes qui sont entre la rotule et le tibia étaient manifestement tuméfiées. Lorsque j'étendis la jambe, la rotule remontait sur les condyles fémoraux; elle descendait dans la flexion. Si je commandais à la malade d'étendre la jambe elle ne le pouvait pas, et la rotule n'en restait pas moins mobile à sa place, et ne remontait pas plus haut. Enfin, en appuyant les doigts sur le tendon des extenseurs, à partir du bord supérieur de la rotule et à trois quarts de pouce au-dessus environ, je sentis une lacune limitée en haut par un rebord assez dur et saillant, sans rebord semblable en bas. Je diagnostiquai une rupture du tendon extenseur de la rotule, et je recommandai un traitement dans ce sens sans en espérer beaucoup de succès, attendu la date de l'accident. Je n'ai point revu la malade depuis.

DOUZIÈME OBSERVATION RECUEILLIE PAR MON COLLÈGUE M. DEMÉAUX DANS LE SERVICE DE M. VELPEAU.

OBS XII.—En 1838, un homme de 72 ans, terrassier, entre à la Charité; il était tombé d'un échafaudage dans un fossé de 15 pieds de profondeur. Il avait fait pour se retirer de violens efforts. Au moment de sa chute, il sentit un craquement dans la cuisse gauche; il éprouva une vive douleur; il assure qu'aucun corps contondant n'a porté pendant sa chute sur la cuisse affectée; il ne peut la soulever; il se fait transporter immédiatement à l'hôpital où il est examiné une heure après l'accident. Voici l'état du malade:

Pas de traces de contusions sur aucune partie du corps, si ce n'est aux mains et à l'avant-bras gauche, où il y avait quelques petites déchirures. L'articulation du genou gauche examinée avec soin ne présente aucune altération; la rotule présente une mobilité anormale; mais on constate facilement qu'elle est intacte à trois travers de doigt, au-dessus on voit une dépression transversale. La moindre pression exercée dans ce point détermine une vive douleur. On reconnaît facilement, du côté de la rotule surtout, un fragment de tendon dont la rupture est bien nette; la partie supérieure du même tendon présente, au contraire, une interruption moins nette. Le malade ne peut soulever la jambe; mais si on la soulève, il n'éprouve aucune douleur. On applique un bandage imbibé d'un liquide résolutif. Le lendemain, la région est violacée; il y a un peu de tuméfaction; mais pas de douleur. On applique un appareil dextriné depuis la région

---

cité, de traiter les malades. Nous dirons aussi avec lui que cet arrêté est un anachronisme qui n'exciterait qu'un sourire d'étonnement, s'il ne conduisait à de déplorables conséquences. De leur côté, MM. les médecins en exercice de l'Hôtel-Dieu, stimulés par ces réclamations, et peu satisfaits du rôle qu'on voulait leur faire jouer, ont délibéré, signé et adressé le 20 août, au *Courrier de Lyon*, la déclaration suivante: « Il est vrai que les médecins de l'Hôtel-Dieu, sur la proposition de l'administration, ont consenti à employer, dans des cas d'hydrophobie *seulement*, tous les moyens proposés, même les plus absurdes; ne soyez donc pas surpris que l'homéopathie ait été admise à essayer, sous leur surveillance, ses remèdes dans une maladie reconnue jusqu'à présent à peu près incurable. » L'affaire n'en est pas restée là. Les homéopathes, qui ne demandent pas mieux qu'on parle d'eux, n'importe de quelle manière, ont aussitôt pris feu et jeté, dans les journaux, leurs manifestes. La *Société de médecine* de Lyon, émue de tout ce bruit, a évoqué la question et a nommé une commission « chargée de lui présenter un rapport sur l'*opportunité* et la *légalité* de la mesure prise par l'administration des hôpitaux. » Voilà donc la guerre allumée sur toute la ligne. Parmi les chefs du parti homéopathique, on cite M. Bapou, médecin attaché à l'Hôtel-Dieu, et le comte Desguidi, dont nous avons admiré le portrait au précédent salon, vénérable patriarche de l'homéopathie, qu'il se fait gloire d'avoir introduit le premier en France. Mais il paraît que les fauteurs les plus zélés et les plus actifs de cette hérésie sont parmi les administrateurs non médecins des hospices. Ceux-ci sont, jusqu'à un certain point, excusables dans leur admiration pour l'homéopathie, vu qu'ils n'ont pas les lumières nécessaires pour la juger. Mais si leur incompétence médicale excuse et fait comprendre leur partialité pour la doctrine homéopatique, elle ne peut pas servir de règle de pratique aux médecins et chirurgiens des hôpitaux de Lyon. Il faut que chacun s'occupe de ses affaires. Les administrateurs doivent administrer, et les médecins faire de la médecine. La déclaration des médecins de l'Hôtel-Dieu n'a pas paru assez ferme à quelques personnes. On aurait peut-être mieux aimé qu'ils n'eussent pas obtempéré à l'injonction irrégulière qui leur a été faite, et maintenu intact leur droit exclusif de traiter les malades hydrophobes ou autres d'après les seules inspirations de leur conscience et de leurs lumières. Quoi qu'il en soit, l'homéopathie sait à quelles conditions et à quel titre elle sera admise au grand hôpital de Lyon, si tant est que la mesure soit maintenue, ce qui est fort douteux. Cette affaire ne serait que ridicule, si elle ne soulevait une question très grave, celle de savoir si l'autorité des administrations des hospices peut s'étendre jusqu'aux méthodes de traitement. Pour nous, la solution n'est pas douteuse; mais comme le conflit survenu à Lyon est de nature à se reproduire ailleurs; il est à souhaiter que les médecins des hôpitaux de cette ville ne permettent pas des empiètemens qui pourraient devenir des précédens fâcheux. Mais c'est assez homéopatiser.

Avez-vous lu les CORINTHIENNES? Prévoyant votre réponse, je vais immédiatement vous expliquer ce que c'est qu'une corinthienne. Une corinthienne est une lettre, d'ordinaire excessivement longue, adressée au public médical par le docteur L. Quelques personnes les disent très spirituelles, pleines de sel, de verve, de raison fine et mordante, de logique et d'éloquence; ce serait du Pascal, du Voltaire, du Beaumarchais, du Courier, ou quelque chose de fort approchant. Nous avons en effet cru reconnaître dans ces pages l'intention de nous faire songer

des orteils jusqu'au-dessous des trochanters. Le membre était dans l'extension. Le malade a gardé le lit vingt jours, après quoi il a pu se lever et marcher avec des béquilles. Le trente-cinquième jour l'appareil a été enlevé; alors on trouve toute la cuisse violacée; il n'y avait point de dépression au niveau de la rupture; pas de douleurs. Le malade a pu marcher avec des béquilles, se tenir sur sa jambe entourée d'un bandage simple. Au bout de quarante-cinq jours le malade est sorti de l'hôpital, marchant sans béquilles.

TREIZIÈME OBSERVATION; RUPTURE DU TENDON DU TRICEPS; recueillie dans la clientelle de M. BLANDIN.

OBS. XIII. — M..x, âgé de 68 ans, fort, robuste, bien conservé, né en Allemagne, mais habitant Paris depuis longtemps, d'une conduite toujours régulière; il n'a jamais fait de maladies graves: le 25 janvier dernier, il sortait de chez lui, par un temps de verglas, il tenait un parapluie à la main pour se garantir de la neige; à peine eut-il fait quelques pas que le pied venant à lui manquer, il fit un violent effort et se laissa tomber sur le côté. Il ressentit en tombant une vive douleur au-dessus du genou droit; il lui fut impossible de se relever. Emporté chez lui sur une chaise, il s'aperçut qu'il ne pouvait plus étendre la jambe droite. M. Blandin ayant été appelé quelque temps après l'accident, il constata les phénomènes suivans: il existe un enfoncement considérable au-dessus du genou; cet enfoncement est dû à la rupture du tendon du triceps, à 1 centimètre et demi ou 2 centimètres au-dessus de la rotule; cet os est un peu abaissé, plus mobile dans le sens transversal que du côté sain; le bout supérieur du tendon s'est rétracté, ce qui explique l'étendue en hauteur de l'excavation qui existe au-dessus de la rotule; la pression sur ce point est douloureuse; mais, à l'état de repos, il ne se plaint que d'un peu de malaise, de l'impossibilité dans laquelle il se trouve de tendre la jambe sur la cuisse, ainsi que de la soulever. Pendant les premiers jours qui suivirent l'accident, l'extrémité inférieure de la cuisse se tuméfia; des compresses résolutives furent appliquées sur le membre et furent maintenues à l'aide d'un bandage roulé; au bout de huit jours, la tuméfaction du membre disparut; dès-lors M. Blandin appliqua l'appareil dextriné, qui lui avait tout récemment réussi dans les fractures de la rotule; cet appareil fut posé de la manière suivante: après avoir appliqué une bande dextrinée sur le pied et la jambe, il releva fortement la rotule à l'aide de compresses longuettes, tandis qu'un aide, pressant sur la cuisse, cherchait à ramener le plus possible l'extrémité supérieure du tendon rompu au point de contact; cela fait, il appliqua des tours de bande au-dessus et au-dessous de la rotule, et remonta jusqu'au haut de la cuisse; le membre fut tenu dans l'extension la plus complète, avec une longue attelle placée sous la jambe et sous la cuisse, et, de plus, tout le membre fut placé sur un plan incliné, l'appareil desséché à l'aide de serviettes chaudes. Au bout de vingt-cinq ou vingt-six jours, cet appareil fut enlevé. A cette époque, l'excavation sus-rotulienne fut comblée; mais la partie antérieure et inférieure de la cuisse était enveloppée comme d'un gangue organique et sous-cutané. La reproduction du nouveau tendon ne parut pas assez solide à M. Blandin; un nouvel appareil dextriné fut réappliqué pour quelque temps encore. Au bout de cinquante jours après l'accident, le malade marchait, avait recouvré presque toute la mobilité dont son membre était doué avant l'accident, à part toutefois un peu de rigidité du genou. Lors de la levée du second appareil, toutes les parties de la cuisse dont nous avons parlé plus haut étaient encore peu distinctes; on ne sentait pas bien le tendon du triceps ni les deux enfoncemens latéraux qui l'environnent; ce ne fut que quinze ou vingt jours après la mise en liberté du membre, un exercice modéré et l'usage de douches de vapeur sur cette partie, que le membre revint tellement à son état normal, qu'il est impossible de distinguer lequel des deux membres a été malade. A l'heure qu'il est, le malade va très bien.

Maintenant que je viens de faire connaître les observations que j'ai pu réunir, je devrais donner quelques détails d'anatomie pathologique sur les ruptures du tendon du triceps fémoral; mais aucun des malades n'ayant succombé au moment de l'accident, ce que je pourrais dire ne serait qu'une hypothèse. Cependant je mentionnerai deux faits, l'un est tiré de Saucerotte; cet auteur dit que, sur son malade, la rotule fut tellement portée en dehors, qu'elle venait reposer sur la tête articulaire du péroné; l'autre fait, qui appartient à M. Martini, a trait à la déchirure de la capsule synoviale du genou, en même temps que s'était faite la rupture du triceps. Le sujet de son observation étant mort un an après sa chute, on trouva que la substance intermédiaire aux deux fragmens pénétrait jusque dans l'articulation. Peut-on induire de là que la capsule a été déchirée? Je ne le sais. Toutefois, cette particularité aurait perdu de son importance pathologique, depuis les opérations qui ont été faites dans les articulations mêmes, suivant la méthode sous-cutanée, par MM. Jules Guérin, Goyraud, Blandin, etc., sans déterminer d'accidens graves.

La maladie qui nous occupe se produit toujours consécutivement à de grands efforts musculaires, soit qu'ils soient faits pour parer à une chute, soit au contraire pour franchir un espace, comme cela s'est passé dans le cas de Jean-Louis Petit. Dans une des observations de Sédillot, une de ses malades se rompit le tendon du triceps en faisant effort pour retirer son pied d'un trou dans lequel il s'était engagé. Ruysch, frappé du fait qu'il avait eu occasion d'observer, se demande s'il n'existerait pas, chez certains individus, une diathèse particulière, favorisant la production de la maladie. Dans les treize observations que nous avons rapportées, huit fois l'âge fut indiqué; le plus jeune des malades cités plus haut a 22 ans, et le plus âgé 74; sur huit, deux sont au-dessous de 30 ans, tandis que sur les six autres le plus jeune en a 45, et les quatre autres en ont plus de 50. La conséquence de ceci est que, suivant les faits que nous avons cités, la vieillesse est une cause de production de cette rupture. Sur nos 14 malades, deux femmes seules sont affectées. A quoi tient cette différence? Probablement à ce que ces dernières se livrent généralement à des travaux moins rudes.

Cette affection est généralement unique, et cependant deux fois sur treize elle s'est montrée double, une fois primitivement, dans l'observation de Sauserotte, l'autre fois successessivement, dans l'observation de Dupuytren. Quant aux complications qui sont survenues, elles ont été peu graves; un peu de fièvre, un peu de rougeur et d'inflammation de la cuisse, voilà ceux qui ont été notés; dans deux cas seulement, la complication a été plus grave; le malade de Boyer se fractura le fémur du même côté où avait lieu la rupture; le malade de M. Martini eut une fièvre nerveuse et du délire. Mais lequel des deux membres est principalement affecté? Je serais porté à croire que c'est le droit, mais je ne puis rien conclure, le membre affecté n'ayant pas été noté dans les observations anciennes que j'ai reproduites.

Les symptômes de cette affection sont une douleur vive, perçue à la partie inférieure de la cuisse, sentiment de craquement dans cette partie (ce fait n'a été noté qu'une fois dans mes treize observations), et enfin chûte. Si le médecin est appelé au moment de l'accident, il constate une dépression sous-cutanée, située au-dessus de la rotule, quelquefois immédiatement au-dessus de cet os, et quelquefois, au contraire, à trois ou quatre travers de doigts au-dessus; cette dépression n'est point toujours la même; tantôt elle admet à peine le doigt, et d'autres fois, au contraire, elle a une étendue en hauteur de plusieurs centimètres; sa profondeur doit également varier. Ce symptôme devient plus manifeste suivant que l'on fléchit ou que l'on étend la jambe. Dans le premier cas, écartement des deux fragmens, et dans le second, rapprochement dans la flexion de la

---

à tout cela; d'autres nous assurent que ce ne sont que des pastiches assez plats de ces maîtres du genre; que si l'auteur est souvent plaisant, ce n'est pas de la manière dont il pense l'être et que l'esprit qu'il rencontre n'est pas celui qu'il cherche. Nous ne nous entendons pas assez en style pour décider entre ces critiques. Mais laissons la forme et voyons le fond. Il s'agit dans ces épîtres, appelées, on ne sait pourquoi, corinthiennes, et mises, on ne sait pas mieux pourquoi, sous le patronage de Saint-Paul, des candidatures académiques. Notre confrère veut être académicien, mais il ne veut pas faire de visites. Il est en cela d'une vertu plus sauvage que son modèle Paul-Louis Courier qui, dans un cas pareil, confesse avoir fait quatre-vingts courbettes, à raison de deux courbettes par académicien, l'une en entrant et l'autre en sortant. Cet antique usage des visites révolte sa fierté d'homme et de savant; et il ne sera pas de l'Académie de médecine, ni de toute autre, plutôt que de consentir à passer sous ces *fourches caudines*. Telle est la thèse développée dans la première et la deuxième corinthienne, avec un luxe de détails qui permet d'en espérer ou d'en craindre bien d'autres encore. Cette thèse est au fond très soutenable, et il n'y a aucun homme de sens qui n'avoue que l'usage des visites ne soit contraire à la stricte justice, et surtout très fatiguant pour les visiteurs et les visités. Mais il ne faut pas non plus prendre la chose trop au tragique et se mettre à crier à l'abomination de la désolation, comme s'il s'agissait de la violaton de toutes les lois divines et humaines. Il ne faut pas, à moins de ne vouloir être décidément ridicule, nous menacer à ce propos de la dissolution sociale, nous peindre Corinthe énervée, Athènes dépravée, déclamer à toute outrance sur cette *génération en délire*, sur ce *tohu bohu étourdissant*, ce *te anarchie sans frein*, ce *cataclysme moral* au milieu desquels nous vivons. Il ne fallait pas tant d'appareil pour faire savoir au public qu'on a le *sens moral* trop développé pour imiter la conduite de ses confrères en profession et de ses collègues en cadidature, et trop de *courage* pour imiter leur silence quand il s'agit de défendre la justice et la vérité. Vous avez peut-être remarqué, cher confrère, que la vertu devient à la mode; nous regorgeons maintenant d'hommes à principes inflexibles, qui ne cessent de tonner contre les vices; on les admirerait davantage s'ils étaient plus modestes, et on les croirait un peu plus s'ils laissaient à d'autres qu'à eux-mêmes le soin de mettre en saillie la grandeur de leurs sentimens. Mais il paraît qu'il y a dans chaque époque une manière d'être vertueux. Pour en revenir aux corinthiennes, je signalerai à votre attention l'ingénieuse méthode d'examen poposée par l'auteur, pour découvrir le mérite relatif intellectuel et moral des candidats académiques. Il veut qu'on les réunisse tous le même jour et à la même heure dans un local approprié, où se rendra de son côté la commission avec son président. Là ils seront soumis tous et chacun individuellement à une vérification crânioscopique et à des interrogations propres à faire apparaître au dehors la qualité de leur esprit et la tournure de leur caractère. M. L. croit que, par cette *analyse physique* et cette *synthèse morale*, on ferait de parfaits académiciens. On ne risque rien d'essayer.

Il a paru aussi tout récemment deux autres lettres, moins vertueuses peut-être, mais sans comparaison plus piquantes. Elles racontent un des nombreux épisodes de la petite guerre que notre excellent ami et confrère le docteur Chervin soutient depuis quelques années avec le bureau de l'Académie de médecine. On ne pouvait avoir raison avec plus d'esprit, ni se défendre avec plus de goût et de

jambe, la rotule s'abaisse et remonte dans l'extension. Si on vient à appuyer sur cette dépression, on détermine de la douleur. La rotule est plus mobile que d'habitude, elle est un peu baissée, et dans un cas elle avait été entraînée jusque sur la tête du péroné. Le malade ne peut ni étendre ni soulever la jambe; si au contraire on vient à la lui soulever en masse, il n'accuse aucune douleur dans le lieu de la rupture. Tels sont les symptômes primitifs de la rupture des tendons du triceps; plus tard l'excavation se comble; un gonflement, quelquefois une large ecchymose, et même une inflammation surviennent dans le lieu où siége la maladie; toutefois ces phénomènes ne sont que très temporaires; ils disparaissent assez promptement.

Le diagnostic d'une affection étant d'autant plus facile que les symptômes sont plus tranchés, cette dernière ne peut au début être confondue avec aucune autre; il suffit d'être prévenu de son existence pour que la chose fût impossible; mais si on était appelé quelques jours après l'accident, il pourrait se faire qu'elle ne fût point reconnue en raison du gonflement (voy. la huitième observation), ou qu'elle fût confondue avec une forte contusion de la partie antérieure de la cuisse, et *vice-versâ*.

La marche de cette affection est généralement simple; d'abord il se forme un peu de gonflement de la partie malade, quelquefois même une ecchymose; mais à ces phénomènes morbides succède bientôt un travail organique et réparateur. Cette affection morbide du triceps, se trouvant dans des conditions physiologiques analogues à celles dans lesquelles se trouvent les muscles et les tendons après la section sous-cutanée, d'après quelle loi s'effectue la guérison? Laquelle des opinions émises par Delpech, MM. Acher, Held, Duval, Ammon, Bouvier, Velpeau, Jules Guérin, admettrons-nous?

Il me semble, avec M. Jules Guérin, que la nature ne doit pas se modifier elle-même pour produire un phénomène organique identique, quel que soit d'ailleurs l'organe où se passe le phénomène. En un mot, il me semble que la nature doit toujours procéder de la même manière, qu'il s'agisse de la réunion d'un os, d'un muscle ou d'un tendon. D'où ce corollaire : « les plaies sous-cutanées des tendons, des ligamens, des muscles, etc., guérissent en s'organisant, quoiqu'il y ait un espace considérable laissé entre les lèvres de la solution de continuité, suivant le mécanisme de la réunion adhésive (1). »

En établissant la durée de cette maladie, si nous n'avions égard qu'à la cure radicale, il nous serait bien difficile d'indiquer quelque chose de positif avec notre peu d'observations, attendu qu'il est des malades qui pouvaient à peine marcher au bout de neuf mois, ou même d'un an et dix-huit mois, et qui guérirent néanmoins. Nous n'avons pour but dans ce travail que d'indiquer d'une manière approximative la quantité de jours que le malade doit rester au lit. Sur 17 observations où la durée fut marquée, une seule malade put marcher au bout de 25 jours; les six autres ne purent le faire qu'après six semaines au plus tôt.

Sur 14 malades dont nous avons rapporté l'histoire, nous trouvons 5 cas seulement où la terminaison fut heureuse; dans les autres cas, ou elle fut défavorable au malade, ou ne fut point indiquée. Plusieurs marchèrent très difficilement après la guérison.

De tout ceci il faut conclure qu'une affection qui a demandé en moyenne de 40 à 50 jours de séjour au lit, et qui surtout a laissé 9 malades sur douze dans l'impossibilité de marcher convenablement, est une affection grave. Espérons que les faits ultérieurs modifieront ce pronostic, que je ne formule qu'avec crainte, attendu que les faits sur lesquels il repose manquent de détails circonstanciés.

Quelle peut être la cause de ces insuccès? Il me semble que l'on pourrait les expliquer de la manière suivante. Immédiatement après la rupture du tendon du triceps, ce tendon fixé à un muscle long et doué de rétractilité tend sans cesse à s'éloigner, au début de la maladie, du fragment inférieur. Si on ne s'oppose à cette rétractilité, elle se fait jusqu'à ses dernières limites, qui varient peut-être suivant chaque individu; il reste donc un espace à combler en rapport avec la rétractilité musculaire, et supposons par la pensée que l'espace est comblé et qu'une nouvelle portion de tendon est formée, il en résultera que le droit antérieur de la cuisse, en longue portion du triceps fémoral, aura encore la même longueur. Mais, par suite de la contraction et du retrait moléculaire qu'il a subis, il peut avoir perdu de sa force contractile, d'où l'impuissance dans laquelle se trouve le triceps de tendre la jambe sur la cuisse et de marcher sur un plan déclive, comme le malade de Molinelli; d'après mon hypothèse, l'impuissance ne viendrait point de la longueur du muscle, mais de sa faiblesse de contractilité.

Le traitement que l'on doit faire subir aux malades atteints de cette maladie se réduit à deux choses : rapprocher les fragmens et s'opposer à leur écartement; le premier de ces moyens ne peut être atteint par les bandages que les chirurgiens ont imaginés pour obtenir la guérison des fractures de la rotule, car ils supposent tous deux points d'appuis, l'un supérieur et l'autre inférieur; or, cela ne peut point avoir lieu dans la rupture du triceps; il me semble que le bandage dextriné, comme MM. Blandin et Velpeau l'ont déjà appliqué avec succès dans plusieurs cas de fractures de la rotule, est le bandage qui remplisse le mieux les deux indications mentionnées plus haut. Pour cela, après avoir appliqué une bande dextrinée depuis les orteils jusqu'au genou, le premier de ces professeurs relève fortement la rotule avec des compresses longuettes, il fait élever le membre dans l'extension le plus complète, et cherche à affronter les deux fragmens autant que possible; il termine son bandage au niveau des trochanters. Une longue attelle fixée sur toute la partie postérieure du membre malade maintient l'extension la plus complète pendant la dessiccation; il faut de plus avoir le soin de tenir le membre fléchi sur le tronc, afin de mettre le triceps crural dans le relâchement. Cet appareil peut avoir besoin d'être renouvelé, parce qu'il ne remplit plus les conditions qu'il était appelé à remplir; lors de sa réapplication, il faudra suivre le même procédé et chercher à obtenir du malade qu'il tienne, soit au moyen d'un lit fait exprès, soit avec un plan incliné, un certain degré de flexion de la cuisse sur le tronc, en même temps que la jambe est étendue; c'est en suivant ce mode de traitement que M. Blandin a guéri une personne âgée de 68 ans, et affectée d'une rupture grave du tendon du triceps fémoral.

---

(1) Essais sur la méthode sous-cutanée, par M. Jules Guérin, p. 70.

---

modération contre des oppositions qui manquent souvent de convenance et surtout de justice.

Nous comptions vous expliquer la signification et vous faire voir l'importance d'une décision récente de l'Académie, relative au mode à suivre pour la nomination des commissions chargées de déterminer dans quelles sections de l'Académie doit avoir lieu le remplacement lorsqu'il y a une vacance. Nous nous bornerons, attendu l'heure avancée et le départ prochain du courrier, de vous dire que jusqu'à présent le conseil d'administration avait eu l'habitude de dresser une liste contenant les noms des membres qu'il supposait devoir être propres à faire partie de la commission à nommer. Le conseil abrégeait ainsi le travail de l'Académie, mais cette présentation avait l'inconvénient de lier indirectement les votes de la compagnie, qui, n'ayant pas sous les yeux, ni encore moins présens à l'esprit, les noms de tous les académiciens, trouvait plus commode d'élire immédiatement ceux qui lui étaient désignés par l'administration. A l'avenir, il n'en sera plus de même. Un tableau général des membres de l'Académie, distribués par sections, sera mis entre les mains de chaque académicien, qui pourra ainsi fixer son choix. Cette manière de procéder est de tous points préférable à l'autre; elle est aussi prompte et plus libre.

Nous mettrons fin ici à notre épître, à laquelle vous ne trouvez rien de corinthien, s'il plaît à Dieu, sauf la longueur.

— Les dernières nouvelles de la Havane annoncent que la fièvre jaune y fait des ravages. La mortalité est effrayante parmi les équipages de la marine.

— Le Moniteur annonce que M. le docteur Baudens est appelé de l'hôpital militaire du Gros-Caillou à celui du Val-de-Grace, comme chirurgien en chef et premier professeur.

— Relation historique et médicale de la mort de S. A. R. Mgr le duc d'Orléans, prince royal; par le docteur F. Bommx. — Brochure in-8°. Prix : 25 centimes.

Paris, librairie médicale et scientifique de A. Gardembas, éditeur, rue de l'Ecole-de-Médecine, 10.

— Catalogue des livres, dessins et estampes de la bibliothèque de feu M. J.-B. Huzard, inspecteur-général des Ecoles vétérinaires, membre de l'Institut et de l'Académie royale de médecine, etc. — 3 vol. in-8°. Prix : 15 fr.

Première partie : Histoire naturelle et sciences accessoires.

Deuxième partie : Agriculture, économie rurale, chasses et pêches.

Troisième partie : Médecine humaine et vétérinaire, équitation, sociétés littéraires, bibliographies, biographie.

Mis en ordre et rédigé par P. Leblanc, ancien imprimeur-libraire.

Paris, imprimerie et librairie de madame veuve Bouchard-Huzard, rue de l'Eperon, 7.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

I. NEUE ZEITSCHRIFT FUR DIE GEBURTSKUNDE,

PAR BUSCH, D'OUTREPONT, DE RITGEN ET DE SIEBOLD.

Les deuxième et troisième cahiers du onzième volume et le premier du douzième volume contiennent les articles originaux suivans : 1° *Aphorismes sur les eaux minérales d'Isch* ; par le docteur Brenner, 2° *Matériaux pour une statistique d'obstétrique, principalement de l'électorat de Hesse* ; par le docteur Schreiber. 3° *Observation d'un accouchement prématuré artificiel* ; par le docteur Siebold. 4° *Remarques sur la version et sur le porte-lacq de Gerner* ; par le docteur Neverman. (Article de polémique.) 5° *Sur la conduite à tenir lorsque le placenta se présente à l'orifice* ; par le docteur Emsmann. (Pour appuyer le précepte donné par le docteur Zœwenband, l'auteur rapporte deux cas observés déjà en 1815, où il a fait avec succès, pour la mère et l'enfant, la version, après avoir perforé le placenta implanté sur l'orifice. (GAZ. MÉD., p. 792, 1839.) 6° *Compte-rendu de la clinique d'accouchement de Dresde pendant* 1837, 38 et 39. 7° *Sur les occlusions du vagin* ; par le docteur Siebold, (Énumération de quelques cas curieux recueillis dans les auteurs.) 8° *Sur quelques présentations anormales de la tête* ; par le docteur Vogler. (Ce sont onze observations d'accouchemens laborieux, la plupart avec présentation de la face. Neuf femmes sont mortes et autant d'enfans), 9° *Observations* ; par le docteur Düntzer. (1° Cas de dépression considérable du frontal gauche chez un nouveau-né, occasionée pendant la grossesse par une exostose qui se trouvait au-devant de la quatrième et de la cinquième vertèbre lombaire de la mère. L'accoucheur s'est assuré de l'existence de cette exostose, en introduisant la main dans l'utérus, immédiatement après l'accouchement ; 2° fœtus monstrueux de sept mois, expulsé immédiatement après un accouchement d'un enfant vivant et bien conformé ; 3° éclampsie d'une accouchée morte après la délivrance ; 4° deux cas de placentas insérés sur l'orifice pour lesquels on a appliqué le forceps et administré le seigle ergoté. Les femmes ont été sauvées, les enfans sont morts.) 10° *Souvenirs de voyage* ; par le docteur J.-F. Osiander. 11° *Examen de la critique de M. Naegelé sur la théorie des bassins obliques* ; par le docteur Stein. 12° *Sur la procidence du cordon ombilical* ; par le professeur Osiander. 13° *Mélanges d'obstétricie* ; par le docteur Sandrock. (Rien d'inconnu.) 14° *Sur la présentation des vaisseaux ombilicaux à l'orifice de la matrice* ; par le docteur Hüter. 15° *Observations* ; par le docteur Tott. 16° *Mélanges* ; par le docteur Wehr. (1° Éclampsie suivie de mort ; 2° cas d'insertion de placenta sur l'orifice de la matrice.)

MATÉRIAUX POUR UNE STATISTIQUE D'OBSTÉTRICIE, PRINCIPALEMENT DE L'ÉLECTORAT DE HESSE ; par le docteur SCHREIBER.

D'après des comptes-rendus sur les cliniques d'accouchemens de Fulda, Marbourg, Dresde, Pavia, Würzbourg, Vienne, Berlin, Breslau, on ferait, terme moyen, une opération sur 13 accouchemens. C'est à Vienne qu'on fait le moins d'opérations : une à 78 accouchemens, et le plus à Berlin, une à 6,3 jusqu'à 6,8. A la clinique de Marbourg, de 1833-34, on compta une opération sur 15 accouchemens ; tandis que la proportion est de 1 à 38 pour tout l'électorat de Hesse pendant 1836, 37 et 38. Il résulte donc de ces données que le nombre d'opérations d'obstétricie, faites dans une province entière, est proportionnellement moindre que celui des hôpitaux ; il en est de même de la proportion des opérations pratiquées dans les villes et dans les campagnes ; c'est ainsi que dans les villes de Hesse (Cassel et Hanau), il se fait une opération sur 17,9 accouchemens, et dans la campagne 1 sur 95.

OPÉRATION CÉSARIENNE. Dans les cliniques d'accouchemens rapportées plus haut, cette opération est aux autres opérations comme 1 à 84 ; dans l'électorat de Hesse, comme 1 à 142. D'après Busch, elle fut pratiquée sur le vivant à la clinique de Berlin une fois sur 256 accouchemens, qui ont eu lieu dans les années 1829 à 35, et trois fois sur la femme morte. Dans l'électorat de Hesse, sur 76,417 accouchemens, elle a été faite une fois sur le vivant et onze fois sur la femme morte.

PERFORATION. — Elle a été pratiquée dans la clinique de Berlin une fois sur 64,4 opérations, et dans la Hesse une fois sur 74.

VERSION. — Sur la tête, une fois sur 75 opérations dans la clinique de Berlin, et une fois sur 68 dans l'électorat de Hesse. Sur les pieds, une fois sur 9 opérations dans les cliniques en général, une fois sur cinq dans celle de Berlin, une fois sur 3,2 dans la Hesse. Il y a une différence remarquable entre le nombre de versions pratiquées à la campagne et celui dans les villes ; terme moyen, il y a une version sur 103,2 accouchemens à Cassel et Hanau, tandis qu'il n'y en a qu'une sur 2068 dans la campagne qui environne ces villes.

APPLICATION DU FORCEPS. — Une fois sur 1,9 opérations dans les cliniques, 1 sur 2,1 dans la Hesse, 1 sur 67,9 accouchemens dans les villes (Cassel et Hanau), et 1 sur 283 dans les campagnes.

Il est évident que dans les grandes villes, et encore plus dans les cliniques, on se hâte davantage de recourir aux opérations qu'à la campagne, où le médecin est très souvent éloigné, et où les familles craignent les dépenses d'une opération et se confient davantage au temps et à la nature.

ACCOUCHEMENT FORCÉ OU PROVOQUÉ. — Une fois sur 28 opérations dans les cliniques ; une sur 80 dans celle de Berlin, et 1 sur 313 dans la Hesse.

EXTRACTION DE PLACENTA. — Une fois sur 6,6 opérations dans les cliniques, et 1 sur 5,7 dans la Hesse.

En général, on fait 3 à 4 fois plus d'opérations sur des primipares que sur des multipares. La mortalité qui suit les opérations est pour les mères de 1 sur 14,9 opérations dans les cliniques et 1 sur 15 dans la Hesse ; elle est d'un enfant sur 3,4 opérations dans les cliniques et de 1 sur 2,4 dans la Hesse.

OBSERVATION D'UN ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ARTIFICIEL ; par le docteur SIEBOLD.

Après avoir donné quelques détails historiques sur cette opération, qui a eu tant de peine à se faire jour en France, le professeur de Goettingue rend justice à son collègue de Strasbourg, M. Stoltz, qui, sans le moindre doute, a été le premier à prendre la défense de cette opération en France ; puis il rapporte une longue observation d'une femme qui déjà avait été délivrée quatre fois d'enfans morts par la version. On avait constaté que l'angle sacro-vertébral était très-saillant, surtout à gauche, et que le diamètre antéro-postérieur du bassin n'avait que trois pouces et quart. La femme, de nouveau enceinte, et dans la trente-troisième semaine de la grossesse, fut soumise à l'accouchement prématuré artificiel, qu'on pratiqua au moyen de l'éponge préparée au mucilage de gomme arabique, introduite dans le col de la matrice. Une fois que l'orifice fut complètement dilaté, on s'assura que l'enfant avait une position vicieuse et qu'il fallait l'extraire par la version par les pieds ; à l'aide de beaucoup de soins, on le conserva vivant. La mère et l'enfant se portent encore bien aujourd'hui.

COMPTE-RENDU DE LA CLINIQUE D'ACCOUCHEMENT DE DRESDE PENDANT 1837, 38 ET 39.

633 femmes accouchèrent de 343 garçons et de 298 filles. 9 fois, il y eut des jumeaux et une fois un mole ; 47 enfans sont mort-nés et 45 succombèrent après l'accouchement ; 43 femmes sont mortes.

On a observé :

560	présentations	de l'occiput.
11	—	du sommet.
6	—	de la face.
7	—	des fesses.
4	—	des genoux.
3	—	des pieds.
5	—	transversales.
45	—	indéterminées.

On a fait 60 applications de forceps, 4 versions, 13 extractions par les pieds, deux perforations, un accouchement provoqué à 5 mois à cause d'hémorragie, et un autre pour étroitesse du bassin.

SUR LA PROCIDENCE DU CORDON OMBILICAL ; par le professeur OSIANDER.

Après avoir fait connaître avec quelques détails la différence qui existe entre les cordons de plusieurs espèces d'animaux et de l'homme, et après avoir remarqué surtout que ce n'est que dans l'espèce humaine que le cordon est très long et d'autant plus long que le placenta est plus petit et plus compacte, l'auteur nous fait connaître un nouvel appareil pour maintenir le cordon prolabé. Cet appareil, très simple, consiste dans deux plumes d'oie non taillées, rapprochées l'une de l'autre par leur face concave et liées ensemble au moyen d'un fil. A la naissance des tuyaux, il est bon de traverser les plumes elles-mêmes avec le fil qui sert à les lier et à les transformer en une espèce de fourche ; le cordon prolabé est alors placé entre les deux tuyaux de plume et poussé doucement entre le fœtus et la matrice. Les aspérités des barbes de plume, s'arc boutant entre les parois du vagin, empêchent l'appareil de descendre une fois placé. Sui-

vent treize observations de cordon prolabé prises entre beaucoup d'autres, desquelles le professeur de Gœttingue tire ces conclusions :

1° Toute procidencé du cordon, ne demande pas les secours de l'art; souvent la tête descend avec le cordon sans qu'il en résulte une pression mortelle pour l'enfant;

2° Lorsque l'enfant est d'une grosseur moyenne et le bassin bien conformé, on doit abandonner l'accouchement à la nature; rarement une pression médiocre du cordon est dangereuse, aussi peu que son entortillement; tout au plus sera-t-on obligé de recourir à l'application du forceps si l'accouchement se faisait trop lentement.

3° Il ne faudra avoir recours à la version que lorsque d'autres indications que la procidence du cordon la réclameront. L'ancien principe de faire toujours la version lorsque le cordon est prolabé est aussi peu fondé que dangereux.

4° La cessation des battemens du cordon n'est pas un signe certain de la mort de l'enfant; elle doit plutôt engager à terminer promptement l'accouchement que d'entreprendre une opération violente sur l'enfant.

5° Rarement un aura besoin de repousser le cordon dans l'utérus et plus rarement encore on y réussira; cependant si le cordon paraissait au dehors du vagin, Il faudroit l'y replacer avec une compresse, avec une éponge ou un instrument quelconque, et en maintenant les cuisses rapprochées, car l'action de l'air sur le cordon et le refroidissement de ce dernier suspendent la circulation du fœtus et le font mourir en peu de temps.

SUR LA PRÉSENTATION DES VAISSEAUX OMBILICAUX A L'ORIFICE DE LA MATRICE; par le docteur HUTER.

La présentation des vaisseaux ombilicaux à l'orifice de la matrice (*vasa funiculi umbilicalis prævia*) est un phénomène si rare, que sur 800 acccouchemens observés à Marbourg, il n'a pas été noté une seule fois, et même l'insertion du cordon sur les membranes de l'œuf (*insertio funiculi umbilicalis velamentis*) n'a été vue que cinq fois. D'après le professeur de Marbourg, il n'y a encore que deux observations de présentation de vaisseaux ombilicaux à l'orifice qui aient été publiés (Rob. Beuckiser dans sa DISSERTATION, Heidelberg 1831, et Ricker dans le JOURN. D'ACCOUCHEMENT de Siebold, V. XII, C. III, p. 506) auxquelles il joint une troisième.

OBS. — Au mois de mars 1826, M. Huter fut appelé auprès d'une femme, âgée de 25 ans, petite, enceinte pour la seconde fois et au terme de sa grossesse. Le ventre était large et inégal; les pieds du fœtus paraissaient être à droite et la tête à gauche. L'orifice de l'utérus était haut et entr'ouvert. La femme se plaignit de fréquentes douleurs dans le flanc gauche. Le 16 mars, à huit heures du soir, la femme commença à perdre les eaux sans douleurs. Par le toucher, on reconnut facilement la pulsation de la tête, et dans l'orifice peu dilaté on sentit, outre le fœtus, quelque chose qu'on ne reconnut pas, et qui ne paraissait pas appartenir à l'enfant. Les pulsations du cœur de l'enfant étaient très distinctes, mais le souffle placentaire peu sensible. Le bas-ventre avait une forme régulière, pourtant le fond de l'utérus était extraordinairement large. A mesure que l'orifice se dilata davantage, on trouva devant la tête les membranes de l'œuf épaisses et rugueuses, et dans leur épaisseur un cordon du calibre d'une plume d'oie s'étendant derrière et à gauche vers la droite et en avant et se bifurquant à droite. On ne distinguait pas de pulsation à ce cordon, il n'y avait pas d'eau dans les membranes.

Dans la nuit du 17, les contractions diminuèrent. A huit heures du matin, l'orifice était moins dilaté que pendant la nuit. A midi, les douleurs recommencèrent, et à trois heures l'orifice était largement ouvert. A quatre heures et demie, il y eut tout à coup une perte de sang, et cependant au toucher qui était alors plus facile on ne trouva point le placenta dans le voisinage de l'orifice; mais par contre on sentit une pulsation obscure des vaisseaux se bifurquant à droite. On donna quelques gouttes de teinture de cannelle. Les contractions devinrent plus fortes; la perte de sang était intermittente, peu copieuse; le bas-ventre très sensible au toucher. On essaya inutilement de déprimer les membranes à droite, et ce n'est qu'à six heures du soir, lorsque l'orifice était complètement dilaté, que M. Huter reconnut positivement la première position de la tête. On ne sentit plus les battemens des vaisseaux, les mouvemens de l'enfant avaient cessé, et on n'entendait plus les battemens de son cœur. Comme les membranes, ainsi que les vaisseaux de l'œuf étaient tendus au-devant de l'orifice, on chercha à les pousser à droite et en arrière en faisant coucher la femme sur le côté. A mesure que l'occiput avançait dans le bassin, les vaisseaux ombilicaux se déplaçaient au point de ne pouvoir plus être atteints par le toucher; cependant les membranes coiffaient toujours la tête qui n'avait pas de tumeur. A huit heures du soir, les contractions devinrent toujours plus fortes et l'accouchement se termina spontanément. L'enfant du sexe masculin, très fort, pesant au moins huit livres, présentait les signes d'une mort par apoplexie. On tenta inutilement de le rappeler à la vie. Ce n'est qu'au moment où la tête a franchi la vulve que les membranes dures et ne contenant point d'eau se sont rompues sans qu'on ait pu y reconnaître les vaisseaux touchés pendant le travail.

Environ une demi-heure après la sortie de l'enfant, l'accouchée eut des évanouissemens, le pouls devint très petit et fréquent; elle ne se remit que lorsque l'accoucheur eut retiré le placenta, qui était inséré à droite, en partie sur le col et en partie sur le corps de l'utérus, et n'était encore décollé que par en bas. La perte de sang n'avait pas été considérable, l'utérus se contracta régulièrement. La femme resta faible pendant très longtemps.

A l'examen du délivre, on trouva le placenta volumineux et régulier, mais les cordons y étaient implantés par les bords et se bifurquaient déjà dans les membranes, environ à deux pouces de leur insertion au placenta. Une branche artérielle était rompue, et les membranes déchirées au même point.

M. Huter se demande si cette déchirure avait été faite avant ou après la délivrance, qui avait exigé de fortes tractions. Elle ne paraît pas avoir été faite pendant le travail, vu le peu de sang écoulé et l'aspect apoplectique du fœtus. La mort de ce dernier devra donc plutôt être attribuée à la compression de la tête sur les vaisseaux ombilicaux.

Le diagnostic de ce phénomène particulier sera facile si les vaisseaux bifurqués dans les membranes, avant d'arriver au placenta, se trouvent au-devant de l'orifice utérin; alors on touchera, soit un cordon unique, soit plusieurs branches dures de la grosseur d'un tuyau de plume de corbeau ou de celui d'une oie; on ne le confondra pas facilement avec une procidence ordinaire du cordon dont les vaisseaux sont tordus en spirale et se laissent déplacer sous les membranes, tandis que les branches vasculaires sillonnant les membranes elles-mêmes ne peuvent être déprimées qu'avec ces dernières, et se déchirent en même temps qu'elle.

Pour qu'il y ait présentation des vaisseaux ombilicaux à l'orifice, il faut qu'il y ait à la fois et bifurcation des vaisseaux dans les membranes et insertion du placenta dans le voisinage de l'orifice; cependant, si les branches bifurquées étaient très longues, on comprend que le placenta pourrait être placé encore assez haut dans l'utérus.

Le pronostic est douteux; il peut devenir fâcheux pour l'enfant, soit parce que les vaisseaux peuvent être rompus et amener l'anémie, ou ils peuvent être comprimés, et donner lieu à l'apoplexie, ou par leur tension au-devant de la tête ils peuvent retarder l'accouchement. Quant à la mère, il y a à craindre pour elle des hémorragies, tant pendant le travail qu'après l'accouchement, avant la sortie du délivre.

Le traitement consistera à empêcher autant que possible la rupture des membranes avant la dilatation complète de l'orifice, en donnant une position convenable à la femme, et en lui recommandant de ne pas faire de trop grands efforts. Si les membranes sont rompues et si les vaisseaux se tuméfient pendant les contractions, il faut essayer de déprimer ces derniers vers le côté où est inséré le placenta, ce qu'on aura déjà reconnu par la direction des branches des vaisseaux et par l'auscultation. En cas d'hémorragie, il ne reste qu'à hâter l'accouchement. Lors de l'introduction de la main dans l'utérus, il faudra autant que possible traverser les membranes loin de la bifurcation des vaisseaux.

CAS DE MÉTASTASE LAITEUSE; par le docteur TOTT.

OBS.—Une femme de 23 ans s'effraya tellement à la vue d'un petit chien sautant sur le berceau de son nourrisson, que ses seins gorgés de lait devinrent immédiatement flasques. Un médecin qui fut appelé trouva la femme, ordinairement bien portante, dans l'état suivant : chaleur forte; oppression de poitrine; toux avec expectoration sanguinolenté; pouls fréquent, plein, dur, intermittent; urine rouge, au reste claire; constipation depuis deux jours; tête prise, sans délire; yeux non injectés; battemens de cœur; douleurs poignantes dans la région du cœur; souvent syncopes; de plus, tiraillemens dans le bras gauche; soif; langue sèche; seins vides et flasques. Malgré un traitement antiphlogistique vigoureux et les moyens propres à provoquer la sécrétion et l'excrétion du lait, la malade mourut.

L'autopsie ne fut pas faite.

Quoiqu'on n'ait pas fait mention des signes physiques, il n'y a presque pas de doute qu'il ne s'agisse ici d'une pneumonie compliquée de cardite. La disparition du lait dans les mamelles, par suite de frayeur, est-elle cause ou simple complication de l'inflammation des organes thoraciques? C'est ce qu'on ne peut pas résoudre dans l'état actuel de la science.

II. MEDICINISCHES CORRESPONDENZ-BLATT.

DE L'EMPOISONNEMENT PAR LES SAUCISSES; par le docteur ROESER.

Il y a déjà quelques années (GAZ. MÉD., p. 41, 1835), que nous avons entretenu nos lecteurs de cet important sujet, qui intéresse si directement la classe ouvrière; nous avons rapporté avec détails les symptômes qui ont été observés chez les individus empoisonnés par cette espèce de nourriture. Aujourd'hui encore, c'est le Wurtemberg qui nous fournit des exemples de ces sortes d'empoisonnemens, qui depuis plusieurs années sont très fréquemment annoncées dans les journaux. En voici un exemple, pris entre beaucoup d'autres.

Dans la famille Ehrmann, à Simmetshausen, on servit au souper des



saucisses préparées depuis huit jours avec du foie de porc sain; elles n'avaient été cuites que peu de temps, fumées ensuite et placées pendant quelques jours dans la cave; un des convives les trouva aigres et les déconseilla à ses voisins; néanmoins plusieurs en mangèrent, et huit tombèrent sérieusement malades : trois succombèrent. Tous présentèrent les symptômes tels que nous les avons décrits dans l'article indiqué ci-dessus; mais comme ce premier travail ne parlait pas des résultats nécroscopiques, nous donnons ici comme spécimen l'observation d'un des trois convives qui ont succombé.

Obs.—Un domestique, âgé de 28 ans, éprouva, le 4 mai, lendemain du repas, des douleurs dans le ventre, des vomissemens, des vertiges, de l'amblyopie, de la sécheresse dans la bouche et dans le gosier, une grande difficulté d'avaler. Le 6 au matin, on prescrivit 2 grains de calomel avec un peu de magnésie, à prendre d'heure en heure; au soir, déglutition impossible; face boursoufflée et rouge par les efforts que fait le malade pour avaler le calomel, qui repasse par le nez. L'eau seule descend facilement jusqu'au niveau du larynx, d'où elle est rejetée de nouveau par le nez et par la bouche, en provoquant du râle accompagné de menace de suffocation. Le malade se plaint de violens vertiges, de céphalalgie, de perte presque complète de la vue sans diplopie; pupilles très dilatées, immobiles; paupières constamment abaissées; sclérotique un peu rouge; parole difficile; intérieur du nez humide, mais bouche sèche; le palais, son voile et la paroi postérieure du pharynx sont d'un rouge foncé; les amygdales et la luette gonflées, mais moins rouges que le voile du palais; langue couverte d'un enduit jaunâtre; épigastre et surtout hypogastre douloureux au toucher, non tuméfiés; constipation; pouls un peu fréquent et petit. (Huile de ricin à l'intérieur; frictions avec huile de croton et liniment volatil sur le cou.)

Dans la nuit le râle augmente, la face devient livide, les paupières sont comme paralysées; décubitus dorsal; le malade, quoique assoupi, est facilement réveillé; mais ne pouvant plus répondre aux questions, il indique par gestes le bas-ventre comme siége de ses souffrances; il est agité, remue beaucoup les bras, sort souvent un de ses pieds de dessous la couverture. Quelques gouttes d'eau introduites dans la bouche provoquent des suffocations et du râle qui devient toujours plus fort. (2 grains de musc toutes les heures et lavemens avec de l'huile de croton tiglium, qui ne provoquent pas de selles.) La respiration devient toujours plus difficile, le pouls plus fréquent, plus petit, intermittent; mouvemens spasmodiques dans les membres. Mort à minuit. Quelques instans avant d'expirer, le malade avait encore toute sa connaissance et pouvait se promener dans la chambre conduit par quelqu'un. Il rendit beaucoup d'urine en mourant.

A l'autopsie, faite dix-heures après la mort, on trouva les sinus de la dure-mère pleins de sang noir, la pie-mère et l'arachnoïde d'un rouge pâle; ventricules vides; plexus choroïdes d'un rouge foncé; couches et nerfs optiques, ainsi que la moelle épinière sains; méninges rachidiennes légèrement injectées; voile du palais et amygdales moins rouges sur le cadavre que pendant la vie; petits abcès suppurés dans les amygdales, deux fois plus volumineux qu'à l'état normal; papilles de la partie postérieure de la langue augmentées de volume et entourées de réseaux vasculaires et de points rouges, ecchymosés; le pharynx et les ventricules du larynx couverts de reseaux vasculaires d'un bleu foncé; l'épiglotte et la glotte d'un rouge clair; la muqueuse de la trachée, depuis le larynx jusqu'à la bifurcation des bronches, d'un rouge sale, noirâtre, marbrée de taches claires et de suffusions sanguines et de reseaux vasculaires; dans les bronches, la couleur est plus foncée encore jusque dans les dernières bifurcations, desquelles on peut exprimer le sang écumeux, rouge foncé; au reste la muqueuse trachéale n'était ni épaissie, ni ramollie. Les parties postérieures et inférieures des poumons étaient d'un rouge foncé, gorgées de sang, non crépitantes et friables; cœur gros, vide; caillots ambrés. Peu de sérosité dans le péricarde; tunique interne des gros vaisseaux saine, à l'exception d'une tache rouge à l'origine de l'aorte. Nerfs vagues et diaphragmatiques à l'état normal; face inférieure et lobe gauche du foie livide et flasque, le reste de l'organe d'un brun clair et friable; vésicule du fiel pleine de bile noire; rate doublée de volume, ramollie, semblable à de la lie de vin rouge, contenue dans des cellules membraneuses; surface interne de l'œsophage d'une blancheur frappante, couverte d'un enduit blanc sur lequel on n'observe point de vaisseaux ramifiés; estomac de couleur normale au dehors, mais rouge ponctué en dedans, marbré et rayé de taches noires, sales, surtout vers le cardia; l'intérieur du duodenum noir. Le canal intestinal d'un gris noir en dehors, entremêlé de rouge, comme dans une légère entérite; gros intestin très distendu par des gaz. A l'intérieur, ces mêmes intestins étaient en général de couleur naturelle, à l'exception de quelques taches ecchymosées et arborisées. On y trouva quelques vers et des matières alimentaires non entièrement digérées, et vers l'extrémité inférieure beaucoup de matière fécale. Ganglions mésentériques sains; reins d'un rouge foncé, remplis de sang; vessie saine contenant environ 12 onces d'urine; col contracté.

Le résultat des autopsies, identique dans les trois cas, joint aux symptômes observés pendant la vie, fait admettre à l'auteur une hypérémie passive dépendante d'une paralysie des organes affectés. Il appuie surtout son opinion sur l'absence d'épaississement et de ramollissement des muqueuses, sur l'absence de fièvre, sur la diminution de sensibilité de l'œil, du pharynx, de la vessie, etc.

OBSERVATIONS DE REPTILES SÉJOURNANT DANS LES INTESTINS; par le docteur BAUER.

Ce sont encore deux nouveaux cas à joindre à ceux déjà rapportés par la GAZETTE MÉDICALE (p. 449, 1839, et p. 824, 1840).

Obs. — Une jeune fille qui, à l'âge de 5 ans, avait été renversée par une voiture et gravement blessée à la tête, étant restée dans un état d'imbécillité, se promenait régulièrement tous les jours dans un jardin où il y avait une source contenant toutes sortes de reptiles; c'est là qu'il lui arriva souvent de boire de l'eau. En été 1827, elle éprouva fréquemment au bas-ventre des douleurs si vives qu'elle courut dans sa chambre en se tordant les bras et en heurtant la tête contre le mur. Elle tomba dans une fièvre hectique et mourut le 7 octobre 1828. A l'âge de 15 ans, quelques mois avant sa mort, elle avala, pour calmer un peu ses accès de coliques, une forte portion d'eau-de-vie qui la fit vomir. Dans les matières vomies se trouva une couleuvre (*anguis fragilis*), qu'on apporta encore vivante à M. Bauer. Depuis ce moment la jeune fille n'eut plus de coliques, mais la phthisie continua à faire des progrès. Le reptile peut avoir vécu dix-huit mois dans les entrailles.

La seconde observation a été rapportée à M. Bauer par son grand'père, qui était aussi médecin; elle concerne une jeune fille qui a été traitée fort longtemps pour une affection vermineuse et principalement pour le ténia. Après avoir employé une foule de moyens, on fit prendre à la jeune personne de la semence de cévadille, qui, en provoquant des vomissemens, fit rendre un lézard et quelques corps arrondis ressemblant à des œufs.

CAS DE TRANSPOSITION DES VISCÈRES RECONNU PENDANT LA VIE; par le docteur WOLFSHOFER.

Obs. — L'enfant du chirurgien Knaus devint, depuis sa naissance, souvent bleu, principalement aux extrémités, qui étaient habituellement froides; le ventre était gonflé; l'enfant maigrissait beaucoup; au côté droit de la poitrine, on observa des battemens sensibles au toucher et à l'ouïe. L'auteur, consulté pour la première fois en septembre 1841, trouva l'enfant faible, d'un teint livide, et très agité; bas-ventre très tuméfié, dur; diaphragme refoulé en haut; dans la région épigastrique, on sentit distinctement un corps dur qui était surtout très développé à gauche; respiration puérile à gauche; bruits du cœur encore manifestes du même côté; son normal à la percussion; bruit respiratoire complètement nul à droite, excepté au-dessous de la clavicule; par contre, battemens du cœur très distincts et très étendus de ce côté. On reconnut une transposition des viscères. L'enfant mourut à l'âge de 14 mois, au milieu des convulsions et à l'époque où il faisait ses deux premières dents.

A l'autopsie, on trouva les plèvres adhérentes, le péricarde et le cœur à droite, ce dernier du volume d'un poing d'adulte (hypertrophie avec dilatation). Veines coronaires très développées; les gros vaisseaux, surtout l'aorte, très dilatés, égalant presque en diamètre ceux d'un adulte. Les deux ventricules pleins de sang noir fluide. Trou ovale ouvert. Le poumon droit, n'ayant que deux lobes, était très petit, refoulé derrière le cœur, le gauche avait trois lobes recouvrant le cœur en partie; le parenchyme pulmonaire marbré, parsemé de points blanc-jaunâtres, arrondis, superficiels, lisses et contenant beaucoup de sang; la cavité péritonéale renfermant plusieurs onces de sérosité; le foie remplissant presque les deux hypochondres, également arrondi des deux côtés, ayant la scissure médiane ainsi que le suspenseur au milieu, immédiatement derrière l'apophyse xiphoïde; la vésicule biliaire un peu à droite, l'injection de la veine-porte à gauche; la rate dans l'hypochondre droit, derrière le foie, fixée au grand cul-de-sac de l'estomac; la portion pylorique de ce dernier organe, ainsi que le duodénum, à gauche; tout le reste de l'intestin également transposé; veines-portes fortement développées et gorgées de sang.

ASPHYXIE CAUSÉE PAR UN TUBERCULE ENGORGÉ DANS LA TRACHÉE ARTÈRE; par le docteur STIMEL.

Il est question d'une petite fille de 10 ans, qui, ayant eu une petite toux pendant toute une année, fut subitement prise d'accès de suffocation, auxquels elle succomba au bout de 25 heures. A l'autopsie, faite avec le plus grand soin, on ne trouva rien ni dans le poumon, ni dans le larynx qui pût expliquer la mort de l'enfant; ce n'est qu'en ouvrant la trachée artère qu'on y découvrit un corps saillant, semblable à une verrue, et qu'on reconnut pour un tubercule qui avait pénétré à travers la paroi du conduit aérien, derrière laquelle il s'était développé; quelques fragmens de ce tubercule étaient tombés dans les bronches. Dans le lobe moyen du poumon droit, il y avait un tubercule unique du volume d'une noisette.

Cette observation est remarquable sous le rapport du diagnostic différentiel; aussi M. Stimel, en énumérant les symptômes observés pendant la vie, a-t-il bien soin de dire que les accès de suffocation différaient sensiblement de ceux du croup et ressemblaient plutôt aux étouffemens causés par des corps étrangers introduits du dehors. La même réflexion peut s'appliquer à la présence des polypes dans les voies aériennes, dont on connaît déjà quelques exemples. M. Ehrmann, fils du professeur de Strasbourg, vient de réunir dans sa thèse inaugurale tous les cas rapportés dans la science; il y a joint une observation inédite, qui lui a été communiquée par son père. Nous aurons occasion de revenir sur cet intéressant sujet.

III. HUFELAND'S JOURNAL DER PRACTISCHEN HEILKUNDE;

Continué par OSANN.

Les derniers six cahiers de 1841 contiennent: 1° *De la fièvre intermittente;* par le docteur Ritter. (Monographie à consulter.) 2° *De la constitution médicale de Lünebourg;* par le docteur Fischer. 3° *Remarques sur une épidémie de dysenterie qui a régné en octobre et novembre 1834;* par le docteur Boclenmüller. 4° *Remarques diverses;* par le docteur Kaiser. 5° *Sur la constitution médicale régnante;* par le docteur Behrend. (D'après l'auteur, c'est la fièvre intermittente qui est dominante depuis quelques années dans le pays où il exerce, et elle réclame l'emploi du quinquina; si on la méconnaît elle dégénère en fièvre bilieuse, typhoïde, etc. Suivent un grand nombre d'observations de fièvres intermittentes, franches et larvées.) 6° *Mélanges;* par le docteur Nenber. 7° *Des maladies qui se transmettent des animaux à l'homme;* par le docteur Ritter. (Excellent travail de compilation.) 8° *De l'emploi de l'eau de Goulard contre les hernies étranglées;* par le docteur Emsmann. (Observation de hernie étranglée réduite après l'emploi de l'application de la glace sur la tumeur, d'huile de ricin donnée à l'intérieur et de petits lavemens d'eau de Goulard.) 9° *Observations;* par le docteur Schneider. 10° *Histoire d'une maladie du bas-ventre, suivie de mort;* par le docteur Steinthal. (Tumeur cartilagineuse du colon ascendant qui s'est ulcérée et qui a fait contracter adhérence à l'intestin avec le bord inférieur du foie et avec le muscle iliaque interne d'où était résultée une fistule stercorale.) 11° *Sur le mucus et le pus;* par le docteur Fr. Simon. 12° *Recherches cliniques sur l'urine;* par le même. 13° *Hydropisie de l'ovaire;* par le docteur Schwabe. (Dans un cas, l'on a fait la ponction par le vagin, et maintenu pendant quelques jours une sonde de gomme élastique dans la plaie. La femme est guérie depuis six ans. Dans un autre, la guérison a été obtenue par les seuls efforts de la nature.) 14° *Mélanges.*

OBSERVATIONS; par le docteur SCHNEIDER, de Fulda.

L'auteur rapporte d'abord quatre cas de pneumatose, parmi lesquels le premier est le plus remarquable, en ce qu'il n'existait pas de fistules par lesquelles le gaz aurait pu entrer dans la cavité vésicale. On n'avait pas non plus appliqué le cathéter qui, laissé à demeure, laisse passer quelquefois de l'air extérieur.

OBS. I. — Un officier, âgé de 72 ans, de constitution forte, a beaucoup souffert dans les guerres contre la France. Depuis plusieurs années il est tourmenté de calculs vésicaux contre lesquels il emploie souvent avec avantage les pastilles de d'Arcet; mais bientôt les urines s'épaississent, se chargent de mucus filant et ne sont rendues qu'avec beaucoup de douleur, et accompagnées, précédées ou suivies de gaz qui, en s'échappant, font entendre un bruit particulier. La vessie est dans ce cas distendue et bien circonscrite. Des bains aromatiques, la potion de Rivière, un liniment composé d'huile de menthe, de poivre éthéré et de teinture d'opium calment ce mal périodique.

OBS. II. — Un jeune homme eut à la suite d'une syphilis invétérée sept fistules au périnée, par lesquelles passèrent continuellement de l'urine et du pus d'une fétidité insupportable. Lorsque ces fistules s'obstruèrent, le malade eut beaucoup de douleurs qui ne cessèrent que lorsqu'il parvint à désobstruer les fistules par une sonde en baleine; en retirant celle-ci on entendit sortir beaucoup de gaz.

OBS. III. — Il est question d'une femme qui, à la suite d'un accouchement par le forceps appliqué maladroitement, eut une fistule vésicale, par laquelle s'échappaient continuellement de l'urine et des gaz. Le périnée, le vagin et le rectum étaient déchirés et les gaz des intestins passèrent avec beaucoup de bruit par les parties génitales.

OBS. IV. — Une femme de 60 ans, de constitution forte, presque toujours bien portante, eut des éructations si fétides qu'on ne pouvait pas rester avec elle dans la même chambre. En changeant son régime, qui consistait dans des alimens difficiles à digérer, tels que la viande de porc, et dans l'usage de la bière forte, et en administrant quatre fois par jour 1 gros de poudre de charbon de bois de tilleul, on parvint à la débarrasser de son infirmité.

OBS. V. — Chez un individu, âgé de 74 ans, mort le lendemain d'une ponction de la vessie faite par le rectum à cause d'une rétention d'urine, on trouva à l'autopsie six pierres de la grandeur d'un fort pois dans la vessie, dont une se trouva enclavée dans le col de la vessie, et a empêché pendant la vie l'introduction d'un cathéter. Il n'existait qu'un rein, le gauche, qui était plus du double plus gros qu'à l'ordinaire; son bassinet contenait beaucoup de graviers. L'organe au reste normal n'avait qu'un uretère qui s'insérait au côté gauche de la vessie.

2° Cas de manie guérie par le camphre et par la racine d'ellébore.
3° Polypes du cœur.

OBS. I. — H. K. E., âgé de 10 ans, scrofuleux, fut pris à la suite d'un refroidissement de fièvre, de dyspnée et de toux. (Potion d'acétate d'ammoniaque, infusion de tilleul.)

Le soir, il eut des vomissemens qui, dit-on, étaient mêlés d'un peu de sang et de pus; peu de momens après il succomba.

A l'autopsie, on trouva le poumon droit sain, ainsi que le lobe supérieur du poumon gauche; par contre l'inférieur dur comme de la pierre contenait des abcès qui incisés laissaient couler du pus fétide. Le péricarde était rempli de sérosité, le cœur grand, et le ventricule droit renfermait un polype fibreux, jaune-blanchâtre, de la grandeur d'un œuf de pigeon, pourtant un peu plus allongé. Celui-ci, dit l'auteur, s'est probablement détaché pendant le vomissement, et est entré dans l'orifice de l'aorte, et a amené ainsi une mort subite.

OBS. II. — L. O., âgé de 5 ans, toujours bien portant, tomba mort en voulant sauter un ruisseau assez large. A l'autopsie, on trouva un polype qui obstruait l'aorte; il était dur, fibreux, presque tendineux.

Il est à regretter que l'auteur n'ait pas donné avec plus de détails l'autopsie cadavérique; pourtant nous pensons qu'il a examiné avec soin toutes les cavités qui ont été trouvées à l'état normal, et que la mort subite était réellement due à la présence de polypes durs, presque tendineux dans l'aorte; car il est évident qu'ils n'ont pas été dans les cas présens le produit d'une coagulation subite, ainsi que quelques auteurs l'admettent. Ces faits intéressans sous le rapport de l'anatomie pathologique sont encore importans sous le point de vue médico légal.

4° Prolapsus de l'iris à travers la cornée, à la suite d'une chute. On toucha la partie herniée avec la pierre infernale, et on instilla dans l'œil pendant huit jours de suite, matin et soir, de l'huile de noix. La vue se rétablit complètement, et la cicatrice devint toujours plus petite au bout de quelques années.

5° Deux cas de phthisie, dans lesquels on a employé avec un succès momentané l'élixir paregoricum d'après la pharmacopée d'Edimbourg.

SUR LE MUCUS ET LE PUS; par FR. SIMON, de Berlin.

M. Simon résume en quelques mots ses recherches sur cette importante question. Le résultat, tout en s'accordant avec ce que nous savons déjà, n'est pourtant pas constamment facile à vérifier:

1° Le mucus pur renfermant des bulles d'air surnage l'eau pendant quelque temps; le pus pur tombe promptement au fond; le mucus contenant du pus surnage s'il renferme des bulles d'air; mais laisse déposer souvent la masse purulente sous forme de filamens. Si le mucus pur ne renferme pas de bulles d'air, il se précipite au fond de l'eau.

2° Le mucus pur examiné dans l'eau paraît sous forme de masse homogène, non granuleuse, mais striée ou globuleuse, blanchâtre ou d'un blanc-jaunâtre, glissante, tenace et s'échappant à la pression; le pus pur forme dans l'eau une couche blanc-jaunâtre, jaune, jaune-verdâtre ou rouillée, étendue au fond du vase, et se laissant facilement suspendre dans l'eau par le mouvement, pour retomber bientôt au fond. Le mucus qui renferme du pus forme des masses filantes ou globuleuses, souvent livides, facilement divisibles, granuleuses et hétérogènes, ou bien des sédimens muqueux ou granuleux.

3° Le mucus pur n'abandonne à l'eau ni albumine ni mucine; ce n'est que le mucus étendu de beaucoup de salive qui rend l'eau albumineuse; le mucus pur communique à l'eau beaucoup d'albumine, et du mucus purulent rend l'eau d'autant plus albumineuse qu'il contient plus de pus.

Une dernière remarque qui nous a paru importante: c'est que l'auteur a vérifié, d'après le conseil de M. Schœnlein, que les matières expectorées des phthisiques contenaient du sucre. A cet effet, il a suivi la méthode de M. Trommer, de Berlin, qui consiste à concentrer les crachats par évaporation, à dissoudre le résidu dans de l'alcool et à concentrer un peu la solution par une nouvelle évaporation; il ajoute ensuite du carbonate de potasse sec et une petite quantité d'une solution chaude de sulfate de cuivre. S'il y a du sucre de raisin ou de lait, le liquide se colore en jaune-rougeâtre; s'il n'y a point de sucre, il conserve sa couleur bleue. Trois fois il a ainsi constaté la présence de sucre chez les phthisiques.

IV. MEDICINISCHES CORRESPONDENZ - BLATT BAYERISCHER.

SUR LA ROUGEUR DE LA MEMBRANE INTERNE DES VAISSEAUX SANGUINS DANS LES CADAVRES; par le docteur CANSTATT.

Pour savoir si la rougeur de la membrane interne des vaisseaux sanguins et du cœur qu'on rencontre plus particulièrement chez les sujets morts d'affections typhoïdes ou de cachexies débilitantes, est due à une décomposition du sang ou à une altération des solides ou à un simple

effet cadavérique, M. Canstatt eut recours aux expériences suivantes :

1° Il plaça pendant vingt-quatre heures une artère saine dans du sang sain qui avait été battu ; la membrane interne du vaisseau présenta une rougeur qui a facilement pu être enlevée par le lavage.

2° Il ajouta à du sang sain un tiers d'alcali volatil caustique, et se procura ainsi un fluide analogue à du sang décomposé. Un bout d'artère saine qui séjourna pendant vingt heures dans ce sang noir foncé se colora en rouge écarlate avec des taches violettes, absolument comme on l'observe dans les cadavres d'individus qui ont succombé à des maladies putrides. La rougeur n'a pas pu être enlevée par le lavage ni par la macération ; cependant au bout de trente-six heures la coloration était un peu plus pâle, mais toujours d'un rouge livide.

3° Un bout d'artère qui n'avait pas changé de couleur, après avoir séjourné pendant 24 heures dans du sang sain, est devenu rouge déjà au bout de quatre heures lorsqu'on le mit dans du sang contenant de l'ammoniaque ; macéré ensuite dans de l'eau fraîche pendant quelques heures, la rougeur n'a que peu changé ; elle n'a disparu qu'au bout de vingt-quatre heures.

4° Une artère qui avait macéré pendant vingt heures dans de l'eau a rougi au bout de quatre heures lorsqu'elle fut placée dans du sang pur ; mais le lavage a de nouveau enlevé la rougeur.

5° Une artère qui avait macéré pendant vingt heures dans de l'ammoniaque étendue et qui avait été ensuite placée dans du sang pur, est devenue rouge à l'intérieur déjà au bout de deux heures, sans qu'on ait pu la décolorer par le lavage. Au bout de vingt-quatre heures, elle était déjà complètement livide.

6° Une portion de veine placée pendant vingt heures dans du sang mélangé avec une solution de potasse caustique, devint très rouge à sa surface interne et ne se décolora pas de suite par le lavage ; macérée dans de l'eau pure, elle devint d'abord, au bout de peu d'heures, d'un brun sale, puis d'un vert foncé comme des tissus en putréfaction.

Il résulte de ces expériences que la rougeur de la membrane interne des vaisseaux et de l'intérieur du cœur ne serait le plus souvent qu'un simple phénomène physique favorisé par la décomposition du sang et ne prouverait pas toujours un état inflammatoire du vaisseau.

Sur les tumeurs sanguines a la tête des nouveau-nés ; par le docteur Heidenreich.

Chez deux enfans qui ont succombé pendant l'accouchement et qui ont présenté des céphalœmatomes, l'auteur s'est assuré que l'extravasation sanguine s'est trouvée entre le cuir chevelu et le péricrâne et non entre le péricrâne et l'os ; ce qui confirmerait l'assertion de M. Pauli, en opposition avec ce qui a été enseigné avant lui (Gaz. Méd., p. 779, 1841). Quant aux vaisseaux qui ont fourni le sang, M. Heidenreich n'a pas pu s'assurer si c'étaient les artères ou les veines.

V. ZEITSCHRIFT FUR DIE GESAMMTE MEDICIN,

Publié par le docteur Oppenheim.

Les cahiers d'août, mai, juin, juillet et août contiennent les notices et articles originaux suivans : 1° *Souvenirs de voyage en Italie et en Sicile ;* par le docteur Stricker. 2° *Sur l'hôpital de Copenhague et sur les traitemens qui y sont en usage ;* par le professeur Otto. (Rien de saillant.) 3° *Sur l'endurcissement du tissu cellulaire au cou ;* par le docteur Panck. (Observations de phlegmons durs terminés par une suppuration bornée au cou.) 4° *Cas d'hydatides développées dans les os du bassin ;* par le docteur Robert. (Observation à placer à côté de celles de Fricke et de Cullerier.) 5° *Nouvelle méthode pour faire l'extraction de la cataracte ;* par le professeur Blasius. (Le professeur de Halle a inventé un instrument nouveau consistant en un couteau à cataracte uni à une aiguille, pouvant glisser l'un sur l'autre, et avec lequel on peut ouvrir la capsule du cristallin avant de terminer la section de la cornée, et par conséquent avant que l'humeur aqueuse soit écoulée. Cet instrument a été décrit et représenté par M. Fon der Porten. (Dissert. inaug. de cataractae extractione, adjecta nova extrahendi ratione.) 6° *Sur le traitement de la gale ;* par le docteur Dornbluth. (Rien de nouveau.) 7° *Opération pratiquée pour remédier à la destruction d'une partie de la joue par la stomatite ;* par le professeur Blasius. 8° *Observation de ramollissement du cerveau ;* par le docteur Seidlitz. 9° *Remarques sur l'huile de foie de morue contre les maladies scrofuleuses ;* par le docteur Panck. (Un grand nombre d'observations confirme l'efficacité de ce remède.) 10° *Observation de polype développé dans les sinus frontaux et ethmoïdaux, avec suppuration et destruction des parties voisines ;* par le docteur Munchmeyer. 11° *Observations de maladies d'enfans ;* par le docteur Zimmermann. (Rien d'inconnu.) 12° *Perforation de l'estomac sans ramollissement ;* par le docteur Blum. 13° *Cas d'érysipèle plegmoneux guéri par l'iode employé à l'extérieur.*

VI. ANNALEN DER STAATS-ARZNEIKUNDE.

Sur les revaccinations faites dans l'armée badoise en 1840.

Sur 3170 soldats, 3015 avaient des cicatrices très apparentes d'une première vaccine, chez 118 elles étaient peu marquées, 22 n'avaient pas de cicatrices, et 15 portaient des cicatrices de véritable variole.

Furent vaccinés avec de la lymphe primitive..	1288	dont 12 pour la 2e fois.
— — de la revaccination.	1882	dont 51 —
	3170	
Des 1288 l'éruption des pustules a été régulière sur	314	
— — — irrégulière sur	397	
— — — nulle sur	577	
	1288	
Des 1882 l'éruption des pustules a été régulière sur	521	
— — — irrégulière sur	821	
— — — nulle sur	540	
	1882	

Ainsi, la revaccination a été suivie d'une éruption de véritables pustules de vaccine chez 835 individus, c'est-à-dire chez plus d'un quart ; il paraîtrait aussi que les sujets vaccinés sont plus impressionnables à la lymphe de la revaccination qu'à la lymphe primitive.

Pendant l'année 1840, on n'observa que 5 cas de varioloïdes, dont aucun suivi de mort.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Résection, avec désarticulation, du tiers inférieur du radius ; observation communiquée à l'Académie de médecine dans sa séance du 6 septembre dernier, par le docteur Ph. Ricord, chirurgien de l'hôpital des vénériens.

Bien que nous trouvions, dans les annales de la science, quelques observations analogues à celle que m'a fourni le malade que j'ai présenté à la séance de l'Académie royale de médecine le 6 septembre dernier, j'ai cru convenable de reproduire ici une observation qui, jointe aux autres, devra encourager à recourir à une opération peut-être un peu trop négligée, et qu'on ne saurait cependant trop recommander ; car il s'agit ici de substituer à l'amputation de l'avant-bras, dans quelques cas particuliers, une opération qui doit conserver la main au malade.

Obs. — Joseph Vivian, âgé de 23 ans, journalier, fut reçu dans le service de chirurgie de l'hôpital du Midi, le 13 janvier 1841.

Ce malade, né de parens sains et doué lui-même d'une assez forte constitution, avait eu à l'âge de 12 ans un abcès près du condyle interne d'un des fémurs. Cet abcès n'avait laissé aucune trace, et depuis le malade avait joui d'une très bonne santé. Lors de son entrée à l'hôpital du Midi, il y avait onze mois qu'à la suite de travaux dans une carrière et sans autre cause connue, il fut pris de douleurs vives et de gonflement à la partie externe et inférieure de l'avant-bras droit. Deux mois plus tard, des abcès se formèrent sur cette région et furent ouverts dans un autre hôpital. On put reconnaître, à la nature de la suppuration et à l'aide du stylet, qu'un des os de l'avant-bras était malade. De nouveaux abcès succédèrent aux premiers. Le malade se rendit dans un autre hôpital où il fut traité, pendant quatre mois, soit par les émolliens, soit par les amers. D'après son dire, on devait avoir recours à l'amputation de l'avant-bras malade. Lorsque je l'admis dans mon service, soumis à mon examen, voici l'état dans lequel je le trouvai : La partie inférieure du membre malade avait doublé de volume ; le gonflement avait débordé l'articulation radio-carpienne et s'étendait à la main. La face postérieure du membre était percée de cinq ouvertures fistuleuses, blafardes, fongueuses et laissant échapper un pus sanieux. Sur la face antérieure, on rencontrait quatre ouvertures analogues et qui permettaient à un stylet de traverser et de sortir par les ouvertures correspondantes de la face postérieure. Les parties molles, du reste, étaient dures, empâtées et donnaient dans plusieurs points la sensation du tissu lardacé. Dans les différens mouvemens de l'avant-bras et de la main, on avait peine à distinguer les saillies musculaires ou tendineuses. Bien que le malade n'éprouvât pas de vives douleurs, il ressentait une souffrance

habituelle, qui, jointe à l'abondance de la suppuration, entretenait un mouvement fébrile avec exacerbation vers le soir. Il avait beaucoup maigri et était de temps à autre tourmenté par de la diarrhée. Ayant reconnu, à l'aide du stylet, que la plus grande partie du tiers inférieur du radius était le siége d'une carie profonde, et tenant compte du mauvais état des parties molles, j'avais d'abord pensé, comme les chirurgiens qui avant moi avaient donné des soins au malade, qu'il n'y avait d'autre ressource que l'amputation de l'avant-bras. Cependant, après un examen plus attentif, et après m'être bien convaincu que le cubitus était complétement étranger à la maladie, que l'articulation radio-carpienne était encore saine bien que l'altération du radius en fût très voisine, je me décidai à tenter la conservation de la main, en ne sacrifiant que les parties altérées.

Le 9 mars 1841, je procédai à la résection du tiers inférieur du radius et à sa désarticulation. Pour cela, autant pour ménager les muscles et les tendons que je devais respecter que pour m'assujétir aux principes posés par M. Jules Guérin et relatifs aux opérations sous-cutanées, je pratiquai une simple incision longitudinale sur le bord externe du radius, en commençant au-dessus de sa partie moyenne et terminant au-dessous sur l'apophyse styloïde. La peau, autant que les conditions de tissu le permettaient, avait été préalablement déplacée en arrière, de manière à prévenir après l'opération le parallélisme entre la plaie extérieure et celle des parties molles profondes. Cela étant fait, le radius fut isolé, dans tout son tiers inférieur, à l'aide du bistouri *courbe sur le plat*, et en ayant le soin de disséquer en grattant sur l'os, de manière à ménager les muscles et leurs tendons. Après avoir complétement dénudé l'os, il fut d'abord divisé à l'union de son tiers inférieur et de son tiers moyen, à l'aide d'une scie à chaîne. Bientôt après, en faisant tenir les bords de la plaie, écartés, avec des crochets mousses, les liens externes et antéro-postérieurs de l'articulation radio-carpienne, furent facilement divisés par le bistouri, tandis que l'articulation cubito-radiale ne nécessita que deux coups de cisailles de Liston.

Cette opération fut moins longue et moins laborieuse que je n'aurais cru d'abord; le malade la supporta avec un grand courage, et soit à cause des précautions prises dans la dissection, soit à cause de l'état des tissus, je n'eus pas à faire une seule ligature d'artère.

L'opération terminée, la plaie fut réunie par première intention. Le membre fut placé sur un oreiller avec la main plus élevée, et les parties couvertes de compresses imbibées d'eau froide. Il est à remarquer que, du moment où le carré pronateur fut divisé, contrairement à ce qui se passe dans la fracture de la partie inférieure du radius, la main s'inclina fortement vers le bord cubital.

La portion d'os enlevée était altérée dans toute son épaisseur, à partir d'un demi-pouce au-dessous de son extrémité supérieure, hypertrophiée, ramollie, raréfiée, infiltrée de pus et offrant dans différens points des parties nécrosées plus ou moins détachées des autres points cariés. Sans donner ici le détail, jour par jour, des suites de cette opération, qu'il me suffise de dire que, par l'emploi continu de l'eau froide et le procédé opératoire employé, j'ai pu prévenir toute réaction fébrile, et que je n'ai eu, comme accidens, que deux petits abcès à ouvrir : l'un sur le dos de la main, et l'autre sur l'avant-bras. Cependant, il a fallu six mois pour obtenir le dégorgement des parties molles, si profondément altérées avant l'opération, et la cicatrisation complète des trajets fistuleux. Pendant ce temps, quelques petites esquilles osseuses ont été éliminées par la suppuration, ainsi que quelques portions tendineuses. Ce n'est guère que vers le quatrième mois que la main, qui formait un angle de 45° avec le cubitus, s'est peu à peu redressée, à mesure que le point d'où le radius avait été enlevé se raffermissait à l'aide du tissu inodulaire. Du reste, en même temps que la main se redressait, elle se portait un peu vers la face antérieure de l'avant-bras, de manière à permettre une saillie assez prononcée du cubitus en arrière.

Quoi qu'il en soit, afin de m'assurer de la parfaite guérison de ce malade, et pour lui donner le temps d'acquérir toutes les forces possibles de la main que je lui avais conservée, j'ai dû le garder à l'hôpital jusqu'au jour où je l'ai montré à l'Académie de médecine. Les membres de cette savante compagnie ont pu constater la guérison parfaite de Vivian, qui, bien que sa main soit en partie privée des mouvemens de pronation et de supination, ainsi que de ceux d'extension et de flexion, peut très bien écrire, se servir de sa main pour tous les usages de la vie, et porter des choses d'un poids assez considérable, telles qu'un seau d'eau.

OBSERVATION D'ENTÉRO-COLITE TYPHOIDE, SUIVIE DE MORT APRÈS DIX JOURS DE MALADIE ET A LA SUITE D'UN TRAITEMENT PAR LES SAIGNÉES COUP SUR COUP, AVEC QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR CE CAS DE MALADIE; par le docteur A. NETTER, chirurgien sous-aide au Val-de-Grâce.

La fièvre typhoïde étant de nouveau remise à l'ordre du jour, nous croyons qu'il est opportun de publier l'observation suivante, recueillie dans le service de M. le professeur Lévy, à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce.

OBS. — Masson, caporal au 40e de ligne, âgé de 25 ans, d'une constitution très forte, d'un tempérament sanguin, au service depuis trois ans, n'a eu dans sa vie qu'une seule maladie grave : c'était à Calais, en 1840, où il resta, dit-il, vingt-un jours à l'hôpital militaire pour une céphalalgie avec fièvre.

A Paris depuis six semaines, il a été pris de diarrhée dès son arrivée. (Après la mort de ce malade, j'ai appris d'un de ses camarades que, depuis un mois, il avait une blennorrhagie qu'il cachait et qu'il combattait par toutes sortes de moyens.) Sa maladie actuelle date de cinq jours; elle débuta par un frisson intense, qui fut bientôt suivi de chaleur, d'une forte céphalalgie, de vertiges, d'envies de vomir, de soif, de diarrhée; en même temps le malade toussait. Il entra à l'hôpital dans la journée du 23 juin 1842. Une saignée pratiquée par le chirurgien de garde donne un sang légèrement couenneux.

24 juin. Traits du visage contractés, dénotant une souffrance profonde, céphalalgie moins vive depuis le moment de la saignée d'hier, quelques vertiges, gémissemens involontaires, lèvres entourées d'un cercle verdâtre, langue chargée d'un enduit jaune, soif vive, ventre tendu, météorisé, très douloureux. La moindre pression de la main détermine une douleur très vive dans la région épigastrique et surtout dans la fosse iliaque droite. Cinq selles dans les dernières vingt-quatre heures. Peau chaude, sèche; pouls développé à 90 pulsations; respiration accélérée; toux fréquente, fatigante; crachats muqueux, peu abondans; la poitrine, partout sonore, donne à entendre dans toutes les régions des râles sibilans abondans. (Diète, riz gommé (bis), décoction blanche, potion gommeuse, saignée de 300,00, 25 sangsues sur le ventre, fomentations émollientes.)

La maladie ne s'étant pas amendée, nouvelle saignée le soir.

25 juin. Visage éveillé, animé; délire la nuit dernière. Le malade me raconte que pendant quelques instans il n'a pas reconnu sa salle; mais dans le moment où je l'interroge, il a toute sa connaissance. Légère surdité; peau chaude, sèche; pouls à 94 pulsations, résistant; sang des deux saignées d'hier assez plastique; langue humide, d'un rouge pâle sur les bords, couverte au centre d'un enduit jaunâtre; soif vive, une selle liquide; ventre moins tendu, nullement douloureux dans la fosse iliaque droite; douleur persistante, mais diminuée de beaucoup dans la région épigastrique. Mêmes signes sthétoscopiques. Respiration accélérée, crachats visqueux, entremêlés d'un peu de sang. (Eau gommeuse chlorurée (ter), potion gommeuse chlorurée, huit ventouses scarifiées sur le thorax, saignée de 300,00 matin et soir, fomentations émollientes sur le ventre.)

26 juin. Délire violent la nuit, au point de nécessiter l'emploi de la camisole de force. Ce matin, subdélire dont on tire facilement le malade. Peau chaude, sèche; pouls à 120 pulsations, résistant; langue fendillée, tendant à se sécher, chargée au centre d'un enduit jaunâtre; ventre souple, légèrement douloureux dans les fosses iliaques; pas de selle dans les vingt-quatre heures. Râles sibilans dans toute la poitrine; toux assez fréquente avec expectoration difficile de crachats visqueux et un peu colorés en rouge foncé; respiration accélérée. Des deux saignées d'hier, celle du soir a été petite; le sang en est assez séreux; les ventouses ont bien donné. (Saignée de 300,00, 25 sangsues sur le ventre; le reste *ut supra*.)

27 juin. Hier le délire a été continu; le malade voulant se lever constamment, il y eut nécessité de lui mettre la camisole de force. Il n'a pas eu de selle. Ce matin, vers les quatre heures, il est tombé dans la prostration qui n'a fait qu'augmenter. Les urines sont devenues involontaires. Mort à sept heures et quart dans la matinée du 27.

AUTOPSIE faite au bout de 24 heures :

Cadavre appartenant à un sujet robuste, ne présentant rien d'anormal à l'extérieur.

CRANE. Quelques vaisseaux de la dure-mère fortement injectés. Celle-ci étant enlevée, on remarque quelques taies blanchâtres, de la grandeur d'une pièce de 25 centimes, situées entre les circonvolutions, au-dessous de l'arachnoïde. Quand on enlève la séreuse, on voit que ces taches sont formées d'une matière blanche, très molle et en si petite quantité qu'il est difficile de la prendre entre les doigts. Le cerveau est fortement sablé; des points rouges en très grande quantité s'observent dans toute la masse du cerveau et du cervelet. Ces organes ont du reste leur consistance normale.

POITRINE. Muqueuse bronchique fortement enflammée, même dans les plus petites divisions; séreuse normale; pas d'épanchement; poumons normaux dans leur partie antérieure, d'un rouge noir dans la région postérieure; en les incisant en ce point on ne détermine qu'une crépitation faible qui manque même çà et là. Cette partie du viscère est pesante, dure et friable. Cœur normal.

ABDOMEN. Péritoine normal; ganglions mésentériques tuméfiés. Foie et reins ne présentant rien de particulier; rate ramollie, augmentée de volume, se déchirant facilement. Intestins dilatés, injectés à leur surface extérieure. Muqueuse stomacale ramollie, ardoisée en quelques points, présentant ailleurs une rougeur pointillée; muqueuse saine dans la partie supérieure de l'intestin grêle; mais à 50 centimètres au-dessus de la valvule iléo-cœcale, on reconnaît des plaques *fortement proéminentes*, ovalaires, de 2 à 3 centimètres de long sur 15 millimètres de large, espacées de 4 à 5 travers de doigt. La plupart sont rouges, légèrement saignantes sur les bords, et présentent au centre une matière jaunâtre, comme caséeuse, qui s'enlève facilement, pour être remplacée par un fond d'un noir grisâtre. La ligne rouge qui forme les bords de ces plaques semble être un cercle inflammatoire tracé entre le vif et le mort. Quelques-unes de ces plaques sont uniformément rouges. Autour d'elles, *la muqueuse est parfaitement saine*. Quant à l'intérieur du cœcum, rien ne saurait donner une idée de l'aspect qu'il présente. On y voit des *ulcérations* de la grandeur des plaques décrites ci-dessus, mais tellement rapprochées que toute la muqueuse du cœcum, ainsi que la valvule iléo-cœcale, paraissent détruites par la gangrène. Tout l'intérieur du cœcum présente un fond d'un gris noirâtre, placé à 2 lignes au-dessus du niveau de la muqueuse environnante; de ce fond se détachent des lignes saillantes, noires, qui paraissent être les bords des plaques ulcérées. Rien d'anormal dans les autres organes.

Cette observation est intéressante sous le rapport symptomatologique, thérapeutique et anatomo-pathologique. En effet, nous observons : 1° que dans les six premiers jours de la maladie, Masson se plaignait d'une douleur très vive dans la fosse iliaque droite et à l'épigastre, douleur qui disparaît subitement d'un jour à l'autre dans la première de ces régions, et

qui persiste à un degré moindre au creux de l'estomac. Le ventre est dès-lors moins tendu; il n'y a qu'une selle liquide dans les vingt-quatre heures. Cependant, c'est en ce moment que le délire se manifeste.

Comment expliquer cette disparition subite de la douleur? L'intelligence du malade n'est pas assez troublée pour que la douleur ne soit pas perçue; en effet, à la date du 25, à laquelle nous notons le commencement d'un sub-délire, nous remarquons que *l'intelligence du malade est complète au moment où nous l'interrogeons.* En outre, la diminution dans la tension du ventre et dans le nombre des selles rend cette explication inadmissible.

Cette rémission dans les symptômes abdominaux ne peut pas être une amélioration *réelle*, puisqu'elle coïncide avec le commencement du délire, et que, d'un autre côté, l'état de gangrène avancée dans lequel on trouve l'intestin trois jours après, ne peut pas permettre la supposition d'une rechute.

Si donc nous nous reportons à l'autopsie et que nous considérions la gangrène de la muqueuse totale du cœcum, nous nous demandons si la diminution de l'acuité des phénomènes abdominaux ne s'expliquerait pas par l'établissement même de la gangrène, d'autant plus que nous sommes arrivés au septième jour, époque à laquelle les plaques intestinales offrent souvent une escarre à leur centre. L'analogie fournit une preuve en faveur de cette opinion : les chirurgiens qui ont à traiter une hernie étranglée redoutent le moment où les phénomènes inflammatoires tombent pour faire place à une amélioration apparente; ce changement est pour eux un signe de gangrène de la partie étranglée. Si notre raisonnement est juste, il en résulte que, dans quelques cas, on pourrait diagnostiquer l'établissement de la gangrène des plaques par la rémission des symptômes abdominaux. Ceci est très important : car il est évident que, si on peut juguler la fièvre typhoïde, ce ne sera qu'autant que les plaques intestinales ne sont pas encore gangrénées; les escarres une fois formées doivent être éliminées pour faire place à des ulcérations qui, pour se cicatriser, demandent un temps plus ou moins long.

2° Cette observation présente encore de l'intérêt, en ce que nous voyons le délire se manifester après trois saignées, faites en trente-six heures, et une application de trente sangsues sur le ventre; de plus, ce délire, en même temps que la fréquence du pouls, redoublent à mesure qu'on pratique de nouvelles saignées. Il est à regretter que le chlore ait été administré concomittemment avec ce traitement antiphlogistique sévère; cependant nous sommes tenté d'attribuer aux saignées et non au chlore le redoublement du délire, parce que ce fait a déjà été observé antérieurement, entr'autres par le savant professeur Forget, de Strasbourg (TRAITÉ DE L'ENTÉRITE FOLLICULEUSE, p. 743). J'ai vu souvent ce praticien, voulant appliquer le traitement de M. Bouillaud dans toute sa rigueur, dans les fièvres typhoïdes, être obligé de s'arrêter dans la pratique des saignées, tellement le délire augmentait. Dans ses leçons orales, il considérait le trouble de l'intelligence, qui survient à la suite des déplétions sanguines, comme un phénomène nerveux, analogue à celui qui résulte des hémorragies. Reste à expliquer pourquoi les saignées coup sur coup ne produisent pas le délire dans la pneumonie et dans le rhumatisme articulaire. Nous devons ajouter que dans le cas actuel, l'influence de la saignée sur la production du délire peut être contestée, puisque nous trouvons des altérations cérébrales qui peuvent expliquer le trouble de l'intelligence.

3° L'autopsie nous a montré principalement des altérations dans le cerveau, dans le poumon et dans la muqueuse iléo-cœcale. Mais n'oublions pas de constater que l'inflammation des méninges, du cerveau et du poumon n'existe qu'à l'état sub-aigu, pendant que l'altération intestinale est *horrible*, et qu'elle a parcouru toutes ses périodes. Notons encore que les plaques intestinales n'ont pas été compliquées d'entérite villeuse, ce qui n'arrive pas ordinairement.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 13 SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BARTHÉLEMY.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

M. le secrétaire perpétuel annonce à l'Académie la mort de M. Moulinié, de Bordeaux.

REMÈDES SECRETS.

M. VILLENEUVE lit un rapport sur plusieurs propositions de remèdes secrets.

Les conclusions défavorables sont adoptées.

EXTIRPATION DE LA PAROTIDE.

M. JOBERT fait un rapport sur une observation d'extirpation complète de la parotide, envoyée par M. le docteur Lusembert, de la Nouvelle-Orléans.

Un homme, âgé de 62 ans, portait, depuis environ vingt ans, dans le creux parotidien une tumeur. Il y a six ans, son accroissement devint plus rapide; elle acquit le volume d'un œuf de poule; des ulcérations se formèrent à son sommet laissant échapper un pus ichoreux et des douleurs lancinantes se firent ressentir; bref, elle présentait tous les signes des affections cancéreuses.

M. Lusembert voulant extirper cette tumeur commença par passer sous la carotide primitive une ligature d'attente; puis, après avoir circonscrit la masse cancéreuse par deux incisions, il la détacha des parties profondes, en poussant la dissection jusqu'à ce que l'apophyse styloïde et l'apophyse mastoïde parussent à nu. Il fut facile alors de reconnaître que la parotide entière avait été convertie en substance encéphaloïde. Une hémorragie abondante qui survint vers la fin de l'opération obligea de serrer le fil placé autour de la carotide; ce qui arrêta immédiatement l'écoulement de sang. Une hémiplégie faciale fut la suite de la section de la septième paire qui dut être faite pendant l'opération.

MM. Smith et Lisfranc, ainsi que Béclard, avaient déjà fait connaître des cas d'extirpation de la parotide. Celui de M. Lusembert n'en est pas moins très intéressant, en ce qu'on a pu parfaitement constater le volume et la nature de la partie enlevée.

Conclusions : remercîmens à l'auteur; inscrire son nom sur la liste des candidats aux places de membres correspondans.

Ces conclusions sont adoptées.

LUXATIONS PAR RELACHEMENT DES LIGAMENS.

M. JOBERT fait, en son nom et en celui de M. Velpeau, un second rapport sur un mémoire de M. Putégnat, intitulé : DES LUXATIONS PRODUITES PAR RELACHEMENT DES LIGAMENS. Ce mémoire est divisé en deux parties. Dans la première, l'auteur cite les cas particuliers de luxation dans lesquels on a remarqué ce phénomène du relâchement des ligamens. Dans la seconde, il trace l'histoire générale de l'affection. Quoique ce sujet fût susceptible de prêter à des considérations d'un haut intérêt, les commissaires n'ont rencontré dans le travail de M. Putégnat aucun fait qui ne fût déjà connu, et aucune observation propre à l'auteur.

Conclusions : Remercîmens à l'auteur; dépôt aux archives.

M. VELPEAU : J'ose à peine faire quelques remarques, car je suis moi-même membre de la commission dont vous venez d'entendre le rapport. Je me permettrai néanmoins de demander qu'on ajoute à ces deux conclusions l'inscription de M. Putégnat sur la liste des candidats pour la place de membre correspondant. Je demanderais aussi à M. le rapporteur d'adoucir un peu, s'il lui était possible, les formules de blâme dont il s'est servi à l'égard de l'auteur; car, bien que je ne m'élève pas contre les réflexions que M. Jobert vient de présenter au sujet de ce travail, je n'ai pas laissé cependant de le trouver intéressant.

M. ROYER-COLLARD : Je suis de l'avis de M. Velpeau : ou adoucissez les considérans, ou rendez les conclusions moins favorables. (De toutes parts : Mais elles ne sont point favorables!)

M. MOREAU : Je trouve au contraire les conclusions en harmonie parfaite avec le corps du rapport, et M. Jobert a su très bien concilier la sévérité de juge avec les égards que l'on se doit entre confrères. D'ailleurs M. Velpeau n'était-il pas membre de la commission? et n'y a-t-il pas en quelque sorte mauvaise grâce à lui de venir critiquer ce rapport, qu'il a dû signer?

M. BLANDIN : Je ne partage pas, pour mon compte, l'avis de la commission sur le travail de M. Putégnat. Je ne crois pas que le relâchement des ligamens dans les luxations soit un phénomène rare, comme je ne pense pas non plus qu'on puisse contester la réalité de son intervention dans la production des déplacemens articulaires. Comme M. Velpeau, je voudrais donc qu'on ajoutât aux conclusions du rapport l'insertion du nom de l'auteur sur la liste des candidats au titre de membre correspondant; et si l'on trouve que M. Velpeau, en tant que membre de la commission, n'est pas autorisé à présenter cette proposition, je n'hésite pas à la faire en mon propre nom.

M. JOBERT : M. Blandin ne m'a vraisemblablement pas bien compris. Je suis loin d'avoir, sur le fait du relâchement des ligamens, une opinion différente de celle qu'il vient d'exprimer. Je trouve seulement que M. Putégnat l'a énoncée d'une manière beaucoup trop vague.

M. VELPEAU : Je dois donner ici une explication pour justifier la position que j'ai cru devoir prendre dans ce débat. Je faisais, il est vrai, partie de la commission chargée d'examiner le mémoire de M. Putégnat, mais il ne m'avait pas été possible de lire le rapport de M. Jobert avec assez d'attention.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

APPAREILS A FUMIGATIONS.

M. THILLAYE lit un rapport sur un mémoire de M. Benard, consacré à la description d'appareils pour le traitement de la goutte, de la phthisie pulmonaire et des maladies des organes génito-urinaires de la femme.

Les conclusions sont que l'Académie ne peut approuver en aucune manière les appareils proposés par l'auteur.

Ces conclusions sont adoptées.

TRAITEMENT DES MALADIES DES YEUX.

M. THILLAYE fait un second rapport sur une méthode nouvelle pour le traitement de plusieurs maladies des yeux, par M. Fiérens.

Aucun régime particulier, aucun traitement pharmaceutique n'est requis dans cette méthode. Le point fondamental qui la constitue est d'assujétir tous les jours les malades à faire une lecture pendant plusieurs heures. A mesure que la vue s'améliore, on augmente la grandeur des caractères qu'on leur fait déchiffrer, ainsi que le diamètre des verres bi-convexes à travers lesquels ils doivent regarder. La durée du traitement, est, terme moyen, de deux mois.

Le mémoire de M. Fiérens contient plusieurs observations de guérison d'amaurose. La même méthode est également applicable au traitement du strabisme et de la myopie. L'auteur l'indique aussi pour la cataracte commençante; mais il avoue que, quand ce moyen ne réussit pas à entraver la marche de l'affection, il a au contraire pour effet de hâter ses progrès.

Les considérations théoriques, dit M. le rapporteur, ne peuvent rien prouver contre des faits bien circonstanciés et authentiquement établis. En conséquence, quelque extraordinaires qu'ils nous paraissent, nous ne pouvons nier les résultats annoncés par l'auteur.

Les conclusions sont de déposer ce travail aux archives.

M. Nacquart : Il me semble qu'avant de formuler un jugement sur le mémoire de M. Fierens, la commission eût dû répéter les expériences qui y sont indiquées.

M. Velpeau : Il y a des choses qu'on ne doit pas essayer, ne fût-ce qu'à cause de la manière dont elles sont annoncées. Ainsi, l'auteur nous dit qu'il fut appelé à traiter une personne affectée d'amaurose et frappée de cécité presque absolue; or, la première prescription qu'il lui donna fut de lire pendant quelques heures tous les jours. Est-il donc bien vraisemblable qu'elle fût réellement aveugle? et les détails de l'observation ne détruisent-ils pas entièrement la signification que l'auteur a voulu lui donner?

Les conclusions du rapport sont adoptées.

DE L'EXAMEN MICROSCOPIQUE DES TISSUS ORGANIQUES.

M. Rochoux lit un travail intitulé : Principes de philosophie naturelle appuyée sur des observations microscopiques. Dans ce mémoire, M. Rochoux se propose d'examiner successivement la structure du tissu musculaire, du tissu cellulaire et de quelques-uns de ses produits, des nerfs et des poils.

Cette lecture sera continuée à la prochaine séance.

TRAITEMENT DES ANÉVRISMES PAR LA MÉTHODE DE BRASDOR.

M. Dinay lit un mémoire sur les règles à suivre dans l'application de la méthode de Brasdor aux anévrismes du tronc brachio-céphalique et de l'origine de ses branches.

Les résultats des recherches que contient ce travail peuvent se résumer dans les propositions suivantes :

1° Dans tout anévrisme où il aura été possible de reconnaître que le tronc innominé est compromis, il faudra lier et la sous-clavière et la carotide. Le raisonnement et l'analyse des faits jusqu'ici connus, montrent que la ligature d'une seule de ces branches ne peut suffire pour amener la guérison, et que, lorsqu'il a d'abord paru en être autrement, l'événement a fait voir qu'on n'avait véritablement eu affaire qu'à un anévrisme de l'origine d'une seule des branches, ou que la guérison n'a pas été définitive.

2° La ligature des deux branches, faite simultanément, est assurément, de tous les procédés, le plus actif. Ses dangers ont été fort exagérés ; car l'analogie et l'expérience prouvent que cette opération est parfaitement compatible avec la persistance de la circulation dans le membre supérieur. C'est surtout à l'inflammation du sac et aux hémorragies que, théoriquement, elle semblerait devoir le plus exposer. Au résumé, dans l'état actuel, et malgré un exemple heureux de son application, nous ne saurions désapprouver un chirurgien qui prendrait sur lui de la répéter, mais nous hésiterions à la conseiller nous-même.

3° Lorsqu'on se propose de lier successivement les deux branches du tronc innominé, et que l'une d'elles paraît, avant l'opération, être oblitérée, c'est par la ligature de l'autre qu'il convient de commencer le traitement.

4° Mais, dans ce cas, il faut bien distinguer l'oblitération réelle, définitive, avec effacement de la cavité artérielle, de celle qui n'est qu'apparente, et que simule dans un vaisseau la cessation de ses battemens produite par la compression que la tumeur anévrismale exerce sur son origine. Cette distinction est on ne peut plus importante, car la conduite à tenir n'est pas la même dans l'un et l'autre cas. En effet, si l'oblitération *réelle* de l'une des deux branches indique positivement la ligature de l'autre, l'expérience a déjà prouvé trois fois que la même opération pratiquée dans le cas de simple suspension des battemens par compression du vaisseau n'offrirait plus les mêmes avantages, et qu'elle aurait même quelques inconvéniens sérieux.

5° Lorsqu'avant l'opération les deux branches paraissent également perméables, il sera souvent difficile de déterminer celle qu'il conviendrait de lier la première. C'est en observant le sens vers lequel la tumeur se prolonge, où ses progrès se font, où ses battemens semblent se propager de préférence, en étudiant surtout l'effet d'une compression alternativement exercée sur la sous-clavière et sur la carotide, que l'on pourra parvenir à se décider. En cas de doute, il faudrait commencer par la carotide. La plupart des chirurgiens ont agi ainsi et s'en sont mieux trouvés que ceux qui ont lié la sous-clavière ou l'axillaire. Il est d'ailleurs *statistiquement* établi que la ligature de la carotide est une opération *juste de moitié* moins dangereuse que celle de la sous-clavière et de l'axillaire.

6° Règle générale, on doit pratiquer la seconde ligature dès que l'effet dû à la première paraît être devenu stationnaire, dès que, par exemple, le volume de la tumeur cesse de décroître; à plus forte raison devrait-on se hâter, si les battemens, un moment suspendus par la première opération, venaient à y reparaître. Lorsque c'est la carotide qu'on a liée en premier lieu, que la crainte des obstacles apportés par l'oblitération de ce vaisseau au rétablissement de la circulation dans le bras ne fasse pas temporiser au-delà de ce terme. Cette crainte serait illusoire, en présence des faits nombreux qui montrent avec quelle rapidité le cours du sang se rétablit dans les branches de la carotide après la ligature.

7° Après la ligature de la carotide par la méthode de Brasdor, on n'a observé que deux fois une hémorragie par la plaie de l'opération. Dans les deux cas elle s'était faite par le bout supérieur ou périphérique de l'artère ; dans tous les deux enfin on est fondé à attribuer cet accident à ce que le fil avait été placé trop près de la bifurcation du vaisseau.

8° D'un autre côté, les altérations des parois artérielles paraissent être également communes vers l'origine et vers la terminaison de la carotide primitive. Toutes circonstances égales d'ailleurs, il faudrait donc éloigner autant que possible la ligature du lieu où la carotide se bifurque, puisque, dans ce point, la chance de tomber sur une partie altérée de l'artère est la même que plus bas, et qu'on y serait en outre exposé au danger de l'hémorragie par le bout supérieur.

Commissaires : MM. Velpeau, Amussat et Blandin.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

OBSERVATIONS ET RÉFLEXIONS SUR LES ANÉVRISMES DE LA PORTION ASCENDANTE ET DE LA CROSSE DE L'AORTE ; par J. Dubrueil, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier. — Un vol. in-8° de 199 pages. — A Montpellier, chez Martel aîné, près de la place de la Préfecture, 10.

Ceux qui cherchent, dans des livres, de la science toute faite et réduite en préceptes didactiquement formulés, ne manqueront pas de reprocher au travail de M. Dubrueil une foule d'omissions ; car l'auteur est allé lui-même au-devant de ce reproche, en déclarant ne point avoir voulu donner un traité complet et *ex-professo* sur les anévrismes de l'aorte. Mais il est une autre classe de lecteurs qui tiennent compte des incertitudes de la médecine, et des obscurités qui entourent plus spécialement quelques-unes de ses parties, et qui, loin de trouver que le temps soit encore venu de convertir la science en une série de préceptes absolus, voudraient au contraire qu'on accumulât, qu'on triplât sans cesse les faits pour chercher dans leur analyse comparative la raison des différences infinies que la pratique nous offre chaque jour dans l'évolution de cas en apparence semblables.

C'est cette classe de lecteurs que l'on prend volontiers pour juges; et ceux-là, nous n'hésitons pas à le dire, seront pleinement satisfaits de la nouvelle production de M. le professeur Dubrueil. Son travail consiste essentiellement en observations d'anévrisme de l'aorte, recueillies par lui avec beaucoup de soins ; et les considérations générales qu'il formule ensuite, ne sont jamais que l'expression rigoureuse et sincère des phénomènes qu'il a pu voir et constater de ses propres yeux. On sent tout ce que cette marche a imprimé d'intérêt à son livre. Malheureusement les bornes d'une analyse ne nous permettent point de rapporter ici les faits sur lesquels ses conclusions s'appuient. Mais nous devions au moins cet avertissement au lecteur, afin qu'il puisse juger plus pertinemment de la valeur que possèdent des corollaires ainsi établis sur l'expérience personnelle d'un observateur distingué. Dans la reproduction nécessairement très sommaire, que nous allons présenter, des principales propositions développées dans cet ouvrage, nous suivrons la division introduite par l'auteur lui-même, entre les anévrismes de l'aorte ascendante et ceux de la crosse aortique.

Anévrysme de l'aorte ascendante. — Examinant d'abord les changemens matériels que présentent les tuniques de l'aorte anévrismatique, M. Dubrueil pense que, dans beaucoup de cas, la dilatation de cette artère n'est qu'une conséquence de l'âge. Sous l'influence de la vieillesse, l'élasticité des parois du vaisseau diminue, et par suite arrive l'augmentation de sa capacité ; et quoiqu'il soit difficile de concevoir une lésion fonctionnelle de quelque durée avec l'intégrité de l'organe, répugnerait-il d'admettre que, dans la dilatation aortique sénile, il y a plutôt perte de cette élasticité, attribut le plus remarquable du tissu artériel, que changement dans son organisation? Ce fait de la perte de l'élasticité artérielle rend compte d'un phénomène à peu près constant dans l'anévrisme aortique. En effet, il existe dans la circulation un rapport harmonique remarquable entre le moteur principal du sang et les conduits artériels qui concourent aussi à l'impulsion de ce fluide, et lorsque le mouvement communiqué par les artères vient à languir par suite de leur altération morbide, le cœur y supplée par un surcroît d'action qui, à la longue, modifie son tissu et occasionne l'hypertrophie. Aussi voit-on chez la plupart des vieillards l'hypertrophie du ventricule gauche coïncider avec l'ossification des parois vasculaires, alors que celle-ci occupe une certaine étendue de l'arbre artériel.

L'influence d'une disposition pléthorique sur la production de ces anévrismes était un fait traditionnellement admis dans la science ; mais cependant, de même que pour tous ceux de ce genre, l'adjonction de quelques preuves palpables en leur faveur ne saurait être considérée comme inopportune. On trouvera certainement aussi intéressans que péremptoires, à ce point de vue, les deux exemples que M. Dubrueil cite, d'individus qui ont vu un anévrisme de la portion ascendante de l'aorte se développer peu de temps après une amputation, du bras dans un cas, de la cuisse dans l'autre. L'auteur discute ensuite l'influence des causes plus éloignées. Rappelons seulement que la syphilis ne lui paraît point devoir être rangée dans ce nombre. Son expérience, très étendue en pareille

matière, ne lui a pas fourni un seul exemple de la moindre altération artérielle chez des sujets morts avec les phénomènes les plus graves et les plus variés de la vérole constitutionnelle. Ce document a une grande importance ; car on sait combien certains pathologistes, combien les chirurgiens anglais, entr'autres, continuent à accorder de valeur aux antécédens de ce genre, dans la détermination des causes qui ont pu produire l'anévrisme.

Nous n'indiquerons que quelques-uns des élémens de diagnostic que M. Dubrueil a rassemblés et groupés avec un soin tout particulier. Les renseignemens que nous pourrions donner à cet égard ne sauraient suffire, quelque détaillés qu'ils fussent, pour en donner une idée ; car si le professeur de Montpellier a pu, dans beaucoup de cas, arriver à la connaissance exacte du siége, de la nature et de l'étendue du mal durant la vie, on comprend qu'il nous serait difficile de transmettre au lecteur les moyens de parvenir au même résultat, puisqu'ils résultent le plus souvent de l'interprétation de quelques phénomènes tout-à-fait particuliers aux sujets observés et qu'une description générale serait absolument inhabile à reproduire. Dans cette recherche, l'auteur passe successivement en revue la différence que le pouls présente des deux côtés, la toux, la syncope, la position que les malades affectent de préférence, le genre et le siége de la douleur, les battemens, etc. Les signes qui se rapportent à la respiration ont été de sa part l'objet d'une étude toute spéciale. Ainsi il note, comme résultat de son observation, que quand le siége de l'anévrisme de l'aorte est en avant et dans l'intervalle de ce vaisseau qui correspond aux poumons, ce n'est que vers la fin de la maladie que la respiration éprouve de la géne. Mais il en est autrement lorsque, ce qui est à la vérité plus rare, la tumeur a pour siége la partie gauche de l'aorte qui confine avec le tronc de l'artère pulmonaire. Quand le sac vient à acquérir un certain volume, la compression du vaisseau empêche les poumons de recevoir la quantité de sang qui doit être artérialisé. Dans ce cas, la respiration est toujours laborieuse, avec des paroxysmes, et le malade éprouve un état d'angoisse et même de désespoir peu susceptible d'être calmé.

L'auscultation apporte, elle aussi, des lumières précieuses ; et quoique le bruit de soufflet, le principal signe qu'elle fournisse, se montre dans des états morbides assez disparates, pour mettre souvent dans l'embarras le praticien qui cherche à le rapporter à sa véritable cause, il est encore possible, avec du tact et de l'habitude, en mettant à profit les moindres données séméiologiques, en tenant compte et de la nature du bruit normal, et de son siége, et du sens dans lequel il paraît s'étendre de préférence, d'utiliser ce signe et de le faire concourir à fonder un diagnostic exact.

Anévrismes de la crosse de l'aorte. — Une des premières questions que soulève ce sujet est celle-ci : « Les anévrismes de la crosse aortique ayant acquis un grand développement, et étendus de la poitrine au côté droit du cou, ne peuvent-ils, quand on n'a pas été à même de suivre de bonne heure leur formation, donner le change pour des anévrismes du tronc innominé, ou des artères sous clavière et carotide droite ? » Les faits déjà connus répondent surabondamment à cette question que se pose M. Dubrueil ; et les cas de Key, de Morrison, de Wickham, etc., prouvent que souvent l'erreur a été commise, et qu'elle a été tellement complète et durable, que le chirurgien a lié la carotide ou la sous-clavière, alors que l'aorte elle-même était le siége principal de l'altération. Il n'y a pas moins un grand intérêt dans les réflexions que ce sujet fournit à l'auteur ; car plus la méprise est grave, plus les hommes qui l'ont commise se trouvaient haut placés dans la science, plus il importe de multiplier les moyens propres à en prévenir le retour. A ce titre, les considérations diagnostiques que développe M. Dubrueil méritent d'être consultées par tous les praticiens qui auraient à redouter une erreur de ce genre.

Nous insisterons peu sur une question incidente que l'observation d'un cas isolé a donné à l'auteur l'occasion de traiter. Sur une pièce anatomique qu'on lui avait soumise, comme offrant un exemple d'anévrisme mixte interne, ou par hernie de la tunique interne à travers les deux externes, il est parvenu, par une dissection attentive, à démontrer que ce que l'on prenait pour la tunique interne était une fausse membrane accidentelle formée à l'intérieur d'un sac qui communiquait avec la cavité vasculaire par une rupture des trois tuniques. Nouveau fait négatif à ajouter à tous ceux qui militent déjà si fortement contre l'existence et même contre la possibilité de cette sorte d'anévrisme.

Quant à ce qui regarde la symptomatologie, on conçoit qu'ici les troubles fonctionnels se multiplient et varient en raison des connexions plus étendues de la crosse que de la portion ascendante de l'aorte. Mais, en même temps, le vaisseau affecté se trouvant plus rapproché de la superficie, les chances d'un diagnostic exact augmentent alors. Néanmoins, pour que des signes un peu probans viennent éclairer le médecin sur le siége et le volume de la tumeur, il faut que celle-ci ait acquis un volume suffisant pour que les pulsations de la colonne sanguine puissent retentir contre les parois thoraciques. Or, à cette époque le mal est déjà fort avancé et peu susceptible de céder à un traitement quelconque.

Parmi les signes que mentionne M. Dubrueil, nous n'examinerons en ce moment que ce qu'il dit de l'aphonie. L'auteur émet quelques doutes sur l'opinion où l'on est généralement que ce phénomène tient à la compression ou au tiraillement des nerfs récurrens, et il rapporte à l'appui de sa manière de voir une observation où la voix avait perdu beaucoup de sa force et de son volume, sans qu'aucune lésion du nerf ait pu être reconnue à l'autopsie. Nous ne saurions, ici, nous ranger à l'avis de M. Dubrueil, car il est évident que la compression d'une branche nerveuse peut fort bien avoir été suffisante pour entraver ses fonctions, sans y laisser nécessairement, pour cela, de traces appréciables après la mort.

C'est vers le traitement que doivent converger toutes les acquisitions de l'étiologie et de la séméiologie : c'est aussi à la partie thérapeutique que l'auteur a donné le plus d'extension, réunissant dans un même cadre les anévrismes de la crosse et ceux de l'aorte ascendante, et faisant concourir toutes les données précédentes à l'établissement de quelques règles curatives, applicables à ces maladies dont l'histoire est encore si peu avancée aujourd'hui sous ce rapport. Examinant d'abord les cas donnés par les auteurs comme des exemples d'anévrisme aortiques guéris, il arrive, par une analyse sévère de leurs détails, à montrer, ou que leur cure n'était pas réelle ou que la nature du mal était loin d'avoir été déterminée de manière à lever toute espèce de doute. Ce n'est pas cependant une raison pour renoncer à tout traitement dans les cas semblables ; car le perfectionnement remarquable des moyens de diagnostic aujourd'hui en usage, autorise à espérer que l'affection, désormais reconnue de meilleure heure, sera moins rebelle. N'est-ce pas, d'ailleurs, toujours un devoir pour le médecin de chercher à pallier, alors même qu'il a perdu tout espoir d'une cure radicale? Les considérations auxquelles M. Dubrueil se livre au sujet des règles à suivre dans l'application de la méthode de Valsalva, sont aussi neuves que sensées, et nous craindrions vraiment de déflorer l'intérêt que doit soulever un sujet aussi pratique et aussi pratiquement traité, en résumant dans un petit nombre de propositions tout ce que l'expérience du professeur de Montpellier livre à l'expérience de ses confrères, d'aperçus judicieux et de remarques dont la valeur est surtout faite pour être vérifiée au lit du malade. Qu'il nous suffise de rappeler qu'aucun des moyens proposés pour favoriser la coagulation du sang dans le sac à l'aide de la saignée ne lui a échappé, et que le parallèle qu'il établit entre eux sous le rapport de leurs dangers, de leurs suites primitives et secondaires, de la facilité de leur emploi, etc., sera un guide précieux, un secours inespéré pour le médecin appelé à exercer son art dans des circonstances aussi défavorables, et pour une maladie aussi peu susceptible de guérison que l'est celle-ci.

Répétons-le en terminant : Quoique le livre de M. Dubrueil contienne un certain nombre de remarques originales, il est, parmi ses conclusions, quelques-unes qui n'ont rien de nouveau, d'autres qui pouvaient aisément se prévoir. Mais toutes sont établies sur une expérience personnelle, et sur une expérience suffisamment étendue. Or, ce n'est pas là une considération de minime importance, à une époque où les faits, comme on l'a si bien dit, tendent à devenir, dans la science, la puissance en crédit, et où toute doctrine menace ruine, si elle ne s'appuie sur eux.

VARIÉTÉS.

AU RÉDACTEUR.

Monsieur,

Le jury médical du département des Bouches-du-Rhône et le commissaire de police qui l'assistait, dans la visite des officines en mai 1842, considérant les ordonnances des médecins comme des actes publics, se sont arrogé le pouvoir de fouiller dans les papiers privés des pharmaciens, afin de saisir les ordonnances qui, dans le courant de l'année, avaient été formulées avec les anciennes dénominations.

Des pharmaciens ne connaissant pas sans doute le droit qu'ils avaient de refuser et craignant de se compromettre ont cédé malgré eux et après quelques observations aux injonctions qui leur ont été faites.

Quelques-uns, plus instruits en jurisprudence, ont motivé leur refus sur ce que les ordonnances des médecins ayant été exécutées dans leurs officines et étant devenues leur propriété, nul n'avait le droit de les visiter et de les extraire du dépôt confidentiel où elles étaient placées.

D'autres ont opposé une fin de non recevoir en disant qu'ils n'en avaient point.

Enfin, chez quelques-uns, ces recherches ont eu lieu à leur insu ; chez quelques autres en leur absence.

Cités en simple police municipale par suite de la saisie de leurs ordonnances, les médecins inculpés de la première série ont été acquittés par le jugement du

2 juin courant, prononcé par M. le juge de paix Fabrissy, basé sur ce que les ordonnances des médecins n'étant pas des actes publics, mais des pièces privées et confidentielles qui ne devaient pas sortir du dépôt où elles avaient été confiées, et n'étant point produites en justice, l'art. 5 de la loi du 4 juillet 1837 ne leur était pas applicable.

Le ministère public *s'est hâté* de se pourvoir en cassation et a suspendu les poursuites contre les inculpés des autres séries.

Les médecins et les pharmaciens de la ville de Marseille se sont réunis spontanément et d'un commun accord pour défendre, par tous les moyens légaux, ce principe : *que personne n'a le droit*, hors le seul juge d'instruction (qui ne le fait que pour les crimes et particulièrement pour les délits politiques), *de s'introduire dans le domicile des citoyens, pour y rechercher* non seulement *dans leurs papiers privés, mais encore dans leurs papiers confidentiels et secrets, des matériaux à contravention municipale* ; que ces recherches inquisitoriales pouvaient compromettre la sûreté, le repos et l'honneur des familles ; que d'ailleurs rien ne justifiait ces mesures dans les lois du 19 ventose an XI, 21 germinal an XI et 4 juillet 1837 ; qu'il y avait donc eu excès de pouvoir de la part du jury de médecine et par suite du commissaire de police.

La haute question de jurisprudence que les médecins et les pharmaciens de la ville de Marseille défendent dans ce moment, étant la cause de tout *le corps médical* de France, ils ont cru qu'il était de leur devoir de vous faire part du fait qui vient d'avoir lieu et du débat judiciaire qui va s'en suivre.

Pénétrés de toute votre sollicitude pour tout ce qui tient à l'honneur et à l'indépendance de notre ministère, que la loi elle-même a classé parmi les professions confidentielles, nous venons au nom de la loi violée, de la sûreté, du repos et de l'honneur des familles, réclamer contre des mesures arbitraires, illégales, et votre coopération et votre appui.

Nous avons l'honneur d'être, etc.

Th. Bedllac, Chargé, Pardigon, Villeneuve, Ducas neveu, Rampal, Sollier, Marseille, Trémolière, Tarchon, Roux, délégués des médecins et pharmaciens de la ville de Marseille.

Marseille, le 30 juin 1842.

P. S. Pour vous donner en peu de mots un aperçu des motifs sur lesquels la défense est basée, et fixer votre opinion, les délégués des médecins et pharmaciens réunis ont décidé de vous envoyer les conclusions prises au nom des inculpés.

QUESTION DE JURISPRUDENCE MÉDICALE.

En la cause des sieurs Baligne, Cat, Gabrielli, Revest, Cauvière et Pardigon, docteurs en médecine, domiciliés et demeurant à Marseille, défendeurs, sur la plainte portée contre eux devant le tribunal de simple police de Marseille, par M. Allary, commissaire de police, comparaissant en personne, défendus par le docteur Pardigon ;

Contre

M. Allary, commissaire de police à Marseille, faisant fonctions de procureur du roi, demandeur ;

Attendu que les inculpés ont été traduits devant le tribunal de simple police de Marseille pour avoir formulé des ordonnances de médecins, remises à des pharmaciens, dans lesquelles ils auraient employé des dénominations de poids autres que celles portées dans le tableau annexé à la loi du 4 juillet 1837 et établies par celle du 18 germinal an III ;

Attendu, quant à la forme, que la saisie de l'ordonnance est frappée de nullité radicale, en ce qu'il n'est permis à aucun commissaire de police de s'introduire dans le domicile des citoyens, pour y rechercher des pièces confidentielles, essentiellement secrètes de leur nature et lorsque rien n'exige leur production en justice ;

Attendu, quant au fond, qu'il y a eu excès de pouvoir de la part du jury médical du département des Bouches-du-Rhône, et par suite du commissaire de police, en ce que les lois du 19 ventose an XI, 21 germinal an XI et 4 juillet 1837 n'attribuent point au jury médical le pouvoir dont il a fait usage ;

Attendu que le texte seul de la loi du 4 juillet 1837, ne faisant que répéter celui du 18 germinal an III, suffirait pour repousser l'idée de contravention dans le fait imputé aux inculpés ;

Attendu que l'art. 5 de la loi du 4 juillet 1837 est ainsi conçu :

« A compter du 1er janvier 1840, toutes dénominations de poids et mesures autres que celles portées dans le tableau annexé à la présente loi, et établies par la loi du 18 germinal an III, sont interdites dans les actes publics, ainsi que dans les annonces et les affiches.

» Elles sont également interdites dans les actes sous seing privé, les registres de commerces et autres écritures privées produits en justice. »

Attendu que la médecine est comme le sacerdoce, que les aveux qu'elle reçoit sont secrets et très souvent impénétrables ; que c'est au médecin auquel on confie toutes les plaies du corps, comme au prêtre toutes les plaies de l'âme ;

D'où l'on doit tirer la conséquence rigoureuse et positive, que les ordonnances des médecins ne sont pas des actes publics, mais des pièces non seulement privées, mais encore confidentielles et secrètes, et dont on ne peut violer le secret ;

Qu'un médecin, qu'un pharmacien, dépositaires par état en profession des secrets qu'on leur confie, s'exposeraient à la pénalité de la loi, s'ils révélaient l'existence d'une ordonnance qu'un malade pourrait avoir le plus grand intérêt à tenir secrète (art. 378 du code pénal) ;

Attendu que le sens un peu vague du mot *écritures privées* a été l'objet d'inquiétudes manifestées par M. le baron Mounier, qui pensait qu'il serait possible de ranger sous cette dénomination, même les lettres les plus confidentielles qui, postérieurement et par l'effet du hasard, pourraient être produites en justice ;

Attendu que le ministre du commerce a déclaré officiellement à la tribune de la chambre des pairs, « que telle n'était pas la pensée du projet de loi du gouvernement, non plus que du projet de loi amendé par la commission ; »

Que le gouvernement et la commission n'avaient voulu que reproduire, dans des termes plus brefs, les dispositions de l'art. 10 de la loi du 1 vendémiaire an IV, lequel est ainsi conçu :

« Semblablement aucun papier de commerce, livre et registre de négociant, marchand ou manufacturier, aucune facture, compte, quittance, même lettre missive, faits ou écrits dans les lieux où l'usage des mesures républicaines sera en activité, ne pourront être produits et faire foi en justice, qu'autant que les quantités de mesures exprimées dans lesdits livres, papiers, lettres, etc., le seraient en mesures républicaines, ou du moins la traduction en sera faite préalablement et constatée aux frais des parties par un officier public. »

« La pensée de la commission a été d'obliger une certaine classe de citoyens, ceux qui font le commerce, et qui, par la nature même de leur profession, doivent avoir les connaissances nécessaires pour exécuter les lois, de les obliger, dis-je, soit dans la tenue de leurs livres de commerce, soit dans la délivrance de leurs factures, soit même dans les lettres qu'ils écriraient relativement à leurs opérations de commerce, de se servir des dénominations nouvelles. »

Attendu « que le législateur n'a pas eu la volonté de forcer à employer les expressions consacrées par lui d'une manière absolue : c'est seulement lorsque des clauses directes, des fragmens d'écritures privées, des passages de lettres missives, constituent des droits et des obligations, que les dénominations légales sont impérieusement exigées ; c'est seulement lorsque la justice est appelée à donner l'interprétation ou à faire l'application de ces clauses, fragmens ou passages, qu'elle doit appliquer l'amende si elle trouve des expressions illégales ; »

Attendu que ces mots *produits en justice* ont été ajoutés par la chambre des pairs : « votre commission, a dit M. le rapporteur, en vous proposant de comprendre les registres de commerce, les actes sous-seing privé et toutes autres écritures privées, dans les prescriptions de cet article, avait toujours entendu que ces pièces ne seraient passibles de l'amende qu'autant qu'elles seraient produites en justice. C'était ainsi très positivement expliqué dans son rapport ; mais l'on a paru craindre qu'il n'y eût à cet égard du vague dans la rédaction de l'article qui pût avoir des inconvéniens dans son application. En conséquence il en sera fait mention expresse. » (Duvergier, Collection des lois, t. XXXVII, 1837, p. 170 et 171.)

Attendu que la loi du 4 juillet 1837 et l'art. 34 de l'ordonnance royale du 17 avril 1839, ne donnent qu'aux vérificateurs des poids et mesures, le droit de constater les contraventions prévues par *les lois* et *les réglemens* concernant le système métrique des poids et mesures, et non au jury médical et au commissaire de police.

Attendu qu'aux termes de l'art. 4 du Code pénal, nulle contravention, nul délit, nul crime, ne peuvent être punis de peines qui n'étaient pas prononcées par la loi avant qu'ils fussent commis ;

Que le fait imputé aux inculpés ne saurait constituer une contravention, qu'autant qu'un texte de loi précis et impératif le qualifierait comme tel ;

Attendu que la contravention imputée aux inculpés n'est ni prévue, ni punie par la loi du 4 juillet 1837 ;

Attendu qu'en matière de contravention, il faut préciser l'époque où la contravention a pu être commise ;

Que la loi n'oblige pas le malade de porter immédiatement au pharmacien l'ordonnance qu'il a reçue du médecin ;

Qu'il peut n'en faire usage qu'un grand nombre d'années après qu'elle lui aura été remise ;

Attendu que le nom du malade est très souvent inscrit sur l'ordonnance, soit que le médecin l'ait inscrit lui-même, soit que le pharmacien ait été amené à l'apposer, pour éviter toute erreur au moment de délivrer le remède ;

Attendu que le jury médical, et par suite le commissaire de police, ont mal interprété l'esprit et le sens de la circulaire ministérielle, en vertu de laquelle ils prétendent avoir agi ;

Que d'ailleurs, il est de principe invariable en France, que les circulaires ministérielles, ne sont point légalement obligatoires pour les citoyens et pour les tribunaux ;

Attendu que la loi et la science ne sont pas d'accord sur la valeur réelle des nouvelles dénominations, des multiplications du gramme et de ses subdivisions, servant de comparaison aux anciennes dénominations ;

Que la loi et la science n'ont encore donné aucun moyen pour évaluer d'une manière positive la pesanteur spécifique des corps liquides employés à très petites doses (à gouttes), sous les formes diverses de solutions aqueuses, de teintures alcooliques, d'éther, etc. ;

En conséquence, les sieurs Baligne, Cat, Gabrielli, Revest, Cauvière et Pardigon, concluent à ce qu'il plaise à M. le juge de paix casser et annuler comme illégales et arbitraires les saisies des ordonnances dont il s'agit ;

Et dans tous les cas, déclarer qu'il n'existe dans les faits constatés aucune contravention à la loi, et par suite les renvoyer de la plainte sans dépens.

Le Dr Pardigon, un des inculpés.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des Hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les Souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois sont invités à le renouveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le 1er octobre. On s'abonne dans les départemens chez tous les Directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris. Vu la difficulté et les frais de recouvrement des mandats de la Gazette Médicale, touchés au domicile des Abonnés des départemens, ce mode de souscription ne peut avoir lieu que pour des abonnemens de six mois, de neuf mois et d'un an.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE INTERNE.

MÉMOIRE SUR LES ABCÈS DU POUMON; par F.-A. Aran, interne à l'Hôtel-Dieu, lauréat des hôpitaux, etc.

De toutes les maladies du cadre pathologique, les maladies du poumon sont en général les mieux connues; l'anatomie pathologique les a éclairées de son flambeau investigateur; leur diagnostic a pris une précision presque mathématique. Cependant, parmi ces maladies, il en est une sur laquelle on est bien loin de posséder des données aussi complètes; nous voulons parler des abcès du poumon. C'est en vain qu'on chercherait dans les auteurs un travail complet sur cette matière. Les annales de la science contiennent çà et là un certain nombre de faits de ce genre; mais quant à des travaux d'ensemble, comme ceux qui ont été faits sur les différentes affections des organes thoraciques, on n'en trouve nulle part.

Coup-d'œil historique. — Hippocrate a parlé des collections purulentes du poumon; mais il ne paraît pas qu'il ait établi une distinction précise entre les collections circonscrites de la plèvre et les abcès du poumon. La description qu'il donne nous paraît même s'appliquer à l'affection tuberculeuse : « *In pulmonis inflammationibus*, dit-il, *horum locorum dolores qui, neque per sputorum purgationes, neque fæcum alvi dejectionem, neque venæ sectionem, aut medicamenta purgatoria, et victûs rationem sedantur, eos ad suppurationem tendere sciendum. Ex suppurationibus autem admodum exitiales sunt, quæ sputo adhuc quidem bilioso existente suppurantur, sive biliosum illud separatim, sivè unà cum pure expuatur.* » (Prænotionum liber, sect. II, Foës, Francfort, 1624). Et plus loin : « *Cum ad sese pulmo sanguinem*

Feuilleton.

UN POËME MÉDICAL (1).

C'est avec une indicible satisfaction que nous annonçons au public médical l'ouvrage dont vient de nous gratifier un confrère, qui peut se dire enfant d'Apollon à double titre, s'il est vrai, comme on n'en peut douter, que le dieu des arts se soit aussi mêlé de médecine. Le titre seul était déjà bien propre à éveiller notre curiosité et notre sympathie. Jamais nous n'avions eu autant besoin d'un code moral. Voilà bientôt dix ans que tous les casuistes de la profession sont en travail pour en rédiger un, et l'Académie de médecine s'occupe encore en ce moment, dit-on, de cette rude besogne. Si tous ces graves législateurs avaient eu connaissance des solitaires méditations de cette nouvelle muse, ils se seraient épargné une fatigue inutile; ils n'auraient pas vainement sué à nous donner en prose de procureur ce que notre confrère nous donne en langue des dieux. Mais si le choix du sujet mérite notre reconnaissance, la forme réclame toute notre admiration. Qu'on ne nous parle plus de Fracastor, soupirant les douleurs de Syphilis, de Sacombe, fouettant de son vers sanglant nos misères morales, d'Antoine Miquel, chantant la gloire et les bienfaits de la médecine (1), ni même du phocéen agitant la torche de sa Nemesis, ni de toute cette pléiade de rimeurs, dont la dissertation de Bartholin, De medicis poetis, a inscrit les noms au temple de mémoire; tous ces héros du parnasse médical doivent baisser pavillon devant l'astre nouveau qui s'élève sur notre horizon littéraire, et leur éclat va disparaître devant le sien comme les faibles lueurs d'une chandelle devant la lumière resplendissante d'un bec de gaz.

C'est sous l'impression du plus vif enthousiasme que nous écrivons ces lignes; nos lecteurs s'en apercevront, du reste, à cette accumulation de métaphores, si étrangères à notre style habituel. Il n'est pas surprenant que, plongés comme nous le sommes, dans cette atmosphère poetique, nous nous en soyons imprégnés à notre insu, et que nous poétisions involontairement.

Le principal mérite du présent poème, c'est d'être conçu et exécuté d'après les plus sévères règles des législateurs du goût. Aristote, Horace, Scaliger, Castelvetro et Boileau n'y trouveraient pas grand chose à mordre. Il ouvrirait immédiatement les portes de l'Académie à son auteur, si cette compagnie n'avait pas, dans ces derniers temps, abjuré ses croyances orthodoxes, en laissant pénétrer

(1) Code moral du médecin; poëme en six chants; par M. Andrevetan, docteur-médecin. Chez l'auteur, rue Basse-du-Rempart, 44.

(1) La médecine vengée, poëme en 4 chants.

aut pituitam falsam traxerit, neque rursus dimiserit, sed ibi collecta et cocta fuerint, ex his tubercula in pulmone gigni solent et pus intra colligi... Hic ad decimum quartum usque diem ex his perseverat, pleramque etiam pluribus diebus; deinde pus foras erumpit... » (De inter. affec., sect. 5, p. 533, ibidem.)

Hippocrate donnait le nom d'*empyiques* ou de *suppurés* à tous ceux qui étaient attaqués de suppuration, quel qu'en fût le siége. Il pensait que l'abcès du poumon pouvait s'ouvrir dans les bronches ou dans la cavité de la plèvre. Il paraît qu'il cherchait quelquefois à obtenir par la succussion la première terminaison, qui lui paraissait heureuse. (Coaques, 409.)

Galien n'ajouta rien, ou presque rien à ce qu'avait dit Hippocrate; seulement il restreignait la dénomination de *empyiques* aux sujets qui présentaient des abcès dans le poumon ou dans la plèvre, preuve qu'il établissait une distinction entre les abcès de ces deux espèces. (In prog. Hippocr., *com.* 2, *p.* 203, t. iv, *Venetiis*, 1625.)

Ætius, Paul d'Egine, ne firent que commenter les passages d'Hippocrate et de Galien; il en est de même d'Avicenne. Cœlius Aurelianus établit une distinction bien tranchée entre les vomiques (1) du poumon et les vomiques de la plèvre : « *Empyici*, dit-il, *quos nos vomicos appellamus, alii ex pleuretico morbo, alii ex pneumoniâ in supradictam passionem devenerunt, sequentibus signis... earum eruptiones aliquæ ad pulmonem sive asperam arteriam vel bronchum, quò liquida et purulenta etussiantur.* (De morbis acutis et chronicis, 1709, p. 552). Plus tard le mot empyème fut employé encore dans un sens plus circonscrit : il désigna une collection de pus dans la cavité de la plèvre; c'est en ce sens que Schenkius l'a employé. (Obs. med. rar., p. 276.)

Sennert se faisait déjà une idée plus saine des abcès du poumon, lorsqu'il disait, en parlant de la suppuration, qu'il mettait au nombre des cinq terminaisons de la pneumonie que « l'empyème ou la phthisie sont la conséquence de cette suppuration, et que, après la rupture de l'abcès, il y a deux routes vers la guérison, ou deux routes vers la mort. Si, en effet, le pus est chassé par les crachats, par les urines ou par les fèces, le malade entre en convalescence; la suppuration est mortelle, au contraire, si le malade est suffoqué par l'abondance du pus, ou s'il s'en suit une phthisie avec ulcération du poumon. » (Prat. méd., 1654, *lib.* 2, *part.* 2, *cap.* 2, *p.* 159.)

Plus tard, Hoffmann, Dehaen, P. Franck, vinrent jeter un nouveau jour sur cette question. Ce dernier surtout étudia avec soin les abcès de la pneumonie, dont il démontra la rareté; et il signala une cause d'erreur anatomo-pathologique dans les épanchemens circonscrits de la plèvre. Mais il faut arriver au 19e siècle pour voir établir une distinction entre les abcès inflammatoires proprement dits et les abcès produits par la présence des tubercules. C'est à Bayle et à Laënnec que l'on est redevable de cette distinction importante.

Avant d'aborder la question des abcès du poumon, il est nécessaire de s'entendre sur la valeur de ces mots. Nous entendons par abcès du poumon toute collection de pus dans une cavité accidentelle, formée aux dépens de cet organe par la séparation ou la destruction de ses molécules, quelle que soit, d'ailleurs, la cause qui l'ait produite. Cette définition nous permettra d'étudier non seulement les abcès qui résultent d'un travail inflammatoire, mais encore toutes les espèces d'abcès que l'on observe dans l'organe pulmonaire.

(1) Sous le nom de *vomique*, on désigne une expectoration subite et abondante de matière puriforme, consécutive à un état d'émaciation et de fièvre hectique, et après laquelle le malade se rétablit parfaitement. Cette expression est aujourd'hui tombée en désuétude, et nous ne nous en servirons pas, parce qu'elle s'applique à des affections trop diverses, aussi bien à l'affection tuberculeuse des poumons qu'aux abcès de cet organe, aux fistules pleuro-bronchiques, etc.

Division. Nous diviserons ces abcès en 1° abcès *phegmoneux*, et 2° abcès *diathésiques (métastatiques)*, c'est-à-dire symptomatiques de la diathèse purulente. Nous aurions pu établir une troisième espèce d'abcès du poumon, les abcès tuberculeux, c'est-à-dire ceux qui succèdent au ramollissement des tubercules pulmonaires. Mais comme nous regardons ce ramollissement comme le résultat de l'inflammation du tissu pulmonaire qui entoure le produit accidentel, nous placerons ces abcès parmi les abcès phlegmoneux.

PREMIÈRE PARTIE.

ABCÈS PHLEGMONEUX.

Les abcès phlegmoneux du tissu pulmonaire peuvent être le résultat d'une inflammation simple du poumon, ou bien d'une inflammation déterminée par la présence de corps étrangers.

Comme ces diverses causes impriment une forme particulière aux abcès qui en résultent, nous avons divisé les abcès phlegmoneux : 1° en abcès phlegmoneux proprement dits, c'est-à-dire ceux qui sont le résultat d'une pneumonie; 2° en abcès phlegmoneux produits par des corps étrangers, soit que ces corps soient des produits accidentellement formés dans l'économie (tubercules, calculs), soit qu'ils viennent du dehors (corps étrangers proprement dits).

PREMIÈRE SECTION.

ABCÈS PHLEGMONEUX PROPREMENT DITS.

Il n'y a qu'un pas de l'infiltration purulente du poumon, de l'hépatisation grise, à la collection de pus dans une cavité particulière que la désorganisation a creusée, dans la substance du poumon, à la formation d'un foyer. Cependant cette terminaison de la pneumonie est assez rare; et l'on ne s'en étonnera pas si l'on réfléchit que ces collections purulentes sont le résultat du ramollissement extrême que la suppuration a produit dans ce tissu; que ce travail n'a pu s'accomplir qu'au bout d'un certain temps, et que l'économie n'a pas toujours pu résister assez longtemps à l'interruption de la respiration dans un point souvent considérable du tissu pulmonaire et au trouble de l'hématose, qui en est la conséquence. Il faut avouer cependant qu'il est difficile de s'expliquer pourquoi, dans un cas donné, la suppuration survient plutôt que dans un autre: c'est, au surplus, une question dont nous nous occuperons lorsque nous rechercherons les causes de cette affection. Quoi qu'il en soit, les abcès inflammatoires du poumon sont assez rares: dans sa longue pratique et sur plusieurs centaines de sujets affectés de pneumonie, Laënnec n'a rencontré que 25 ou 26 cas de collections de pus dans le poumon, dont 5 ou 6 seulement ont été vérifiés par l'autopsie. M. Chomel en a rencontré deux fois (1);

(1) Dict. de méd., t. xvii, p. 239.

---

dans son sein l'hérésie, dans la personne de quelques novateurs, tels que les Hugo, les Lamartine et autres *ejusdem farinæ*; mais, s'il s'y présente, il aura immanquablement le suffrage de ces bons et excellens classiques de vieille roche, les Campenon, les Jouy, les Baour, les Brifaut, les Dupaty, etc., qui maintiennent encore les bons principes. On ne trouvera pas, dans toute son œuvre, un vers qui ne soit frappé au coin du goût le plus pur, et rigoureusement monté dans la forme consacrée par la saine tradition. Depuis feu Esmenard, le chantre de la *navigation*, qui avait, dans une époque déjà en décadence, essayé de restaurer le materiel mythologique de la langue poétique, aucun poète n'avait, à notre connaissance, plus largement fait usage du *Gradus ad parnassam*. Nul n'a su, pas même l'abbé Delille, relever les moindres détails par la dignité de la métaphore, ni si artistement soigner l'épithète. Ce n'est certes pas à lui que Boileau aurait pu faire le reproche :

De n'oser de la fable employer la figure,
D'ôter à Pan sa flûte, aux parques leurs ciseaux,
Et chasser les Tritons de l'empire des eaux.

Il connaît à fond toutes les recettes de la plus fine fleur de style poétique. Tout s'anime entre ses mains :

Tout prend un corps, une âme, un esprit, un visage,
Chaque vertu devient une divinité,
Minerve est la prudence et Vénus la beauté.

Pour donner immédiatement au lecteur une idée de la richesse de son bagage poétique, il nous suffira de dire qu'il a trouvé plus de cinquante métaphores, toutes plus nobles les unes que les autres; et du plus beau type classique, pour éviter la répétition monotone du mot *médecin*, que son sujet amenait si souvent. C'est dix fois plus que n'en fournit le volumineux *Corpus epithetorum* de Ravlsius. Ainsi, nous sommes, suivant les cas des *ministres de santé*, des *interprètes des lois de l'organisme humain*, des *enfans de Chiron*, des *disciples du centaure*, des *enfans de Lucine*, des *prêtres de santé*, des *néophytes du dieu de Cos*, des *prêtres de Taaut*, des *ministres d'Hygie*, des *fils d'Héraclide*, des *prêtres d'Isis*, des *prêtres d'Esculape*, des *pontifes d'Apis*, des *ministres de Sérapis*, des *oracles de Cos*, des *nouveaux Osiris*, des *fils d'Orus*, des *favoris de Telesphore*, des *enfans d'Apollon*, des *athlètes de vie*, des *successeurs d'Atothis*, des *enfans du dieu de Cyllène*, etc., etc., etc..... Indépendamment de la fertilité philologique révélée par cette nomenclature, on aura remarqué l'érudition de la plupart de ces épithètes, et plus d'un de nous sera charmé d'apprendre qu'il a quelque parenté scientifique avec le célèbre Taaut, l'illustre Telesphore et le grand Atothis. Comme érudition, il y a à chaque vers des exemples terrassans. S'il s'agit de parler d'Orphée, il est rare qu'on ne dise pas tout simplement Orphée; mais M. Andrevetan, qui a horreur pour la vulgarité, écrit *Rhodopeïus*, attendu qu'Orphée était né sur le mont Rhodope, en Thrace; pour nommer un centaure, il se sert de l'élégant équivalent de *jumart*, par la raison que le jumart, en langue hippiatrique, est un animal engendré d'un taureau et d'une ânesse, ou d'un taureau et d'une jument, ou d'un cheval et d'une vache, ce qui est extrêmement ingénieux. S'il est question des plaisirs

MM. Louis, Andral (1), Grisolle (2), n'en ont vu chacun qu'un exemple. « Pendant près de quinze ans, dit le docteur Chambers (3), le nombre des sujets morts de maladies pulmonaires, à l'hôpital St-Georges, a été de 600. Tous, à quelques exceptions près, ont été ouverts, et je n'ai trouvé que trois abcès phlegmoneux purs dans les poumons. Sur ceux qui sont sortis guéris, je crois en avoir parfaitement reconnu trois ou quatre exemples. Nous disons donc, ajoute-t-il, que sur plusieurs centaines de cas de maladies pulmonaires, nous n'avons vu que six ou sept cas de véritables abcès phlegmoneux, desquels la moitié au moins se sont terminés d'une manière favorable. »

M. Lallemand (4) en a rapporté quatre exemples, dont deux au moins ne sont pas concluans.

M. Gendrin a été plus heureux : indépendamment des trois observations qu'il rapporte dans son HISTOIRE ANATOMIQUE DES INFLAMMATIONS, il a eu en 1839, dans son service, deux malades qui ont présenté des abcès du poumon, et dont nous avons recueilli l'histoire ; et nous tenons de ce médecin qu'il ne se passe pas d'année qu'il n'en observe deux ou trois exemples.

Enfin, M. Mercier (5), sur 70 pneumonies qu'il a observées à l'hôpital des Vieillards (hommes), n'a rencontré que 5 cas d'abcès du poumon.

Avant d'aller plus loin, nous croyons devoir rapporter des observations d'abcès du poumon sous les diverses formes qu'ils présentent. Les descriptions que nous en ferons ensuite ne pourront qu'y gagner en clarté.

INFLAMMATION DU POUMON DROIT; HÉPATISATION GRISE DU POUMON; ABCÈS MULTIPLES.

OBS. I. — Jean Mastrel, âgé de 66 ans, porteur d'eau, d'un tempérament bilieux, fut pris, sans cause connue, dans la nuit du 2 au 3 mars, d'une fièvre intense qui débuta par un frisson violent, et qui s'accompagna d'une toux fréquente, avec expectoration sanguine. La bouche était amère; le malade éprouvait des nausées. Cet homme entre à l'Hôtel-Dieu le quatrième jour de sa maladie, salle St-Antoine, n. 1, service de M. Récamier. Le 7 mars, cinquième jour, céphalalgie sus-orbitaire intense ; langue sèche et blanche à son milieu, rouge à ses bords; nausées; toux fréquente, avec expectoration facile et abondante de mucosités sanguinolentes; douleur pongitive du côté droit par les mouvemens de la respiration et par les secousses de la toux. Le thorax était mat du côté droit et en avant ; la percussion développait en cet endroit une douleur assez vive ; les inspirations étaient superficielles et entrecoupées; l'épigastre et les hypochondres étaient un peu gonflés et très douloureux à la pression ; pouls non accéléré, peu résistant ; peau sèche et d'une chaleur modérée.

Le septième jour, même état ; expectoration jaunâtre rouillée.

Le huitième, céphalalgie très violente, bouche amère, nausées ; crachats abondans, d'un jaune verdâtre; chaleur âcre à la peau; pouls mol et fréquent...

Le dixième, les accidens ont augmenté d'intensité. La maladie continue à faire des progrès : la mort arrive le 14 mars, douzième jour de la pneumonie.

OUVERTURE DU CADAVRE PRATIQUÉE 48 HEURES APRÈS LA MORT. — Le poumon droit adhérait si intimement à la plèvre costale que l'on eut beaucoup de peine à le détacher; *il avait beaucoup augmenté de volume ; son tissu était, dans ses deux tiers inférieurs, d'un gris cendré tellement ramolli qu'il se déchirait à la plus légère pression; en le serrant entre les doigts, il se réduisait en putrilage ;* du pus s'échappait en nappe de toute cette partie du parenchyme; ce pus était sans odeur : à mesure que l'on se rapprochait des attaches du poumon, l'extrême ramollissement diminuait, et la couleur du tissu devenait jaune-pâle et ensuite rougeâtre; en le déchirant, on reconnaissait la texture granuleuse du poumon, mais seulement *par endroits ;* on distinguait dans ces points de petites granulations groupées et formées par des gouttelettes de pus très fines. Aux limites de la partie si complètement ramollie du poumon, ces granulations s'étaient réunies dans le milieu de deux ou trois groupes qu'elles formaient, au point qu'il en était résulté de petits foyers. Au sommet du poumon, le parenchyme était d'un rouge violâtre lie de vin, non crépitant; on reconnut deux ou trois points plus ramollis et d'un gris cendré; autour de ces points, on distinguait une assez grande quantité de petites granulations molles, pulpeuses, évidemment formées d'une matière purulente; car elles ne différaient en rien de celles qui s'étaient réunies en petits foyers. Dans une partie plus inférieure du poumon, dans la substance infiltrée du pus, dans la partie rouge et jaune grisâtre du tissu, on remarquait une multitude de taches et de stries noires et rouges. La muqueuse bronchique était très rouge, et les tuyaux aérifères étaient remplis d'un pus rougeâtre et jaunâtre dans la partie inférieure du poumon. Le poumon gauche était sain.

(Gendrin, HIST. ANAT. DES INFL., t. II, p. 317.)

On voit, dans cette observation, comment la suppuration et la déchirure de quelques cellules pulmonaires a amené la formation de petits foyers. Ces petits abcès avaient déjà été signalés par les anciens auteurs, entre autres par Valsalva (1). On verra, dans l'observation suivante, une altération beaucoup plus prononcée, un foyer unique beaucoup plus étendu.

INFLAMMATION DU POUMON DROIT ; HÉPATISATION GRISE DE CE POUMON ; ABCÈS UNIQUE.

OBS. II. — Un homme de 36 ans, garde-champêtre, était entré à l'hôpital de la Charité le 26 juin 1836, pour se faire traiter d'un diabète qui l'avait réduit à un état d'émaciation considérable, lorsque, le 19 août suivant, il se plaignit d'une douleur dans la région sous-claviculaire droite. Le lendemain, la douleur de côté augmenta. Respiration accélérée ; murmure respiratoire pur des deux côtés, plus faible cependant dans la région du scapulum droit; pouls à 88.

Le 21, persistance de l'oppression et de la douleur. A droite, en arrière, respiration faible en haut, rude et âpre en tirant vers la base; pouls à 92.

Le 22, le malade a expectoré deux crachats visqueux d'une teinte un peu rouillée. Matité à droite en arrière, depuis l'angle inférieur de l'omoplate jusqu'en bas, avec râle crépitant fin, abondant et léger, fortement pleural. Faible respiration, vive douleur *par endroits*. Dans la région de l'omoplate, léger souffle et retentissement de la voix ; râle ronflant à gauche en avant; 48 respirations; pouls à 108.

Le 23, prostration des forces, adynamie. La région sous-claviculaire gauche résonne mieux que la droite, où la percussion produit un quasi tintement de pot fêlé. Dans la même région, absence presque complète de la respiration vésiculaire, et souffle bronchique. Mort le même jour.

A l'autopsie : épanchement, dans le côté droit de la poitrine, d'un demi-litre d'une liqueur floconneuse, albumineuse, séro-purulente; sur la face antérieure du poumon droit, qui est tapissée de fausses membranes molles, à 3 pouces au-des-

(1) CLINIQUE, t. I, p. 506, 1829.
(2) DE LA PNEUMONIE AUX DIFFÉRENS AGES, 1841.
(3) CASES OF PERIPNE. ABCÈS, OF THE LUNGS, by Chambers, LOND. MED. AND SURG. JOURNAL, sept. 1817, v. 58.
(4) BIBLIOT. MÉD., t. LXV.
(5) BULLET. DE LA SOC. ANAT., 1837, p. 270.

(1) Rhedarius, quinquagintà annorum natus, in peripneumonium incidit ; accedente leve delirio circa septimum morbi diem, vivere desiit.... Lobus pulmonis superior occurrit totus inflammatus, et minimis abcessibus hic illic scatens. (Valsalva, cité par Lieutaud. BIBL. ANAT., t. I, p. 459, 1767.)

de l'amour, il parle du sein de *Volupie*, divinité qui n'est connue que des mythologues les plus raffinés. Ailleurs il désigne Diane par le titre de *sœur d'Ismenus*, épithète d'autant plus maligne que, pour la comprendre, il faut savoir qu'Apollon était surnommé Ismenus à cause du fleuve de ce nom qui coule en Béotie, où on rendait un culte particulier à ce dieu. Dans un passage où il invite le médecin à purger son malade, il l'apostrophe par le surnom non moins imprévu d'*apôtre de Mélampe*, parce que ledit Mélampe est le véritable inventeur de la médication purgative. Et ainsi de suite.

Vous avez admiré la synonymie du médecin, celle de la médecine n'est pas moins remarquable. C'est tantôt l'*autel du dieu d'Epidaure*, tantôt le *sanctuaire d'Apollon*, tantôt la *déesse Panacée*, etc.

Cette science ne faillit pas un moment dans le cours de cette œuvre insigne. Fidèle au grand précepte qui exclut de la langue des Muses toutes les expressions vulgarisées par leur emploi dans le discours ordinaire, et qui ordonne de substituer à ces termes trop bas une élégante métaphore, précepte que ce bon Delille appliqua avec un succès qui n'a pas été surpassé, lorsqu'obligé, en traduisant les GÉORGIQUES, de parler du cochon, il écrivit : *l'animal qui se nourrit de glands*, notre poëte excelle dans la périphrase. Il n'emploie que les plus authentiques ; et s'il s'en permet quelques-unes de son crû elles portent la marque de la pénétration de son esprit et de sa forte érudition. Pour lui, par exemple, la chimie, c'est l'*art d'Hermès* ; l'homme, le *roi des animaux* ou le *fils de Japet*. S'il veut désigner la mort, il dira alternativement : la *nuit éternelle*, la *parque inhumaine*, la *fille de la nuit*, *Atropos*, *libitine*. Le feu est le *don de Vulcain*. Après avoir si bien caractérisé le feu, on ne sera pas surpris de la manière dont il parle de l'eau qui est l'*élément dont le cygne s'arrose*. Le vin n'a pas de moins beaux titres; il est à volonté la *liqueur de la treille* ou le *nectar de Bacchus*. Les savans en général sont les *favoris de la docte Minerve* ; les militaires, des *nourrissons de Mars*. Il n'est pas besoin de dire que la justice s'appelle invariablement *Thémis* ; le mariage, l'*Hymen*; le sommeil, *Morphée* ; les rivières, des *nymphes*; le soleil, *Phœbus*; la lune, *Diane*, et la mer *Amphitrite* ; la guerre *Bellone* ; le matin, les *doigts de l'Aurore*; le vent, *Eurus* et *Borée*. Il pousse même l'art jusqu'au scrupule sous ce rapport. En dépit de Boileau qui avait dit : *j'appelle un chat un chat*, notre poète ne veut pas qu'on appelle coq un coq; un coq, selon lui, n'est autre chose que l'*oiseau de l'étendart gaulois* ; il étend même son attention jusqu'aux poules qui deviennent de *grasses nymphes* de basse-cour. Il n'a pas davantage admis les pigeons dans son vocabulaire ; il les tranforme en *coursiers de Cypris*. L'*espérance* est un mot assez noble dans le style soutenu; eh bien! M. Andrevetan, par excès de prudence et pour n'avoir rien à se reprocher, préfère dire le *legs de Pandore;* par une raison analogue le théâtre des Variétés s'appelle le *temple de Thalie*, la colonne Vendôme un *fût guerrier*, un jardin le *parterre de Flore*. Les Allemands sont partout des *Germains*, les Français des *Gaulois* ; l'Angleterre, comme de juste, est toujours la perfide *Albion*, l'Espagne l'*Ibérie* ; les Siciliens se changent en *Sicules* et la Sicile en *Trinacrie*.

S'il n'y a pas une extrême nouveauté dans ces substitutions poétiques, on ne peut s'empêcher de reconnaître la pureté de leur origine classique, et qu'elles sont parfaitement dans les règles, éloge qu'on n'a plus malheureusement souvent l'occasion de faire aux poésies du jour.

sus du niveau du mamelon, existe une rupture qui conduit dans une excavation pouvant contenir un petit œuf, anfractueuse, et qui n'est autre chose qu'un petit abcès rempli d'un pus légèrement floconneux, d'une fétidité tirant un peu sur celle de la gangrène, à surface frangée, tomenteuse, offrant une rougeur et une injection très prononcées. Dans le voisinage de l'abcès, taches rouges, ecchymotiques. Hépatisation des lobes supérieur et moyen du poumon droit, avec ramollissement. Ils sont infiltrés en quelques points d'un pus comme pseudo-membraneux; ailleurs, d'un pus clair, ténu, d'une teinte grisâtre; ailleurs, d'un pus séro-sanguinolent. La membrane muqueuse des bronches droites offre une couleur d'un rouge violet.

(Bouillaud, CLIN. MÉD., I, II, p. 18.)

INFLAMMATION DU POUMON DROIT; HÉPATISATION GRISE; DEUX ABCÈS PULMONAIRES, DONT UN COMMUNIQUANT AVEC LES BRONCHES.

OBS. III.—Un homme de 45 ans, jardinier du parc de St-James, entra à l'hôpital le 4 octobre 1826. Cet homme, très amaigri et très faible, se plaignait de toux, de difficulté de respirer et d'une expectoration abondante d'un liquide purulent, fétide, d'une couleur jaune foncé, çà et là teint de sang; haleine très fétide; douleur dans les deux côtés de la poitrine, augmentant par toutes les grandes inspirations. Décubitus dorsal; pouls à 110, petit, un peu dur; peau chaude; langue rouge sur les bords, blanche à son centre; anorexie; ventre libre. Le malade rapporte que, il y a onze semaines, il a été pris de tous les symptômes d'une pneumonie, mais qu'il n'a point été saigné. Tous ces accidens ont disparu en une quinzaine, et ont été bientôt suivis de l'expectoration que nous avons décrite, et de tous les symptômes précédens. Malgré l'emploi d'un traitement fort actif, le malade reste dans le même état jusqu'au 8, époque à laquelle il commence à ressentir des douleurs de ventre. Mais, dans la nuit du 14, les forces l'abandonnent, et il s'éteint le lendemain.

A l'autopsie: induration du lobe inférieur du poumon gauche, en arrière. Du côté droit, la plèvre contient quelques onces de sérosité opaque. Le sommet du poumon droit est revêtu de fausses membranes qui établissent des adhérences intimes entre les deux feuillets de la plèvre. En pénétrant dans le poumon, on trouve deux excavations, chacune du volume d'une petite orange: une dans la partie la plus élevée du lobe supérieur; et l'autre dans le centre du lobe moyen. La première était tapissée par une matière molle, sanieuse, et remplie d'un liquide jaunâtre, d'une odeur fétide; la seconde était vide de pus (elle s'était vidée par les tuyaux bronchiques qui s'ouvraient dans son intérieur); elle était revêtue par une membrane très mince, de couleur noirâtre. Le reste du poumon, et principalement le lobe inférieur, était refoulé par l'épanchement pleurétique, tandis que, au voisinage des abcès, le tissu pulmonaire était induré et hépatisé. Nulle part il n'y avait de trace de matière tuberculeuse.

(Chambers, mémoire cité.)

Cette observation montre le travail de suppuration poussé plus loin, et ayant déterminé l'ulcération des bronches.

Après avoir fait connaître les diverses formes, les divers modes qu'affectent les abcès pulmonaires, étudions ces abcès en eux-mêmes.

Leur nombre varie, tantôt et le plus souvent on n'en trouve qu'un. Cependant il peut y en avoir plusieurs. Les abcès multiples paraissent être assez rares, puisque, sur 24 autopsies d'abcès du poumon que nous avons pu rassembler, nous n'avons trouvé que cinq fois des abcès multiples.

Leur forme est ordinairement irrégulière, anfractueuse; souvent leur cavité est traversée par des brides, des filamens, qui sont quelquefois aussi serrés que les colonnes charnues du cœur (Lallemand), et qui traversent la cavité de l'abcès en tout sens. Rarement les abcès sont arrondis; deux fois seulement ils avaient cette forme.

Leur volume ne varie pas moins que leur nombre et que leur forme; tantôt ils occupent tout un lobe, ils ont de 2 à 4 pouces de diamètre, forment par conséquent une cavité susceptible de loger le poing, une petite orange, un petit œuf; tantôt, au contraire, ils ont le volume d'une noix, ou bien même, dans un tiers de cas à peu près, ils peuvent ne consister qu'en quelques petits points purulens, répandus çà et là dans le tissu pulmonaire.

Le *liquide qu'ils contiennent* est tantôt du pus de bonne nature, du pus phlegmoneux, crémeux, jaunâtre, épais, inodore (10 sur 24). D'autres fois, c'est du pus séreux, floconneux, rougeâtre, ou une matière d'une horible fétidité, jaune ou jaune-brunâtre, ou même une sanie noirâtre. Dans quelques cas rares, les abcès qui se sont ouverts par les bronches sont entièrement vides. Le plus souvent ces abcès ne contiennent que du liquide; quelquefois, au contraire, ils contiennent des flocons, des lambeaux du tissu cellulaire, les uns libres dans le foyer, les autres adhérens par un pédicule étroit (M. Robert, BULL. DE LA SOCIÉTÉ ANAT., 1828); enfin, en quelques circonstances, ils renferment une certaine portion du tissu pulmonaire infiltré de pus, mortifié et ne tenant plus au reste de l'organe que par des prolongemens cylindriques, formés par des vaisseaux oblitérés (Lallemand, mém. cité).

Les parois du foyer sont formées quelquefois par un détritus rougeâtre, ramolli et infiltré de pus; d'autres fois, ces parois, plus solides, mais toujours infiltrées de pus, présentent des saillies, formées par les ramifications des bronches et des vaisseaux pulmonaires; d'autres fois, les parois sont très injectées d'un rouge vif ou légèrement tomenteuses; enfin, dans quelques cas très rares, il existe un véritable kyste. Tantôt les ramifications bronchiques que présentent ces parois paraissent amincies sans ulcération au fond du foyer; tantôt, dans un tiers des cas à peu près, elles sont perforées, et ont permis l'évacuation d'une partie du liquide. Dans quelques cas rares, les parois du foyer sont formées par un détritus brunâtre ou noirâtre, d'une odeur horriblement fétide. Il ne faut pas croire que ces caractères soient toujours dus à la gangrène du poumon: il est des abcès dont le liquide qui les remplit et les parois qui les circonscrivent exhalent une odeur horriblement fétide, presque gangreneuse. Cependant on pourra établir la distinction, en remarquant que les parois des abcès, alors même qu'elles ont de l'analogie avec la gangrène, ne présentent jamais un aspect aussi ramolli que celui du tissu sphacélé. L'altération est ici beaucoup moins profonde; les parois des abcès sont presque toujours infiltrées de pus que l'on retrouve dans leur épaisseur, et leur odeur n'est pas tout à fait la même que celle de la gangrène; elle se rapproche beaucoup de l'odeur du couvi, mais elle n'a pas d'odeur ammoniacale. Il est cependant des cas dans lesquels les parois du foyer sont véritablement frappées de gangrène, et, chose remarquable, la gangrène fait ordinairement disparaître tout le tissu du poumon frappé d'hépatisation grise; car on ne trouve autour du foyer que de l'hépatisation rouge. Plusieurs faits rapportés par les auteurs sous le nom de gangrène du poumon nous paraissent être des abcès du poumon terminés par la gangrène. De ce genre, nous semble être l'observation suivante:

INFLAMMATION DU POUMON GAUCHE; ABCÈS DU POUMON; GANGRÈNE CONSÉCUTIVE; MORT.

OBS. IV. — Un terrassier, âgé de 21 ans, ressentit, il y a dix-huit mois, une douleur au-dessous du sein gauche; il eut en même temps de l'oppression et de

---

C'est dans les choses médicales dont le dictionnaire poétique n'a pas encore été élaboré par les maîtres de l'art, que notre auteur déploie toutes les ressources de son esprit inventif. Un autre aurait probablement échoué à désigner, noblement le besoin instant de la défécation; il s'est tiré à merveille de ce mauvais pas, à l'aide d'un petit dieu romain fait exprès pour la circonstance, le *pressant sterculus*. Pour la peste il y avait des précédens; on a su de tout temps en poésie que la peste est une *hydre*; mais on ne savait pas aussi bien qu'elle est aussi un *enfant de Méphytis*, un *morbide vautour*, un *fléau pestilent*, ou enfin un *Typhon anthropophage*. On ne sera pas moins charmé de savoir comment on peut nommer poétiquement l'organe de la vision appelé vulgairement un œil, c'est

Le globe qui transmet la lumière au cerveau.

Il est particulièrement triomphant lorsqu'il a à traiter un de ces sujets scabreux dont la seule idée alarme la pudeur, comme, par exemple, l'affection vénérienne. Il en a désigné quelques formes avec une rare délicatesse. Il transforme les altérations syphilitiques en bourgeons, en fleurs, en fruits et en rameaux, et dans un cas bien caractérisé chez une femme,

Contemplant de son sein les abords et l'entrée,
Il voit en espalier l'arbre de Cythérée.

La blennorrhagie a aussi un fort joli nom, le *flux de Cypris*; à ce flux-là on ne peut comparer, comme grace et comme goût, que le *flux sudoreux* de la variole.

La muse de notre digne confrère n'est jamais en défaut; rencontre-t-elle en son chemin un hospice d'aliénés, elle y voit un *édifice de Momus*. Pour elle un accouchement est toujours un *travail de Lucine*. Si elle parle d'elle-même, comme il arrive si souvent aux muses, elle se félicite du bon état de ses *nerfs phonateurs* et de la puissance de ses *cordes vocales*. Dans une occasion où elle est saisie à l'improviste par l'inspiration, on l'entend s'écrier:

Quelle ardeur me parcourt l'enveloppe du corps!

Cette *enveloppe du corps* substituée à la peau est un trait exquis, auquel on ne pourrait guère préférer que la *surpeau* pour désigner l'épiderme.

Mais son plus beau coup en ce genre est, sans comparaison, la définition qu'il donne d'une paire de gants. Le cas était grave, comme on voit; mais il ne perd pas courage, et le malencontreux gant, transformé par la puissance de son imagination, devient la *dépouille de l'agneau!*

On aura remarqué, parmi ces citations, quelques expressions hardies et insolites, comme par exemple le flux *sudoreux*, le fléau *pestilent*, la *surpeau*. C'est le propre du génie de créer des mots. Le présent poème est riche sous ce rapport. Les infatigables rédacteurs du DICTIONNAIRE DE L'ACADÉMIE y trouveront des matériaux qu'ils chercheraient vainement dans les auteurs du grand siècle, et même de tous les siècles. Nous leur recommandons expressément les fièvres *infectieuses*, l'*aphrodisiasme*, les exploits *hilarians*, la femme *fornicatrice*, le

la toux, avec crachats sanguinolens. Il fut saigné, et un vésicatoire fut appliqué sur le côté gauche du thorax. La respiration est restée courte, et la toux a persisté. Cependant le malade a continué ses pénibles occupations. Trois semaines avant son entrée à l'hôpital, il a eu une abondante hémoptysie; il a alors cessé de travailler.

Le 31 juin, il était dans l'état suivant : son mat dans tout le côté gauche du thorax ; râle muqueux qui se rapproche du gargouillement des cavernes, un peu au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate ; on entend aussi en ce point, par intervalles, la respiration bronchique et une très forte résonnance de la voix ; ailleurs, du même côté, on n'entend que différentes variétés de râle bronchique. Peu de de râle bronchique à droite, en quelques points. Parole libre, respiration non gênée, haleine fétide, expectoration très abondante d'un liquide purulent ; d'un blanc verdâtre qui s'écoule en nappe et exhale une odeur fade, désagréable; pouls un peu fréquent, sans chaleur à la peau. Le soir, malaise ; sensation d'ardeur générale, sans frisson initial. Sueur la nuit, forces assez bien conservées, embonpoint de la face, maigreur du reste du corps.

Le 5 juillet, pouls plus fréquent, peau chaude.

Aucun changement n'eut lieu jusqu'au 22 juillet. Vers cette époque, les crachats changèrent de caractère ; le liquide purulent commença à se mêler à une matière formée par une multitude de petits grumeaux grisâtres, exhalant une odeur très fétide. Les jours suivans, ces crachats, d'abord très rares, devinrent de plus en plus abondans et fétides ; en approchant du malade, on sentait une odeur infecte, gangreneuse, qui provenait à la fois de ses crachats et de son haleine. Depuis que l'expectoration présentait ces nouveaux caractères, le pouls était habituellement petit et fréquent, la face était pâle. Trois ou quatre fois le malade vomit ses alimens ; la respiration n'était d'ailleurs pas plus gênée ; les forces se conservaient, la maigreur n'augmentait pas.

Le 9 août, cet homme mourut subitement, après avoir parlé librement, à haute voix. Quelques minutes auparavant il avait eu une lipothymie.

Ouverture du cadavre. Adhérences intimes des plèvres costale et pulmonaire gauches ; tout le poumon de ce côté est dur et imperméable à l'air ; pressé entre les doigts, son tissu ne s'écrase pas ; par l'incision ou par la pression aucun liquide ne s'en écoule. Sa couleur, peu différente de celle qui existe dans l'état sain du poumon, est d'un rouge-grisâtre ; coupé en divers sens, il semble parsemé d'une multitude de granulations jaunâtres d'une extrême petitesse. A sa surface et dans son intérieur, ce même poumon présente un grand nombre de lignes, d'un blanc mat, qui s'entrecroisent de manière à circonscrire exactement les lobules pulmonaires, dont les limites se trouvent ainsi parfaitement dessinées. Ces lignes semblent formées par le tissu cellulaire épaissi et comme fibreux, qui, dans l'état naturel, sépare les lobules les uns des autres. Vers la partie moyenne de ce poumon, non loin de sa surface externe, se trouvait une cavité assez grande pour admettre une grosse noix. Une odeur gangreneuse s'en exhalait ; ses parois étaient tapissées par une couche mince de matière verdâtre, au-dessous de laquelle on voyait le tissu du poumon rouge et dur. Plusieurs bronches d'un calibre assez considérable s'ouvraient dans cette cavité qui était vide. La surface interne des bronches était rouge ; les parois de plusieurs offraient une hypertrophie évidente ; elles se dilataient en quelques points d'une manière assez notable pour représenter de petites cavités ; c'était surtout vers le centre du lobe inférieur que l'on remarquait ces dilatations partielles ; elle contenaient une matière grisâtre et fétide, analogue aux crachats. Le poumon droit, libre d'adhérences, était sain dans toute son étendue, excepté près de la base, où il présentait une portion de son parenchyme, égalant à peu près le volume d'une orange, à l'état d'hépatisation rouge, et dont la grande friabilité annonçait la formation récente. (Andral, Clin. méd., t. II, p. 299.)

Cette observation est remarquable sous plusieurs rapports: Un homme, qui a éprouvé il y a dix-huit mois les symptômes ordinaires d'une pneumonie, présente à son entrée à l'hôpital tous les signes d'une excavation pulmonaire, au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate ; l'haleine est fétide, et le malade expectore pendant 22 jours un liquide purulent, d'un blanc-verdâtre ; à cette époque, l'expectoration présente des petits grumeaux grisâtres, très fétides, qui deviennent de plus en plus abondans. L'autopsie démontre que cet homme était affecté d'une pneumonie chronique ; il nous semble que l'on ne ut conserver de doutes sur le caractère de cette observation. Pendant 22 jours, alors que les signes stétoscopiques prouvaient que l'excavation communiquait avec les bronches, le malade n'a expectoré qu'un liquide purulent, jaunâtre, fétide, et tout d'un coup ce liquide présente un aspect grisâtre, des grumeaux gangréneux ! Qui ne voit dans l'enchaînement de ces phénomènes que le malade a eu, pendant 22 jours, un abcès simple, qui s'est vidé par les bronches, et qui, sous l'influence d'une cause que nous ne pouvons déterminer, s'est terminé par gangrène des parois.

Dans une observation analogue que nous avons recueillie chez une femme qui, après avoir expectoré des crachats rouillés et présenté les symptômes ordinaires de la pneumonie, vomit en abondance des crachats purulens, fétides, pendant plus de vingt jours, et qui deux jours avant sa mort expectora en très grande quantité un liquide brunâtre d'une fétidité véritablement gangréneuse, nous trouvâmes dans le poumon droit un vaste foyer occupant presque toute l'épaisseur du lobe inférieur et dont les parois étaient formées par un putrilage d'un rouge brunâtre et d'une excessive fétidité. Ce foyer, qui était circonscrit par le tissu pulmonaire engoué de sang, communiquait par une large ouverture avec une cavité formée dans l'intérieur de la plèvre, au moyen d'adhérences et renfermant un liquide rouge-brunâtre également fétide.

Les portions du poumon qui entourent le foyer se présentent sous des états divers, mais qui, en général, se rapprochent beaucoup de la pneumonie au troisième degré, de l'hépatisation grise, dont les abcès ne sont au reste qu'une nuance, qu'un dernier terme. Presque toujours c'est au milieu d'une portion du poumon ainsi enflammé que l'on trouve des abcès : ainsi sur 24 cas on trouve l'hépatisation grise 15 fois, l'hépatisation rouge 2 fois, 3 fois le poumon est dit induré, sans aucune autre explication ; dans les quatre autres cas on n'a pas parlé de l'état du poumon autour du foyer purulent.

L'état de la plèvre ne mérite pas moins de nous arrêter : cette membrane échappe rarement à la propagation de l'inflammation ; le plus souvent on y trouve un épanchement des fausses membranes avec ou sans adhérence ; souvent la plèvre sert de paroi au foyer ; dans quelques cas, elle peut se sphacéler ; ainsi, dans l'observation rapportée par M. Martin-Solon (1), deux points de cinq à six lignes d'étendue étaient formés par la plèvre jaunâtre, qui semblait convertie en escarres, prête à se séparer du reste de la membrane. De ces deux points, le premier correspondait à la quatrième côte au-dessus de la perforation pleurétique ; l'autre était contigu au péricarde ; il existait en outre, dans ce cas, une perforation de la plèvre qui aurait établi une communication entre la cavité de cette membrane et le foyer purulent, si elle n'eût été bouchée par de fausses membranes, qui circonscrivaient un petit kyste plein de pus. Il paraît cependant que le pus d'un abcès du poumon peut s'épancher dans la cavité de la plèvre, et y déterminer un pneumo-thorax. M. le professeur Chomel l'a, dit on, observé (Sestier, Leçons de clinique). Mais les cas d'abcès simples avec cette complication paraissent être assez rares.

(1) Arch. gén. de méd., 1831, t. XXVI, p. 81.

---

menton *glabre* de l'adolescent, la gravité douce et *exorable* de Jupiter, les abominables *fœticides* qui tuent l'enfant dans le sein de sa mère, et les odeurs *anguicides* qui donnent la mort aux serpens. Ils ne seront pas moindrement satisfaits d'apprendre qu'ils peuvent appeler la maladie en général, et en particulier la peste un ennemi *morbeux*, une contestation un *conteste*, et une défense d'éléphant une *arme ossue* ; que les orties ont des dards *griêches*, et que sous l'impression du froid le corps se *hérissonne*. Les poètes, qui sont toujours en guerre avec les difficultés de la mesure, et qui trouvent souvent les mots trop longs ou trop courts pour entrer dans le vers, ce qui les gêne considérablement, profiteront certainement de la recette que notre barde médical a employée dans les vers suivans :

Chez l'Esculape atteint de ces illusions
Accourrerait lui faire un ami charitable,
(Pour l'attirer dehors) ce récit lamentable : et....

Accourrait n'avait que trois syllabes ; il en fallait quatre pour composer les douze pieds légaux du vers ; en mettant *accourREraít*, la difficulté disparaît. Ce moyen commode a d'ailleurs des autorités, témoin la *mairie*, que le peuple, *cui jus et norma loquendi*, prononce et écrit journellement *mairerie*.

Nous nous sommes si démesurément étendus sur les details de style qu'il nous reste à peine l'espace nécessaire pour dire quelque chose de la composition de cet étonnant poème. Une analyse nous conduirait trop loin, et d'ailleurs comment analyser une telle poésie sans la détruire ? Bornons-nous donc à dire que le titre de l'ouvrage est dignement rempli. Chaque page respire la plus pure morale. Les devoirs du médecin, dans toutes les circonstances plus ou moins délicates où il peut se trouver, sont tracés d'une plume sévère et inflexible. L'envie ou l'ignorance pourront bien contester la valeur littéraire de l'œuvre, mais leurs coups ne sauraient atteindre le caractère de l'auteur. Il suffit de lire vingt de ses vers pris au hasard, pour reconnaître la naïveté de son ame, la candeur de ses sentimens, la droiture de ses intentions. Son vers est essentiellement probe et honnête comme celui de Gilbert ; et nous le croyons tout à fait digne d'obtenir pour prix de ses labeurs l'estime et la cordiale sympathie de ses confrères, seule recompense à laquelle il paraît borner ses modestes vœux, dans ces vers touchans, les derniers du poème :

—Pourrais-je, humble poète,
Avec le nenuphar qui blanchit sur ma tête (1),
Tresser, non le laurier, car au sacré vallon
Autant vaudrait me dire accueilli d'Appollon;
Mais la sauge, d'estime arbrisseau symbolique,
Le lierre amical, l'olivier pacifique ?

Nous manquerions à notre devoir de critique si nous ne justifiions notre sincère admiration par quelques citations de ce beau poème. On pourrait nous

(1) « Les prêtres d'Osiris officiaient la tête ceinte d'une couronne de nenuphar. » (Note de l'auteur.)

Tout le monde sait que les inflammations du poumon droit sont beaucoup plus communes que celles du poumon gauche : sur les 24 autopsies que nous avons réunies, nous trouvons que les abcès avaient leur siége : 14 fois du côté droit, 6 fois du côté gauche ; 2 fois ils occupaient les deux poumons ; dans les deux autres cas, on n'a pas spécifié quel était le côté affecté. En général, ces abcès n'occupent pas une position profonde dans le tissu pulmonaire ; quelquefois ils sont tellement superficiels que, ainsi que nous l'avons dit, la plèvre seule leur sert de limite. Cependant, le plus ordinairement, ils sont recouverts par une couche de tissu pulmonaire, dont l'épaisseur varie de quelques lignes à un pouce.

Le lobe supérieur est le plus souvent le siége des abcès du poumon : sur les 24 cas dont nous avons parlé, il y avait 10 abcès du sommet du poumon, 5 abcès du lobe inférieur ; deux fois le pus était disséminé çà et là dans le tissu pulmonaire ; dans les autres cas, le siége n'était pas déterminé.

Il nous reste maintenant à rechercher quel est le siége anatomique, le siége primitif des abcès du poumon, comment ils se forment. « Il nous est arrivé plusieurs fois, dit M. Gendrin, en suivant avec précaution, dans le tissu pulmonaire à l'état d'hépatisation grise, les ramifications bronchiques, de trouver de petits abcès allongés et formés entre le tissu profond du poumon et les rameaux bronchiques, dans le tissu cellulaire extérieur à ces conduits. Nous avons vu ces petits foyers communiquer avec les ramifications bronchiques voisines, par de petites ouvertures infundibuliformes et multiples, que l'on reconnaissait facilement avoir commencé à l'extérieur du tuyau aérifère. » (Gendrin, ouv. cité.) Voilà certainement le mécanisme le plus commun de la production de ces abcès. Peu à peu ces petits abcès se rapprochent, se confondent, en détruisant les portions de tissu pulmonaire qui les séparent. D'autres fois, au contraire, c'est un seul abcès qui s'étend par suite de la destruction et de l'absorption du tissu enflammé. Mais, quant à l'élément anatomique primitivement affecté, il paraît bien démontré que c'est le tissu cellulaire. Il est vrai que la maladie ne reste pas longtemps bornée à cet élément : les vésicules, pleines de pus et ramollies, se déchirent et contribuent à augmenter l'étendue des foyers purulens. Il est cependant quelques cas très rares dans lesquels les lobules et les vésicules pulmonaires sont restés intacts au milieu d'une infiltration purulente qui avait disséqué tout le tissu cellulaire de l'organe ; tout un lobe du poumon peut être ainsi converti en une poche remplie de pus, dans laquelle les lobules et les vésicules nagent et ne tiennent plus que par leur pédicule. (Stokes, DUBLIN JOURNAL, 1833.)

De quelle manière s'opère, anatomiquement parlant, la cicatrisation du poumon? Personne ne mettra en doute aujourd'hui l'existence de cette réparation, qui est annoncée par des signes stéthoscopiques incontestables. Mais s'il est difficile de nier la cicatrisation du tissu pulmonaire, il n'est pas facile de déterminer de quelle manière elle s'opère : il est probable que les parois de l'abcès se rapprochent, contractent des adhérences, et que le tissu pulmonaire est froncé autour de ce point, surtout lorsque l'abcès est superficiel. Il paraîtrait que l'adhésion des deux parois de l'abcès peut se faire par l'intermédiaire d'une masse cartilagineuse (Stokes), ce qui rapprocherait beaucoup le mode de cicatrisation de ces abcès de celui des excavations tuberculeuses. Mais tel n'est pas toujours le mode de guérison des abcès du poumon. Dans une observation qui nous a été communiquée par M. Gendrin, il est question d'une femme de près de 50 ans, qui présenta, dans le service de ce médecin, une pneumonie terminée par abcès, et qui vint succomber dans son service dix-huit mois après, à une maladie de Bright (*albuminurie*). On trouva une petite excavation qui aurait pu contenir un œuf de pigeon, qui communiquait avec les bronches, ne renfermait aucun liquide, et dont les parois étaient fibro-muqueuses. Il n'y avait, du reste, aucune trace de tubercules dans les poumons.

On a souvent confondu avec des abcès du poumon des collections purulentes circonscrites dans les scissures interlobaires, ou entre le poumon et la plèvre ; on a également pris pour des abcès des dilatations des bronches.

Les collections circonscrites de la plèvre, les abcès des scissures interlobaires se reconnaissent à ce que, lorsqu'on a évacué le pus et détaché les fausses membranes qui l'enveloppent, on trouve le tissu pulmonaire dans toute son intégrité. Il n'est pas aussi facile de distinguer les abcès des dilatations bronchiques : ainsi, dans un cas observé par M. Gendrin, chez un homme mort d'une violente pneumonie, on trouva un foyer du volume du petit doigt dans le tissu gris et ramolli par l'inflammation ; ce foyer, dont les parois étaient rugueuses, comme déchirées, communiquait avec un rameau bronchique du volume d'une plume de corbeau, déchiré dans toute sa longueur, et formant ainsi, par sa face interne, une des parois du foyer. (Gendrin, ouv. cité, p. 314, t. II.) (1) Quoiqu'il en soit, la circonscription du foyer par des parois lisses, fibreuses ou fibro-cartilagineuses, et quand les bronches sont détruites dans une certaine partie de leur étendue, la présence de leur tissu sur un des côtés du foyer pourra servir à établir la distinction.

Quelles sont les causes qui amènent, dans une inflammation pulmonaire, la terminaison par abcès? Il est difficile de le déterminer.

Presque tous les sujets dont nous avons pu rassembler l'histoire avaient plus de 20 ans : sur 28, nous trouvons au-dessus de 20 ans, 2 sujets ; de 20 à 40, 12 sujets ; de 40 à 60, 9 sujets ; de 60 à 70, 5 sujets. L'âge adulte et la vieillesse paraissent donc avoir une certaine influence sur le développement de ces foyers purulens.

(1) Dans un cas que nous avons observé nous-même à la clinique de M. Rostan, chez un malade qui était affecté d'une inflammation du lobe inférieur du poumon gauche, avec symptômes thypoïdes, et qui succomba après avoir expectoré des crachats mucoso-purulens en grande abondance, et présenté jusqu'à la fin tous les symptômes ordinaires de la pneumonie. On trouva le lobe inférieur hépatisé dans toute son étendue, offrant une coloration d'un brun pâle, mélangé de taches noirâtres, de petits points, et d'intersections blanchâtres. Ces points blanchâtres, d'un volume variant entre celui d'un pois et d'une noisette, contenaient de la matière séro-purulente. De ces petits abcès, les uns communiquaient avec les bronches dilatées offraient une coloration pourpre et une surface veloutée ; ils paraissaient manifestement se continuer avec les tuyaux bronchiques. Mais il n'en était pas de même de plusieurs autres de ces dépôts, qui ne communiquaient pas avec ces conduits, et qui étaient entourés, comme les précédens, par le tissu pulmonaire, enflammé chroniquement. Nul doute qu'un certain nombre de ces collections purulentes n'eussent des communications avec les bronches ; mais était-ce bien véritablement des dilatations bronchiques? N'était-ce pas plutôt des abcès pulmonaires qui s'étaient ouverts dans les bronches, et qui avaient déterminé l'inflammation et la dilatation de ces conduits? Nous avouons que nous doutons encore de la nature de ces dépôts, bien que quelques personnes, et en particulier M. le docteur Vigla, regardent ce fait comme un exemple de dilatation bronchique.

Nous en doutons d'autant plus, que le malade n'avait présenté les symptômes, ni de la dilatation des bronches, ni de la bronchite capillaire.

---

soupçonner de partialité ou de manque de goût, et nous avons à cœur de nous soustraire à ce double reproche. Tout notre regret est de n'avoir pas plus d'espace à notre disposition. Voici pour premier specimen, la description d'un accouchement laborieux (1er chant, p. 9). Nous nous sommes permis de souligner les plus beaux traits.

Agnès en longs efforts épuise son courage
Et ne voit point encore de terme à *cet ouvrage*.
La force l'abandonne, elle doit expirer
Si l'art des accoucheurs ne vient la délivrer.
Mais, dans son triste sort, de cette délivrance
Un enfant de Lucine apporte l'espérance.
Il la voit, l'interroge et *jusque dans son sein*
Avec douceur il glisse, il introduit la main.
Comment, par les efforts de la seule nature,
L'enfant eût-il franchi *son étroite ceinture!*
A gauche sont les pieds, la tête au côté droit,
La poitrine en travers se présente au détroit ;
La main saisit le tronc, le refoule en arrière,
Prend les pieds, les dirige *auprès de la filière*,
Les entraîne au dedans et les tire dehors,
De la même façon vient le reste du corps.
Il respire et ses cris *proclament* sa naissance.
A *ses accens*, la mère, oubliant sa souffrance,
Se jette à son séant, et demande *en ses bras*
Son enfant, que l'on vient d'arracher au trépas.

MÉTAMORPHOSE D'UNE FEMME EN CANNE A SUCRE ; ALLÉGORIE DU DIABÈTE.

(Chant 1er, p. 18.)

— Malgré quatre repas
Regorgeant de boissons et *des mets les plus gras*,
Ne dépérit pas moins une de vos malades ;
Par dix litres des pleurs que versent les hyades (1)
A peine de sa soif les feux sont amortis.
La malheureuse, hélas ! touche au destin d'Atys (2) ;
Vous verrez dans la terre, en deux racines vertes,
Ses jambes s'enfoncer, *de chevelu couvertes*
En un chaume luisant, et de dix pieds de long,
S'amincir de son corps et s'élever le tronc,
Son cou devenir souple et *grêle pédoncule* ;
Sa tête, transformée en *fécond panicule*,
De fleurs d'un blanc de lis remplacer ses cheveux
Et le miel circuler dans ses *canaux séveux*.

(1) Dix litres d'eau.
(2) Atys, jeune phrygien, métamorphosé par Cybèle en *arbre de pin*. (Note érudite de l'auteur.)

Le sexe paraît avoir moins d'influence. Sur le même nombre d'individus, nous trouvons 11 femmes et 17 hommes.

Le plus grand nombre de ces sujets avaient une santé détériorée par des excès de travail ou par des maladies antérieures. Cependant un certain nombre avait une constitution forte, athlétique, un tempérament sanguin.

Quant à la cause déterminante, elle nous échappe : souvent une pneumonie marche normalement pendant quelques jours ; puis tout d'un coup il survient des accidens graves : le malade meurt, après avoir expectoré ou non une grande quantité de pus.

Il faut ici, comme dans beaucoup d'autres maladies, se rejeter sur l'idiosyncrasie des individus. Rien n'avertit, le plus souvent, que la terminaison par abcès va avoir lieu ; et, lorsqu'on peut s'en assurer, il est souvent trop tard pour mettre les sujets à même de résister à des désorganisations aussi profondes et aussi variées.

Lorsque les abcès du poumon ne communiquent encore, ni avec les bronches, ni avec la plèvre, il est impossible de reconnaître leur existence : la percussion donne bien de la matité, au niveau du point qu'ils occupent, quelquefois même un quasi tintement de pot fêlé (Bouillaud). L'auscultation fait percevoir du souffle tubaire, avec du râle crépitant dans quelques cas. La résonnance de la voix est broncho-phonique. Lorsque la plèvre contient du liquide, on observe les signes ordinaires de la pleurésie. Mais lorsque les abcès pulmonaires communiquent avec les bronches, surtout lorsqu'ils communiquent par de larges ouvertures, le pus s'évacue par ces ouvertures, l'air s'introduit dans le foyer, et de là résultent les phénomènes suivans : la respiration est caverneuse, la résonnance de la voix fait entendre de la pectoriloquie. Quand le malade respire, et surtout quand il tousse, on entend du râle caverneux. Mais ce qui appartient en propre à l'abcès pulmonaire, c'est que, autour de l'endroit où l'on perçoit les signes d'une excavation, il y a du souffle tubaire ou du râle crépitant, de la résonnance broncho-phonique de la voix. Le plus souvent, après que l'excavation s'est vidée, la matité à la percussion persiste, parce que le tissu pulmonaire qui la recouvre est condensé et induré par l'inflammation ; quelquefois le son devient beaucoup plus clair, parce que l'abcès s'est vidé complètement et que la caverne s'est remplie d'air.

Les anciens auteurs rattachaient à la suppuration de l'organe pulmonaire et à la formation des abcès du poumon des symptômes généraux particuliers : tout le monde connaît la description qu'Hippocrate a donnée des individus qu'il appelait *suppurés*, et qu'il croyait être atteints d'abcès du poumon. Mais aujourd'hui il est prouvé que cette description s'applique à l'affection tuberculeuse ou à la pleurésie chronique. P. Frank, cet observateur si remarquable, regarde bien la rémission de la douleur avec persistance de la dyspnée et de la fièvre, avec exacerbation après les repas et absence d'expectoration, avec douleur pongitive, thoracique, revenant de temps en temps, comme les indices du travail suppuratoire. Mais il se hâte d'ajouter que, plus d'une fois, il a vu la résolution dissiper ses craintes sur l'imminence de cette terminaison fâcheuse. (P. Frank, trad. franç., t. II, p. 103.)

L'observation clinique prouve que dans les poumons la suppuration ne s'accompagne d'aucun des symptômes généraux que l'on observe si souvent dans les suppurations des parties extérieures. Les symptômes sont ceux de la pneumonie au troisième degré, c'est-à-dire que la fièvre est vive, le pouls plein et fréquent, la toux douloureuse et revenant quelquefois par accès, la respiration gênée ; il existe quelquefois un point de côté assez intense ; et dans les derniers jours il survient un affaiblissement extrême, le pouls devient petit en restant toujours fréquent. L'expectoration qui primitivement offrait tous les caractères de l'expectoration des pneumoniques se supprime totalement ou devient muqueuse. Dans un certain nombre de cas, elle consiste en un liquide opaque, puriforme (deux fois) ; en des crachats globuleux, rougeâtres, puriformes (Robert) ; en un liquide brun, purulent (Pointe, JOURN. GÉN., t. LXXXV) ; et dans le cas où la terminaison de l'abcès s'est faite par gangrène, le malade expectore en abondance un liquide d'une horrible fétidité, véritablement gangreneuse et d'une couleur brunâtre foncée ; lorsque, au contraire, la maladie doit se terminer par résolution, la quantité du liquide purulent expectoré diminue de jour en jour, les forces reviennent, tous les phénomènes réactionnels disparaissent, et cependant le malade conserve encore, pendant quelques jours, tous les signes stéthoscopiques qui indiquent une excavation ; ces signes persistent encore pendant un certain temps ; puis, peu à peu la respiration se rétablit dans les points qui entourent l'abcès ; et enfin la cicatrisation achevée, le murmure vésiculaire se rétablit, même dans le point qui a été le siége de l'abcès. La cicatrisation des foyers purulens du poumon ouverts dans les bronches est une chose assez rare, moins rare cependant qu'on ne le croit généralement. Si nous consultons Laennec à cet égard, nous voyons que sur 20 pneumonies, dans lesquelles il a observé des abcès du poumon qui s'étaient ouverts dans les bronches, la cicatrisation se fit parfaitement chez 6, dans un intervalle de 15 à 40 jours ; chez deux sujets seulement dans un intervalle de 3 à 6 mois. (Il ne parle pas des autres.) Et si nous consultons nous-même les 28 observations que nous avons pu rassembler, nous trouvons que quatre fois seulement il n'y a pas eu de terminaison par la mort (1 sur 7). Si nous réunissons ces derniers faits avec ceux rapportés par Laennec et par le docteur Chambers, nous trouvons que sur 58 abcès du poumon ouverts par les bronches, la cicatrisation a eu lieu 29 fois, ce qui ferait la moitié des cas. Quoique cette proportion soit notablement exagérée, et que ce point de pathologie réclame encore des recherches, il s'en suit que les abcès du poumon ne présentent pas toute la gravité qu'on leur attribue.

Voici, au reste, une observation qui ne peut laisser aucun doute sur la cicatrisation des abcès du poumon ouverts dans les bronches.

BRONCO-PNEUMONIE DROITE ; ABCÈS DU POUMON OUVERT PAR LES BRONCHES ; GUÉRISON.

OBS. V. — Le 16 février 1839 est entré à l'hôpital de la Pitié, service de M. Gendrin, la nommée Lemire, âgée de 49 ans ; cette femme d'un tempérament sanguin, d'une constitution détériorée, n'est plus réglée depuis longtemps. Jamais elle n'a fait de maladie grave. Il y a trois jours, après s'être exposée au froid ayant chaud, elle fut prise de frisson, de point de côté et de difficulté de respirer. Le lendemain, les crachats rouillés apparurent. Elle se fit appliquer quelques sangsues sur le côté droit de la poitrine, mais sans aucun résultat.

Etat actuel, 17 février : Face amaigrie, pommettes plaquées, yeux légèrement ictériques, langue humide, blanche ; anorexie ; soif vive, ventre indolent, constipation, douleur sourde au côté droit de la poitrine ; les grandes inspirations seules sont douloureuses ; la percussion fait reconnaître de la matité depuis le sommet du poumon droit jusqu'au milieu de la hauteur de ce poumon, en arrière ; en avant la sonorité est normale ; à l'auscultation, on perçoit du souffle

---

Si de votre raison l'austérité s'oppose
A croire, *sur ma crainte*, à la métamorphose,
Eh bien ! dans cette humeur, qui, *de son double rein*,
A jets intermittens, coule *en cristal citrin*,
Qu'un de vos doigts se plonge, et votre bouche goûte
La faible quantité qui *du bout en dégoutte*,
Au lieu *d'y rencontrer* l'amertume du sel,
Ce sera la douceur du plus fade hydromel ;
Vous ne douterez plus, au goût de suc de canne,
Qu'elle ne soit bientôt ce *chaume de Guiane*.

PRÉCEPTES DE PUDEUR MÉDICALE (chant IV).

Prescrire la pudeur, ce n'est sans doute pas
Proscrire l'examen des *plus secrets appas*
Souffrans ou soupçonnés de quelque maladie ;
Qu'en vous cette vertu, *loin de là*, soit hardie,
Entreprenante, adroite, et sache avec bonheur
Triompher en autrui d'une sotte pudeur.
Que dans votre demeure une femme survienne,
Par exemple, ou vous fasse appeler dans la sienne,
Et qu'après en avoir (de la femme), d'un esprit attentif,
Recueilli sur ses maux *le commémoratif*,
Vous présumiez qu'*avant l'emploi de vos arcanes*,
Vous devez *de vos sens* explorer les organes
De qui le nom, pour elle *indiscret à citer*,
N'a pas jusqu'en sa bouche osé se présenter ;
Gardez-vous, neufs en l'art de vous soumettre une âme,
Et, fadement polis, de lui dire : « Madame,
» Il importe de voir *l'endroit* où vous souffrez ;
» Je vais *m'en assurer* si vous le désirez. »

Outre que de parler une formule telle
Semblerait d'un docteur qui *se règle par elle* (par la femme !)
Et donne le soupçon que de se faire voir
D'autres assez souvent ont *le mauvais vouloir* ;
Sa pudeur n'en est pas si vivement troublée
Qu'elle en perde équilibre et tombe dévoilée.
Mais prenant un ton bref et l'air de gravité
D'artistes aguerris à voir la nudité :
« Il faut, lui direz-vous, Madame, que je voie
» L'état *de la partie* à la douleur en proie. »
Et ces mots achevés, la prenant par la main,
Marchez incontinent au *meuble d'examen*.

On ne se lasserait pas de citer ; mais il faut que tout ait une fin :

Claudite jam rivos, pueri, sat prata biberunt.

---

tubaire depuis le sommet de la poitrine jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate; en ce point, le souffle se mêle de râle muqueux; râle muqueux à grosses bulles à la base du poumon droit; râle muqueux, disséminé dans toute l'étendue du poumon gauche; la respiration est puérile en avant et à droite; crachats spumeux rouillés, disséminés dans des crachats muqueux; pas de céphalalgie, pouls dur et fréquent. (Pectorale, julep béchique, saignée du bras.) Sous l'influence de la saignée, la respiration devient plus libre et le pouls perd de sa fréquence. Mais, malgré ce moyen et l'emploi de deux énormes vésicatoires volans, les signes physiques de la pneumonie persistaient; lorsque, le 25, tout à coup, sans cause connue, sans autre symptôme qu'un sentiment de gêne plus considérable et des gargouillemens dans la poitrine, la malade a craché une quantité considérable de pus.

Le 26 février, la matité persiste. Au sommet du poumon droit en arrière dans la fosse sous-épineuse, on perçoit du gargouillement, du râle caverneux, et au-dessus du souffle tubaire, mêlé de râle muqueux disséminé; pectoriloquie; l'état fébrile a notablement diminué; la chaleur à la peau est moins vive; un peu de sueur cette nuit; expectoration liquide mucoso-purulente, d'une couleur jaune-verdâtre, d'une odeur fétide et nauséabonde. (Vésicatoire sur le côté droit de la poitrine.)

Le 2 mars, le souffle tubaire diminue dans le sommet du poumon; le râle caverneux se circonscrit de plus en plus; la pectoriloquie se rapproche de la bronchophonie. La malade demande à manger; l'expectoration cesse d'être puriforme, perd de sa fétidité et se rapproche de l'expectoration muqueuse.

Le 5 mars, aucune trace de souffle tubaire ni de râle caverneux; la respiration est seulement un peu sèche dans ce poumon; le râle muqueux n'existe plus nulle part; la respiration est rétablie, même dans le point qui était le siége de l'abcès. Convalescence. La malade sort guérie, le 10 mars 1839.

(Observation recueillie par l'auteur.)

Les abcès du poumon peuvent encore se terminer par gangrène; et cette terminaison peut avoir lieu, qu'ils aient ou non des communications avec les bronches. D'autres fois, l'abcès s'ouvre dans la cavité de la plèvre, et il en résulte tous les phénomènes d'un pneumo-thorax, respiration amphorique, tintement métallique, bruit de flot à la succussion, résonnance tympanique à la percussion. Comme nous l'avons dit, cette terminaison est rare; sans doute, parce que, avant que la perforation de la plèvre puisse avoir lieu, des adhérences se sont formées, et empêchent l'épanchement. Dans le cas que nous avons cité à la suite de l'observation 4e et dans lequel un abcès, qui s'était terminé par gangrène, avait donné lieu à la perforation de la plèvre, on entendait un souffle amphorique magnifique et un bruit de *glouglou*, mais pas de tintement métallique. La succussion ne faisait pas entendre le bruit de flot. Il est vrai que l'épanchement qui s'était fait dans la plèvre était circonscrit par de fausses membranes. Le pus des abcès peut encore s'ouvrir une voie au dehors de la poitrine, et venir faire saillie dans les espaces intercostaux. Cette terminaison est des plus rares, et a été niée par plusieurs personnes. Nous avouons que tous les exemples de cette terminaison, rapportés jusqu'ici, même celui du docteur Lorenzo da Luz (Rev. méd. 1840) ne nous paraissent pas parfaitement concluans.

Les auteurs ont encore parlé de l'ouverture de ces abcès dans le péricarde, la substance du foie dans celle de la rate, dans la cavité abdominale, le médiastin postérieur. Nous n'en connaissons aucun exemple. Il est cependant probable que si le malade, dont M. Martin Solon nous a donné l'histoire, eût survécu, l'abcès se serait ouvert dans le péricarde.

Les abcès du poumon peuvent-ils se terminer par résolution? autrement dit, le pus peut-il être repris par l'absorption, avant qu'il ait perforé les bronches? l'analogie porte à le croire. Mais on comprend combien il est difficile de le prouver, lorsqu'on se rappelle qu'on n'a d'autres signes de l'existence de ces abcès que ceux qui sont tirés de leur évacuation par les bronches.

La phthisie pulmonaire, la dilatation des bronches, la gangrène du poumon, l'apoplexie pulmonaire, telles sont les affections du poumon qui peuvent être confondues avec les abcès de cet organe. Suivant le docteur Chambers, il suffirait de trouver, chez un individu qui a présenté pendant quelque temps les signes d'une inflammation du poumon, une expectoration jaune verdâtre ou brunâtre, exhalant l'odeur du convi, s'il n'existe pas de fièvre hectique, pour annoncer qu'il porte un abcès du poumon et non une affection tuberculeuse. Mais combien de phthisiques vivent des mois et des années sans présenter de fièvre hectique! Les crachats des phthisiques ne présentent-ils pas, dans des circonstances et sans cause connues, une fétidité tout-à-fait analogue? Les signes différentiels donnés par M. Chambers, sont donc bien loin d'avoir la précision qu'il leur attribue. Nous croyons cependant que ce diagnostic est possible à l'aide des signes suivans: 1° le siége de l'excavation à la partie moyenne et inférieure du poumon; 2° la présence du souffle tubaire ou du râle crépitant autour de l'excavation; 3° la lenteur de la marche de la maladie; 4° la conservation de l'embonpoint et des forces; 5° enfin, comme le pense M. Chambers, l'existence d'une pneumonie à une époque antérieure. Il n'y aurait qu'un seul cas où il pourrait y avoir du doute: ce serait le cas où il se serait développé une pneumonie autour d'une excavation tuberculeuse. C'est une complication que nous avons rencontrée deux fois; et nous avons cependant réussi à porter un diagnostic précis, en tenant compte des antécédens du malade et de l'état du poumon du côté opposé. Il est si rare que la phthisie n'affecte qu'un seul poumon que l'on trouvera presque toujours, dans le poumon du côté opposé, de quoi éclairer le diagnostic.

La dilatation des bronches est ordinairement accompagnée d'un catarrhe chronique, dont on retrouve tous les signes. L'absence de râle crépitant ou de souffle tubaire autour du point dilaté, l'apyrexie complète, la persistance de la maladie sans aucune exacerbation, tels sont les symptômes qui peuvent faire éviter toute erreur.

Quant à la gangrène pulmonaire, l'absence des signes physiques et généraux de la pneumonie, l'état de prostration du malade, la fétidité gangréneuse de l'haleine et des crachats, leur coloration brunâtre ou noirâtre, les grumeaux qu'ils contiennent suffisent pour la faire distinguer des abcès du poumon.

L'apoplexie pulmonaire, lorsqu'elle a creusé un foyer un peu considérable dans le tissu pulmonaire et que ce foyer suppure, comme on en connaît quelques exemples, se distinguera toujours de la pneumonie et des abcès qui en sont la conséquence, par les symptômes qui l'ont accompagnée, c'est-à-dire par l'expectoration d'une quantité plus ou moins abondante de sang noirâtre, phénomène qui n'appartient jamais aux premières périodes de la pneumonie.

Il est impossible de dire rien de précis sur la marche et sur la durée des abcès phlegmoneux du poumon: elles sont subordonnées à une foule de circonstances, telles que l'étendue de la désorganisation du poumon autour du foyer, la force et la vitalité du malade, etc. Quant au pronostic, il nous paraît fort grave, excepté dans le cas où l'écoulement du pus se fait bien et diminue de jour en jour, où les symptômes stéthoscopiques indiquent que la pneumonie marche vers la résolution autour du foyer.

Le traitement est celui de la pneumonie; seulement lorsqu'on a reconnu l'existence du foyer purulent, il faut mettre le malade à l'usage d'une nourriture succulente, d'un régime fortifiant, des toniques, afin de le placer dans une situation telle qu'il puisse suffire aux frais de la cicatrisation du foyer purulent; les émissions sanguines pratiquées à cette époque, non seulement n'auraient aucune efficacité sur la marche de la maladie, mais encore elles courraient risque d'observer le travail de la nature.

Une dernière question se présente: l'abcès du poumon s'est ouvert dans la plèvre. Faut-il pratiquer l'opération de l'empyème? Certes, si l'on ne consultait que les résultats que cette opération a donnés dans la pleurésie purulente, on se déciderait pour la négative. Mais ici la question est bien autre: la plèvre, enflammée par la présence du pus et de l'air, va sécréter une grande quantité de matière purulente qui, jointe au liquide de l'abcès, va encombrer les tuyaux bronchiques, déterminer des accidens d'asphyxie, en même temps qu'augmenter les chances d'infection des liquides; l'opération de l'empyème, sans danger par elle-même, fait cesser tous les accidens d'asphyxie, donne une libre issue aux liquides, et permet au malade de vivre assez long-temps pour que la cicatrisation s'opère. Cette opération, recommandée par M. Velpeau (Traité de méd. opér. t. 3, 1838), est depuis long-temps adoptée par M. Gendrin qui, à ce qu'il paraît, en a obtenu d'heureux résultats. On concevrait difficilement comment on pourrait hésiter un instant en présence d'un danger aussi grand que celui que court le malade, et lorsque l'on sait que c'est la seule porte de salut. Nous ne pouvons qu'effleurer cette question si importante. Mais nous devions appeler l'attention sur ce point, parce que, en général, les médecins ne paraissent pas s'être fait une idée exacte de la gravité de l'opération de l'empyème, à laquelle ils n'ont que très rarement recours et le plus souvent à une époque où l'opération devient inutile au malade.

(La suite à un prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

I. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

Les numéros d'avril, mai et juin contiennent les mémoires originaux suivans: 1° *Études statistiques sur les résultats des grandes opérations dans les hôpitaux de Paris*; par M. Malgaigne. 2° *Histoire de l'épidémie de croup qui a régné en 1840 et au commencement de 1841 à l'Hôpital des Enfans de Paris*; par M. Ernest Boudet. 3° *Mémoire sur l'empoisonnement considéré d'une manière générale*; par M. Orfila.

4° *Recherches historiques, physiologiques et pathologiques sur le mécanisme des luxations spontanées ou symptomatiques du fémur;* par M. Parise. 5° *Mémoire sur le ramollissement du cerveau;* par M. Daraud-Fardel. 6° *Observation de diathèse squirrheuse, avec tumeur fibreuse considérable de l'ovaire;* par M. C. Baron. 7° *Observations d'inflammation de veines du foie, l'une de la veine-porte, produite par une arète de poisson, l'autre des veines sus-hépatiques, due au voisinage d'un abcès métastatique, suivies de quelques réflexions;* par M. E. Lambron; 8° *Observation pour servir à l'histoire du trépan dans les plaies de tête avec fracture du crâne et abcès dans le cerveau; suivie de quelques réflexions;* par M. Aran. 9° *Note sur un moyen très simple d'arrêter les hémorragies vasales;* par M. Négrier (d'Angers). 10° *De la présence de la fibrine dans la sérosité extraite du péritoine;* par M. Delaharpe.

ÉTUDES STATISTIQUES SUR LES RÉSULTATS DES GRANDES OPÉRATIONS DANS LES HÔPITAUX DE PARIS; par M. MALGAIGNE.

Les études statistiques auxquelles M. Malgaigne continue de se livrer avec persévérance n'ont point un simple but de curiosité. Le soin que nous apportons à les reproduire prouve que nous apprécions aussi bien que lui l'utilité de recherches portant sur un nombre extrêmement considérable de faits parfaitement authentiques. Comme lui, nous pensons que des travaux semblables peuvent rendre aux jeunes chirurgiens deux grands services. Premièrement, en connaissant bien la gravité de ces opérations, ils s'y décideront un peu plus difficilement à l'avenir; et secondement, quand, après les amputations jugées nécessaires, ils verront tous leurs soins, toutes leurs sollicitudes aboutir à tant d'insuccès, je leur aurai sauvé, dit M. Malgaigne, cet affreux cauchemar par lequel j'ai été poursuivi, ce doute poignant que j'ai éprouvé, si la mortalité n'était pas due aux erreurs du chirurgien lui-même. A ces deux considérations, un peu générales peut-être, nous en joindrions volontiers une troisième, qui a plus directement trait à la pratique. Pour une même lésion, on sait qu'il est possible de faire diverses opérations plus graves les unes que les autres. Une telle anarchie règne à ce sujet dans la science que l'on a vu la désarticulation de l'épaule recommandée par Lafaye pour les cas même où l'amputation du bras dans sa continuité aurait été suffisante, et qu'on entend encore aujourd'hui beaucoup de chirurgiens préférer l'amputation dans la continuité d'un métacarpien, alors qu'on pouvait se contenter, pour détruire entièrement le mal, de l'ablation du doigt seulement. Tous ces paradoxes, que le bon sens n'a pas suffi à faire rejeter, ne peuvent trouver que dans la statistique établie sur de larges bases une solution définitive; et c'est en cela surtout que celle-ci nous paraît éminemment utile dans l'état présent de nos connaissances.

Cela posé, suivons M. Malgaigne dans l'emploi qu'il a fait des matériaux extraits des registres tenus par l'administration des hôpitaux de Paris, pour les années 1836, 1837, 1838, 1839 et 1840.

Pendant ces cinq années, il a été rendu compte au conseil de 852 amputations, savoir :

1	désarticulation coxo-fémorale.
201	amputations de cuisse.
3	désarticulations du genou (tous trois morts).
192	amputations de jambe.
38	amputations partielles du pied.
8	amputations de métatarsiens.
85	orteils ou phalanges d'orteils.
14	désarticulations de l'épaule.
91	amputations du bras.
28	amputations de l'avant-bras.
16	désarticulations du poignet.
9	amputations de métacarpiens.
166	id. de doigts ou de phalanges.

1° AMPUTATIONS DE CUISSE. — Sur 201 cas, 126 morts environ 62 pour cent, presque les deux tiers.

De ce nombre d'opérations, 46 ont été faites pour lésions traumatiques, 34 morts; 135 pour affections spontanées, 92 morts.

2° AMPUTATIONS DE JAMBE. — Ces amputations ont été au nombre de 192, sur lesquelles nous avons compté 106 morts, environ 55 sur 100.

Dans ce total, 79 amputés pour causes traumatiques, 50 morts.

112 pour lésions organiques, 55 morts.

3° AMPUTATIONS PARTIELLES DU PIED. — 38 sujets ont eu le pied amputé, les uns dans la jointure tarso-métatarsienne, les autres par la méthode de Chopart. La distinction entre ces deux espèces n'a point été faite dans tous les cas.

Sur ces 38 sujets, 9 ont succombé, ou autrement 24 sur 100.

Sur ce chiffre, il y en a eu 29 pour lésions organiques, 3 morts; et 9 pour cause traumatique, 6 morts.

4° DÉSARTICULATION SCAPULO HUMÉRALE. — Il y a eu, dans ces cinq années, 14 désarticulations scapulo humérales. Otons-en une où le malade subit en même temps une amputation de cuisse, reste 13. Sur ces 13 cas, il y a eu 10 morts.

6 fois l'opération fut faite pour lésions organiques, 3 morts; 7 pour causes traumatiques, 7 morts.

5° AMPUTATIONS DU BRAS. — Pratiquée 91 fois, elle n'a donné que 41 morts, 45 sur 100.

Les lésions organiques avaient nécessité 61 amputations, sur lesquelles 24 morts.

Les amputations traumatiques, au nombre de 30, avaient compté 17 morts.

6° AMPUTATIONS DE L'AVANT-BRAS. — Sur 28 cas, 8 morts, ou 28 sur 100.

En les divisant selon la cause qui les a fait pratiquer, on trouve, pour 17 amputations pathologiques, 5 morts, et pour 11 amputations traumatiques, 5 morts.

7° AMPUTATIONS DU POIGNET. — 16 opérations de ce genre ont été faites, savoir : 12 fois pour des affections organiques, 4 fois pour des blessures, dans les conditions les plus diverses d'âge, de sexe, de saison, et tous les opérés ont guéri.

8° AMPUTATION DES MÉTATARSIENS. — 8 cas; une mort chez un homme de 41 ans, auquel on pratiqua l'opération pour une lésion traumatique.

9° AMPUTATION DES MÉTACARPIENS. — 9 cas; une mort chez un sujet opéré pour une affection chronique spontanée.

10° AMPUTATION DES ORTEILS. — Sur ce nombre, et en tenant compte du siége de chaque opération, on trouve : 1° 43 amputations du gros orteil, 7 morts; 2° 26 amputations de l'un des petits orteils, 1 mort; 3° 7 amputations de plusieurs orteils à la fois, 1 mort.

11° AMPUTATION DES DOIGTS. — Sur ce chiffre total, il faut compter :

1° 9 amputations du pouce, 3 morts.

2° 120 amputations de l'un des doigts, 10 morts.

3° 13 amputations de plusieurs doigts à la fois, 1 mort.

4° 24 amputations de phalanges, 1 mort.

Après avoir parcouru séparément chaque espèce d'amputation, suivant l'ordre topographique, M. Malgaigne étudie à part les influences générales qui ont pu modifier le résultat indépendamment de toute considération du siége.

1° INFLUENCE DE LA NATURE DES LÉSIONS POUR LESQUELLES ON A OPÉRÉ. — Après diverses éliminations, justifiées par des motifs tout à fait légitimes, il est resté un total de 789 amputations, dont la comparaison, faite au point de vue de la nature de la cause, a donné le résultat suivant :

524 amputations pathologiques........	139 morts;	ou 38 pour 100
265 — traumatiques.........	103 morts;	ou 49 pour 100

2° INFLUENCE DU SEXE. — Sur 564 amputations faites à des hommes, il y a eu 267 morts; sur 165 femmes amputées, 56 ont succombé. Les femmes résistent donc généralement mieux aux amputations que les hommes, et ce serait là un élément dont il faudrait tenir compte avec beaucoup de soin dans toute statistique ultérieure.

3° INFLUENCE DE L'AGE. — Nous ne rapporterons ici que le résultat de la comparaison établie sur l'examen de ce que M. Malgaigne appelle les grandes amputations, et qui sont celles de la cuisse, de la jambe, du pied, de l'épaule, des bras et de l'avant bras. Or, en divisant ces amputations en diverses périodes, déterminées selon les âges, on trouve pour les amputations dites pathologiques :

De 2 à 5 ans...	4 opérés,	2 morts.
De 5 à 15 ans...	57 —	15 —
De 15 à 20 ans...	66 —	28 —
De 20 à 35 ans...	128 —	63 —
De 35 à 50 ans...	72 —	40 —
De 50 à 65 ans...	40 —	29 —
De 65 à 80 ans...	11 —	5 —

Et pour les amputations dites traumatiques :

De 2 à 5 ans...	1 opéré.	1 mort.
De 5 à 15 ans...	9 —	7 —
De 15 à 20 ans...	15 —	8 —
De 20 à 35 ans...	65 —	39 —
De 35 à 50 ans...	54 —	36 —
De 50 à 65 ans...	30 —	21 —
De 65 à 85 ans...	8 —	5 —

Un résultat très surprenant de ce tableau, dit M. Malgaigne, c'est que

l'enfance, où les amputations étaient partout réputées si bénignes, est justement l'âge où celles qu'on pratique pour causes traumatiques sont les plus terribles.

4° Influence des saisons. — Le résultat des recherches dirigées dans ce but n'est pas moins digne de fixer l'attention. On sait que le printemps et l'automne sont généralement regardés comme les saisons les plus favorables pour les opérations, et que l'on diffère même jusqu'à cette époque de l'année, celles qui peuvent être retardées sans un grand danger pour le malade. Eh bien! il ressort de la comparaison des chiffres de mortalité, rapprochés de la saison où ils ont été fournis, que l'automne est l'époque la plus désastreuse et, après l'automne, le printemps, puis vient l'été, et enfin l'hiver, qui a donné le plus de guérisons.

	Hiver.	Printemps.	Été.	Automne.
Opérés......	64	95	97	70
Morts........	31	53	47	40

5° Influence de la localité. — Nous ne suivrons pas M. Malgaigne dans l'examen et la comparaison qu'il fait des hôpitaux de Paris ou point de vue de la mortalité de leurs opérés. Disons seulement qu'en général on attribue la mortalité à l'encombrement des salles, à leur défaut d'aération, aux émanations délétères. M. Malgaigne admet bien l'action de ces diverses influences; mais, il y a, suivant lui, une autre cause, qui explique la mortalité extrême des grands services; c'est que, moins le chirurgien a de malades à voir, mieux il les voit, plus il y fait attention, et comme l'intelligence et l'attention humaines ont leurs limites, si elles ne s'appliquent qu'à 20 malades, chacun d'eux en aura nécessairement une plus grande part que si elles s'éparpillent sur 40.

Ces considérations sont fort justes; mais nous voyons avec plaisir que M. Malgaigne ne refuse pas non plus d'admettre ici l'influence que les résultats physiques, matériels de l'encombrement des salles exercent aussi sur la mortalité. Il y aurait de l'aveuglement à méconnaître la part qui revient à l'un et à l'autre de ces deux ordres de causes morales et physiques, dans les insuccès si fréquens de nos hôpitaux. Si nos lecteurs ont encore présente à l'esprit la discussion qui s'établit entre M. Malgaigne et nous, à l'époque où il parla publiquement des funestes effets dus au défaut de soins, ils se rappelleront sans doute que nous n'avons jamais nié la réalité de cette influence. Nous eûmes seulement à cœur de maintenir qu'on ne pouvait pas l'appliquer légitimement à l'explication des revers de Dupuytren à l'Hôtel-Dieu, et que, reprocher à l'illustre chirurgien en chef un *défaut de soins et d'attention* dans sa pratique à l'hôpital, serait considéré, pour le moins, comme un non sens, par tous ceux qui ont pu le voir à l'œuvre.

Du reste, dans la réponse que M. Malgaigne fait aux objections qu'on avait autrefois dirigées contre sa manière de voir, un peu plus exclusive alors qu'à présent, nous ne trouvons rien qui soit assez directement à notre adresse pour nécessiter, de notre part, des développemens plus étendus.

Histoire de l'épidémie de croup qui a régné en 1840 et au commencement de 1841 à l'hôpital des enfans de Paris; par le docteur Boudet.

Ce travail pour le croup a spécialement pour but le point de vue historique. L'auteur, en effet, ne se borne pas à étudier l'épidémie de croup qui a régné à l'Hôpital des Enfans récemment, et dont il a été spectateur; mais il a cru devoir signaler quelques-unes des principales épidémies de cette maladie, qui ont été observées jusqu'ici, les formes sous lesquelles elles se sont présentées, et faire surtout l'historique du croup à l'Hôpital des Enfans malades de Paris, de 1820 à 1839. La conclusion qu'il tire de cet aperçu rapide, c'est que, le plus souvent, dans les épidémies, le croup a coexisté avec une angine couenneuse; que, cependant, dans un certain nombre d'entre elles, il s'est développé primitivement dans les voies aériennes; qu'il a régné au moins une fois avec la gangrène du pharynx, et qu'il n'a coïncidé que rarement avec les exanthèmes. Quant aux affections catarrhales, qui semblent, d'après les auteurs, dominer presque toujours en même temps que le croup, leurs assertions à ce sujet sont d'un tel vague qu'il est impossible, dit M. Boudet, d'admettre leur opinion sans preuves plus positives à l'appui. Le nombre des cas de croup, même dans les épidémies les plus prononcées de cette affection, est si restreint qu'on pourrait réellement douter si on doit les considérer comme des épidémies. Il était donc intéressant de relever, autant que possible, le nombre des cas de croup qui ont été observés dans un lieu particulier pendant plusieurs années de suite, afin de pouvoir distinguer le croup sporadique de celui qu'on pourrait appeler épidémique. L'Hôpital des Enfans aurait pu, si les innombrables matériaux qui s'y présentent continuellement y étaient recueillis avec quelque soin, fournir ces documens avec facilité; mais, de 1820 à 1834, les renseignemens obtenus par M. Boudet n'ont été qu'approximatifs; cependant, même en cet état, ils offrent encore un grand intérêt, car ils démontrent, ce qu'au reste on savait très bien auparavant, que le croup, qui cause tant d'effroi dans les familles, et que guérissent si souvent quelques praticiens, est une affection très rare, et dont même, dans une pratique étendue, un médecin peut être plusieurs années sans voir un seul cas.

Tableau des cas de croup observés à l'hopital des enfans de 1820 a 1841.

En 1820...	8 cas.	En 1833...	1 cas.
1821...	15	1834...	2
1822...	11	1835...	9
1823...	5	1836...	2
1824...	0	1837...	1
1825...	4	1838...	6
1826...	1	1839...	6
De 1827 à 1832, approximativement de 6 à 10 cas par année.		1840...	25

Ces résultats, déjà si intéressans, le deviendraient bien plus encore si nous rapprochions ce chiffre de celui de tous les enfans malades reçus à l'hôpital. M. Boudet n'a fait ce rapprochement que pour les années de 1833 à 1839 inclusivement, et durant lesquelles, sur 20,376 enfans de tout sexe et de tout âge reçus à l'Hôpital des Enfans, 26 seulement ont été affectés de croup. Ce chiffre est si peu considérable qu'on ne doit attacher aucune importance aux conclusions que l'on pourrait en tirer. Voici pourtant quelques-unes de celles que M. Boudet a cru devoir présenter à cette occasion :

Saisons. — Les mois qui ont été les plus chargés sont mars, mai, juillet, octobre et décembre. C'est en automne que le croup a été le plus fréquent, tandis qu'il l'a été moins pendant le printemps, saison variable et changeante.

Age. — C'est de 2 à 5 ans que le croup a été le plus commun; ensuite il a diminué de fréquence jusqu'à l'âge de 13 ans.

Sexe. Le croup a été plus fréquent chez les garçons (16 fois) que chez les filles (10 fois). Il est vrai qu'à l'Hôpital des Enfans le nombre des garçons y est d'un dixième plus élevé que celui des filles.

Maladies antécédentes. — Le croup s'est développé deux fois à la suite d'exanthèmes, une fois à la suite de rougeole, une fois à la suite de scarlatine et de varicelle, et après la coqueluche une fois; il s'est manifesté une fois aussi à une période déjà avancée de la fièvre typhoïde.

Terminaison. — Sur 26 cas, 5 seulement ont guéri.

Autopsies. L'ouverture de 22 sujets a montré dans le plus grand nombre des cas une pseudo-membrane dans les voies aériennes. Dans trois où il y avait eu pendant la vie expectoration de fausses membranes, le larynx n'offrait que du ramollissement avec ou sans ulcérations. Chez 13 sujets on n'observa, ni pendant la vie ni après la mort, de pseudo-membrane dans le pharynx.

C'est en 1840 que le croup a régné avec le plus d'intensité à l'hôpital des enfans, à ce point même que pendant un seul trimestre il y a fait autant de victimes que pendant cinq ou six des années précédentes. Voici les chiffres des différens trimestres de l'année 1840 et de ceux de l'année 1841 pendant lesquels l'épidémie s'est éteinte.

1er trimestre de 1840........	1	cas de croup
2e —	4	—
3e —	4	—
4e —	16	—
1er trimestre de 1841	5	—
2e —	8	—

La comparaison de ces chiffres nous semble suffire pour détourner d'attribuer à l'influence des saisons les variations dans le nombre de ces cas; aussi ne tiendrons-nous aucun compte ici des rapprochemens que M. Boudet signale à cette occasion, mais nous insisterons sur la distinction qu'il établit dans ces cas entre le croup primitif et le croup consécutif, distinction à laquelle nous attachons une telle importance que nous serions disposés à réserver le nom de croup aux cas seulement où l'affection est primitive, renvoyant les cas où l'affection est consécutive soit à la maladie primitive elle-même, soit à l'infection purulente ou à la métastase. Or ces derniers sont beaucoup plus nombreux que ceux où le croup est primitif; puisque quatre fois seulement M. Boudet a eu l'occasion d'étudier le croup dégagé de toute complication. Ce n'est pas que les cas de croup consécutif ne soient bien dignes d'intérêt, tant au contraire ils se rattachent à des questions de métastase et d'infection purulente jusqu'ici laissées dans un abandon presque complet, et qui cependant promettent tant à la science; ceux qui se sont un peu occupés de ce sujet reconnaîtront que nous n'exagérons point l'importance quand ils sauront que ces croups consécutifs sont de deux variétés, ceux qui se

développent à la suite et pendant le cours d'un exanthème, et ceux qui se sont manifestés à la suite d'une angine pseudo-membraneuse simple ou compliquée. Or l'un des faits les plus remarquables de l'épidémie de croup que décrit l'auteur, c'est qu'elle a suivi assez exactement dans ces phases une épidémie d'exanthème qui régnait en même temps à l'hôpital des enfans.

Nous ne citerons de l'étude de l'étiologie du croup qu'un seul passage, mais en le rapportant textuellement, car les faits qu'il contient nous paraissent avoir plus de portée que l'auteur ne leur en a accordé.

« INFLUENCE DU SÉJOUR A L'HÔPITAL. En général, les croups qui sont traités à l'hôpital des Enfans ont débuté en ville; en 1840 et 41, au contraire, c'est presque toujours à l'hôpital qu'ils ont commencé; or, on sait que rien n'est plus favorable à la production des épidémies que l'entassement des malades : aussi, on conçoit facilement que lorsqu'il y a quelque influence épidémique vaguement répandue, elle sévisse plus volontiers sur des réunions considérables de malades. Dans ces circonstances, les hôpitaux deviennent évidemment de petits foyers d'infection. C'est probablement ce qui est arrivé à l'hôpital des Enfans, où les malades sont malheureusement entassés. »

Il résulte de ce passage, dans lequel l'auteur nous paraît avoir confondu les affections contagieuses avec les maladies épidémiques, que le croup qui a régné à l'hôpital des Enfans y était contagieux, ce qu'au reste M. Boudet admet implicitement, puisque, comme il l'a prouvé, le croup se liait toujours à une angine pseudo-membraneuse ou à un exanthème, tel que la scarlatine, et qui sont éminemment contagieuses.

Parmi quelques réflexions sur le traitement que nous aurions désiré reproduire, bien qu'elles ne modifient en rien l'état de la science sur ce point, nous citerons le passage suivant sur l'emploi de la trachéotomie, qui a été fait dans dix cas sans succès. « En résumé, attendu que la trachéotomie n'a eu aucun avantage quand il existait des pseudo-membranes dans les bronches, qu'elle paraît avoir déterminé dans un cas des ulcérations, dans un autre une inflammation chronique de la trachée; que toutes les fois, sans exception, qu'elle a été pratiquée, il existait à l'ouverture une pneumonie double, tandis que, dans un certain nombre de croups très graves et ayant duré aussi longtemps, mais n'ayant pas été traités par l'ouverture de la trachée, il n'y en avait aucune trace à l'autopsie; que cependant, dans un certain nombre de cas, où la maladie n'était ni très grave ni très avancée, cette opération a prolongé la vie des malades, je me crois en droit de conclure : que les avantages de la trachéotomie ont été minimes; qu'elle paraît avoir contribué à la production de la pneumonie, à l'ulcération ou à l'épaississement de la trachée, et que, dans les cas où les bronches renfermaient des pseudo-membranes, elle n'a été d'aucune utilité. »

RECHERCHES HISTORIQUES, PHYSIOLOGIQUES ET PATHOLOGIQUES SUR LE MÉCANISME DES LUXATIONS SPONTANÉES OU SYMPATHIQUES DU FÉMUR, par M. PARISE.

Dans ce mémoire, M. Parise se propose spécialement de démontrer que l'accumulation du liquide dans l'articulation de la hanche peut chasser la tête du fémur hors de sa cavité. On remarquera sans doute, dans l'analyse que nous donnons de ce travail, les nombreux points de contact qui existent entre quelques-unes des expériences de l'auteur et celles de M. J. Guérin, sur l'intervention de la pression atmosphérique dans les mouvemens articulaires, ainsi qu'avec les recherches de M. Bonnet, sur l'action des liquides épanchés dans les articulations.

Le travail de M. Parise comprend trois parties. D'abord l'exposé des opinions des auteurs sur la luxation spontanée du fémur, puis la réfutation des objections faites à la doctrine de J. L. Petit, qui admettait l'influence de l'épanchement de liquide sur la production du déplacement, enfin, la théorie du mécanisme de la luxation spontanée coxo-fémorale.

A. HISTORIQUE. On peut rattacher les opinions des auteurs à trois théories principales :

1° Dans l'une, la luxation est due à l'accumulation d'un liquide qui, repoussant le fémur, le livre à l'action musculaire;

2° La seconde attribue la luxation au développement d'une tumeur qui, remplissant la cavité cotyloïde, en chasse le fémur. Quant au siége et à la nature de cette tumeur, il y a dissidence. Les uns, avec Gorter, Andry, en font une exostose, un cal, ce qui n'a pas été démontré. Pour d'autres, Bichat, Boyer, Lobstein, Dzondi, c'est un gonflement inflammatoire des cartilages, que l'anatomie pathologique n'admet pas. D'autres, avec Valsalva, Fallope, Portal, Morgagni, l'attribuent au gonflement du tissu adipeux du fond de la cavité cotyloïde. Quelques faits viennent à l'appui de cette théorie qui nous paraît vraie pour certains cas. Enfin pour M. Rust, c'est la tête fémorale elle-même qui, se développant outre mesure, ne peut plus être contenue dans le cotyle.

3° La 3e théorie, plus moderne, soutenue par Sabatier, Paletta, admise par Boyer, M. Fricke, M. Bégin et presque tous les chirurgiens, ne voit dans la luxation que le résultat de la carie des os, soit des bords de la cavité, soit de la tête du fémur, soit enfin, de l'une et de l'autre.

B. DÉFENSE DE LA DOCTRINE DE J. L. PETIT. — L'auteur appuie sur les considérations suivantes la réalité de l'action d'un épanchement articulaire pour produire la luxation :

1° Deux forces maintiennent le fémur dans la cavité cotyloïde : la pression atmosphérique et la résistance des ligamens ainsi que des muscles;

2° La présence seule d'un liquide dans l'article rend nulle la première de ces forces, en l'équilibrant;

3° La réplétion, sans ampliation de la capsule, repousse le fémur en dehors, loin de l'appliquer avec plus de force contre l'os iliaque.

4° Dès lors qu'un liquide s'accumule outre mesure dans la jointure, il surmonte la résistance des ligamens et des muscles. L'analogie et les observations pathologiques le prouvent;

5° L'existence de luxations fémorales symptomatiques d'une hydarthrose est démontrée par l'anatomie pathologique.

Cette cause de luxation étant établie, voici comment l'auteur en explique le mécanisme.

C. THÉORIE DE LA LUXATION SPONTANÉE DU FÉMUR. — Les propositions suivantes suffisent pour donner une idée exacte de la doctrine de l'auteur.

Une collection liquide se forme dans l'article, et s'accroît sous l'influence d'une irritation soit primitive, soit consécutive de la synoviale.

Le liquide répandu autour de la tête et du col du fémur, étant incompressible, agit comme s'il était contenu dans une cavité ostéo-fibreuse irrégulièrement arrondie, formée d'une part par la capsule, d'autre part par le cotyle et le col du fémur, supposé coupé au point d'insertion du ligament capsulaire. Le liquide pressant également dans tous les sens et cherchant sa condition d'équilibre, fait continuellement effort pour donner à la cavité ostéo-fibreuse la forme qui lui permet de contenir le plus de liquide, c'est-à-dire la forme sphérique. Tous les diamètres de cette poche s'accroissent ensemble; et comme le diamètre iléo-fémoral ne peut s'agrandir que par l'écartement des os, le fémur est éloigné de l'os iliaque. A mesure que le liquide s'accroît, l'écartement augmente.

Le sommet de la tête fémorale ne pouvant être amené au bord du cotyle par la réplétion simple de la cavité de l'article, il faut que cette cavité s'agrandisse par la dilatation, l'élongation de la capsule.

Cette dilatation se fait plus rapidement en haut et en arrière qu'en dedans et en avant. De là résulte un mouvement de bascule du fémur autour de la partie inférieure de son col fixé par le faisceau antérieur et interne de la capsule.

Par ce mouvement de bascule, qui s'exécute sous l'influence de la dilatation inégale de la capsule, de l'action prédominante des adducteurs et du poids du membre, le genou est ramené en dedans et la tête du fémur portée en dehors et en haut vers l'échancrure postéro-supérieure.

Pendant ce temps, le ligament rond est allongé par l'action des muscles qui attirent le fémur en haut. Lorsque la dilatation de la poche ostéo-fibreuse est assez grande pour que son diamètre iléo-fémoral soit agrandi de la profondeur du cotyle, ces muscles entraînent en haut la tête du fémur et la luxent d'abord incomplétement, puis complétement, sur l'échancrure postéro-supérieure.

Il faut deux conditions essentielles pour que la luxation se produise : 1° qu'une collection suffisante de liquide se forme; 2° que la cavité ostéo-fibreuse ne soit pas perforée. Une de ces conditions manquant, la luxation n'a pas lieu. Lorsqu'elles existent, la carie des bords de l'acétabulum et de la tête du fémur rend la luxation plus facile et plus prompte, mais ne peut la produire seule, à moins de destruction osseuse très étendue.

MÉMOIRE SUR LE RAMOLLISSEMENT DU CERVEAU, par le docteur DURAND-FARDEL.

Ce travail, dont nous avons analysé les deux premières parties (V. p. 377, 1842), contient l'histoire des ulcérations du cerveau et de la disparition de la substance cérébrale qui forment ce que l'auteur désigne sous le nom de troisième période du ramollissement chronique. Après les détails dans lesquels nous sommes entrés en analysant les deux premières parties de ces recherches, sur le point de départ de l'auteur, sur le but qu'il s'est proposé, de rattacher à la congestion inflammatoire les différentes espèces de ramollissement, il ne nous reste plus qu'à présenter les conclusions qu'il a tirées lui-même des faits nombreux et souvent intéressans qu'il a réunis sur ce sujet important.

1° Le ramollissement cérébral se développe toujours à la suite d'une congestion sanguine, et s'accompagne de rougeur dans sa période aiguë, sauf des exceptions infiniment rares ;

2° Lorsqu'il passe à l'état chronique, cette rougeur disparaît et fait place habituellement à une couleur *jaune*, trace du sang infiltré dans le principe, et surtout commun et prononcé dans la substance corticale.

3° Le ramollissement chronique s'annonce d'abord par une simple diminution de consistance *pulpeuse*, sans rougeur.

4° Plus tard, il revêt, dans la substance corticale des circonvolutions, la forme de lames membraniformes, jaunes, molasses, *plaques jaunes des circonvolutions*.

5° En même temps, la pulpe nerveuse se liquéfie, se transforme en un liquide trouble, grumeleux, lait de chaux qui s'infiltre dans les intervalles des brides cellulaires, *infiltration celluleuse*.

6° A une époque plus avancée encore, les parties ramollies et ainsi transformées, disparaissent, et il en résulte ou des ulcérations à la superficie du cerveau, ou des cavités circonscrites ou de vastes pertes de substance.

7° Le ramollissement paraît susceptible de s'arrêter indéfiniment à chacune des périodes de son état chronique; il subit ainsi une sorte de guérison analogue à celle du foyer hémorragique.

OBSERVATION DE DIATHÈSE SQUIRRHEUSE AVEC TUMEUR FIBREUSE CONSIDÉRABLE DE L'OVAIRE, par le docteur BARON.

Cette observation, qui n'est accompagnée d'aucune réflexion de l'auteur, présente un exemple remarquable de ces tumeurs de l'ovaire qui quelquefois prennent un volume si considérable. Celle qu'a présentée le sujet de cette observation était de nature fibreuse et pesait 15 kilogrammes. Cette tumeur et de nombreuses productions squirrheuses et fibreuses développées dans le poumon et la plèvre du côté gauche et dans l'abdomen où elles avaient envahi l'estomac, la rate, le foie, une partie du tube intestinal, et toute l'étendue du péritoire, n'avaient point empêché la femme qui la portait d'arriver à l'âge de 70 ans, et paraissaient remonter à une chute faite 12 ans auparavant. L'état du système osseux n'a pas été décrit.

OBSERVATIONS D'INFLAMMATION DES VEINES DU FOIE : 1° DE LA VEINE-PORTE, PRODUITE PAR UNE ARÊTE DE POISSON; 2° DES VEINES SUS-HÉPATIQUES, DUE AU VOISINAGE D'UN ABCÈS MÉTASTATIQUE; SUIVIES DE QUELQUES RÉFLEXIONS; par E. LAMBRON.

Ces deux observations sont intéressantes, et par la rareté des cas analogues, et par la nature des altérations qui sont décrites avec soin, et par la précision avec laquelle on a pu porter dans l'une d'elles, au moins, le diagnostic d'une phlébite par cause interne. Cette dernière seule nous arrêtera quelques instans.

PHLÉBITE DE LA VEINE-PORTE, PRODUITE PAR UNE ARÊTE QUI TRAVERSA L'EXTRÉMITÉ PYLORIQUE DE L'ESTOMAC, LA TÊTE DU PANCRÉAS, ET S'IMPLANTA DANS LE TRONC DE LA MÉSENTÉRIQUE SUPÉRIEURE.

OBS. — Roussy, journalier, âgé de 69 ans, entre à la Pitié le 4 juin 1841, se plaignant d'éprouver depuis quelques semaines des maux d'estomac, des envies de vomir et une constipation opiniâtre.

Le 5 juin, le pouls est presqu'à l'état normal, la respiration sans trouble; il y a des envies de vomir, et, dans l'hypochondre droit, des douleurs qui se présentent sous forme de malaise continu, avec des exacerbations que le malade compare à des crampes très vives. La pression sur ce point est à peine sensible; le foie et la rate ont leur volume normal. Il y a eu des frissons irréguliers. Les mêmes symptômes persistent les jours suivans en augmentant, et la peau prend une teinte ictérique qui se prononce de plus en plus.

Vers le 15, les accès fébriles simulant des accès de fièvre intermittente avec plus ou moins de régularité, et résistant à l'emploi du sulfate de quinine, le hoquet, l'ictère, les douleurs de l'hypochondre droit, l'absence de lésions dans tout autre point du corps et le volume à peu près normal de la rate font porter le diagnostic de *phlébite hépatique*. La fièvre devient rémittente, la langue sèche; le poumon s'engoue et le malade s'affaissant peu à peu meurt le 30 juin.

AUTOPSIE. Le foie a son volume normal, sa couleur est d'un jaune foncé, la vésicule biliaire est remplie de bile. La veine-porte est remplie d'un liquide lie-de-vin. En suivant ses divisions mésentériques, on trouve sur la mésentérique inférieure une arête de poisson qui, implantée dans la tête du pancréas, traverse obliquement la paroi antérieure de cette veine, et la traverse de part en part; sa longueur est d'environ 3 centimètres. Au niveau de l'ulcération produite par ce corps étranger, la veine mésentérique a sa cavité oblitérée par des fausses membranes qui sont adhérentes et font parfaitement corps avec les parois de ce vaisseau. Elles s'étendent depuis les embouchures des petites veines, qui viennent directement de la partie supérieure du jéjunum jusqu'à l'orifice de la veine splénique. La veine-porte, examinée du côté du foie, est, non pas oblitérée, mais rétrécie par des fausses membranes très peu adhérentes aux parois veineuses, qui sont seulement un peu épaissies. Quelques-unes de ses divisions sont remplies du liquide lie de vin déjà décrit, avec leurs parois, tantôt saines, tantôt enflammées, épaissies, et présentant dans quelques points des fausses membranes d'un gris ardoisé; d'autres contiennent seulement des caillots de sang qui se prolongent jusque dans de très petites ramifications; d'autres enfin sont tout à fait étrangères à ces désordres. Le foie n'offre aucun abcès métastatique, mais son sinus, au niveau du sinus-porte, est très ramolli. Les reins, la rate et les intestins sont à l'état normal. Le poumon droit offre un peu de pneumonie hypostatique; mais ni le droit, ni le gauche, ne présentent la trace du plus petit abcès.

OBSERVATION POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE L'APPLICATION DU TRÉPAN DANS LES PLAIES DE TÊTE AVEC FRACTURE DU CRANE ET ABCÈS DANS LE CERVEAU, SUIVIE DE QUELQUES RÉFLEXIONS; par M. ARAN.

OBS. — Une femme de 25 ans entra à l'Hôtel-Dieu le 9 novembre 1841, pour une plaie contuse de la région fronto-pariétale droite, produite par un coup de bouteille. Sous l'influence d'un traitement simple, cette plaie diminua promptement d'étendue; mais il resta une fistule par laquelle sortirent trois esquilles. Le 13 janvier, la cicatrisation était complète et avait eu lieu sans accident, lorsque la malade commença à accuser, dans la région même de la plaie, une douleur presque continuelle et telle qu'elle ne pouvait se livrer au sommeil. Cependant, au milieu des cris que lui arrachait la souffrance, la motilité et la sensibilité, ainsi que l'intelligence, restèrent constamment intactes. Vomissemens et nausées.

Le 28 janvier, la vie paraissant menacée, M. Blandin se décide à appliquer le trépan. Une ouverture est pratiquée sur le point où la douleur paraît avoir son summum d'intensité. La dure-mère était saine, ainsi que le contour intérieur de l'ouverture osseuse. Le chirurgien crut reconnaître au toucher l'existence d'un liquide sous la dure-mère; mais il n'incisa pas cette membrane, et jugea plus prudent d'attendre que le pus, s'il y en avait, se fît jour de lui-même. A partir du moment de l'opération, la malade devint plus tranquille; les cris cessèrent et le sommeil reparut.

Le 1er février, M. Blandin se décide à faire une ponction oblique avec un bistouri très fin porté jusque dans la substance cérébrale; mais aucun liquide ne s'écoule. Peu à peu la douleur revient avec la même intensité qu'avant l'opération; un érysipèle développé autour de la plaie accélère la terminaison fatale, qui a lieu le 18 février.

AUTOPSIE. — On trouve à la partie antérieure du lobe antérieur du côté droit une collection purulente du volume d'un œuf de dinde, s'étendant de la voûte à la base, et ne laissant en haut et en bas que quelques millimètres de substance cérébrale. La partie interne du lobe droit n'est pas détruite, non plus que sa portion la plus antérieure; et la maladie paraît s'être bornée plus particulièrement à la partie externe de ce lobe, dans lequel elle s'étend en dehors jusqu'à la scissure de Sylvius et jusqu'au chiasma. L'abcès contient un pus verdâtre, crémeux, bien lié; le kyste celluleux qui l'enveloppe n'est pas en contact immédiat avec la dure-mère, et s'en trouve séparé par une couche cérébrale de 3 à 4 millimètres d'épaisseur.

Cette observation soulevait de nombreuses réflexions, tant sous le rapport physiologique que sous celui de la thérapeutique chirurgicale; M. Aran les fait ressortir pour la plupart avec beaucoup de justesse. Et d'abord, un fait remarquable, et remarquable à ce double point de vue, c'est qu'un abcès aussi volumineux ait pu exister pendant longtemps dans le cerveau sans lésion aucune de la sensibilité générale, de la motilité et de l'intelligence. L'auteur note aussi combien la persistance de la parole bien constatée, en présence d'une pareille lésion, dépose contre la doctrine qui voudrait localiser cette faculté dans le lobe antérieur.

L'indication du trépan, dans ce cas, rencontrera sans doute des contradicteurs. Mais la vie était compromise, un signe local fixait d'ailleurs le point sur lequel on aurait à faire l'ouverture : deux circonstances suffisantes à nos yeux pour justifier l'opération, puisqu'elles montraient dans le cas présent, et sa nécessité et la possibilité de son exécution. On pourra cependant alléguer contre elle le danger résultant de l'éventualité des accidens auxquels expose toute opération sanglante; et nous avons vu en effet qu'un érysipèle développé sur les bords de la plaie a contribué à hâter la mort. Mais le bénéfice qu'on pouvait raisonnablement se promettre de l'application du trépan permettait et commandait même de négliger cette mauvaise chance, dont la réalisation, du reste, était si peu probable.

Le chirurgien a utilisé, autant que la prudence le lui permettait, l'ouverture faite aux parois du crâne. Sous ce rapport, sa conduite ne peut prêter à aucune critique. Nous partageons cependant tout à fait l'avis de M. Aran, qui pense que l'on aurait peut-être mieux fait de pratiquer la ponction avec un trocart capillaire. De cette manière, on aurait probablement obtenu plus aisément l'écoulement d'une certaine quantité de pus, et ce signe eût éclairé sur la conduite à tenir ultérieurement.

Il est enfin un principe de physiologie qui trouve, dans les détails de ce cas, une vérification complète. Chose remarquable, dit M. Aran, l'opération du trépan avait placé la malade dans une position beaucoup meilleure. Chose remarquable en effet! mais très facile à prévoir et à expli-

quer. Le trépan, dans le cas d'épanchement, n'a pas pour unique avantage de permettre l'évacuation des liquides. Il agit aussi d'une manière beaucoup plus directe ; car la compression du cerveau, dans ces cas, ne résulte que de l'action de deux puissances opposées, entre lesquelles ce viscère se trouve placé, savoir, la force d'expansion excentrique, celle qui détermine ses mouvemens dans l'état naturel, et la force de résistance due à la présence des parois crâniennes. Supprimez l'une de ces deux puissances, et la cause anormale de compression se trouvera détruite : diminuez-la, et la compression sera atténuée dans son intensité, ainsi que dans ses effets. C'est grâce à ces notions, si bien développées par M. Flourens, et exposées avec beaucoup de lucidité par M. Velpeau (THÈSE DE CONCOURS SUR LES PLAIES DE TÊTE, 1834, p. 89), qu'on peut se rendre compte de l'amélioration qui survint chez la malade de M. Blandin, au moment où la soustraction d'une portion de la résistance, constituée par le crâne, vint neutraliser une partie de l'effet compressif qu'entretenait l'épanchement.

NOTE SUR UN MOYEN TRÈS SIMPLE D'ARRÊTER LES HÉMORRAGIES NASALES; par le docteur NÉGRIER, médecin à Angers.

L'observation suivante, l'une de celles qu'a rapportées l'auteur, fera mieux connaître qu'une description détaillée le moyen dont il est question dans cette communication.

OBS. — Avril 1839. Un ramoneur, âgé de 14 ans, était arrêté près d'une borne, ayant déjà perdu 200 grammes de sang par la narine droite. Le sang coulait encore très vite, le visage était coloré, les yeux étaient injectés et larmoyans, le pouls était plein et souple, la peau était chaude. Je fis placer l'enfant la tête haute; avec l'index de la main gauche, je comprimai la narine droite d'où coulait le sang; et pendant ce temps je lui fis relever perpendiculairement le bras droit, lui recommandant de le maintenir ainsi pendant deux minutes; l'hémorragie était arrêtée au bout de la dixième seconde.

M. Négrier rapporte trois autres cas tout à fait semblables et où l'épistaxis céda avec la même facilité à l'emploi du même moyen, et aurait pu, dit-il, en multiplier considérablement le nombre. Nous ferons cependant connaître encore le fait qui l'a mis sur la voie de ce moyen.

OBS. — Il y a quelques années, je me coupai sous le nez en me rasant. Le sang coulait abondamment de cette petite blessure, et je ne pouvais l'arrêter, soit avec le taffetas gommé, soit par les cautérisations avec le nitrate d'argent. Par hasard je levai les deux bras ensemble pour atteindre un objet suspendu au-dessus de la glace devant laquelle je me trouvais, et je vis, à mon grand étonnement, que le sang qui avant coulait très fort s'était arrêté subitement. Je baissai les bras, et le sang coula de nouveau ; je les relevai et le sang s'arrêta tout aussitôt. Je renouvelai et suspendis de la sorte l'écoulement du sang cinq à six fois, afin de bien me convaincre que l'élévation subite des bras était réellement la cause de la suspension de l'hémorragie. Enfin, je laissai les bras relevés une ou deux minutes. Pendant ce temps il se forma sur la coupure une couenne plastique qui suffit seule pour arrêter le sang définitivement.

Depuis ce fait M. Négrier a remarqué que si la coupure n'intéresse que des ramifications tout à fait capillaires, la suspension du sang n'a pas lieu; il faut pour cela que la plaie contienne quelques rameaux artériels d'un plus gros calibre. Nous ne hasarderons pas d'explication pour ce fait qu'il faut d'abord constater ; car bien que l'autorité de M. Négrier suffise pour que nous admettions le fait matériel, c'est-à-dire la coïncidence de l'élévation du bras et de la cessation du flux sanguin, cependant nous ne pouvons admettre sans de nouveaux faits la réalité de l'influence attribuée ici à l'élévation des bras; nous ne reproduirons pas non plus l'explication qu'en donne ici M. Négrier, car elle laisse beaucoup à désirer sous tous les points de vue.

(*La suite au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 19 SEPTEMBRE.

M. DUVIVIER, ancien chirurgien militaire, écrit pour se porter candidat à la place vacante dans la section de chirurgie, par suite du décès du baron Larrey. Il joint à sa lettre plusieurs ouvrages qu'il a publiés, ainsi que la liste de ses titres, etc.

EMPYÈME.

M. FAURE, médecin en chef de l'hôpital militaire de Toulon, lit un mémoire intitulé : DE L'INNOCUITÉ DE LA PONCTION DE LA POITRINE, PRATIQUÉE POUR REMÉDIER AUX ÉPANCHEMENS PLEURÉTIQUES.

Dans ce travail, M. Faure commence par faire ressortir l'importance de la question de l'empyème, et il rappelle les discussions qui ont eu lieu à l'Académie de médecine à l'occasion d'un mémoire sur le même sujet, qu'il avait adressé à cette société savante. L'auteur établit que, dans les épanchemens pleurétiques, la ponction thoracique est, dans la majorité des cas, la seule ressource à employer pour essayer d'arracher les malades à une mort presqu'inévitable, et que cette opération est beaucoup trop négligée, parce que, dit-il, on a exagéré ses dangers, sans avoir, d'autre part, bien apprécié ses indications et précisé l'époque de la maladie, où on doit y avoir recours. M. Faure pose d'ailleurs en principe que, par la ponction thoracique avec un trois-quart, on est à l'abri d'un accident très grave, de l'introduction de l'air dans les plèvres, et que, au bout de 48 heures, il ne reste souvent aucune trace de la piqûre de l'instrument. Enfin, après avoir dit qu'il meurt chaque année plus de 200 individus atteints d'épanchemens dans le thorax et dont la vie aurait pu être prolongée ou rendue moins pénible dans ses derniers momens par la ponction, qu'on n'a pas pratiquée, M. Faure cite trois cas d'empyème, qu'il a opérés à Toulon dans les mois d'avril et mai dernier, sur trois soldats évacués d'Afrique. De ces trois malades, qui étaient, par suite d'épanchemens pleurétiques, dans un état très grave, puisque la suffocation était imminente, l'un est mort quelques jours après l'opération ; les deux autres existaient encore le 31 juillet dernier, époque à laquelle M. Faure a reçu des détails sur les suites de ses trois dernières opérations.

Commissaires : MM. Magendie, Serres et Breschet.

STRUCTURE DU POUMON.

M. BOURGERY lit un mémoire sur les rapports de la structure anatomique avec la capacité fonctionnelle des poumons dans les deux sexes et à différens âges.

Dans ce travail, qui fait suite à celui qu'il a lu récemment à l'Académie, M. Bourgery commence par donner en chiffres, et d'après les mesures prises sur un certain nombre de figures microscopiques décalquées à la chambre claire, les rapports que donnent sensiblement les élémens anatomiques pris sur le poumon cadavérique de l'homme adulte, puis il passe à l'examen microscopique comparatif de la texture des poumons à différens âges. Il établit que le développement relatif des deux capacités aérienne et sanguine est soumis à l'influence de l'âge, et qu'il lui paraît être dans un rapport inverse aux deux extrêmes de la vie. Dans la première enfance, le poumon est en quelque sorte plus vasculaire, plus aérien, et peut-être cette condition organique n'est-elle pas sans influence sur l'extrême plasticité du sang à cet âge. La plus haute énergie de la respiration, causée par l'ampliation à l'état d'équilibre des deux surfaces aérienne et sanguine, semble appartenir à l'adolescence et se traduit par la richesse de l'hématose qui caractérise la puberté.

Chez l'adulte, la respiration semble stationnaire, mais cependant décroît avec lenteur par une succession de nuances intermédiaires pendant la longue durée de l'âge viril, à mesure que s'opèrent d'année en année les ruptures partielles des canaux aériens et l'oblitération des vaisseaux qui mènent inévitablement, quoique d'une manière insensible, au déclin de l'organisme et à la vieillesse, par l'appauvrissement de la circulation. De cet examen comparatif qui conduit à des données physiologiques importantes, M. Bourgery pense que l'homme, et, d'une manière générale, le mammifère aux deux âges, se rapproche des deux classes de vertébrés qui présentent les termes extrêmes de la respiration aérienne. En effet, dit l'auteur, à mesure qu'il avance vers l'adolescence, le poumon, d'année en année, offrant à l'air de nouvelles surfaces sanguines, la respiration ressemble de plus en plus, par son développement si ce n'est par la forme de ses organes, à celle de l'oiseau ; chez le vieillard, à mesure qu'il entre dans la décrépitude, le poumon se décomposant par degrés en cavernes aériennes, qui diminuent dans la même proportion les surfaces sanguines, la respiration, et par son volume réel et par les altérations de structure de l'organe dans lequel elle s'opère, ressemble à celle du reptile.

M. Bourgery applique ensuite à la physiologie les résultats qu'il a obtenus par l'examen microscopique comparatif de la texture des poumons à différens âges.

ASTHME NERVEUX.

M. DUCROS, de Marseille, adresse un mémoire sur l'asthme nerveux. L'expérience a démontré à l'auteur que l'application de l'ammoniaque à 25° au plancher vertébral du gosier, sur la partie qui correspond au plexus pharyngien, avait la propriété d'arrêter la plupart des attaques de l'asthme nerveux d'une manière presque instantanée. L'auteur cite dans son mémoire neuf observations qu'il croit propres à démontrer l'efficacité de son traitement.

Commissaires : MM. Magendie, Serres et Breschet.

APHTES DU COL UTÉRIN.

M. le docteur CONTÉ DE LÉVIGNAC, adresse un mémoire sur les aphtes du col utérin.

M. Conté établit que les aphtes du col utérin, dont les auteurs n'ont point parlé, constituent néanmoins une des maladies les plus ordinaires de la matrice; et que cette maladie mérite d'occuper une place dans le cadre nosologique de l'utérus, parce qu'elle a des caractères particuliers qui la font distinguer des au-

tres affections de cet organe. M. Conté assimile les aphtes utérins aux brûlures spontanées d'une ou plusieurs portions du corps muqueux de la peau.

Commissaires : MM. Magendie, Serres et Breschet.

SUR LA POSSIBILITÉ DE RETIRER PROMPTEMENT ET SANS DANGER LE SANG CONTENU DANS LA VESSIE.

M. le docteur AUG. MERCIER adresse à l'Académie une lettre sur la possibilité de retirer promptement et sans danger la sang contenu dans la vessie.

Le moyen qu'il conseille d'employer pour arriver à ce résultat consiste dans la sonde évacuatrice qu'il a présentée à l'Académie des sciences le 28 mars dernier, et dont il joint le dessin à sa lettre. M. Mercier pense que les avantages principaux de cet instrument, dont M. Leroy-d'Etiolles n'a pas cru devoir parler dans sa dernière communication à l'Académie, sont les suivans : 1° son introduction n'est ni plus difficile, ni plus douloureuse que celle d'une sonde ordinaire ; 2° elle offre au sang coagulé une issue aussi directe et aussi large que possible, puisqu'elle n'a pas moins de 6 millimètres de diamètre ; 3° on peut, en rapprochant les branches, écraser les caillots comme avec un brise-pierre ; 4° ce rapprochement a en outre pour effet d'engager les caillots dans le canal évacuateur ; 5° en poussant une injection par l'autre canal, on délaie le sang et on l'entraîne au-dehors.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 20 SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BARTHÉLEMY.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

HYDROPISIE ASCITE.

M. LONDE lit, en son nom et celui de M. Jobert, un rapport sur une observation adressée à l'Académie par M. le docteur Lecanus, médecin à Yvetot, et relative à une femme qui a subi 866 ponctions pour une hydropisie ascite, dont elle est complètement guérie depuis deux ans.

L'intérêt de ce fait, dit M. le rapporteur, réside dans la connaissance de tous les détails de l'observation que je vais analyser.

Une femme, âgée de 36 ans, fut atteinte, en 1823, d'une entéro-mésentérite chronique, qui s'accompagna de marasme, de suppression d'urine et d'irrégularités dans la menstruation. Peu à peu le ventre acquit un développement énorme, dû à la présence d'un liquide accumulé dans la cavité péritonéale. La première ponction pratiquée donna issue à 20 livres d'un liquide citrin, limpide, et M. le docteur Lecanus constata, après l'affaissement du ventre, qu'il existait dans cette cavité des indurations énormes. Dix jours après, seconde ponction, et telle était la rapidité de l'accumulation du liquide, qu'on fut obligé de pratiquer la ponction tous les six, huit, dix ou douze jours au plus. Quinze années s'étaient ainsi écoulées, et 810 ponctions avaient été faites, lorsque M. le docteur Lecanus conçut l'idée d'essayer la compression sur le ventre, avec des plaques de carton, garnies de linge. Ce moyen, employé graduellement, retarda d'abord l'accumulation du liquide, et au bout de six mois, pendant lesquels la ponction fut pratiquée à des intervalles de plus en plus éloignés, on s'aperçut que l'ascite ne se reproduisait pas. Depuis deux ans, la malade est complètement guérie, après avoir subi 866 fois la ponction du ventre dans l'espace de 15 ou 16 ans. Une seule fois, l'artère épigastrique a été ouverte ; mais l'hémorragie a été promptement arrêtée par des mèches trempées dans un liquide styptique et introduites dans la plaie faite avec le troicart.

M. le rapporteur conclut à ce que des remercîmens soient adressés à M. le docteur Lecanus pour son intéressante communication et à ce que son travail soit déposé dans les archives de l'Académie.

M. DUBOIS D'AMIENS : Je désirerais savoir si l'auteur de l'observation a recherché et mentionné les causes de cette hydropisie ascite. A-t-il pris connaissance de l'état du foie et de la rate ? A-t-il enfin reconnu quelque lésion organique ?

M. LONDE : L'auteur ne parle pas de lésion organique ; il mentionne seulement une inflammation chronique des intestins et du péritoine.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

OBSERVATIONS MÉDICO CHIRURGICALES.

M. LONDE fait un rapport sur un mémoire de M. Levrat, de Lyon, intitulé : QUELQUES FAITS DE PRATIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE. Ce travail contient :

1° La relation de trois cas de perforation des membranes chez des femmes menacées d'asphyxie dans l'état de grossesse.

2° Trois observations de superfétation. Dans le premier cas, la femme accoucha d'un enfant fort et bien constitué, quatre mois après sa première couche. Dans le deuxième, trois mois après, et dans le troisième, un mois et demi après. Dans ce dernier cas, la sécrétion laiteuse ne s'établit que dans le sein gauche.

M. le rapporteur aurait désiré plus de détails sur ces trois faits si extraordinaires.

3° Une observation d'une tumeur indurée de la parotide guérie au bout d'un mois par les préparations d'iode.

4° Observation d'une ophthalmie chez un enfant, due à la présence d'une espèce d'acarus ; guérison par les frictions avec l'onguent napolitain.

5° Observation de glossite, guérie par la saignée de la veine ranine.

6° Observation d'un érysipèle très grave de la cuisse, guéri par la saignée et les antiphlogistiques.

7° Observation d'une opération de hernie étranglée compliquée de gangrène et de perforation de l'intestin. Guérison.

Ce fait, dit M. Londe, manque de détails importans ; il n'est pas du tout question de l'anus artificiel qui a dû exister au moins temporairement.

8° Observation d'une tympanite intestinale guérie au bout de quinze jours par la ponction avec un troicart.

M. le rapporteur conclut à ce que des remercîmens soient adressés à M. Levrat, et à raison de travaux plus importans que ce médecin distingué a adressés à l'Académie, M. Londe propose de porter son nom sur la liste des candidats aux places de membres correspondans.

M. ROYER-COLLARD : Je demanderai à M. le rapporteur s'il n'y aurait pas eu lieu d'examiner avec soin les trois faits de superfétation cités par M. Levrat, car ces faits sont tellement graves, tellement extraordinaires qu'il faut, avant de les admettre, s'entourer de preuves, de détails qui me paraissent manquer dans les observations que M. Londe vient de nous faire connaître.

M. LONDE : Comme M. Royer-Collard, j'ai cru que ces faits étaient graves ; aussi ai-je dit qu'il était regrettable que M. Levrat n'ait pas donné plus d'étendue à ses observations.

M. DUBOIS d'Amiens : Il me semble qu'il serait utile d'écrire à M. Levrat pour lui demander des détails circonstanciés sur les trois faits de superfétation qu'il a observés.

M. MOREAU : J'appuie la proposition de M. Dubois. Les faits de superfétation sont si rares qu'il faut pour les accepter comme vrais, beaucoup plus de détails que ceux que je viens d'entendre. Il en est même de très circonstanciés qui laissent encore des doutes dans les esprits sévères. J'ajouterai que Levret, Baudelocque, etc., dans le cours de leur longue carrière n'ont pas observé un seul cas de superfétation, ce qui prouve combien ils sont rares et combien par conséquent il leur faut d'authenticité pour entrer dans la science.

Quant à l'observation de tympanite intestinale guérie par la ponction, je rappellerai qu'en médecine vétérinaire on emploie très souvent ce moyen. Au reste, ce fait manque encore de détails.

M. LONDE : J'ai dit et je répète que ces faits de superfétation me paraissent merveilleux. Je ne pense pas que le fait de tympanite soit incomplètement rapporté ; l'observation contient la description de l'opération qui a consisté dans la ponction faite du côté droit avec un petit troicart, sur une anse intestinale que l'on avait eu le soin de fixer avec la main.

M. VELPEAU : Comme M. Moreau, je dirai que ces faits auraient dû être racontés avec plus de détails, car les faits de cette nature sont ou contestés ou non encore démontrés. Or, dans ces cas, il faut des détails circonstanciés qui me paraissent manquer dans ceux de M. Levrat.

Pour remédier à la tympanite, je ne croyais pas que la ponction fût un moyen rarement employé. J'aurais pu publier un fait de ce genre que j'ai observé il y a deux ans. C'était chez un homme qui avait reçu un coup dans la poitrine et qui fut pris de symptômes de pleurésie et d'épanchement. Après la disparition de ces symptômes, il survint une tympanite, le ventre était très distendu et il y avait menace de suffocation. Voyant que rien ne réussissait, j'enfonçai un troicart explorateur dans un intestin, et il sortit aussitôt par la canule une quantité considérable de gaz. Je pratiquai ainsi quatre ponctions en cinq jours, et la guérison fut obtenue. Je n'ai pas fait de recherches littéraires pour m'assurer s'il y avait beaucoup de faits de cette espèce dans la science.

M. CHERVIN : Je citerai deux faits de superfétation : l'un appartient à un médecin des colonies qui l'a publié ; il est relatif à une négresse qui accoucha à quelques mois d'intervalle d'un enfant noir, puis d'un enfant blanc. L'autre, je l'ai observé moi-même à la Guadeloupe. Une négresse mit au monde d'abord un enfant noir, et trois mois après un enfant mulâtre.

M. MÉRAT : Il y a quinze ou seize ans j'ai conseillé, dans le DICTIONNAIRE DES SCIENCES MÉDICALES, de pratiquer la ponction pour évacuer les gaz intestinaux, parce que je savais que ce moyen était employé depuis longtemps avec avantage dans la médecine vétérinaire.

M. DEMANGEON : J'appuierai fortement les observations de MM. Moreau et Velpeau. Des faits de superfétation aussi peu détaillés que ceux qui viennent d'être rapportés, ne peuvent mériter aucune confiance. Il aurait fallu savoir d'abord quel était le volume et l'âge des enfans, afin de constater jusqu'à un certain point si l'un deux avait été conçu avant ou après le premier accouchement. J'ai fait dans le temps beaucoup de recherches sur ce sujet sans avoir pu trouver un seul cas de superfétation bien authentique et qui ne laissât aucun doute dans l'esprit. Je dis donc que l'Académie ne doit pas avoir l'air de croire trop légèrement à des faits si extraordinaires, et qu'il faut avant de se prononcer, demander de nouveaux détails à M. Levrat.

M. LONDE : Ce que demande M. Demangeon a été consigné dans les observations. Il est dit que les deux enfans étaient très forts et bien constitués. Au reste, je voudrais qu'on précisât les questions sur lesquelles M. Levrat aurait à répondre à l'Académie.

M. VILLENEUVE : Je regrette que M. Londe n'ait fait de son rapport qu'une espèce de table de matières. J'aurais désiré plus de critique, et cela n'était que trop facile à faire. M. Levrat parle de 3 femmes menacées d'asphyxie dans l'état de grossesse avancée, et chez lesquelles il a été obligé, pour diminuer le volume du ventre, de pratiquer immédiatement la perforation des membranes. Ces faits sont rares et méritaient d'être discutés. Dans ma pratique, qui date d'assez loin, je n'ai vu qu'un cas de cette espèce.

M. LONDE : Si M. Villeneuve avait entendu complètement la lecture de mon rapport, il ne me ferait pas le reproche de n'avoir fait qu'une table de matières,

car j'ai énoncé mon opinion sur toutes les observations de M. Levrat. J'ai dit que quelques-unes manquaient de détails, etc.

M. Velpeau : Ce que M. Londe a répondu prouve que les faits de superfétation observés par M. Levrat manquent de détails importans. D'ailleurs, je dirai que si la superfétation est niée et contestée d'une manière absolue elle doit être admise lorsque la fécondation a lieu par deux individus d'espèce différente, à quelques jours d'intervalles. Il en a été probablement ainsi dans les cas où plusieurs jours seulement après l'accouchement d'un enfant noir, la même femme accouche d'un enfant blanc. Mais quand il y a un mois ou un plus long temps entre la naissance de deux enfans, on n'admet plus la superfétation. Lorsque la matrice est divisée en deux parties séparées par une cloison, on conçoit aussi la possibilité d'une sorte de superfétation. Par exemple, une femme présentant cette disposition pourrait être enceinte de deux enfans, et accoucher au bout de quelques mois de l'un d'eux, sans nuire au développement de l'autre qui viendrait à terme. Mais ce n'est pas là une véritable superfétation. Dans d'autres circonstances, une femme étant bien conformée peut accoucher d'un enfant mort et quelques mois après d'un enfant vivant. Il n'y a pas encore là superfétation. Je me résume en disant qu'il n'y a que deux cas dans lesquels la superfétation puisse être admise. Premier cas : Lorsque deux enfans naissent à quelques jours d'intervalle l'un de l'autre. Deuxième cas : lorsqu'il existe une matrice double.

M. Royer-Collard : Je me félicite d'avoir appelé l'attention de l'Académie sur les faits si extraordinaires rapportés par M. Levrat. Maintenant, il faudrait conclure, car la discussion pourrait durer indéfiniment sur un texte aussi vague; il s'agit, d'une part, d'observations tronquées, incomplètes; d'autre part, d'un médecin distingué qui mérite toute confiance, eh bien ! je propose d'adjoindre à la commission qui vient de faire son rapport, deux de nos collègues qui s'occupent d'accouchemens, MM. Moreau et Velpeau, par exemple, afin de rédiger les questions à adresser à M. Levrat. Plus tard, lorsque l'Académie aurait reçu des réponses, la discussion serait reprise sur ce sujet si important.

M. Demangeon : Je ne sais s'il n'y aurait pas d'inconvéniens à rédiger les questions à adresser à M. Levrat. A mon avis il vaudrait mieux le laisser libre de compléter ses observations.

M. Virey : Une partie de ce que je voulais dire a été dit tout à l'heure par M. Velpeau. Il faudrait examiner ce qui se passe chez les animaux qui ont des matrices doubles et dont la conception est tubaire, peut-être arriverait-on à des résultats intéressans. En tous cas, la question des superfétations a besoin d'être éclairée par d'autres faits plus concluans que ceux de notre confrère M. Levrat.

M. Lesauvage : M. Velpeau vient de parler de matrice double. J'admets, comme lui, qu'il peut y avoir superfétation dans les cas de conformation de ce genre.

M. Moreau : Il faut ajouter aux deux cas indiqués par M. Velpeau, un troisième dans lequel on doit également admettre la possibilité d'une superfétation. C'est lorsqu'il y a grossesse utérine en même temps que grosse extra-utérine.

M. Dubois (d'Amiens) : Deux propositions ont été faites ; invitera-t-on M. Levrat à compléter ses trois observations de superfétation, ou bien rédigera-t-on les questions sur lesquelles l'Académie désire avoir une solution ? Il serait bon, comme l'ont dit quelques personnes, de demander simplement le récit plus complet des faits observés par M. Levrat. En tous cas, deux propositions ayant été faites, il me paraît convenable de les mettre aux voix.

La première proposition est adoptée, par conséquent les conclusions du rapport de M. Londe sont ajournées.

DE L'EXAMEN MICROSCOPIQUE DES TISSUS ORGANIQUES.

M. Rochoux continue la lecture du mémoire qu'il avait commencé dans la dernière séance. Il examine la texture du tissu cellulaire, du tissu nerveux, du cerveau et des nerfs, de la rétine, de l'iris et du cristallin. La lecture de ce travail sera reprise dans la prochaine séance.

STAPHYLORAPHIE.

M. Blandin présente à l'Académie un jeune homme auquel il a pratiqué la staphyloraphie pour une division congéniale du voile du palais et de toute l'étendue de la voute palatine. Cette opération a eu un succès complet, et aujourd'hui il n'existe plus qu'un trou derrière les arcades dentaires, facile à boucher avec un obturateur. Dans ce cas, M. Blandin s'est servi des aiguilles et du porte-aiguille de M. Marcelin Fauraytier, interne de son service. Ce porte-aiguille consiste simplement en un mandrin à manche, sur l'extrémité duquel est implantée une aiguille fine très courte et creusée dans son talon. Lorsque l'aiguille portée par le mandrin a traversé le voile du palais, on la saisit derrière cet organe avec une pince à pansement, et on la ramène en avant. M. Blandin ajoute que les instrumens de M. Fauraytier rendent l'application de la suture plus commode et plus sûre.

M. Velpeau craint que l'obturateur appliqué trop tôt et continuellement n'agrandisse le trou.

M. Gerdy préfèrerait dans un cas semblable, avoir recours à une pression latérale exercée à l'aide d'un appareil circulatoire quelconque.

M. Blandin répond qu'il est du même avis que ses collègues, et qu'il ne conseille de placer l'obturateur que momentanément et non d'une manière continue.

MONSTRUOSITÉS.

M. Souty, chirurgien-major de la marine, communique à l'Académie l'observation d'un cas d'anatomie pathologique congéniale, fort curieux et très important pour la science. Il s'agit d'un enfant né aux environs de Bourges, déposé à l'hôpital de cette ville, où il a vécu 50 heures, en présentant une altération de la peau tellement bizarre dans sa forme et sa nature qu'il paraît difficile de la rattacher aux affections cutanées jusqu'à présent décrites par les auteurs. Par suite de l'épaisseur considérable de l'épiderme, il y a eu arrêt de développement des cartilages des oreilles, de ceux du nez, des paupières et aussi des parties génitales externes. Toute la surface extérieure paraît en outre sillonnée de bandes rouges ayant des directions irrégulières. Cette observation, qui intéresse à la fois la physiologie et la pathologie, sera insérée en entier dans le prochain numéro de la Gazette Médicale.

TUMEUR DÉVELOPPÉE DANS LE SINUS MAXILLAIRE.

M. Huguier présente une jeune fille, âgée de 16 ans, qui porte sur la joue gauche une tumeur énorme développée dans le sinus maxillaire. Il se propose de l'opérer très prochainement.

LUXATION ANTÉRIEURE DU RADIUS.

M. Huguier présente ensuite une pièce d'anatomie pathologique, recueillie sur une jeune fille, âgée de 14 à 15 ans, opérée à l'hôpital des Cliniques de l'École. Il s'agit d'une luxation antérieure du radius, consécutive à une tumeur blanche de l'articulation du coude, qui a nécessité l'amputation du bras. Cette amputation a été pratiquée il y a quatre ou cinq jours par M. Huguier, et on constate sur les pièces qu'il présente une ankylose du coude et une carie d'une portion de l'articulation, puis un déplacement avec ramollissement de la tête du radius, qui a été entraînée en avant ou antérieurement par les muscles biceps, rond pronateur et long supinateur.

Il est cinq heures et quart, la séance est levée.

BIBLIOGRAPHIE.

Leçons de botanique comprenant principalement la morphologie végétale, la terminologie, la botanique comparée, l'examen de la valeur des caractères dans les diverses familles, etc. ; par Aug. de St-Hilaire, membre de l'Académie des sciences. — 900 pages in-8° orné de 24 planches. Ouvrage adopté par le Conseil de l'instruction publique. Paris, 1841, chez Less, libraire-éditeur, rue Serpente, 1.

«La botanique n'est pas restée stationnaire au milieu du mouvement progressif qu'ont éprouvé la plupart des sciences d'observation ; elle y a pris part non seulement par les connaissances des nouvelles plantes que les naturalistes ont apportées de leurs expéditions lointaines, et qui ont suffi pour doubler en vingt années le nombre des plantes connues auparavant, mais surtout par une nouvelle manière d'observer les végétaux, en les étudiant, et dans leur organisation particulière et intime, et dans leurs rapports avec les autres corps organiques et inorganiques. Il y a quelques années la botanique n'était guère, pour ceux qui s'occupaient de l'étude de cette belle science, qu'un moyen de nomenclature ou de classification, une espèce de mnémonique destinée à graver dans la mémoire les caractères propres à faire distinguer les plantes entre elles. Cependant, les nouveaux points de vue à l'aide desquels on a éclairé l'étude des plantes et qui en ont fait une science avec ses principes généraux, ses lois, ses applications, avaient été entrevus par les maîtres de la science. Linné les avait indiqués à la fin de la Philosophia botanica, dans un chapitre intitulé *Metamorphosis plantarum*. La méthode de Jussieu tout entière n'était qu'un acheminement au même résultat, et le poète allemand Gœthe, non moins illustre peut-être pour quelques-uns des points de vue d'où il a considéré la science, que par ses belles compositions poétiques, en avait offert le commentaire le plus élégant et le plus ingénieux dans son livre sur la *métamorphose des plantes*. Mais aucune de ces révélations n'avait été comprise, «lorsque de 1820 à 1825, dit M. de Saint-Hilaire, des botanistes habiles qui n'avaient jamais lu le livre des métamorphoses et ne communiquaient point entre eux, MM. Pelletier, Sautelet, de Candolle, Dunal, Turpin, arrivèrent, chacun de leur côté, aux mêmes résultats que l'auteur de *Faust*. La doctrine de cet illustre écrivain est aujourd'hui professée par la plupart des botanistes; elle seule vraie et philosophique, pouvait expliquer les phénomènes de l'organographie végétale et les lier entre eux.»

Dans cette doctrine, en effet, les différentes parties du végétal ne sont point étudiées d'une manière isolée, mais sont considérées les unes dans les autres. Pour peu que l'on ne borne pas son examen à une plante uni-

que, et qu'on en rapproche un certain nombre, on voit les intervalles se combler, les différences disparaître, pour faire place à de simples nuances. Alors on reconnaît facilement que la tige se répète dans le rameau, celui-ci dans le pédoncule, dans l'axe qui traverse le fruit, et même dans le simple cordon qui soutient les ovules. « En vain, dit M. de Saint-Hilaire, la feuille, véritable protée, semblera vouloir échapper à nos recherches par ses métamorphoses, nous saurons la reconnaître au milieu des déguisemens les plus étranges; alors les cotylédons et les écailles du bourgeon naissant ne seront plus pour nous que les feuilles d'une tige qui n'a pas encore la vigueur qu'elle doit bientôt acquérir; les bractées ne seront que des feuilles moins développées que celles du milieu de la tige, et nous en verrons d'autres plus altérées encore dans le calice, la corolle et les ovaires. »

S'il est vrai que l'anatomie n'a réellement mérité le nom de science que depuis les travaux d'anatomie comparée, ne l'est-il pas aussi que la botanique n'a pu réellement être rangée parmi les sciences que depuis que l'étude comparative des tissus et des produits végétaux faite dans différentes plantes à la fois a donné naissance à la botanique comparée? Il serait facile de trouver entre ces deux branches de l'histoire naturelle de nombreux analogues, des ressemblances frappantes: toutes deux ne présentent-elle pas une série linéaire d'êtres se perfectionnant successivement par de nouveaux organes dont on suit le développement et les modifications chez les êtres placés au-dessus ou au-dessous de ceux chez lesquels ces organes sont complets; la méthode par les analogues n'est-elle pas également applicable à toutes les deux, et l'abus de cette méthode n'a-t-il pas entraîné des deux côtés dans des erreurs du même genre? N'a-t-on pas, dans l'entraînement pour cette méthode, confondu quelque fois, en anatomie comme en botanique, l'analogie avec l'identité, et n'a-t-on pas fait des deux côtés des rapprochemens fondés sur des vues qui n'étaient que dans l'imagination de leurs auteurs et non point dans la nature?

Si la botanique se prête moins que l'anatomie à cet abus des rapprochemens contre lequel Cuvier s'est élevé tant de fois, elle n'offre pas moins de dangers du même genre, dangers que Gœthe, qui les avait pourtant signalés, n'a pu éviter complètement. On s'abuse également en ne signalant que des rapports ou en ne faisant connaître que des différences; c'est en maintenant ces deux points de voe de la science dans de justes limites, qu'on ne s'écartera pas de la vérité. Tel est le but de la morphologie, que l'auteur définit l'organographie expliquée par les transformations auxquelles sont soumis les végétaux.

Les développemens dans lesquels nous venons d'entrer sur la direction philosophique imprimée de nos jours aux études de botanique étaient indispensables, puisque c'est sur ces doctrines que repose l'ouvrage élémentaire de M. de Saint Hilaire. Maintenant on n'attend pas de nous que nous le suivions dans l'exposition de tous les détails concernant les plantes et leurs différentes divisions, détails dont la connaissance est absolument indispensable pour l'étude de la botanique, mais qui ne sont pas susceptibles d'être analysés. Nous dirons pourtant que ces détails, si arides dans les ouvrages que nous avions entre les mains il y a quelques années, offrent, par la manière dont ils sont exposés et rattachés aux idées philosophiques qui dominent dans tout l'ouvrage, un intérêt tout à fait nouveau et se fixent avec une bien plus grande facilité dans la mémoire.

Que peut-on trouver, en effet, de plus ingénieux que la métamorphose qu'éprouvent les différentes parties des plantes? Mais on doit prendre le mot métamorphose à la lettre et non avec le sens vague qu'on lui attache souvent dans le langage vulgaire; car ce sont des métamorphoses réelles et dont on peut suivre souvent tous les degrés de transformation. Ainsi, celui qui n'aurait vu que des étamines de roses ou de renoncules, repousserait certainement comme absurde l'idée de les assimiler à des feuilles ou même à des pétales. Mais déjà on trouve dans la fleur du *Nymphœa* tous les passages possibles entre les pétales et les étamines bien caractérisés; d'un autre côté, ne sait-on pas que la nourriture abondante prive les fleurs de nos jardins de leurs organes mâles et les métamorphose en d'élégans pétales? S'il restait encore des doutes sur la certitude de cette transformation, l'ancolie nous fournirait une nouvelle preuve de sa réalité. Rien ne ressemble moins aux amples cornets éperonnés qui forment la corolle de cette plante, que ses étamines si petites et si grêles; cependant la culture met à la place de ces dernières des pétales en cornet terminés par un éperon, et pour qu'on ne puisse se tromper sur la presqu'identité de ces organes, on peut voir dans une même fleur toutes les nuances possibles entre l'étamine et le cornet: d'abord une des lèvres de celui-ci devient plus grêle; plus près des pistiles, un rudiment d'anthère se présente à l'extrémité de cette même lèvre; toujours plus près, le filet et l'anthère sont déjà formés; mais un *processus* dorsal du connectif nous rappelle encore le cornet, puis ce *processus* disparaît et nous n'avons plus qu'une simple bosse; enfin, celle-ci disparaît à son tour, et l'étamine se montre telle qu'elle est dans la fleur simple et sauvage.

La ruse offre une métamorphose semblable, et, sans chercher des exemples de cette opération de la nature dans les plantes que la culture altère accidentellement, n'observe-t-on pas à l'état habituel, dans la *canna*, l'organe fécondant pétale d'un côté, et réduit de l'autre à une simple anthère uniloculaire (canna indica). Tout ceci prouve jusqu'à la dernière évidence que l'étamine n'est autre chose qu'un pétale métamorphosé, et comme celui-ci est une feuille, l'étamine n'en est également qu'une. La feuille affaiblie devient un pétale; plus affaiblie encore, elle devient une étamine.

Il résulte donc de tous ces faits que les principales différences qui existent entre les plantes sont l'effet d'avortemens plus ou moins prononcés, ou de développemens plus ou moins sensibles. De là, il ne faudrait pourtant pas conclure qu'un hasard capricieux préside à la formation des végétaux, et qu'en procurant aux plantes des sucs plus ou moins abondans, on ferait rentrer les espèces les unes dans les autres. Nous pouvons, dit M. de Saint-Hilaire, changer, par la culture, en rameaux feuillus les épines du néflier et du prunier, nous pouvons métamorphoser en pétales les étamines de la rose ou de l'œillet, faire avorter les semences de la banane, du raisin ou du *berberis* et gorger de sucs délicieux la pêche ou la poire; mais quelque mobile que soit l'organisation végétale, il est pour chaque espèce, des limites de modification qui ne sauraient être dépassées dans aucune circonstance. Excès ou défaut, voilà ce qui constitue, il est vrai, les différences qui se manifestent entre les espèces végétales; mais dans tous les organes, l'excès ou le défaut sont dans une harmonie parfaite avec les conditions générales de l'existence de chaque espèce.

Nous nous laisserions volontiers entraîner avec l'auteur dans le tableau de ces nombreuses variétés au milieu desquelles la nature se montre toujours si féconde, si ingénieuse et si prévoyante, et qui offrent à l'homme un si vaste champ à cultiver. Chaque jour sont signolés de nouveaux points de vue qui appellent de nouvelles recherches et contribuent à donner aux faits déjà connus une nouvelle valeur. C'est ainsi que nous trouvons, à la fin de l'ouvrage de M. de Saint-Hilaire, un chapitre sur un sujet neuf en botanique, et qui a encore fait peu de progrès, même en zoologie; nous voulons parler de celui où il est question des anomalies, des variétés et des monstruosités végétales dont l'étude est appelée à dévoiler les mystères les plus cachés de l'organisation végétale, de même que l'examen des monstruosités dans le règne animal a fourni de nouvelles notions sur les ressemblances qu'ont entre elles les diverses espèces animales aux différentes époques de la vie individuelle. Les développemens dans lesquels entre l'auteur sur la tératologie végétale, sont empruntés à l'ouvrage que M. Moquin-Tandon va publier incessamment, et qui a pour titre: ÉLÉMENS DE TÉRATOLOGIE VÉGÉTALE OU HISTOIRE ABRÉGÉE DES ANOMALIES DE L'ORGANISATION DANS LES VÉGÉTAUX.

Les cryptogames ne pouvaient point être oubliées dans un traité élémentaire de botanique; aussi le dernier chapitre rédigé sur les notes de M. Schmit leur a été consacré. Enfin de nombreuses planches, représentant les différentes parties des végétaux dont il a été question dans le cours de l'ouvrage, viennent avec des explications convenables compléter le travail de M. A. de Saint-Hilaire. Sous quelques points de vue donc que l'on considère les LEÇONS DE BOTANIQUE on reconnaît qu'elles offrent toutes les conditions que réclame un ouvrage élémentaire. La partie philosophique de la science y a reçu, sans nuire à la partie descriptive, tous les développemens que l'on peut désirer, les travaux les plus récens y ont été mis à contribution, tout enfin semble annoncer à ce traité élémentaire de botanique un succès que nous lui souhaitons bien sincèrement et dans l'intérêt de l'auteur et dans celui de la science dont il a été le digne interprète.

G.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 40. (TOME X. — 1842.) SAMEDI 1er OCTOBRE 1842.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des Hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 10, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

ÉPIDÉMIES.

DE L'IDENTITÉ DE NATURE DES FIÈVRES D'ORIGINE PALUDÉENNE DE DIFFÉRENS TYPES, A L'OCCASION DE DEUX MÉMOIRES DE M. RUFZ SUR LA FIÈVRE JAUNE QUI A RÉGNÉ A LA MARTINIQUE, DE 1838 A 1841; rapport fait à l'Académie royale de médecine, par M. Chervin.

(Suite. — Voir le numéro 37.)

PHASES DE L'ÉPIDÉMIE.

De septembre en décembre, elle régna principalement sur la garnison; presque tous les soldats en furent atteints. On ne comptait que peu de cas en ville.

En décembre et en janvier, ce fut la ville qui fournit le plus de malades; ceux de l'hôpital diminuaient. Vers la fin de janvier, il y eut une rémission dans la maladie qui parut reprendre en ville en février. De mars en juillet, elle régna surtout sur les bâtimens du commerce qui, jusqu'alors, chose remarquable, n'avaient eu que fort peu d'hommes atteints, bien que leur nombre fût assez considérable.

En mars, la maladie éclata au Fort-Royal et au Marin (1). Depuis février il régnait des fièvres graves dans les autres parties de l'île. On citait des morts remarquables, entre autres, celle de M. Desvouves, jeune médecin créole, de retour de France depuis deux ans et qui pratiquait au Lamentin. « D'après les renseignemens que j'ai pu obtenir, dit M. Rufz, ces fièvres offraient une grande ressemblance avec celle de Saint-Pierre.

« Dans cette ville, le nombre des malades semblait tenir à certains jours, c'est-à-dire qu'il y avait des jours où il en tombait cinq ou six à la fois, et puis après il n'y en avait point. » Ces jours malheureux n'ont offert, suivant M. Rufz, aucune circonstance particulière; plusieurs médecins attribuaient cela au vent d'ouest qui régnait alors. Nous reviendrons sur ce sujet.

(1) Suivant le conseil de santé de la Martinique, « la fièvre jaune parut d'abord à Saint-Pierre dans les premiers jours du mois d'octobre 1838 ; elle se montra ensuite au Marin en janvier 1839, au Fort-Royal le 2 février, et à la Trinité en avril seulement, plus de six mois après son apparition à Saint-Pierre. » M. le docteur Dutroulan dit que « l'épidémie du Fort-Royal débuta le 2 février. »

MM. les membres du conseil de santé et M. Dutroulan ont sans doute voulu parler de l'époque à laquelle cette maladie se montra épidémiquement; car, dans son état de situation de l'hôpital du Fort-Royal, le docteur Luseau écrivait, le 12 décembre 1839 : « Nous avons encore traité, pendant le mois de novembre, 34 personnes atteintes de fièvre jaune. » Ce qui est certainement bien peu de chose vu la force de la garnison et l'absence absolue de toutes mesures de précaution, et il est probable que ces personnes avaient puisé le germe de leur mal à Saint-Pierre. Que faisait donc la contagion ?

Feuilleton.

GALERIE DES CÉLÉBRITÉS MÉDICALES DE LA RENAISSANCE.

CORNEILLE AGRIPPA.

Corneille Agrippa est à Paracelse ce que Platon est à Jésus-Christ, Jean Hus ou Wiclef à Luther : l'aube avant le lever du soleil; un signal, un précurseur. Intelligence robuste, hardie, courageuse, Agrippa, comme Paracelse, était né pour le paradoxe. Il avait voué la même haine au passé, il avait placé la même espérance dans l'avenir; mais il ne possédait pas comme lui cette clarté d'aperception, cette sagacité vive et prompte qui fait trouver le remède au milieu même du mal. Il connaissait l'erreur, il cherchait à la détruire de toute la puissance de ses moyens; mais la vérité, qui lui apparaissait sans cesse environnée d'un nuage, se refusait toujours à ses embrassemens intimes; en un mot, c'était un homme de talent et non pas un homme de génie. Dans l'œuvre de la réforme médicale, il fut le démolisseur, Paracelse le constructeur, l'architecte.

Quoi qu'il en soit, afin de le mieux comprendre, explorons rapidement les principales phases de sa vie.

Né à Cologne, l'an 1486, de la famille de Nettesheim, qui occupait, depuis plusieurs générations, des charges importantes à la cour des empereurs d'Allemagne, Henri Corneille Agrippa, avant d'être médecin, avait été professeur de théologie; avant d'être professeur de théologie, jurisconsulte; et avant d'être jurisconsulte, soldat. Puis après avoir été tout cela successivement, il rentra dans la carrière des armes, qu'il abandonna derechef pour l'étude des lettres et des sciences sacrées et profanes ;

Il prit, quitta, reprit la cuirasse et la haire.

Un des traits les plus saillans de cette individualité, c'est, comme on voit, la multiplicité des aptitudes jointe à l'inconstance des déterminations. Les hommes incertains, flottans, qui cherchent vainement leur équilibre, leur niveau; les esprits las, honteux de s'ignorer, qui s'interrogent constamment sans pouvoir jamais arriver à une compréhension nette et précise de leurs forces, ne sont point du reste choses rares dans le monde de tous les temps. Cet état d'oscillation et d'enquête impuissante ne dénote pas toujours d'ailleurs la débilité de l'intelligence, c'est plus souvent peut-être un indice de son étendue, une preuve de l'énergie qu'elle peut manifester au besoin. En effet, les âmes élevées, actives, inquiètes, ne s'arrêtent jamais au connu, au fait positif et établi; elles poursuivent sans cesse un *idéal*, un objet qui n'a point d'existence au-delà de leur propre imagination; hochet capricieux assurément, dont l'essence est de miroiter en de vagues et fragiles contours, mais qui peut à la rigueur s'imprégner du germe de la vie, recevoir une forme déterminée, évidente. Or, l'horizon de l'idéal est ainsi fait, que plus vous vous avancez pour l'atteindre, plus il recule pour

Ce médecin fait remarquer qu'une fois déclarée dans de certaines localités, la maladie paraissait s'y attacher, et y faisait plusieurs victimes; il y eut des maisons de prédilection; tel fut, entre autres, le couvent des dames de Saint-Joseph.

« Il en fut de même, dit-il, des navires; plusieurs étaient en rade depuis quinze à vingt jours sans avoir eu de malades; une fois qu'il en tombait un, plusieurs suivaient. Quelques écrivains ont prétendu que c'était à l'ouverture de la cale que la maladie se déclarait parmi les matelots. Le navire *l'Edouard* était venu sur lest n'ayant à fond de cale que du sable fin; il y avait plus de vingt jours que le navire *les Deux Amélie* de Bordeaux était déchargé et sa cale ouverte lorsqu'il eut son premier malade. »

L'affection concomitante sur les enfans régna dans la ville pendant toute la durée de la fièvre jaune; mais ce fut principalement en mars et en avril qu'elle fit un plus grand nombre de victimes.

CAUSES DE LA MALADIE.

M. Rufz repousse complètement l'importation, en se fondant sur les faits suivans.

« Lorsque la fièvre jaune éclata à St-Pierre, en septembre 1838, nous étions en plein hivernage, les navires venant d'Europe (et de l'Amérique du nord) séjournaient au Fort Royal, ils ne retournèrent à St Pierre que le 25 octobre. On avait eu la précaution d'envoyer en quarantaine au Fort-Royal tous les bâtimens caboteurs venant des colonies suspectes, et ce n'est pas au Fort-Royal, où elle ne s'étendit qu'en mars (c'est-à-dire quatre mois après son invasion dans l'île), mais à St-Pierre, que la maladie se montra en septembre. Est-il un fait plus démonstratif de la non importation de la fièvre jaune par les bâtimens?

» La maladie, continue notre auteur, débuta par la garnison, s'étendit à la ville et en dernier lieu régna sur la rade. Ce n'est donc pas de quelque navire infecté, ni de quelque marécage marin qu'elle sortit.... Les casernes, l'hôpital et les maisons des premiers malades n'étaient pas les plus voisins de la mer. Ces maisons étaient très écartées les unes des autres. Donc ces faits sont contraires à toute idée d'importation. »

INFECTION.

M. Rufz examine ensuite si la maladie fut propagée par infection. « Elle commença, dit-il, par la garnison, mais les premiers malades de la ville, M. Fraquet au Fort, M. Belligny au mônillage, étaient éloignés des casernes et n'avaient aucune communication avec elles.

» Presque toute la garnison fut malade, excepté 30 ou 40 hommes sur 500 environ. Quand tous les soldats eurent éprouvé la maladie, il y eut un moment de trève; mais, en mars, 200 hommes étant arrivés de France, la garnison recommença à fournir son contingent. A l'hôpital même, des blessés, des vénériens, des sujets atteints d'autres maladies, furent pris de la fièvre jaune dans leur lit, après que les hommes en proie à cette affection y furent apportés; chose bien remarquable, presque tous les employés de cet établissement, bien qu'ils fussent acclimatés depuis longtemps, furent aussi atteints; de 12 sœurs hospitalières, 11 furent malades, 6 succombèrent.

» De sorte, continue M. Rufz, que pendant six semaines l'hôpital me parut un véritable lieu d'infection; mais les maisons voisines ne furent pas atteintes. J'ai déjà dit que plusieurs maisons, entre autres le couvent des dames de St-Joseph, avaient eu le fâcheux privilége d'être principalement frappées; elles étaient loin de l'hôpital. Sur les navires, la maladie une fois déclarée produisait coup sur coup plusieurs victimes, mais elle ne suivait pas l'ordre des mouillages, c'est-à-dire que le second bâtiment atteint n'était pas mouillé à côté du premier.

» Je suis donc porté à penser que certains lieux, pendant le cours de l'épidémie, pouvaient être considérés comme des foyers d'infection, mais que l'infection s'arrêtait dans ces lieux et ne s'étendait pas aux alentours. »

CONTAGION.

« Quant à la contagion d'individu à individu, poursuit M. Rufz, je n'ai rien vu qui puisse motiver cette voie de transmission. J'ai vu des femmes soigner leurs maris, des amis soigner leurs amis, et ne point contracter la maladie. Voici un fait remarquable.

» En octobre 1838, M. le gouverneur, étant venu de la ville du Fort-Royal à St-Pierre, amena avec lui les musiciens du régiment. Ceux-ci, au nombre de 7, furent logés dans les casernes de la garnison. Huit ou dix jours après leur retour au Fort-Royal, les 7 musiciens furent atteints de la fièvre jaune; 5 succombèrent; mais la maladie, à cette époque, s'arrêta là; et ce ne fut que trois mois après, en mars, qu'elle envahit la garnison et la ville du Fort-Royal; les musiciens, cependant, avaient été laissés au milieu des autres soldats, tant à la caserne qu'à l'hôpital. Est-il un fait plus démonstratif de l'infection et de la non-contagion de la fièvre jaune? »

MÉTÉOROLOGIE.

M. Rufz examine après cela les circonstances météorologiques qui ont existé pendant l'épidémie. Voici les *maxima* et les *minima* du thermomètre centigrade pour chaque mois, du 1er octobre 1838 au 31 juin 1839.

MAXIMA.		MINIMA.	
Octobre	33°	Octobre	28°
Novembre	33°	Novembre	27°
Décembre	32°	Décembre	26°
Janvier	31°	Janvier	24°
Février	33°	Février	26°
Mars	34°	Mars	27°
Mai (1)	34°	Mai	27°
Juin	33°	Juin	28°

Le baromètre varia de 760 à 766; l'hygromètre de 70 à 100.

Le pluviomètre donna en octobre 166 mil., en novembre 328, en décembre 136, et en janvier 229. De février au 9 juin, il fit une sécheresse de soixante-dix jours, pendant laquelle le pluviomètre ne donna que 40 mil.; mais pendant le reste de ce même mois de juin, il en tomba 256 mil.

Il y eut en octobre au début de l'épidémie neuf orages. Depuis lors on en n'observa que deux en juin. Les vents régnèrent presque constamment du sud au nord, en passant par l'ouest, où ils se fixaient souvent pendant des journées entières.

Suivant M. Rufz, le tremblement de terre qui eut lieu, le 11 janvier

(1) Avril manque.

---

vous fuir; plus la pensée se réalise, plus son incarnation paraît insuffisante à l'amplitude de nos désirs. Aussi, semblable au potier d'argile qui brise comme imparfaits les premiers vases sortis du moule, sitôt qu'il possède, l'homme rejette ce qu'il avait d'abord adoré, et poursuit une autre possession qui lui semble plus accomplie, mais qu'il doit repousser encore.

Corneille Agrippa fut également façonné de bonne heure aux habitude de la Bohême. Toujours cheminant, toujours par monts et par vaux; tantôt à Paris, tantôt à Cologne; une année à Pavie ou à Madrie, une autre à Londres ou à Genève. Après avoir quitté son grade de capitaine dans les armées de l'empereur Maximilien, il fait un voyage en France, à la suite duquel il passe en Espagne. A l'âge de 23 ans, il expose et commente un ouvrage de Reuchlin concernant la théologie cabalistique, dans une ville de la Bourgogne, à Dôle d'où les efforts réunis des moines finissent par l'expulser, sous le prétexte d'hétérodoxie dans les dogmes. En 1510, l'année même où il compose les deux premiers livres de sa PHILOSOPHIE OCCULTE, dont nous allons parler bientôt, il se rend à Londres chargé d'une mission diplomatique; puis de retour à Cologne, il y fait des cours publics de théologie; après quoi, rejoignant l'empereur Maximilien, alors guerroyant en Italie, il reprend le métier des armes qu'il quitte au bout de trois ans pour redevenir théologien.

En 1515, il explique à Turin d'abord, puis à l'université de Pavie, les ouvrages apocryphes d'Hermès Trismégiste; et l'an 1518 on le voit à Metz où il exerce la profession d'avocat.

Dans cette dernière ville, comme partout ailleurs du reste, son esprit agressif et indisciplinable, son amour pour le paradoxe et sa haine à l'endroit de la contrainte, de la dissimulation, lui attirent de nombreux persécuteurs.

Il existait alors une légende fort innocente au fond, fort accessoire au véritable sens des Ecritures, mais fort répandue et fort respectée. Cette légende consistait à regarder sainte Anne, comme ayant eu de trois maris successifs trois filles nommées Maries, dont l'aînée, femme de Joseph, avait enfanté Jésus. Or, dans un accès de taquinerie maladroite, Agrippa s'était avisé de combattre cette croyance, et de prendre parti pour la monogamie de la mère de la Vierge. Mais il y a plus, en sa qualité d'avocat, il s'était chargé de la défense d'une jeune paysanne accusée de sorcellerie, victime qu'il avait arrachée aux flammes, en démontrant, à force de logique et de passion, les manœuvres criminelles de ses accusateurs.

Il en fallait beaucoup moins pour donner éveil à l'inquisition. Sa conduite faisant crier les moines au scandale, à l'anathème, il jugea fort bien sa position; et par prudence il quitta nuitamment la ville de Metz pour retourner à Cologne.

Ces déplacemens continuels, ses exils volontaires, ses fuites, n'avaient pas dû, comme on le présume peut-être, consolider beaucoup ses intérêts pécuniaires. Aussi, voulant avant tout faire fortune, crut-il tenter une meilleure voie en se rendant à Genève pour y exercer la médecine. Toutefois il paraît que le résultat ne répondit pas à ses espérances; car contraint de solliciter bientôt pour vivre une pension du duc de Savoie, son dénuement est si extrême qu'il ne peut entreprendre le voyage de cette dernière ville à Chambéry dans le but de présenter lui-même sa demande.

N'ayant point obtenu la pension qu'il avait sollicitée, il prend la route de Fri-

1839, n'exerça aucune influence sur l'épidémie. M. le docteur Catel fait de son côté la même remarque. Mais M. Bertulus prétend qu'il en exerça, au contraire, une très grande. « Travaillé, dit-il, par des feux souterrains, le sol de la Martinique dégage des miasmes qui n'agissent d'abord que sur les non-acclimatés; mais il ne peut plus en être ainsi après le tremblement de terre. Le sol a été remué profondément; partout il s'est ouvert et crevassé; partout des milliers de fentes donnent passage à des exhalaisons pestilentielles tellement supérieures en énergie à celles qui avaient lieu auparavant que les créoles et les gens de couleur n'y résistent plus (1). »

Ce médecin n'était point à la Martinique lors de l'événement dont il s'agit; n'importe, il pense être mieux instruit de ce qui s'y passa que ceux qui étaient sur les lieux. Mais nous lui répondrons que cent épidémies de fièvre jaune ont eu lieu à des époques et dans des localités où il n'y avait point eu de tremblement de terre, et qu'en 1838 l'île de la Dominique et l'île de la Guadeloupe furent ravagées par cette maladie, et que, dans la ville de Saint-Pierre, l'épidémie avait atteint son maximum avant le 11 janvier 1839, jour néfaste pour la ville de Fort-Royal. — Revenons à M. Rufz.

« Si nous jetons les yeux, dit il, sur le thermomètre, nous verrons qu'il a marqué en 1838 la température habituelle des colonies durant les années exemptes de fièvre jaune; cependant les habitans se sont plaints que l'époque des fraîcheurs de décembre en février était moins agréable cette année, ce qu'ils attribuaient à la persistance des vents d'ouest. Or, que le thermomètre fût haut ou bas, qu'il fît de la pluie ou qu'il fît beau, chaud ou frais, la fièvre jaune a toujours régné avec la même intensité, sans que la marche des saisons parût influencer en aucune sorte la sienne. »

M. Rufz est sur ce point en grande dissidence avec M. le docteur Catel qui nous dit qu'en remontant au mois de juillet 1838, on trouve que l'hivernage de cette année-là diffère, entre autres, « par une plus grande intensité de la chaleur et de l'humidité, » et il appuie ses assertions sur des tables météorologiques qui paraissent avoir été dressées avec beaucoup de soin. Ce médecin signale d'ailleurs, dans ses différens rapports trimestriels, dont M. le directeur des colonies a bien voulu nous donner communication, l'influence que les conditions météorologiques ont exercée sur la marche et l'intensité de l'épidémie de la Martinique.

D'un autre côté, M. Chauvet, secrétaire du conseil de santé du Fort-Royal, s'exprime ainsi sur le point dont il s'agit : « Depuis 1828 jusqu'à ce jour (février 1839), j'ai constamment observé le thermomètre, et je ne l'ai vu arriver à + 28°, au Fort-Royal, qu'en octobre 1838. Cet intervalle de dix années a été marqué par l'absence de la fièvre jaune ; ou du moins, si l'on a eu l'occasion d'en observer quelques cas sporadiques, il est vrai de dire que les symptômes n'ont jamais eu ce caractère d'intensité qu'ils offrent dans une épidémie (2). »

Suivant M. le docteur Luscau, le thermomètre centigrade marqua durant le mois d'octobre ; maximum 34°, minimum 24°, moyen 28°. « A de fortes averses, dit ce médecin, succédaient des calmes avec un soleil brûlant et une température élevée. La pression de l'air atmosphérique était telle qu'elle agissait d'une manière excessivement pénible sur les fonctions de l'économie et plus particulièrement sur celles de la respiration. Telles sont, ajoute-t-il, les conditions météorologiques au milieu desquelles nous avons été placés pendant le mois d'octobre. Ces circonstances liées aux causes locales et aux dispositions individuelles ont sans doute concouru au développement de la fièvre jaune (1). »

La température fut aussi plus élevée à la Guadeloupe, en 1838, que les années précédentes, et son action sur le développement et la marche de l'épidémie a été signalée par les médecins de cette colonie et de ses dépendances. Ainsi, MM. Amic et Fazeuille écrivaient, le 14 septembre 1838, au sujet des fièvres rémittentes pernicieuses, de la fièvre dite typhoïde et de la fièvre jaune qui régnaient alors à la Pointe-à-Pitre : « Ces affections ont pris un caractère de gravité à mesure que les chaleurs ont augmenté d'intensité. »

M. le docteur Brette s'exprimait de son côté ainsi qu'il suit, en parlant du quatrième trimestre de la même année : « La constitution atmosphérique a été très chaude pendant les deux premiers mois de ce trimestre. Les vents de S. et de S.-O. ont soufflé avec opiniâtreté jusqu'à la fin de novembre, et les calmes qui les accompagnaient se sont aussi prolongés beaucoup plus longtemps que l'on n'a l'habitude de le remarquer les autres années. Si l'on joint à ces deux premières causes, ajoute ce médecin, l'humidité dont ces vents sont ordinairement chargés, les chaleurs excessives qu'ils occasionnent et les miasmes putrides dont ces dernières facilitent le dégagement, l'on trouvera certainement des raisons suffisantes pour leur attribuer le développement de la fièvre jaune (2). »

MM. les membres du conseil de santé de la basse-terre mentionnent également dans plusieurs de leurs rapports les fâcheux effets d'une haute température sur la marche de l'épidémie. « Vers la fin de mai (1839), disent-ils, les vents s'étant établis de la partie sud (petites brises, presque calme), les chaleurs sont devenues excessives, et ces circonstances atmosphériques nous ont, comme d'ordinaire, ramenés, dans les premiers jours de juin, des cas assez nombreux de fièvre jaune (3). »

Enfin, nous voyons, par l'histoire que le docteur John Imray a donnée de l'épidémie de la Dominique, en 1838, que, dans cette colonie, il tomba une plus grande quantité de pluie que cela n'a généralement lieu à cette époque de l'année, et que le temps fut parfois (*occasionally*) calme et suffoquant, la sensation de chaleur et d'oppression étant beaucoup plus forte que ne l'indiquait la hauteur du mercure dans le thermomètre (4).

Ainsi, d'après ces faits et une foule d'autres que nous nous abstenons de citer, il reste bien démontré que la fièvre jaune est influencée dans son cours par l'état météorologique de l'atmosphère.

Suivant M. Rufz, les orages n'exercèrent également aucune influence sur la marche de l'épidémie qu'il décrit. « Il n'en a pas été de même, dit-il, de la direction des vents, tout le monde a remarqué qu'ils s'étaient maintenus à l'ouest plus constamment que les années précédentes. La

(1) Observations sur les causes et la nature de la fièvre jaune.

(2) Voyez la Relation médicale de deux épidémies de fièvre jaune, etc., par M. Maher, p. 70.

(1) Etat de situation de l'hôpital de Fort-Royal, en octobre 1838.

(2) Rapport médical sur l'épidémie de fièvre jaune qui a régné aux Saintes, pendant le 4e trimestre de 1838.

(3) Rapport médical sur les maladies observées a la Basse-Terre, pendant le 2 trimestre de 1839.

(4) The feeling of heat and oppression being much more intense than was indicated by the height of the mercury in the thermometer. (V. The Edinburgh medical and surgical journal, vol. LIII, p. 92.)

---

bourg, en Suisse, toujours afin d'y pratiquer la médecine. Mais là comme à Genève, même insuccès, même déboire, même pénurie, même détresse. C'est probablement alors qu'il écrit à son ami, Jean Chapelain, médecin de François Ier, cette lettre, où à travers le scepticisme et l'ironie qui lui sont propres, respire avec sa rancune contre les grands le sentiment profond, quoique voilé, de sa misère (il s'agit d'un certain gentilhomme, amateur forcené d'alchimie, dans le laboratoire duquel il travaille à la recherche de la pierre philosophale) : « Bonne santé aux princes, aux rois, aux Ninus, aux Sémiramis; en un mot, à toute la robuste improbité. Dieu soit loué, nous voilà riches......... Nous dépasserons Mydas lui-même par la quantité de notre or, ou plutôt par la longueur de nos oreilles. Porte-toi bien, riche et heureux Chapelain, et reçois les complimens d'Agrippa, le futur faiseur d'or et le futur porteur de longues oreilles. »

A Lyon, l'an 1523, Symphorien de Bullioud, évêque de Glandève, lui ayant fait obtenir une entrée à la cour de France, qui se tenait momentanément en cette ville, Agrippa y reçoit une pension de François Ier, avec la charge de médecin astrologue de madame la duchesse d'Anjou, sa mère.

Désormais il n'avait donc plus à se plaindre des rigueurs du sort, car tous ses vœux semblaient s'accomplir. Son ambition surtout se frayait une route brillante et large, au terme de laquelle resplendissait un horizon serein et magnifique, quand un incident qu'il étoit facile d'éviter vint dissiper ce calme d'un moment, et replonger le malheureux savant dans toutes les agitations du passé.

Malgré son habitude des mœurs et des erremens de la cour, on sait qu'il en avait respiré dès l'enfance l'air subtil et corrupteur, Corneille Agrippa n'était point encore à cette époque un courtisan consommé. Ebloui par les premiers enivremens de l'ambition, séduit par ses appâts perfides, il n'avait point acquis jusqu'alors cet esprit de discernement, après lequel, *ce qu'il y a au monde de plus rare*, selon les expressions de La Bruyère, *ce sont les diamans et les perles*. Il ne possédait pas ce plan de conduite, cette mesure, cette sagacité, cette sagesse qui font cheminer l'homme habile dans une ligne droite, du moins en apparence, qui le préservent des faux pas attachés aux positions extrêmes ou trop tranchées, et lui assurent un accès plus facile et plus certain dans la confiance de ceux dont il attend quelque bénéfice.

Mais allons directement au fait.

La reine douairière de France ayant un jour prié Corneille Agrippa de lui chercher son horoscope dans la conjonction des étoiles, celui-ci osa blâmer sans aucun ménagement la crédulité de la princesse, et ruiner tout l'espoir qu'elle avait placé dans les promesses de l'astrologie judiciaire. Il y a plus, pendant qu'il refusait d'obtempérer de bonne grâce aux désirs de la reine-mère, il correspondait avec son plus implacable ennemi, avec le connétable de Bourbon, alors portant les armes contre sa patrie, et se mettant à consulter les astres, d'après la demande qui lui en avait été faite, il annonçait à ce dernier les triomphes les plus éclatans et les plus glorieux.

On cherche en vain à s'expliquer les raisons d'une telle inconséquence. Quoi! vouloir déraciner d'une part des croyances superstitieuses et caresser de l'autre ces mêmes illusions, ces mêmes préjugés! quoi! et voilà sa plus grande faute; faire partie de la maison d'une reine fière, impérieuse, vindicative; posséder sa confiance, son amitié, en quelque sorte, et entretenir des relations affectueuses, dévouées avec le plus grand ennemi de cette reine! en vérité, pour un homme

comparaison des tables météorologique est d'accord avec l'observation vulgaire. M. le docteur Vertiuel à l'île de la Trinité et M. Cornuel à la Guadeloupe insistent sur ce fait. »

SEXE.

M. Rufz fait d'abord remarquer qu'il ne se rend à la Martinique qu'un très petit nombre de femmes; puis il ajoute : « Si je m'en tenais à une approximation établie d'après mes relations dans la ville, je dirais que la fièvre jaune, toute proportion gardée, attaque autant les femmes européennes que les hommes. 7 femmes ont été traitées par moi, 3 étaient légèrement atteintes, 4 gravement. L'une de ces dernières est morte. J'ai déjà dit qu'à l'hôpital sur 12 sœurs 11 furent malades, et 6 moururent. Par ce résultat la maladie aurait été plus grave chez les femmes que chez les hommes. »

Nous ferons remarquer qu'il y a des années où les femmes qui passent aux colonies sont beaucoup moins maltraitées. Suivant le docteur Ronvier, « sur une soixantaine de femmes attachées à l'expédition de la Guadeloupe, en 1802, une seule fut atteinte et victime de l'épidémie (1). » Et cependant « sur un total de 3,700 hommes de troupes il en périt 2,900 dans l'espace de quatre mois (2). » En général, les femmes souffrent beaucoup moins de la fièvre jaune que les hommes. Leur faiblesse relative et le flux menstruel paraissent être la cause de cette différence ; elles sont d'ailleurs exposées à moins de fatigues.

ACCLIMATEMENT.

« Depuis 1826, dit M. Rufz, la fièvre jaune n'existait pas à la Martinique. Au début de cette épidémie, nous vîmes plusieurs personnes qui se trouvaient dans l'île depuis trois ans, depuis sept ans, depuis dix ans, être atteintes de la maladie ; mais celles là furent moins gravement malades. Vers la fin de l'épidémie, les gens qui n'avaient point quitté le pays ne contractaient pas la fièvre ; il n'y avait que les nouveaux arrivés qui en étaient atteints. Dans ma clientelle, j'ai eu plus de 20 personnes adultes du pays atteintes d'une fièvre qui offrait les mêmes caractères que celles des Européens. La plupart de ces personnes avaient fait depuis plus ou moins longtemps (de deux ans à dix ans) un voyage en Europe. »

L'épidémie ne paraît, du reste, avoir affecté que très peu de gens de couleur et de nègres ; car si l'on consulte les tables de mortalité on voit que le nombre de décès dans ces deux classes de la population n'a pas été plus considérable pendant le règne de la fièvre jaune que dans les mois correspondans de l'année précédente.

M. Rufz donne un tableau des malades fournis par les navires à l'hôpital, suivant leur provenance. Or l'on voit par ce tableau que les bâtimens venant du nord sont ceux qui ont envoyé un plus grand nombre de malades. Ce qui confirme ce fait bien connu, c'est qu'en général les hommes du nord qui vont habiter les Indes-Occidentales y souffrent de la fièvre jaune en raison directe de l'élévation de la latitude des pays d'où ils viennent. Il est néanmoins une exception fournie par les Provençaux, et dont nous parlerons bientôt.

(1) DISSERTATION SUR LA FIÈVRE JAUNE QUI A RÉGNÉ EN L'AN X DANS L'ILE DE LA GUADELOUPE. Montpellier, 1807 ; thèse, p. 15.
(2) Ibidem.

Les observations de M. Rufz confirment un autre fait également bien connu : « Les individus de constitution sanguine, fortement musclés et bien colorés, étaient les plus promptement et les plus gravement atteints, cela est incontestable. Les gens nerveux, très impressionnables, étaient aussi dans de mauvaises conditions. Un esprit inquiet, envieux, pressé de faire fortune était aussi de fâcheuses conditions. »

M. Rufz n'a vu aucun individu tomber malade à la suite de quelques excès vénériens. « La débauche est, dit-il, plus restreinte dans les colonies qu'on ne le croit, elle est facile à satisfaire et peu excitée par l'imagination. » Cela n'empêche pas que ces excès ne soient une des causes les plus puissantes du développement et de la gravité de la fièvre jaune. Le rapporteur de votre commission pourrait citer plusieurs exemples remarquables de leurs funestes effets, qui ont du reste été signalés par à peu près tous les observateurs.

« Quant à la peur, ajoute M. Rufz, je n'en ai vu aucun mauvais effet immédiat. Portée à un certain degré, cette passion ne peut sans doute qu'être funeste ; mais, en général, je préférerais voir les individus redouter la maladie plutôt que la braver. »

Quoi qu'en dise ce médecin la peur prédispose à la fièvre jaune à un très haut degré, et elle aggrave puissamment cette maladie lorsqu'elle existe. L'épidémie qui nous occupe en a fourni des exemples frappans. Au rapport de M. le docteur Catel, « 6 hommes ont succombé à l'hôpital de Saint-Pierre sous l'influence de la peur, malgré tous les efforts de ce médecin pour les rassurer. L'effroi était, dit-il, peint sur la figure de ces infortunés. Chez beaucoup d'individus la crainte de la maladie a été en quelque sorte plus redoutable que la maladie elle-même. On a vu plusieurs malades dans le voisinage d'un mourant se couvrir le visage de leur drap de lit, perdre la parole et expirer peu de temps après. Il est arrivé, continue M. Catel, que des hommes chez qui la maladie marchait avec régularité vers une heureuse terminaison sont tombés dans un état désespéré à l'aspect d'un cadavre qu'on transportait hors de la salle. » M. Dutroulau qui, à la même époque, observait au Fort-Royal, met aussi la frayeur au nombre des causes de la maladie qu'il décrit (1).

Une foule d'autres observateurs ont signalé les funestes effets de la peur pendant le règne de la fièvre jaune. « J'ai vu, dit M. Dariste, qui a exercé honorablement la médecine à la Martinique pendant trente années, j'ai vu des personnes en être tellement effrayées que leurs facultés intellectuelles étaient troublées, même avant de tomber malades. Presque toutes ces personnes ont succombé (2). »

Suivant M. le docteur Mouillé, dans l'épidémie de St-Domingue, en 1802 et 1803, « les malades frappés, abattus au nom seul de fièvre jaune, étaient toujours les premières victimes (3). »

« On se peindrait difficilement, dit le docteur Chambolie, la terreur que peut inspirer la fièvre jaune à ceux qui en sont atteints, ou qui croient l'être. J'ai vu des hommes qui avaient bravé la mort dans cent occasions, et qui même avaient été signalés par leur courage, être frappés d'une véritable stupeur aussitôt qu'ils croyaient reconnaître dans leur état quelques-uns des symptômes de cette maladie ; j'oserai même dire, ajoute ce

(1) Voir sa THÈSE ; Paris 1842, p. 15.
(2) RECHERCHES PRATIQUES SUR LA FIÈVRE JAUNE, etc., p. 214.
(3) DISSERTATION SUR LA FIÈVRE JAUNE OBSERVÉE A ST-DOMINGUE, thèse, Paris, an XIII, p.

---

d'esprit comme Corneille Agrippa, on ne pouvait être ni plus imprévoyant, ni plus maladroit.

Quoi qu'il en soit, indignée de ces divers procédés, la duchesse d'Anjou fit retirer aussitôt à Corneille Agrippa la charge qu'il remplissait auprès de sa personne, et le voulant punir par son côté le plus sensible, elle ordonna de ne point lui solder les appointemens dont elle lui était redevable.

Grande, comme on doit le penser, fut la colère de celui-ci, naturellement fougueux et irritable ; il voulut à son tour se venger de sa disgrâce, en murmurant tout haut contre la cour, et surtout en menaçant de faire passer la reine mère pour une cruelle et perfide Jézabel, comme si l'emportement n'était pas le plus funeste adversaire de l'ambition qui le dévorait !

Cependant, quelque temps après, poursuivi par le besoin, sans doute, et pressé par la foule de ses créanciers, il semble utiliser la rude leçon acquise naguère à ses dépens. En effet, son humeur se modifie tout à coup : il devient plus modéré et plus prudent ; le succès dans le monde lui paraît moins dépendre avec raison, souvent du talent que du caractère, en un mot, il arrive à comprendre que celui qui veut profiter des passions d'autrui doit préalablement savoir déguiser les siennes.

En 1510, comme nous l'avons déjà dit, à l'âge de vingt-quatre ans, Corneille Agrippa compose les deux premiers livres *de sa philosophie occulte*, ouvrage qu'on croirait à peine sorti du cerveau de cet auteur, tant la vivacité de l'imagination s'y substitue à la sévérité du jugement, tant les fantômes de l'enthousiasme y prédominent sur les réalités de l'expérience. Mais avant les négations de la critique, les affirmations du dogmatisme, avant le doute, la croyance. L'illusion et la foi caractérisent les instincts de la jeunesse, comme le scepticisme et le désenchantement constituent le pénible héritage de la dernière moitié de la vie. Que d'écrivains voudraient anéantir les premières productions échappées d'une plume trop prompte à servir leurs pensées! Aussi, plus tard, Corneille Agrippa demande-t-il grâce au sujet de ce vain fatras d'érudition, réclame-t-il l'indulgence pour cette œuvre singulière et surannée, fruit de son esprit novice et balbutiant encore : *minor quam adolescens hoc composuit*, dit-il dans une de ses lettres, afin de se justifier. Il est même probable que, sans un certain concours de circonstances, dont nous parlerons plus loin, il n'aurait pas publié et surtout complété cet ouvrage comme il le fit 21 ans après.

En effet, combien l'auteur du *Traité sur l'abus, l'incertitude et la vanité des sciences* devait regretter d'avoir écrit les propositions suivantes, par exemple :

— Le foie du caméléon brûlé par les extrémités, excite les pluies et le tonnerre (1).

— L'écrevisse enterrée sans pieds, produit le scorpion ; l'oie rôtie jusqu'à ce qu'elle se réduise en poudre et jetée dans l'eau engendre des grenouilles, et si elle est cuite en masse et coupée par morceaux, étant mise en lieu humide et sous terre, elle engendre des crapauds.

— L'herbe basilicon broyée entre deux pierres, engendre des scorpions.

— Les cheveux d'une femme qui a ses règles étant mis sous du fumier, il vient des serpens.

(1) PHILOSOPHIE OCCULTE. Traduction française. La Haye, tome I, chap. 13.

médecin, que je suis convaincu que, dans certains cas, cette crainte a été la cause principale de la mort (1). »

Les observations faites par le rapporteur de votre commission coïncident entièrement avec celles de M. Chambolle. Il a vu des militaires qui avaient affronté la mort dans cent combats, qui avaient en le corps couvert d'honorables blessures, trembler au seul nom de fièvre jaune, être frappés de la maladie et succomber rapidement. Tous les médecins qui ont observé le fléau ont pu se convaincre de l'influence que la terreur exerce sur son développement, sur sa marche et sur sa terminaison. C'est ce qui a fait dire au docteur Repey que « si le dogme de la fatalité pouvait être utile aux hommes, ce serait lorsqu'il les affranchit de la crainte qu'inspirent les funestes épidémies (2). »

Au rapport du docteur Mabit, « à l'hôpital du Fort-Dauphin, des blessés convalescens se promenaient dans la cour. Un cadavre nu, dont la peau était jaune, et que les infirmiers sortaient des salles, fut offert à leurs yeux. Cet aspect leur fit une telle impression qu'ils furent tous atteints de la fièvre jaune. Sur 7, un seul échappa à la mort (3). »

Le docteur Lorreyn dit, en parlant de la maladie qui nous occupe : « Toujours favorisée dans sa propagation quand elle règne épidémiquement, par la tristesse et la peur, son développement est souvent dû à ces affections, alors même qu'elle ne sévit point dans les contrées où on l'observe (4). »

Enfin, c'est à cette cause que l'on attribue, et nous pensons que c'est avec raison, les ravages que la fièvre jaune exerce parmi les Provençaux qui fréquentent les colonies, bien qu'ils habitent sous un climat qui, par sa douceur, doit les rendre moins impressionnable à celui des Antilles que ne le sont les hommes du nord. Leur croyance à la contagion a aussi une très grande part à leur malheureux sort, on n'en saurait douter.

Enfin M. Rufz a reconnu, dans l'épidémie qu'il décrit, l'influence des boissons alcooliques, de l'insolation et du refroidissement sur le développement de la fièvre jaune. Ces causes ont du reste été signalées par une foule d'observateurs et dans toutes les épidémies.

TRAITEMENT.

D'après ses lectures et surtout d'après la pratique de M. le docteur Catel, médecin en chef de l'hôpital de St-Pierre, où la maladie s'était d'abord montrée, M. Rufz donna la préférence au traitement antiphlogistique, qui lui réussit. Sur 14 malades chez lesquels il put pratiquer la saignée dans les premières vingt-quatre heures, 2 seuls succombèrent. Dans 2 cas où les émissions sanguines ne commencèrent qu'après quarante-huit heures, la mort eut lieu. Il est vrai que dans ces deux observations il fut fait une médecine très irrégulière, à cause de l'entourage des malades. Nous avons déjà vu, par le mémoire de M. Catel, à quel point il est avantageux de saigner de bonne heure dans la fièvre jaune. Des milliers de faits confirment les heureux résultats de cette pratique.

(1) FIÈVRE JAUNE OBSERVÉE AUX ANTILLES PENDANT LES ANNÉES 1825, 1826 ET 1827, thèse, Paris 1828, n. 9.

(2 DISSERTATION SUR LA FIÈVRE JAUNE DES ANTILLES. Montpellier 1807, p.16.

(3) QUELQUES MOTS SUR L'INFLUENCE DES AFFECTIONS MORALES SUR LES MARINS, thèse, Montpellier 1831, p. 9.

(4) MALADIES DE L'ARMÉE DE ST.-DOMINGUE ET FIÈVRE JAUNE, thèse, Paris an XII, p. 15.

M. Rufz cite néanmoins deux cas où les émissions sanguines pratiquées à une époque avancée de la maladie furent couronnées de succès. Il pense, d'après cela : « 1° que les fortes émissions sanguines employées dès le début de la fièvre jaune sont un des moyens les plus efficaces contre cette maladie ; 2° que, même à une époque avancée, elles sont encore préférables à tout autre, bien qu'il faille apporter dans leur application plus de réserve. »

M. Rufz nous dit ensuite que, considérée comme moyen prophylactique, la saignée ne lui a point paru utile ; que, dans les deux cas où il eut occasion de la pratiquer chez des personnes qui n'éprouvaient que de légers accidens, cela n'empêcha pas la maladie de se déclarer quinze ou vingt jours après. Mais ce n'est point sur deux faits seulement qu'on peut juger de la bonté de ce moyen. Les saignées sont pour nous un des meilleurs prophylactiques de la fièvre jaune, et notre opinion repose sur des observations nombreuses, dont plusieurs ont eu lieu sur une grande échelle et méritent toute confiance.

M. Rufz employait en même temps que la saignée des boissons adoucissantes, des lavemens émolliens, le repos et la diète. Lorsqu'il s'en tenait à ces derniers moyens seuls, sans émissions sanguines, cela constituait pour lui l'expectation. Il a traité ainsi 18 personnes, aucune n'est morte. Il est bon de dire que c'étaient, en général, des cas où les symptômes lui paraissaient moins intenses. Si tous ces malades eussent été saignés largement dès l'invasion de la fièvre, ou traités par tout autre moyen énergique, on n'aurait certes pas manqué d'attribuer leur guérison à la médication mise en usage, et c'eût été bien à tort. Combien de succès dont le médecin s'applaudit n'ont pas de bases plus solides !

M. Rufz pense que les purgatifs doux administrés avec prudence, après les saignées au début de la maladie, ou même pendant son cours, lorsqu'il y a constipation, peuvent produire de bons effets, et nous sommes entièrement de son avis. Il improuve l'usage des vomitifs, et il a raison jusqu'à un certain point, car l'administration peut en devenir fort dangereuse, et exige bien plus de prudence et de sagacité que celle des purgatifs. Des médecins éclairés et dignes de foi assurent néanmoins en avoir retiré de bons effets ; mais ils ne nous paraissent applicables que dans les cas où les symptômes inflammatoires sont peu intenses et où il y a une prédominance marquée des symptômes bilieux.

M. Rufz ne saurait dire au juste de quelle utilité peuvent être les frictions de citrons. Nous pensons, nous, qu'elles agissent principalement en produisant une révulsion sur l'organe cutané et en prévenant ou diminuant ainsi les congestions du cerveau et des organes digestifs. Des médecins les conseillent comme anti-septiques. Quoi qu'il en soit, des observations assez nombreuses, et que nous croyons exactes, semblent en constater les bons effets dans des cas fort graves.

Quant au sulfate de quinine et au quinquina, notre confrère en a peu fait usage, et, dans le petit nombre de cas où il l'a tenté, il y a eu, dit-il balancement de succès et d'insuccès. Il avoue néamoins qu'il n'oserait, comme l'a fait Pugnet, administrer le quinquina dès le début, alors que le malade est rouge, brûlant, dans un état de coma apoplectique. Chez quelques enfans, lorsque la maladie semblait prendre une marche par accès, le sulfate de quinine lui a été utile.

« En résumé, dit M. Rufz, l'emploi du quinquina et du sulfate de quinine ne peut donner lieu à aucun jugement définitif, seulement ce que j'en ai vu me porterait à m'en défier. » Nous verrons, par le deuxième

— Un poil de la queue d'un cheval jeté dans l'eau, prend vie et se transforme en un vers pernicieux. . .

— Il y a un artifice par lequel dans un œuf de poule qui se couve, il s'engendre une forme semblable à celle d'un homme, chose que j'ai vue et que j'ai fait faire ; que les magiciens disent avoir des vertus admirables et qu'ils appellent la vraie mandragore (1).

Pour tout ce qui regarde la physiologie humaine, Corneille Agrippa renchérit encore sur les assertions déjà si fabuleuses de Pline. Parle-t-il de la menstruation, voici les propriétés étranges qu'il attribue naïvement au liquide sanguin provenant des vaisseaux de la matrice : « D'abord qu'il tombe sur une vigne elle demeure infructueuse pour toujours ; les arbres plantez ou entez meurent, et les fruits sèchent : les productions des jardins se brûlent et les fruits des arbres tombent ; l'éclat des miroirs se ternit de même que le tranchant des rasoirs et la beauté de l'ivoire ; le fer se rouille aussitôt. L'airain en contracte une rouille très pernicieuse ; les chiens en deviennent enragez, et ceux qui en sont mordus ne sçauraient guérir ; les essaims d'abeilles périssent et les abeilles quittent leurs panniers quand elles en ont touché. Le lin en noircit quand on le fait cuire ; les cavalles en avortent ; il empêche aussi de concevoir et les ânesses ne peuvent engendrer (2). »

C'est dans cet ouvrage qu'on voit apparaître la première lueur des hypothèses qui devaient jouer un si grand rôle parmi les doctrines du magnétisme animal, ou plutôt, c'est là que ces hypothèses, connues de l'antiquité et du moyen-âge, sous le nom de sorcellerie, essaient de se préciser et d'arriver à une sorte de démonstration scientifique. On a fait honneur de cette initiative à Paracelse ; mais de droit, elle revient tout entière à Corneille Agrippa. L'illustre professeur de Bâle était tout-à-fait obscur et n'avait encore rien produit quand fut composé le manuscrit du médecin de Cologne. — L'esprit des hommes, dit Corneille Agrippa, a une certaine vertu de changer, d'attirer, d'empêcher et lier les choses et les hommes à ce qu'il désire, et toutes choses lui obéissent quand il est porté à un grand excès de quelque passion ou vertu, de manière qu'il surpasse ceux qu'il lie ; car ce qui est supérieur lie ce qui est inférieur et le convertit en soi (1). »

— La sorcellerie est une liaison ou un charme qui, de l'esprit du sorcier passe par les yeux de celui qu'on ensorcelle à son cœur. . . . . Il faut donc savoir qu'on ensorcelle les hommes quand par un regard fort fréquent ils dirigent la pointe de leur vue vers la pointe d'une autre, et que les yeux s'attachent fort les uns aux autres. . . . . pour lors l'esprit se joint à l'esprit et lui porte et attache des étincelles (2).

— Il est donc constant, qu'il y a dans les choses des propriétés occultes qui ne viennent point de la nature élémentaire, ni des influences célestes ; qui sont inconnues à nos sens, et que notre raison a de la peine à comprendre, lesquelles proviennent de la vie et de l'esprit du monde par les rayons mêmes des étoiles (3).

(1) Ibid. tome I, chap. 36, p. 92-93.

(2) Ibid. ch. 42 p. 104, livre I.

(1) Ibid. ch. 63, p. 193, livre I.

(2) Ibid. ch. 50, p. 138, livre I.

(3) Ibid. ch. 13, p. 42.

mémoire que ce médecin a adressé à l'Académie, que ses observations ultérieures l'ont rendu beaucoup plus favorable à ce remède.

Telle est l'analyse que nous avons cru devoir donner du travail de M. Rufz. Nous allons présenter maintenant quelques remarques sur différens points de ce mémoire.

REMARQUES.

« En 1838, dit M. Rufz, l'épidémie a passé par la Guadeloupe avant d'arriver à la Martinique ; il en fut de même en 1816. La Guadeloupe est par les 16° de latitude nord, et la Martinique par les 14°. Il ne m'a pas été possible de vérifier si les choses ont toujours été ainsi ; si les autres épidémies ont toujours commencé par la Guadeloupe ; c'est-à-dire si la fièvre jaune descend toujours du nord au sud, ou s'avance de l'ouest à l'est, comme le choléra de l'est à l'ouest. Je signale, ajoute-t-il, ce fait à l'attention de l'Académie, et principalement à celle de M. le docteur Chervin, l'historien zélé de la fièvre jaune. »

La loi que M. Rufz a cru apercevoir dans la marche de la fièvre jaune est sans réalité. La première épidémie de cette maladie dont nous ayons une description est celle qui eut lieu à Fernambuco, de 1687 à 1691 (1); or cette ville est au sud-est des Antilles et de tous les points de l'Amérique qui ont été ravagés par ce fléau, Montevideo excepté (2). La terrible épidémie de 1793 éclata à la Grenade, qui, à trois exceptions près, se trouve au sud-est de toutes les Antilles (3). Enfin, en 1835 et 1836, la fièvre jaune existait à Surinam. Elle parut ensuite à la Barbade, à l'île de la Trinité, et à Demerary, où elle fit de grands ravages (4). Or, ces différentes colonies sont situées au sud-est de la Guadeloupe et de la Martinique, et, à plus forte raison, de Tampico, de la Nouvelle-Orléans et de la Havane, citées par M. Rufz comme ayant été le théâtre de la fièvre jaune en 1836 et en 1837.

Cette maladie ne suit point la marche des grandes épidémies, des épidémies générales, comme la grippe et le choléra-morbus. Elle reste toujours subordonnée aux influences locales, ainsi que les autres fièvres d'origine paludéenne. Hors de ces influences, elle ne saurait exister. C'est pour cette raison qu'on ne la voit jamais régner sur de vastes contrées, mais se borner aux localités qui renferment les causes capables de la produire. Mais ces causes sont souvent méconnues, même par des médecins fort éclairés, et de là de graves erreurs.

Ainsi, par exemple, suivant M. le docteur Catel, « il est des contrées où il n'est pas permis de mettre en doute l'action des miasmes sur la production des maladies en général, et de la fièvre jaune en particulier. » Et après avoir donné un aperçu de la topographie de la ville de St Pierre (Martinique), ce médecin ajoute : « On voit, par ce court exposé, que cette ville ne fournit aucune exhalaison nuisible à la santé des habitans. Une nouvelle preuve, dit-il, que les miasmes sont étrangers à la fièvre jaune, à St-Pierre, c'est qu'on n'observe jamais de fièvres intermittentes dans cette localité. »

(1) Ferreyra da Rosa (Joam), TRATTADO DA CONSTITUICAM PESTILENCIAL DA PERNAMBUCO. Em Lisboa 1694.

(2) Suivant M. de Humboldt, la fièvre jaune aurait régné à Montevideo dans les premières années de ce siècle.

(3) Chilshom, AN ESSAY ON THE MALIGNANT PESTILENTIAL FEVER, etc.

(4) William fraser, FIÈVRE JAUNE MALIGNE A LA GUIANE ANGLAISE, voyez la GAZETTE MÉDICALE DE PARIS, 1838, p. 219.

De son côté, M. Rufz nous représente aussi cette ville comme un endroit très salubre. Nous allons voir jusqu'à quel point est fondée cette assertion.

Après avoir signalé les différentes causes d'insalubrité qui existaient, en 1751, au quartier du mouillage de la ville de St-Pierre, Thibault de Chanvalon s'exprime ainsi : « Ces circonstances réunies occasionnent dans cette partie du bourg une chaleur quelquefois insupportable ; elle rend ce séjour plus malsain et plus dangereux que tout autre endroit de l'île. C'est là cependant où logent les marins, et presque tous les étrangers qui viennent à la Martinique (1). »

Le docteur Chisholm, qui habitait cette colonie vers la fin du siècle dernier, dit que la ville de St-Pierre a souvent souffert de la fièvre jaune « dont la cause, excepté dans un petit nombre de cas où l'importation a été manifeste, peut se trouver aisément dans un défaut de propreté (2). »

Suivant le docteur Pinckard, la température de St-Pierre est excessivement élevée, et en bâtissant la ville sur ce point de l'île, on a plus consulté les avantages du commerce que ceux de la santé (3).

« Que l'atmosphère de St-Pierre abonde en gaz nuisibles, dit Savaresy, c'est un fait que l'on ne peut révoquer en doute ; j'ai développé jusqu'à présent les causes de ce mal ; j'ai montré quels sont les foyers de méphitisme et les sources qui fournissent les matières propres à rendre l'air impur. Actuellement je vais rapporter une observation qui est à la portée de tout le monde, et qui confirmera le fait dont il est question. Toutes les fois que l'on revient de la campagne à la ville, précisément au moment que l'on y entre, on se sent à moitié suffoqué et l'on respire avec peine ; peu à peu on s'habitue à cette incommodité, et au bout de vingt-quatre heures on ne s'en aperçoit plus (4). »

Le voyageur Robin, qui visita la ville de St-Pierre dans les premières années de ce siècle, nous représente le rivage du mouillage comme étant « le dépôt de toutes les immondices de la ville, que les vagues rejettent sans cesse sur ces bords impurs.... On ne sait, dit-il, où mettre les pieds, on n'y respire qu'un air infect ; les regards n'y rencontrent que des objets dégoûtans.... Les maisons voisines, où résident ordinairement les étrangers, sont les plus incommodes et les plus malsaines (5). »

« Le Mouillage, dit M. Lefort, est la partie de Saint-Pierre la plus populeuse et la plus marchande ; elle en est aussi la partie la plus basse et comme la sentine. Là, en effet, viennent aboutir les ordures et les immondices de toute la ville.... Aussi longtemps donc que règnent les vents du sud, Saint-Pierre et la rade qui lui est contiguë sont comme ensevelis dans cette atmosphère immobile, suffoquante et saturée des émanations délétères qui s'élèvent des bords de la côte et surtout du *mouillage*. La

(1) VOYAGE A LA MARTINIQUE, Paris 1763, in-4°, p. 135.

(2) ... By a malignant fever the cause of which, except in a few instances of manifest importation, may be readily discovered in domestic neglect of cleanliness. (AN ESSAY ON THE MALIGNANT PESTILENTIAL FEVER, etc., 1801, vol. II, p. 78.)

(3) The convenience more than health has been consulted in making the site of the capital. (NOTES ON THE VEST-INDIES, vol. II, p. 296.)

(4) DE LA FIÈVRE JAUNE EN GÉNÉRAL, etc., p. 204. — On peut voir ce que dit cet auteur sur les causes locales d'insalubrité qui existent dans la ville de St-Pierre.

(5) VOYAGE DANS L'INTÉRIEUR DE LA LOUISIANE, etc., t. I, p. 46 et 47.

Pouvoir merveilleux de la volonté humaine, influence et réaction sympathiques des êtres, fluide particulier remplissant l'espace et servant d'intermédiaire entre Dieu et la création; en un mot, les principales assertions du magnétisme animal, cette grande catégorie des sciences occultes de notre époque, trouvent dans Corneille Agrippa l'interprète qui leur manquait pour se produire au grand jour. Cet auteur est, en quelque sorte, leur Christophe Colomb; car d'une renommée supérieure à son mérite réel, au dix-huitième siècle, l'enthousiaste Mesmer n'en fut que l'Améric Vespuce.

Ailleurs, il formule le code de la thérapeutique mystique avec toutes les pompes de son appareil bizarre. Il expose les effets extraordinaires des charmes, des amulettes, des inscriptions magiques dans une foule de maladies plus ou moins curables. Toutefois, s'il vante, sans trop d'inconvéniens peut-être afin de guérir de la fièvre quarte, la prescription qui consiste à porter autour du cou, soit le rameau desséché d'un arbre abattu par la foudre, soit un clou bien rouillé, dérobé aux vieux ais d'une potence ; ce n'est pas sans un certain sentiment de répugnance et d'horreur qu'on lui voit ajouter ceci : « Un coutelas dont on a décollé des hommes, trempé dans du vin, en le faisant boire au malade guérit aussi de la même affection (1). »

Quoi qu'il en soit, puisque nous sommes sur ce terrain si délicat et si brûlant, ne craignons pas de dire toute notre pensée. Il y a d'ailleurs quelque hardiesse, quelque courage même dans une ère entièrement soumise au despotisme des vérités palpables, matérielles, à venir élever la voix pour demander l'élargissement d'un certain ordre de connaissances, qui échappe de soi-même à toute démonstration d'une évidence sensible et régulière. Eh bien ! oui ! la justice nous force à le proclamer hautement: la thérapeutique qu'on peut appeler *mystique occulte* avait autrefois des succès plus grands, des résultats plus incontestables qu'on ne se l'imagine de nos jours. On a beau sourire de pitié au récit presque miraculeux des erremens de nos prédécesseurs, dédaigner une idée ce n'est pas la vaincre, et la combattre ce n'est pas l'anéantir. Le règne des systèmes est périssable, mais celui des faits est immortel ; peu importent les théories quand les observations sur lesquelles elles se fondent sont exactes et consciencieuses ; et puis ces hommes étaient-ils donc si dépourvus de bon sens, si absurdes que nous aimons encore à le croire? Si nous connaissons mieux qu'eux, il est vrai, les merveilles de la nature physique, ils connaissaient mieux que nous, sous beaucoup de rapports, les mystères de la nature morale.

Etrange illusion enfantée par l'empiétement insatiable de l'enthousiasme ou plutôt faiblesse radicale, erreur incurable de notre esprit borné ! l'humanité sera-t-elle donc éternellement comparable au cavalier ivre dont parle si judicieusement Luther ? Au lieu de conserver, en quelque sorte, sa verticale, son centre de gravité, s'inclinera-t-elle inévitablement à droite ou à gauche de la vérité, sa rebelle et capricieuse monture? En effet, jadis négligeant avec orgueil, la lumière des sciences exactes et naturelles, les médecins s'attachaient avec amour à l'étude des phénomènes vitaux et psychologiques de l'organisme, et maintenant, repoussant avec la même fierté l'étude de ces derniers phénomènes, ils n'apportent un zèle vigilant et une attention minutieuse qu'à l'intelligence des lois physiques de l'économie. Comme s'il y avait une barrière saisissable entre l'esprit et la matière,

(1) Ibid. p. 108, livre I.

conséquemment se trouvent réunies toutes les causes générales et locales de la fièvre jaune (1). »

Enfin, voici le résultat d'observations publiées en 1838, par M. le docteur Mourraille, dans son ESSAI SUR LA TOPOGRAPHIE DE LA VILLE DE SAINT-PIERRE : « La paroisse du Mouillage, dit-il, qui forme la partie sud de la ville, devant laquelle les navires viennent jeter l'aocre, est très insalubre à cause du peu d'élévation du sol au-dessus du niveau de la mer, de la malpropreté que favorise cette disposition vicieuse du terrain et d'une population nombreuse qui y est attirée par le commerce. La rue du bord de mer présente ces inconvéniens au plus haut degré, et de plus les habitans y sont exposés aux émanations délétères qu'exhalent les immondices de tous genres qui proviennent de la ville et des bâtimens, que les vagues retiennent sur la plage (2). »

Nous pourrions invoquer ici bien d'autres témoignages et citer au besoin nos propres observations ; mais ce qui précède suffira pour prouver que la ville de Saint-Pierre est loin de jouir de la salubrité qu'on lui attribue. Il n'est point nécessaire, comme on le pense généralement, de la présence d'eau stagnante ou d'une plage marécageuse pour donner naissance à la fièvre jaune. Il suffit d'un sol qui exhale du *malaria*, et celui de la ville de Saint-Pierre possède certainement cette faculté, ainsi que le prouvent les fièvres rémittentes qui se montrent dans cette localité, et le type périodique qui s'y présente parfois dans diverses maladies. L'erreur dans laquelle on est tombé au sujet de la prétendue salubrité de Saint-Pierre a été commise pour une foule d'autres localités, soit en Amérique, soit en Europe (3). » Voici un autre point d'un haut intérêt.

Les médecins de la Guadeloupe ont signalé, dans leurs rapports à M. le ministre de la marine, une fièvre typhoïde qui aurait régné, depuis 1838, dans cette colonie, concurremment avec la fièvre jaune ; mais MM. Catel, Rufz, Dutroulau et Souly, n'ont rien vu de pareil à la Martinique, et avec raison ; car la maladie que nos honorables confrères de la Guadeloupe ont désignée sous le nom de fièvre typhoïde n'est qu'une variété de la fièvre jaune qui se présentait particulièrement chez les créoles, enfans et adultes, et chez les hommes du nord qui avaient séjourné pendant un certain temps dans le pays (4). Chez ces sujets une prédisposition moindre empêchait la maladie de se développer avec toute sa force. Aussi M. le docteur Cornuel remarque-t-il, avec raison, dans l'un de ses intéressans rapports : « que la fièvre jaune et la fièvre typhoïde (en question) sont des maladies congénères qui ne diffèrent peut-être entre elles que par une activité plus grande dans la manière dont les causes agissent dans l'un et l'autre cas. Du reste, ajoute-t-il, il a été bien évident que les influences miasmatiques qui produisent la fièvre jaune chez les Européens ont déterminé chez un grand nombre une affection qui présente, avec le typhus d'Amérique, les plus frappantes analogies. Ceux-ci ont été atteints de la fièvre typhoïde rémittente continue, qui a provoqué sur un certain nombre de très jeunes sujets, l'ictère, la suppression d'urine, le hoquet, le vomissement noir et la mort (1). »

La maladie dont il s'agit ici était bien certainement la fièvre jaune, et c'est tout à fait à tort qu'on lui a donné le nom fièvre typhoïde, qui peut entraîner dans de graves erreurs sur la nature de la maladie et sur son traitement. Les médecins de la Martinique n'ont rien vu dans leur épidémie qui ressemblât à la fièvre typhoïde, ni dans les symptômes, ni dans les lésions anatomiques. Or, l'on sait à quel point cette maladie est familière à M. Rufz. Cette variété de la fièvre jaune n'est du reste point rare, et on l'observe particulièrement chez les sujets affaiblis par une cause quelconque ou partiellement acclimatés.

La susceptibilité que les anciens résidens et les créoles eux-mêmes ont présentée, en 1838, à être atteints de la fièvre jaune a étonné beaucoup de monde et pourtant c'est une chose toute naturelle. Cette maladie n'avait pas régné d'une manière épidémique dans nos Antilles depuis plus de dix ans, de sorte que tous les enfans nés durant cette période n'avaient pas été soumis à l'action délétère de l'agent qui la produit ; aussi ont-ils été attaqués en grand nombre. D'un autre côté, en vivant depuis dix ans dans une atmosphère plus pure que par le passé les créoles d'un âge plus avancé avaient perdu en partie leur acclimatement et n'ont pu résister entièrement à l'influence épidémique. Enfin, les Européens qui étaient arrivés dans nos colonies depuis la cessation des épidémies n'avaient éprouvé que d'une manière très imparfaite cette heureuse modification qui les met en harmonie avec le climat des régions équinoxiales. En un mot, ils n'étaient pas acclimatés ; car, quoi qu'en dise notre collègue M. Rochoux, l'acclimatement n'est point absolu, il n'est que relatif (2). Tel individu qui résistera à une épidémie légère sera frappé dans une épidémie plus intense. De pareils faits se sont présentés des milliers de fois, et nous pourrions citer un grand nombre d'épidémies pendant lesquelles les créoles n'ont pas été épargnés, pas même les noirs. Nous nous bornerons à rappeler ce qui s'est passé au Sénégal en 1830 (3).

(1) DE LA SAIGNÉE ET DU QUINQUINA DANS LE TRAITEMENT DE LA FIÈVRE JAUNE ; p. 65.

(2) THÈSE SOUTENUE A MONTPELLIER, LE 16 JUILLET 1838, p. 6.

(3) On peut voir surtout les graves erreurs dans lesquelles est tombée sur ce sujet la commission médicale qui fut envoyée à Barcelone, en 1821.

(4) La fièvre typhoïde des régions froides et tempérées est à peu près inconnue dans les Antilles. Pendant une résidence de six années dans ces îles et à la Guyane, je n'en ai pas observé un seul cas, et, suivant le docteur Dutroulau, « c'est une affection si rare à la Martinique que les médecins du pays qui ne sont pas venus en France depuis longtemps la connaissent à peine (THÈSE, p. 32). » D'autres observateurs ont fait la même remarque.

Il y a donc tout lieu de croire que les pyrexies qu'on désigne depuis quelque temps, dans les régions équinoxiales, sous le nom de *fièvres typhoïdes*, sont tout simplement des fièvres d'origine paludéenne auxquelles on applique une dénomination qui est aujourd'hui à la mode, comme l'était il y a vingt ans celle de *gastro-entérite*.

On sait d'ailleurs depuis longtemps que le climat des tropiques est contraire au développement et à la transmission du typhus proprement dit, bien que M. Gérardin ait publié que cette maladie *fait d'effrayans ravages dans les colonies*, et que c'est à sa combinaison avec la fièvre jaune sporadique non contagieuse qu'est due la fièvre jaune épidémique qu'il regarde, au contraire, comme éminemment transmissible. (Voy. ses MÉMOIRES SUR LA FIÈVRE JAUNE ; Paris 1820 ; p. 58 et 59.)

(Note ajoutée à l'impression.)

(1) Rapport du 21 septembre 1838.

(2) « L'acclimatement, dit ce médecin, n'admet pas de degré : on est ou on n'est pas acclimaté. » (DISSERT. SUR LE TYPHUS AMARIL, p. 10.)

(3) Voyez sur ce sujet la RELATION DE DEUX ÉPIDÉMIES DE FIÈVRE JAUNE QUI ONT RÉGNÉ A GORÉE ET A SAINT-LOUIS (SÉNÉGAL) PENDANT L'HIVERNAGE DE 1830, par le docteur Emile Chevé. Paris 1836 ; thèse, n° 65, p. 47. —Voy. aussi le TRAITÉ DES MALADIES DES EUROPÉENS DANS LES PAYS CHAUDS, par le docteur Thévenot, p. 254.

---

une limite précise entre l'ame et le corps ! Comme si la médecine pouvait jamais se poser, soit en science exclusivement abstraite, morale, soit en science exclusivement concrète, positive !

Pour en revenir à la thérapeutique *occulte*, *mystique*, ses partisans, il faut le dire, avaient singulièrement exploré tous les replis de la pensée humaine, découvert tous les points par où ses mystères sont accessibles à l'investigation médicale. Par exemple, qui ne voit que dans les formules bizarres dont fourmille la *philosophie occulte*, dans ces combinaisons arbitraires de feuilles de myrthe et de sang de cigogne, de pétales de roses et de cervelles de cerf, de racines de mandragore et de cœurs de chauve-souris : mixture fantastique digne, sous beaucoup de rapports, de la cuisine infernale des sorcières de *Macbeth* ; qui ne voit, disons-nous, que ces hommes se proposaient principalement d'agir sur l'élément le plus vivace, le plus impérieux de l'activité psychologique, sur ce besoin de l'extraordinaire, de l'inconnu, du merveilleux, qui travaille plus ou moins les intelligences aventureuses et les sociétés avancées, en un mot, sur l'imagination ? Or, une des plus grandes fautes commises par la médecine moderne, ou plutôt par sa législation, par sa politique intérieure, c'est, à mesure que la science s'avançait vers la méthode, se perfectionnait avec le concours de l'anatomie, de la chimie, de la physique, etc., c'est, sinon d'avoir méconnu l'influence de la philosophie sur son vaste domaine, du moins d'en avoir considérablement restreint les droits, de leur en avoir refusé une sanction plus éclatante, plus solennelle. Aussi, qu'en est-il résulté ? une violente réaction clandestine, une réhabilitation non officielle, illégale, mais immense et formidable. Charles Fourrier l'a dit avec beaucoup de vérité : « Chaque fois qu'une branche d'étude d'études est négligée par les sciences exactes, on voit s'élever à la place une charlatanerie scientifique. Avant la chimie expérimentale, nous avons eu le règne des jongleurs nommés *alchimistes*. Avant la physique expérimentale, on vit dominer les *magiciens*. Avant l'astronomie mathématique, on révérait les *astrologues* (1). »

En effet, profitant de la brèche que la médecine pratiquait d'elle-même, et sans le vouloir, aux remparts de son domaine, deux hérésies prennent naissance dans son sein, deux sectes illégitimes secouent le joug de son autorité imprévoyante. Ces deux hérésies, ces deux sectes, embrassées, il est vrai, par quelques hommes de talent et de conviction, mais le plus ordinairement exploitées au bénéfice d'ignorans téméraires et d'imposteurs méprisables, chacun les connaît ; et l'on doit dire que le magnétisme animal et l'homéopathie sont les deux formes actuelles de la médecine *occulte et mystique*, vieille et immortelle comme le monde.

MICHÉA.

(*La suite à un prochain numéro.*)

— La cour de cassation a confirmé l'arrêt de non lieu rendu dans l'affaire des médecins et pharmaciens de Marseille, dont la GAZETTE MÉDICALE a entretenu ses lecteurs dans son avant-dernier numéro, relative à la prescription des médicamens d'après les anciens poids et mesures. La cour a considéré les ordonnances de médecins comme des actes privés, et non comme des actes publics, ainsi que le procès intenté à nos confrères de Marseille tendait à le faire admettre.

(1) TRAITÉ DE L'ASSOCIAT., t. 1, p. 88.

A quelles causes doit-on attribuer la réapparition de la fièvre jaune dans nos colonies des Antilles après une trêve aussi longue? C'est là une question à laquelle nous ne saurions répondre d'une manière certaine. MM. Achard, Régnier et Catel, membres du conseil de santé de la Martinique, présument que la réapparition de la fièvre jaune dans cette colonie, après dix ans d'absence, a été la conséquence des vents dépcadant du sud, et que c'est à la nature de ces vents, les plus chauds, les plus humides, etc., qu'il faut attribuer la funeste propriété qu'ils ont d'exaspérer les maladies au degré de fièvre jaune. Ces Messieurs font aussi remarquer que cette fièvre éclata d'abord dans les localités qui favorisent le plus l'action de ces vents, et toujours là où se trouvent réunis le plus grand nombre d'hommes. Suivant eux, les causes locales ne peuvent donner lieu qu'à des cas sporadiques (1).

Cette explication a en sa faveur de grandes probabilités. L'influence des vents du sud sur le développement et sur la marche des épidémies de fièvre jaune est une chose mille fois démontrée; mais cette cause générale a-t-elle été la seule? C'est ce qu'on ne saurait affirmer. Quoi qu'il en soit, la maladie prit évidemment naissance dans la colonie, et elle ne se montra contagieuse dans aucun cas; mais, au rapport de M. Catel et de M. Rufz, l'hôpital de St-Pierre devint un véritable foyer d'infection, qui agit d'une manière fâcheuse sur la plupart des employés de cet établissement.

D'où provenait la cause infectante? M. Catel pense qu'elle était exhalée par les malades eux-mêmes; mais une pareille opinion ne nous paraît point fondée, vu qu'elle est en opposition avec une multitude de faits positifs et bien constatés. On a vu nombre de fois des hôpitaux encombrés à un très haut degré par des malades de la fièvre jaune et ne point devenir pour cela des foyers de cette maladie. Les épidémies qui ont eu lieu depuis 50 ans, dans les régions équinoxiales, dans l'Amérique du nord et dans le midi de l'Europe, en fournissent des preuves irréfragables. L'épidémie qui moissonna, en 1802, une grande partie de notre armée expéditionnaire de St-Dominique en présenta surtout de bien concluantes, ainsi qu'on le voit par les thèses de MM. Beaujeu, Mabit, Repey, Vincent, François, et de plusieurs autres officiers de santé de cette armée. Les choses se sont passées absolument de la même manière aux îles du Vent, ainsi l'attestent les thèses des docteurs Rouvier, Garnier, Deverre, Chambolle et de plusieurs autres, et surtout les documens qui nous ont été délivrés par les médecins les plus recommandables de ces îles.

Mais pourquoi l'air de l'hôpital était-il devenu plus dangereux que celui des autres parties de la ville (2)? Par suite de la mauvaise situation de cet établissement et de la persistance des vents du sud-ouest durant l'épidémie. L'hôpital de St-Pierre est bâti dans un angle rentrant, formé par la montagne qui s'élève derrière, presque perpendiculairement, et lui intercepte les brises de l'est, tandis que les vents du sud-ouest chassent vers cette impasse les exhalaisons de tout le quartier du Mouillage et les concentrent sur ce point. Or, l'expérience a démontré que dans les pays marécageux les gorges qui se terminent en impasses sont fort dangereuses à habiter; l'épidémie de Gibraltar, en 1828, nous en a fourni un exemple remarquable. Nous pensons donc que les malades n'eurent qu'une part très secondaire dans la viciation de l'air qui se fit remarquer dans l'hôpital de St-Pierre durant l'épidémie de 1838; et nous sommes persuadé qu'après y avoir mûrement réfléchi, MM. Catel et Rufz seront de notre avis.

M. Rufz ne s'est pas non plus bien rendu compte du développement de la maladie à bord des navires. Plusieurs, dit-il, étaient en rade depuis quinze à vingt jours sans avoir eu des malades; une fois qu'un homme était atteint, plusieurs le suivaient. Quelques écrivains, ajoute-t-il, ont prétendu que c'était à l'ouverture de la cale que la maladie se déclarait parmi les matelots. Le navire *l'Édouard* était venu sur lest, n'ayant à fond de cale que du sable fin. Il y avait plus de vingt jours que le navire *les Deux-Amélie* était déchargé et sa cale ouverte lorsqu'il eut son premier malade; mais la maladie ne suivait pas l'ordre des mouillages, c'est-à-dire que le second bâtiment atteint n'était pas mouillé à côté du premier.

Notre confrère n'a pas réfléchi qu'un bâtiment qui navigue avec son chargement à bord est mieux aéré et plus frais que lorsqu'il est mouillé dans un port et qu'on l'a débarrassé de sa cargaison; il n'a pas réfléchi qu'un lest de *sable fin* est un très mauvais lest et que tout capitaine éclairé et prudent n'en fera jamais usage. « Une des sources les plus abondantes d'air corrompu et de mauvaises odeurs à bord des bâtimens, dit le docteur Blane, a été les matières putréfiables absorbées et retenues par le gravier, le sable et autres substances terreuses employées jusqu'à ce jour (1). » Le docteur Blane ayant été pendant longtemps médecin en chef de la marine anglaise, son opinion en pareille matière doit être d'un grand poids. Ainsi M. Rufz peut voir qu'un lest de sable fin n'est pas une garantie de salubrité.

D'un autre côté, le temps qui s'écoule entre l'arrivée du navire dans le port et le moment où la fièvre jaune éclate à bord est nécessaire pour l'élaboration et le développement de la cause morbifique, et si plusieurs individus sont, pour ainsi dire, atteints de cette maladie coup sur coup, c'est qu'ils se trouvent également plongés dans le foyer d'infection. Les écrivains qui ont dit que, dans les régions équinoxiales, le désarrimage de la cale d'un navire est une opération dangereuse, ont eu raison. Nous pourrions citer cent exemples où le remuement de la cale a fait éclater une épidémie de fièvre jaune à bord de bâtimens qui jusque là avaient présenté une salubrité remarquable. Aussi le docteur Dickson, ancien médecin en chef de la flotte anglaise dans les Antilles, a-t-il dit, et avec raison, que « de toutes les occupations, celle qu'on doit le plus chercher à éviter, dans les Indes occidentales, c'est le nettoiement d'une cale malpropre (2). »

La doctrine de l'infection, qui repose sur des bases si larges, trouve un solide appui dans les faits qui se sont passés à bord des navires.

Enfin, M. Rufz nous dit que dans ses apparitions la maladie ne suivait pas l'ordre du mouillage des bâtimens. Ce fait, dont on a des milliers d'exemples, est complètement en faveur de l'infection et repousse de la manière la plus complète le système erroné de la contagion. On a vu maintes fois des escadres nombreuses avoir un ou plusieurs bâtimens ravagés par la fièvre jaune, tandis que les autres étaient entièrement exempts de cette maladie, bien qu'ils fussent en libre et complète communication avec ceux qui avaient des malades. Les bâtimens qui, en pareil cas, étaient le théâtre de l'épidémie renfermaient dans leur sein la raison du mal, et c'est une nouvelle preuve que la fièvre jaune ne se développe jamais que sous l'influence de causes locales.

Avant de terminer ces remarques, nous devons appeler l'attention de l'Académie sur un fait d'anatomie pathologique mentionné par M. Rufz, et qui est relatif à la couleur du foie dans la fièvre jaune. Voici pourquoi :

La commission médicale française qui fut envoyée à Gibraltar, en 1828, et qui se composait de MM. Louis, Trousseau et Chervin, n'arriva dans cette place qu'au déclin de l'épidémie, et elle ne put faire que vingt et quelques ouvertures de cadavres. Elle trouva dans toutes le foie d'une couleur jaune, mais avec des nuances variées, et M. Louis conclut de ce fait que, dans la fièvre jaune, cette coloration du foie était « la seule lésion constante, la seule qui ne s'observe dans aucune autre maladie, et par conséquent la seule qui fût caractéristique (3). » D'après cela il attache une très haute importance à cette lésion.

« Supposez, dit-il, qu'à une époque où l'on craint une épidémie, au moment où l'on s'attend à la voir paraître à chaque instant, un individu succombe sans que les symptômes et la marche de la maladie aient été observés, la salubrité publique ne sera-t-elle pas intéressée à ce qu'on sache positivement si l'on a affaire à la maladie épidémique ou à toute autre? Mais ce n'est pas tout, ajoute notre collègue, alors même que les symptômes sont observés, on peut commettre des méprises; c'est ce dont j'ai été témoin (p. citée).

» Une lettre, poursuit M. Louis, que j'ai reçue il y a peu de temps de M. le docteur Rufz, médecin à la Martinique, et dont le talent d'observation est bien connu des lecteurs des Archives, m'apprend que les choses, comme on devait s'y attendre, se sont passées dans l'épidémie de cette colonie de la même manière que dans l'épidémie de Gibraltar. La seule lésion constante a été l'altération de coloration du foie avec une consistance plutôt ferme que romollie. M. Rufz doit incessamment communiquer les résultats de ses observations à l'Académie de médecine. » (P. 73.)

M. Rufz a, en effet, communiqué le résultat de ses observations à l'Académie, et voici comment il s'exprime sur le point dont il s'agit : « Quant au foie, je n'ai trouvé sur trois que deux fois cette coloration jaunâtre

(1) RAPPORT DU CONSEIL DE SANTÉ DE LA MARTINIQUE SUR LES CAUSES PRÉSUMÉES DE LA RÉAPPARITION DE LA FIÈVRE JAUNE AUX ANTILLES. (ANNALES MARITIMES, 1840, t. II, p. 322.)

(2) Un grand nombre d'auteurs ont signalé la mauvaise situation de l'hôpital de St-Pierre. Tels sont entre autres Thibault de Chanvalon, Chisholm, Pinckard, Savaresy, MM. Mourraille et Dupuis. Après avoir parlé de l'endroit où se trouvent les latrines, ce dernier ajoute : « Humidité, infection, courant d'air, tels sont les dangers attachés à cette partie de l'hôpital. »

(1) One of the most prolific sources of foul air and bad Smells in ships has been the putrescent matters absorbed and retained by gravels, sand, and other earthy substances heretofore used for ballast. (DISSERTATION ON THE COMPARATIVE HEALTH OF THE BRITISH NAVY, p. 14.)

(2) Of all occupations, the most desirable to avoid, is that of clearing a foul hold in the West-Indies.

(3) Voyez les ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE, septembre 1839, p. 69.

qui était la lésion principale dans l'épidémie de Gibraltar ; dans l'obs. 8 le foie était rouge, et contenait beaucoup de sang dans ses vaisseaux sans autre altération. »

Ainsi la loi que M. Louis a voulu établir se trouve renversée par le témoignage même qu'il invoque à son appui, et pourtant plusieurs journaux ont placé cette prétendue loi au nombre des découvertes qui ont signalé l'année 1839. Cela prouve qu'il n'est pas prudent de déduire des règles générales de quelques faits particuliers seulement.

Au surplus, nous démontrerons plus tard devant l'Académie, par des faits nombreux recueillis dans les régions équinoxiales, dans l'Amérique du nord et dans le midi de l'Europe :

1° Que la lésion signalée par M. Louis comme constante dans la fièvre jaune manque assez souvent, et qu'il n'est point rare de rencontrer le foie à l'état normal dans cette maladie ;

2° Que cet organe offre assez fréquemment une couleur jaune dans les fièvres rémittentes et dans les fièvres intermittentes des pays chauds, et que par conséquent la lésion anatomique, citée par M. Louis, n'est point *caractéristique* de la fièvre jaune, et que dès lors les inductions que ce médecin en a tirées tombent d'elles-mêmes.

Les remarques que nous avons à présenter sur le traitement de la fièvre jaune seront placées plus convenablement dans la deuxième partie de ce rapport.

(*La suite à un prochain numéro.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

II. REVUE MÉDICALE.

Les numéros d'avril, mai et juin 1842, se composent des mémoires originaux suivants : 1° *Observations de chirurgie* ; par M. Bouchacourt. (La plupart de ces intéressantes observations ont déjà été publiées ou analysées dans la Gazette Médicale.) 2° *Rapport sur une épidémie de dysenterie* ; par M. Mondière. 3° *Nouvelles observations de calculs salivaires suivies d'un essai nosographique sur cette espèce de concrétions* ; par M. Duparcque. 4° *Notice pour servir à l'histoire des hallucinations* ; par M. Blaud. 5° *De la mastication et du choix des alimens dans les dyspepsies* ; par M. Lagasquie. 6° *Mémoire sur les cérébro-spinites qui ont régné en 1840 et 1841 à Avignon, et qu'il a fallu traiter par l'opium* ; par M. Chauffard. 7° *Etude comparative des deux épidémies qui ont régné simultanément à Strasbourg et à Avignon* ; par M. Em. Chauffard. 8° *Réflexions sur l'épidémie d'Avignon et de Strasbourg, considérée, suivant la doctrine hippocratique, comme une fièvre nerveuse avec affection grave du cerveau et de la moelle épinière* ; par M. Cayol. 9° *De la valeur des signes fournis par l'auscultation dans le diagnostic des présentations et positions du fœtus pendant la grossesse et l'accouchement* ; par MM. Devilliers fils et Chailly. (Premier article.) 10° *Note sur l'éclampsie* ; par M. Ant. Danyau. (Cette communication ne contient aucun fait en dehors de ceux que la science possède sur cette grave affection. Dans un des cas que rapporte l'auteur, la mort eut lieu dans l'espace de moins de deux heures. Toujours M. Danyau a considéré la prompte terminaison de l'accouchement comme l'indication la plus urgente à remplir.) 11° *Observation sur une rétention d'urine* ; par M. Deville.

Rapport sur une épidémie de dysenterie qui a régné dans l'arrondissement de Loudun pendant les mois de septembre, octobre et novembre 1841 ; par le docteur Mondière.

Il y a des pays où les maladies épidémiques semblent continuellement se donner rendez-vous. L'arrondissement de Loudun est du nombre de ces contrées, puisque en peu d'années on y a vu régner successivement des épidémies de fièvre typhoïde, de scarlatine, de dysenterie. Heureux encore sont celles de ces contrées qui possèdent un praticien aussi dévoué aux intérêts de l'humanité et de la science que l'auteur de cette communication, connu déjà par tant de travaux d'une utilité réellement pratique. Les quelques notes que nous allons extraire de ce rapport suffisent pour prouver combien les maladies les plus connues gagnent encore à être observées par des hommes indépendans des préjugés.

Etiologie. L'abus des fruits n'a eu aucune influence sur les productions de cette dysenterie ; il y en a très peu dans le pays, où l'on trouve aisance et prospérité, et où il n'y a ni étangs, ni marais, ni manufactures, ni encombrement d'individus sur un même point, toutes circonstances qui ont été souvent le point de départ d'épidémies meurtrières de dysenterie.

Symptômes. La dysenterie s'est offerte sous deux formes, la dysenterie pyrétique et l'apyrétique. La première est de beaucoup la plus grave, et a seule fourni des victimes ; la seconde, bien qu'elle déterminât des selles très nombreuses et de fortes coliques, n'empêchait pas les malades de se livrer à leurs travaux et de manger comme à l'ordinaire.

La mortalité a été d'environ 1 sur 15 malades.

Traitement. Les émissions sanguines n'ont dans aucun cas été évidemment indiquées. Deux sujets chez lesquels M. Mondière avait cru devoir faire des émissions sanguines locales ont succombé et sont les seuls qu'il ait perdus. « Dès lors, dit-il, je renonçai complètement aux évacuations sanguines, et je n'eus qu'à me louer de ma détermination, puisque, à partir de ce moment, je n'ai pas perdu un seul malade. L'opium et ses différentes préparations formèrent la base de tout le traitement et furent souvent combinés aux bains et aux toniques astringens. » A cette médication, l'auteur associait un régime nourrissant, et quelle que fût l'intensité de la fièvre et la fréquence des garderobes sanguinolentes ou non, les malades faisaient usage de potages gras ou maigres, d'œufs, de viande blanche, d'eau de riz mêlée avec partie égale de vin rouge. Pour prouver que cette manière de voir n'était point chez lui le produit d'une idée systématique adoptée à l'avance, M. Mondière annonce que dans cette épidémie l'albumine dont il avait, comme on le sait, généralisé l'emploi dans le traitement de la dysenterie, a été employée sans aucun résultat avantageux.

Nouvelles observations de calculs salivaires, suivies d'un essai nosographique sur cette espèce de concrétions ; par M. Duparcque.

En rassemblant tous les cas de calculs salivaires relatés dans différens ouvrages, M. Duparcque est parvenu à faire une monographie complète de cette intéressante affection, dont il n'existait guère jusqu'ici que des descriptions insuffisantes ou des observations isolées. Avant de reproduire les considérations générales dont se compose la majeure partie de son travail, racontons en peu de mots le fait curieux qui lui en a fourni l'occasion.

Obs. — Une femme de 44 ans éprouvait depuis quelque temps un peu de gêne et de douleur au-dessous de la langue pendant la mastication et la conversation. Tout à coup la douleur devint plus intense et s'accompagna de tuméfaction, d'écartement forcé des mâchoires. Un médecin consulté déclara qu'il existait un cancer sub-lingual avec ulcération commençante.

Effrayée par ce diagnostic, dont on ne lui avait point fait un mystère, la malade vint consulter M. Duparcque. La région sous-mentonnière droite était tuméfiée, sans changement de couleur à la peau ; langue refoulée en haut et en arrière par une tumeur de la région sub-linguale droite dépassant le niveau de l'arcade dentaire inférieure. Sa surface présentait plusieurs aspérités, parmi lesquelles une, plus saillante, était creusée d'une ouverture à bords ulcérés dont le fond blanchâtre rappelait l'apparence des ulcérations cancéreuses ou tuberculeuses. La tumeur était très sensible à la pression. En touchant avec une aiguille le point blanc situé au fond de l'ulcération, M. Duparcque reconnut la présence d'un corps dur, résonnant, un peu mobile. Remarquons que la tumeur occupait le siége habituel de la grenouillette, à la place du conduit de Warthon, et qu'on sentait au-dessous de la membrane buccale une sorte de fluctuation. Il s'arrête à l'idée que c'était un calcul salivaire, dont il remit l'extraction au lendemain. Mais dans la nuit, après avoir beaucoup souffert, la malade ayant senti sous la langue l'impression d'un corps solide et piquant, y porta les doigts, saisit ce corps et l'attira au-dehors sans trop d'efforts. Son extraction fut suivie de l'expulsion de quelques cuillerées de salive mêlée à du pus et à de la mucosité. Toute gêne, toute douleur cessèrent comme par enchantement, et le lendemain la malade pouvait parler facilement.

Le calcul avait 10 lignes de longueur ; il était cylindrique et un peu aplati. Son poids était de 70 centigrammes. L'analyse a montré qu'il était composé de phosphate et de carbonate de chaux et de matière animale.

Voici maintenant les principales considérations auxquelles M. Duparcque se livre sur l'histoire générale de ces concrétions, considérations qui sont toutes appuyées sur l'analyse des cas de ce genre publiés jusqu'ici, au nombre de 60.

Quelles que soient les parties où les calculs salivaires se forment, dans la bouche, autour des dents, dans les glandes parotides ou sub-linguales, ou dans leurs conduits, dans les cryptes muqueux des amygdales, partout l'analyse chimique y a démontré les mêmes élémens. Ce résultat tendrait à prouver que la salive qui est sécrétée, comme on le sait, dans divers points de la surface des voies digestives, y a partout une composition identique.

La concrétion du tartre dans la bouche est une espèce de calcul salivaire qui s'attache surtout aux dents déchaussées, en raison de la rugosité de leur surface, circonstance qui facilite évidemment la déposition des sels de la salive.

Les auteurs rapportent plusieurs cas de calculs tonsillaires. Ces concrétions paraissent avoir séjourné dans les amygdales pendant plus ou moins longtemps, jusqu'à ce qu'une angine tonsillaire, due sans doute à

leur présence, se soit manifestée, et alors ces corps étrangers ont été expulsés avec le pus, par suite de l'ouverture spontanée ou artificielle de l'amygdale ulcérée.

Le nombre des cas de calculs sous-maxillaires ou sub-linguaux l'emporte de beaucoup sur celui des calculs parotidiens; les observations de ces derniers ne dépassent pas six. Cette différence, suivant M. Duparcque, tient surtout à ce que l'écoulement de la salive est plus rapide dans la parotide, favorisé qu'il est par les pressions qu'exercent sur la glande les parties très mobiles entre lesquelles elle se trouve située. L'existence des grenouillettes à l'orifice du canal excréteur des glandes sous-maxillaires indique aussi que la salive y coule plus lentement, et que les sels qu'elle contient ont par conséquent plus de facilité à s'y déposer. (Faisons remarquer en passant que cette dernière considération, sur laquelle M. Duparcque appuie son explication, perdrait beaucoup de sa valeur s'il venait à être démontré que la grenouillette est le plus souvent une tumeur enkystée indépendante du canal de Warthon, comme Fabrice d'Aquapendente le premier l'a dit.) Quant à l'origine de ces calculs, on peut admettre qu'ils se forment tantôt dans le tissu même des glandes salivaires, tantôt dans leur conduit excréteur.

Leur volume est variable; on en a vu de gros comme un noyau d'olive, une baie de laurier, un haricot. Léautaud, chirurgien d'Arles, en a trouvé un du volume d'une grosse noisette et un autre du volume et de la forme d'un œuf de pigeon. Leur forme, généralement allongée et cylindroïde, prouverait qu'ils sont, sinon formés, du moins développés dans les conduits excréteurs. Poreux dans quelques cas, le liquide qui se dépose dans leurs vacuoles s'y altère et exhale une odeur repoussante. La plupart de ces corps étaient libres et flottans dans les canaux excréteurs plus ou moins dilatés, mais on en a aussi trouvé d'enchatonnés et adhérens.

SYMPTÔMES. — Quoiqu'ils ne donnent pas ordinairement lieu à des phénomènes graves, les corps dont il s'agit produisent cependant en général une série d'accidens dont quelques-uns sont assez incommodes. Ainsi, ils s'opposent totalement ou en partie au cours normal de la salive, et parfois le liquide accumulé derrière eux ne s'écoule plus que par regorgement. Son écoulement alors se fait ou augmente surtout pendant la mastication et la dégustation. La pression exercée à l'extérieur ou dans la bouche le rend plus abondant. Du reste, l'excitation continuelle produite par la présence du corps étranger donne lieu à une hypersécrétion salivaire qui constitue parfois un véritable ptyalisme.

La douleur et la tuméfaction des parties environnantes sont des effets ordinaires et faciles à comprendre. L'inflammation peut même se terminer par la formation de pus, et on a vu quelquefois le calcul sortir par l'ouverture que la suppuration lui avait frayée.

On comprend que l'engorgement aigu ou chronique qui entoure ces concrétions ait pu simuler diverses maladies et entraîner des erreurs de diagnostic en apparence extraordinaires. Ainsi, et suivant les cas, on a pu croire avoir affaire à de simples grenouillettes, à des phlegmons, des engorgemens strumeux, une induration glandulaire, une affection cancéreuse même. Les auteurs rapportent des exemples de chacune de ces méprises, et la dernière, la plus surprenante de toutes, a été commise sur le sujet même de l'observation que nous avons rapportée. Un petit stylet introduit par l'ouverture, s'il en existe, suffit pour dissiper tous les doutes. Dans le cas contraire, le palper, ou, s'il était besoin, une ponction exploratrice assureraient le diagnostic.

PRONOSTIC. — Il existe des exemples nombreux de cas où les malades ont gardé un calcul des années entières, sans qu'aucun signe eût accusé son existence. Cependant la nature incommode, sinon bien grave, des symptômes qu'ils entretiennent presque toujours, justifie assurément une opération faite pour les extraire.

TRAITEMENT. — Quatre cas différens peuvent se présenter dans la pratique et forcer de modifier le traitement pour l'adapter aux indications particulières que fournit chacun d'eux.

1° Le calcul se présente à l'ouverture buccale du conduit excréteur, et s'y trouve plus ou moins engagé. On peut alors le faire sortir, ou en comprimant d'arrière en avant sur le canal dans lequel il se trouve logé, ou en le saisissant avec des pinces.

2° Le calcul se présente à l'ouverture du conduit excréteur, mais celle-ci est trop étroite ou le calcul est trop gros, ou il échappe par sa friabilité à l'action de la pince. — Il faut agrandir l'ouverture, en incisant sur le calcul, ou sur une sonde cannelée introduite entre sa surface et la paroi du canal qui le renferme.

3° Le calcul est profondément situé; l'ouverture est occluse. — Dans ce cas, l'incision nécessaire pour le mettre à découvert doit être faite sur le calcul même et par l'intérieur de la bouche.

4° Le calcul est trop profondément situé ou difficilement accessible par la bouche. — Il peut alors être indiqué de faire l'incision sur la peau, surtout si la concrétion paraît proéminer davantage à l'extérieur.

Si le calcul ne s'échappe pas de lui-même après l'incision, on le saisit avec des pinces; et s'il se présente des adhérences, on les détache avec le bistouri. On pourrait encore imiter le procédé ingénieux que M. Maisonneuve employa avec succès dans un cas difficile. Ce chirurgien ne pouvant parvenir à vaincre la résistance qu'opposait le corps étranger, fit, avec un fil de laiton très mince, une anse qu'il glissa, non sans d'assez vives douleurs, à près de 8 centimètres de profondeur, jusque derrière le calcul; il put ainsi l'accrocher et l'entraîner au-dehors. (Voy. GAZ. MÉD., 1839, p. 619.)

NOTE POUR SERVIR A L'HISTOIRE DES HALLUCINATIONS; par le docteur BLAUD.

Cette communication a pour but de combattre la définition qu'a donnée M. Lélut de l'hallucination, et qui a été adoptée et commentée par M. Baillarger dans un travail que nous avons fait connaître ailleurs. (GAZETTE MÉDICALE, année 1842, p. 381.) D'après M. Blaud, cette définition, loin d'être un progrès, serait au contraire une rétrogradation vers le matérialisme, si ce n'est dans la pensée qu'elle renferme, au moins dans les expressions qui la représentent. Nous ne suivrons pas l'auteur dans le développement de cette proposition, à l'appui de laquelle il apporte quelques faits intéressans, et nous nous bornerons à faire connaître les conclusions qu'il tire lui-même de son travail, sans affirmer cependant qu'elles en soient légitimement déduites. M. Blaud pense donc :

1° Qu'une hallucination est une perception sans cause externe, et que la définition qu'en a donnée M. Esquirol est encore la meilleure;

2° Que sa nature est toute spirituelle, et qu'elle est absolument étrangère aux appareils sensitifs, dont l'action est nulle dans sa production;

3° Que l'imagination en est la cause principale, et qu'elle se produit tantôt seule, comme lorsqu'il s'agit d'objets chimériques, et tantôt de la mémoire, lorsqu'elle se compose d'objets déjà perçus;

4° Enfin, qu'elle ne saurait être une transformation de la pensée, puisque la pensée, immatérielle par sa nature, n'a point de forme, et ne peut, par conséquent, se transformer et devenir matérielle, comme la sensation considérée dans l'impression qui la produit.

MÉMOIRES SUR LES CÉRÉBRO-SPINITES, QUI ONT RÉGNÉ EN 1840 ET 1841 A AVIGNON, ET QU'IL A FALLU TRAITER PAR L'OPIUM; par M. CHAUFFARD, médecin de l'hôpital d'Avignon.

ÉTUDES COMPARATIVES DES DEUX ÉPIDÉMIES QUI ONT RÉGNÉ SIMULTANÉMENT A STRASBOURG ET A AVIGNON; par M. CHAUFFARD fils, interne.

RÉFLEXIONS SUR L'ÉPIDÉMIE D'AVIGNON ET DE STRASBOURG, CONSIDÉRÉE, SUIVANT LA DOCTRINE DU VITALISME HIPPOCRATIQUE, COMME UNE FIÈVRE NERVEUSE AVEC AFFECTION GRAVE DU CERVEAU ET DE LA MOELLE ÉPINIÈRE; par M. CAYOL.

A ces titres de trois communications sur le même sujet, nous devrions, si l'ordre des travaux le permettait, ajouter le suivant, qui se trouve dans une autre partie du même numéro : ÉPIDÉMIE DU TYPHUS CONVULSIF ÉPIDÉMIQUE, OBSERVÉE DANS LES PROVINCES MÉRIDIONALES DE L'ITALIE, PENDANT LES ANNÉES 1840 ET 1841, et où il est question de la même maladie qui a sévi à la fois sur divers points de la France, à Strasbourg et à Avignon surtout, et dans plusieurs des provinces méridionales de l'Italie. Il ressort en effet, et de la description de cette dernière épidémie et du rapprochement qu'a fait avec habileté le docteur Devilliers fils entre elle et celles qu'ont observées le docteur Forget, M. Chauffard et d'autres praticiens, sur divers points du sol français, que ces différentes épidémies appartiennent toutes à la même affection; aussi nous contenterons-nous, pour l'historique et la symptomatologie, de renvoyer à la description qu'en a donnée M. Forget, qui, dans cette affection débutant par des accidens si graves, si prononcés, si identiques, et faisant presque autant de victimes que de cas, n'a vu qu'une simple méningite n'offrant rien de spécifique, et ne différant que par le nombre de cas, de la méningite sporadique.

De son côté, le médecin d'Avignon, persuadé par la simultanéité des cas, par leur gravité, par leur résistance presque absolue aux moyens qui, dans les cas ordinaires, sont employés avec succès, que la maladie dépendait d'une cause spécifique bien qu'inconnue, se mit à essayer des diverses médications que l'on oppose d'ordinaire aux phlegmasies les plus intenses. Les antiphlogistiques les plus puissans, les révulsifs, les purgatifs, les vomitifs, les contro-stimulans, les toniques même les plus énergiques, furent employés dans des cas différens et toujours avec le même insuccès; toutes ces méthodes, seules ou combinées, restaient sans efficacité, et les jeunes soldats qui étaient frappés de la maladie au milieu de la santé la plus florissante n'en étaient pas moins foudroyés quelquefois en moins de 48 heures, le plus grand nombre avant la fin du premier septenaire. Cependant M. Chauffard ayant, pour obéir à une indication

particulière chez une petite fille qui présentait les accidens les plus graves de la maladie, administré l'opium, fut tout surpris de remarquer que cette préparation avait éveillé la malade au lieu de l'assoupir, et avait diminué la rétraction et l'endurcissement de la nuque. De nouveaux essais furent faits, et M. Chauffard reconnut que l'opium n'avait point enchaîné les mouvemens de la vie, ni disposé à une lente asphyxie, ni accru l'engorgement cérébral et les symptômes qui en dérivent. De nouveaux faits ne tardèrent pas à confirmer ce premier résultat, et « ce qu'il y a de certain, dit l'auteur lui même, c'est que le jour où l'opium, non employé dans l'épidémie de 1840, dans le commencement de 1841, est mis en avant, la mortalité fléchit, et des cures se font plus nombreuses à mesure que je deviens plus hardi. Il faut donc rapporter à l'introduction de ce remède ce changement. Tout échouait sans lui ; seul il réussit, avec lui tout réussit aussi..... Nous ne comprenions pas d'abord que cet état pathologique pût s'accommoder de doses si extraordinaires d'opium ; nous avions peur de nuire à nos malades..... Comme les jeunes gens qui sont disposés à se prendre pour tout ce qui leur paraît nouveau ou téméraire, mon interne donnait, dès que les malades étaient portés dans les salles, deux ou trois décigrammes d'opium, quelquefois plus, s'ils entraient peu d'heures après ma visite, et dix-huit à vingt heures avant celle qui suivait. Il m'arrivait souvent alors, pour lui donner l'exemple de plus de mesure, de suspendre le remède ou d'en atténuer la dose; j'avais presque toujours tort, et nous y revenions promptement, tant les bons effets en étaient palpables .... Cette diminution de la mortalité ne saurait se rapporter à l'affaiblissement naturel de l'épidémie, puisque celle de 1841 ayant paru dès le mois de décembre 1840, ce fut dans le mois de janvier que je commençai d'administrer l'opium, et que je l'administrais déjà à larges doses dans le mois de février. La violence dans les formes dans la marche, dans le mode subit de l'invasion, était la même que pendant toute l'épidémie du premier mois de 1840, et ne s'adoucit jamais. Depuis 23 ans que je pratique la médecine dans un vaste hôpital, je n'avais rien vu de semblable ni dévié autant de mes principes en fait d'application thérapeutique. »

Telles sont les expressions dont se sert M. Chauffard, en parlant de cette affection d'une nature si grave qui a régné sur tant de points de la France, et aux ravages de laquelle il a pu mettre fin en s'écartant des principes de l'école moderne. Nous regrettons pourtant que, dans l'historique de cette épidémie, il n'ait pas cité le chiffre des malades et des guérisons. Ses affirmations, que nous sommes loin de révoquer en doute, auraient eu une plus grande valeur ; sous ce rapport, le travail de M. Forget offre plus de précision, et pourtant il n'en arrive pas moins aux mêmes résultats que le médecin d'Avignon. Qu'il nous soit permis de citer ici les propres paroles du professeur de Strasbourg, dont on connaît toute la probité scientifique :

« Lorsqu'après avoir combattu, par des antiphlogistiques vigoureux, l'affection à son début, je voyais paraître certain trouble nerveux, j'administrais l'opium, et le plus souvent ces phénomènes fâcheux disparaissaient comme par enchantement. C'est du moins ce qui nous est arrivé quatre fois sur sept.... Ces résultats déroutent un peu les idées classiques que j'avais sur l'opium. Il est si généralement admis (par l'école physiologique seulement) que ce médicament ne convient pas dans les phlegmasies, mais notamment dans celles de l'encéphale!... Nous regrettons que cette inspiration ne nous soit pas venue plus tôt ; ce qui nous eût permis d'en produire des applications nombreuses; mais les rapports de causes à effet ont été si patens que nous, si sceptiques en fait d'innovations thérapeutiques, ne craignons pas de produire nos observations comme l'expression, sinon d'une découverte, au moins d'une rénovation des plus heureuses (1). »

Malgré l'analogie qui se trouve entre les témoignages de MM. Chauffard et Forget, nous devons cependant signaler une grande différence dans leur manière de voir. Le dernier n'emploie l'opium qu'après qu'il a reconnu l'inefficacité des émissions sanguines, et en cela il suit une pratique qui est encore celle de plusieurs célèbres praticiens de l'époque actuelle, qui, dans tous les cas où les antiphlogistiques ou débilitans ont laissé l'organisme dans un état d'éréthisme prononcé, administrent, et avec le plus grand succès, les narcotiques, tandis que la continuation des antiphlogistiques amène promptement de graves accidens et une terminaison funeste; aussi M. Forget a-t-il eu raison de ne pas appeler cette pratique une découverte, puisque c'est à peine une rénovation. M. Chauffard, au contraire, administre l'opium d'emblée, aussitôt que le malade est confié à ses soins, le porte rapidement à la dose de trois, de quatre, de six décigrammes et plus dans les vingt-quatre heures, le continue à des doses variées, mais fort élevées pendant un temps bien long, quelquefois pendant deux mois. Le succès paraît avoir suivi constamment l'emploi de cette méthode dans laquelle les toniques et les sels de quinquina étaient, suivant les indications, associés avec un grand avantage à l'opium. L'efficacité de l'opium, une fois constatée, dit le praticien d'Avignon, j'avais fini, à l'imitation des épidémistes mes prédécesseurs, par le conseiller, dans tous les cas, dès le premier jour, que la fièvre fût de faiblesse ou d'excitation, cérébro-spinale ou gastro-encéphalique, sans presque tenir compte des tempéramens, l'associant très rarement à la saignée et ne la pratiquant que médiocre, le combinant plutôt avec les stimulans diffusibles, avec les toniques fixes.

Nous devons dire, pour compléter l'analyse des documens que contient ce numéro, que dans le traitement opposé par les médecins italiens à la même maladie l'opium employé à haute dose paraît n'avoir été d'aucun secours; un seul d'entre eux reconnaît un remède souverain dans la morphine et non pas dans l'opium, comme il le dit lui-même.

III. JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES.

Dans les cahiers d'avril, mai et juin 1841 se trouvent les articles suivans : 1° *Parallèle entre différentes méthodes de traitement de la lèpre et du psoriasis;* par M. Bremard. 2° *Histoire d'une épidémie de variole;* par M. Guérctin. 3° *Ramollissement chondroïde d'une partie des os de la face et du crâne;* par M. Chambeyron. 4° *Présentation de l'épaule;* par M. Espezel. 5° *Ophthalmie purulente des nouveau-nés ;* par M. Trousseau. 6° *Du strabisme et de son traitement;* par M. Boinet. 7° *Eléphantiasis des Arabes;* par M. Colson. 8° *Maladies de la peau,* cours de M. Gibert et de M. Devergie. 9° *Quelques observations d'asthme intermittent guéri par le sulfate de quinine;* par M. Simon. 10° *Des cancers superficiels qu'on croyait profonds;* par M. Lisfranc. 11° *Vices de conformation héréditaires;* par M. Picard, (Transmission héréditaire d'un vice de conformation des mains et des pieds par diminution du nombre des doigts, d'un bec-de-lièvre double avec division de la voûte et du voile du palais, et d'un ectropion de la paupière supérieure des deux yeux.) 12° *Eloge de M. Huzard;* par M. Pariset.

PARALLÈLE ENTRE DIFFÉRENTES MÉTHODES DE TRAITEMENT DE LA LÈPRE ET DU PSORIASIS; par M. BRÉMARD.

Ce travail ne contient qu'un très court résumé des médications actuellement employées à l'hôpital St-Louis contre la lèpre et le psoriasis, que l'auteur regarde comme deux variétés d'une seule et même maladie, et qu'il désigne sous le nom de *psoriasis.* Les médications employées à l'hôpital St-Louis se réduisent à trois principales : les arsénicaux, les préparations de goudron et l'hydrothérapie. L'auteur établit sur l'emploi de ces divers moyens et sur les modifications qu'on peut leur faire subir quelques donnécs utiles et qui ont été souvent négligées; mais elles ne se prêtent point à l'analyse, et du reste n'offrent rien d'assez nouveau pour que nous les reproduisions ici.

HISTOIRE D'UNE ÉPIDÉMIE DE VARIOLE OBSERVÉE DANS LA COMMUNE DU LION-D'ANGERS (MAINE-ET-LOIRE), EN DÉCEMBRE 1839, JANVIER ET FÉVRIER 1840 ; par le docteur GUÉRETIN.

Le fait le plus intéressant de cette épidémie, c'est son apparition subite dans une commune où, depuis près de trente ans, on n'avait pas vu d'épidémie de cette nature, ni dans le voisinage. Le premier cas fut observé sur une jeune fille de 15 ans, habitant une ferme située près d'une mare, avec ses dix frères et sœurs et ses père et mère. Aussitôt qu'une épidémie est survenue dans la contrée, toujours un ou plusieurs membres de cette famille en ont été atteints. Pendant les deux mois et demi que dura cette épidémie, 54 cas au moins furent observés dans la commune du Lion, qui compte 3,000 âmes, et il paraît que la maladie ne s'étendit pas aux communes voisines. Voici quelques faits généraux qui ne seront pas sans intérêt. La jeune fille qui avait été frappée la première n'avait eu aucune communication probable qui pût expliquer cette apparition subite. Elle avait été vaccinée avec succès aux deux bras, et sa variole, affectant la forme varioloïde, guérit assez rapidement. Quatre autres personnes de la même ferme présentèrent l'éruption, mais avec cette circonstance que le seul chez lequel les caractères de la variole furent prononcés était un garçon âgé de 7 ans, et non vacciné ; les trois autres n'eurent que des varioloïdes; mais tous les autres habitans de la ferme, à l'exception de la mère, furent pendant une semaine, au moins, sans appétit, avec une fièvre vive, sentant leurs membres comme roués, éprouvant des vomissemens, de la céphalgie, etc., et guérirent sans que l'éruption qu'on attendait apparût. Etaient-ce là des cas de *variola sine varioli?* M. Guéretin ne s'explique pas à ce sujet; cependant cette interprétation ne peut pas être admise comme démontrée, car nous lisons, quelques lignes plus bas, que, pendant la durée de cette variole, le nombre des fièvres catar-

(1) GAZETTE MÉDICALE, 1842, n° 15 et suivans.

rhales et des angines avait augmenté sensiblement, et qu'elles survécurent à l'épidémie varioleuse lorsque celle ci eut disparu. Dans cette épidémie, l'époque antérieure de la vaccination n'a pas paru influer sur la marche et les symptômes de l'éruption. Tous ceux qui n'avaient point été vaccinés ont eu de vraies varioles, discrètes ou confluentes, et chez eux, l'âge n'a point paru influer sur la gravité de l'affection. Tous ceux qui avaient été bien vaccinés ont été moins fortement et bien moins longtemps malades. Aucun cas sur les 54 ne s'est terminé d'une manière funeste.

PRÉSENTATION DE L'ÉPAULE; par M. ESPEZEL.

Nous lisons dans la communication de M. Espezel que, deux fois, se trouvant appelé auprès de femmes qui étaient depuis longtemps en travail, il reconnut une présentation de l'épaule. (Dans l'un de ces cas, le bras était sorti.) Ne pouvant pas parvenir à introduire la main, quoique le col fût large et les contractions utérines faibles, il donna le seigle ergoté « plutôt pour l'acquit de sa conscience, dit-il, et pour ne pas rester les bras croisés que dans l'espoir d'arriver à un résultat heureux. » Au bout de quelques heures, l'accouchement se termina naturellement. L'auteur n'était pas présent lorsque l'enfant sortit. Dans les deux cas, il était mort.

Quoique le succès ait deux fois couronné ses tentatives, M. Espezel ne conseille pas pour cela d'ériger en méthode générale la pratique qui lui a réussi, et dont il explique le résultat par une évolution non pas spontanée mais *provoquée*. Nous admettons entièrement cette explication, et nous pensons comme lui que, dans ces cas, c'est par une véritable évolution, soit céphalique soit pelvienne, que l'enfant a pu sortir ; car l'on sait que la mollesse et la flexibilité que le fœtus offre après sa mort augmentent les chances de cette terminaison naturelle. Mais, il faut bien le dire, nous partageons surtout la manière de voir de l'auteur lorsqu'il dit, à propos de l'administration du seigle ergoté, que « dans la généralité des cas, on devra donner la préférence à d'autres moyens plus efficaces et mieux appropriés à la situation des choses. » Cette réserve est fort louable, et l'on ne saurait trop féliciter M. Espezel de ce qu'il cherche à *excuser* ses succès plutôt qu'à généraliser le moyen qui les lui a valus. Cette évolution provoquée, en effet, comme il l'appelle, est un fait exceptionnel qui n'est ni plus probable ni moins dangereux pour l'enfant que l'évolution spontanée elle-même. Or si malgré les conseils opposés de M. Denman, la plupart des accoucheurs français ont aujourd'hui admis pour principe d'introduire la main de prime-abord et de faire la version au lieu d'attendre l'évolution spontanée, évidemment et à plus forte raison le même parti convient ici. Nous disons, *à plus forte raison*, car l'emploi du seigle ergoté serait beaucoup plus périlleux que la simple temporisation, puisqu'il ajouterait et aux chances de mort qui pèsent sur l'enfant, en l'exposant longtemps à l'action compressive de l'utérus, et aux obstacles qui entravent la parturition, en engageant de plus en plus à travers l'orifice du col le coin que représente l'épaule.

En résumé, les deux cas de M. Espezel sont des exemples d'une réussite inespérée, et sur laquelle il serait téméraire et imprudent de compter dans des circonstances semblables.

IV.° L'EXPÉRIENCE.

Les numéros d'avril, mai et juin 1841 renferment les articles suivans : 1° *Introduction à un cours de clinique chirurgicale;* par M. A. Thierry. (M. Thierry a envisagé son sujet d'un point de vue trop général pour qu'il nous soit possible d'analyser ce morceau écrit d'ailleurs avec la manière franche et naturelle qui caractérise l'auteur.) 2° *Fragmens de philosophie médicale (Gall)*; par M. Dubois d'Amiens. 3° *Mémoire sur le traitement de la rupture simple du tendon d'Achille*; par M. Rognetta. (L'auteur n'admet pas les ruptures incomplètes du tendon d'Achille, et pense qu'il suffit, pour guérir cet accident, de maintenir le pied fixé non pas dans l'extension, mais à angle droit sur la jambe.) 4° *Nouvel exemple de pneumo-thorax et réflexions sur cette maladie;* par M. Saussier. 5° *Considérations sur les maladies nerveuses;* par M. Puccinotti d'Urbin. 6° *Observation de rétrécissement valvulaire du rectum;* par M. Demarquay. 7° *Empoisonnement par l'arsenic, consultation médico-légale de M. Flandin.* 8° *Observation de fistule entéro-vésicale;* par M. Tavignot. 9° *Lettre sur la théorie et la thérapeutique des empoisonnemens;* par M. Espezel. 10° *Mémoire sur la voix et la prononciation;* par M. Gerdy. 11° *De la sensation du tact et des sensations cutanées;* par le même.

OBSERVATION DE RÉTRÉCISSEMENT VALVULAIRE DU RECTUM; par M. DEMARQUAY.

Le malade dont il est ici question a déjà fait le sujet d'une leçon clinique dans le concours ouvert pour le remplacement de Sanson, et ce fut M. Bérard qui avait été appelé à formuler son opinion sur le diagnostic de l'affection et le traitement qu'il convenait de lui appliquer. Il sera donc intéressant pour le lecteur de connaître la fin d'une histoire si bien ébauchée à cette époque par l'honorable candidat ; et nous revenons sur ce fait avec d'autant plus d'empressement que ce sera pour nous une occasion de rectifier certaines allégations pour le moins erronées, accréditées lors du concours, par un des organes de la presse médicale, contre le chirurgien chargé du traitement.

OBS. — Nous n'avons à prendre le malade qu'au moment de l'opération, renvoyant pour les détails antérieurs à la leçon de M. le professeur A. Bérard (GAZ. MÉD., 1842, p. 285). Ce fut deux jours après la leçon de clinique dont il avait été le sujet que le malade fut pris de vomissemens stercoraux assez abondans ; le ventre était tendu et douloureux, la face grippée, le pouls petit, à 120. M. Breschet se décida alors à faire une légère incision, en introduisant le doigt jusque dans l'anneau valvulaire que présentait le rectum, et portant ensuite sur sa pulpe un bistouri herniaire. Quelques matières ainsi que les lavemens sortirent par l'anus après l'opération. Dans la nuit suivante, il y eut encore des vomissemens stercoraux. Le lendemain matin, une débacle a lieu, de manière à remplir deux bassins de matières liquides et mêlées à d'autres dures et grosses comme des noix. A la suite de cette débacle, le malade mourut.

AUTOPSIE faite en présence de MM. Breschet, Bérard, Amussat, Vidal de Cassis, etc.

Le péritoine ne contenait qu'une faible quantité de sérosité roussâtre. Cette membrane paraissait assez vivement enflammée; quelques anses intestinales étaient réunies au moyen de fausses membranes très ténues. L'intestin grêle vivement injecté était rempli de matières liquides et de gaz. La partie inférieure de l'S iliaque était développée et remplissait une partie du bassin. Le rétrécissement était loin d'offrir au doigt qui cherchait à le traverser la même résistance que pendant la vie. Il existait à la partie supérieure du rectum une petite perforation qui conduisait dans le péritoine ; mais en mettant les parties à découvert, on s'assura bien que l'incision faite par M. Breschet se trouvait *en avant et un peu à gauche*, et qu'elle ne comprenait *que la membrane muqueuse*, tandis que la perforation se trouvait à 1 centimètre au-dessus de la partie opérée et plus en arrière, en un mot, en dehors de la portée du bistouri herniaire.

Le rétrécissement était formé par la muqueuse qui offrait en ce point un repli d'une ligne environ. Après avoir disséqué cette membrane, on trouva un cercle de fibres musculaire épais en arrière et latéralement ; mais en avant, ces fibres semblaient converties en un tissu fibreux, assez dense et inextensible.

OBSERVATION DE FISTULE ENTÉRO-VÉSICALE ; par M. TAVIGNOT.

OBS. — Le sujet de cette observation est un homme de 63 ans qui sentait, depuis 18 mois avant son entrée à l'hôpital, des douleurs lancinantes et brûlantes dans la région de l'anus. Les garderobes étaient devenues de plus en plus difficiles, et l'amaigrissement avait fait des progrès rapides. Le doigt rencontrait, dans le rectum, à la profondeur de 6 à 7 centimètres, une tuméfaction en forme de champignon. Quinze jours environ avant sa mort, le malade s'aperçut qu'il rendait une sorte de bouillie noirâtre mélangée avec ses urines. Il s'aperçut aussi, à la fin de l'excrétion urinaire, de l'issue par l'urètre de plusieurs bulles de gaz tantôt inodores, tantôt très fétides. En même temps, il se forma autour du méat urinaire une escarre brunâtre avec tuméfaction œdémateuse du prépuce, laquelle finit par se détacher. La partie éliminée avait une étendue de 12 centimètres environ.

A L'AUTOPSIE, on trouva l'S iliaque adhérente par sa face postérieure avec une masse encéphaloïde ramollie et convertie dans certains points en un détritus noirâtre. Cette cavité creusée au centre même de la tumeur par les progrès de sa dégénérescence communiquait par deux ouvertures, d'un côté avec l'extrémité inférieure de l'S iliaque au moyen d'une solution de continuité de 3 centimètres de largeur, de l'autre avec la vessie dont la face postérieure offrait une perforation du diamètre d'une pièce de 50 cent. Injection arborescente du bas-fond de la vessie, laquelle présente partout ailleurs son aspect normal. Hypertrophie notable des lobes latéraux de la prostate et de la luette vésicale.

Nous ne pouvons, au sujet de cette observation, que renvoyer le lecteur à l'analyse que nous avons précédemment donnée d'un cas semblable publié par M. Hingeston (v. GAZ. MÉD., 1842, p. 345), et à l'occasion duquel nous rappelâmes l'existence de deux autres faits de ce genre dont un publié par M. Léon Husson. Le fait de M. Tavignot présente surtout de l'intérêt par l'inflammation gangréneuse de l'urètre qui fut due sans doute au contact des matières fécales sur la membrane muqueuse de ce canal.

V. ANNALES DE LA CHIRURGIE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

Les numéros d'avril, mai et juin 1841 contiennent les mémoires originaux suivans : 1° *Du strabisme;* par M. Velpeau. 2° *Lettre sur les ganglions;* par M. Marchal. (Analyse bien faite des diverses notions et des moyens de traitement que la science possède sur cette maladie). 3° *Du siége de l'étranglement dans les hernies;* par M. Sédillot. 4° *Quelques mots sur une luxation incomplète de l'extrémité supérieure du radius, commune chez les enfans en bas-âge;* par M. Goyrand. 5° *Sur l'infection purulente;* par M. Marchal. (Analyse critique de la thèse de M. F. d'Arcet, dont nous avons donné un compte-rendu détaillé dans la GAZ.

MÉD. du 30 juillet 1842, p. 494). 6° *Du siége de l'étranglement dans les hernies*; par M. Malgaigne; suivie de réflexions par M. Marchal. (Discussion du mémoire de M. Sédillot, ci-dessus indiqué.)

DU SIÉGE DE L'ÉTRANGLEMENT DANS LES HERNIES; par M. SÉDILLOT.

Quoique la question du siége, précis de l'étranglement herniaire ait été discutée presque jusqu'à satiété dans les colonnes de la GAZETTE MÉDICALE, et que nos lecteurs doivent être maintenant à peu près édifiés sur la nature de la solution que les faits commandent de lui donner, le mémoire de M. Sédillot contient cependant une observation, qu'il nous semble intéressant de reproduire, soit à cause de l'autorité sous le patronage de laquelle elle paraît, et de l'exactitude de ses détails, soit parce que, ayant été critiquée depuis par M. Malgaigne, l'examen contradictoire du même cas, fait par les deux antagonistes, fournira à la question un complément précieux de lumières.

OBS. — Une femme de 23 ans, ayant été prise de vomissemens, on reconnut une hernie crurale étranglée. Les vomissemens continuant, devenant même stercoraux, la constipation étant opiniâtre, le ventre très sensible, on l'opéra six jours après le début des accidens.

M. Sédillot tomba d'abord dans une poche lisse, remplie de liquide, et qu'il prit pour le sac herniaire. Le doigt, porté en haut à son orifice, rencontra un étranglement très serré, qui permettait à peine à l'ongle de l'indicateur d'y être introduit. On fit alors trois débridemens, l'un sur l'arcade crurale, le second sur la même partie, mais un peu plus en dedans, le troisième sur le ligament de Gimbernat. Comme le doigt, qui dès-lors put traverser l'orifice, ne parvint pas dans l'abdomen, M. Sédillot reconnut que le sac n'avait pas été ouvert. Celui-ci finit par se rompre de lui-même dans un point de sa paroi externe où il était gangrené, et des matières stercorales sortirent aussitôt, annonçant une perforation déjà ancienne de l'intestin. On laissa les parties dans le même état, et la malade, reportée à son lit, mourut une heure environ après l'opération.

AUTOPSIE. — L'anse intestinale herniée était réduite et appliquée en arrière de l'ouverture du canal crural. Elle avait 21 millimètres de hauteur, et présentait à son extrémité une perforation de 12 millimètres de largeur. Un sillon circulaire, indiquant le point où avait porté l'étranglement, avait tellement rétréci le diamètre intestinal, que l'extrémité du doigt ne pouvait y être engagée.

On reconnut que trois doigts au moins pouvaient être facilement introduits dans le collet du sac herniaire, soit de dedans en dehors, soit de dehors en dedans. La portion de péritoine appartenant au collet ou plutôt à l'orifice herniaire était lisse dans la plus grand partie de son contour et plissée particulièrement du côté externe. Les plis disparaissaient quand on distendait l'orifice du sac.

On rechercha ensuite par quel point la hernie était sortie, et l'on reconnut qu'elle s'était fait jour immédiatement au dessous de l'arcade crurale, à 2 centimètres au-dessus de la terminaison de la veine saphène. Celle-ci s'ouvrait dans la fémorale à la manière ordinaire, en traversant le feuillet superficiel du fascia-lata. Ce fascia était criblé d'assez larges ouvertures; l'orifice externe de la hernie était très large, sans aucun étranglement, et le fascia ne paraissait avoir fait éprouver aucune constriction aux parties herniées. Le péritoine du sac détaché avec soin des parties sous-jacentes fut trouvé intact, et l'on s'assura qu'il ne présentait à sa face profonde ni épaississement, ni induration, ni plissemens permanens, ni doublure sous forme de bride circulaire. Il fut bien évident que le péritoine n'avait pas été ouvert en débridant l'anneau. On retrouva d'ailleurs sur le ligament de Gimbernat et sur l'arcade crurale les traces de trois incisions pratiquées pendant l'opération.

Par un bonheur jusqu'ici peu commun, et sans doute aussi parce que son attention avait été fixée sur ce point par les récentes controverses qu'a soulevées la question des étranglemens herniaires, M. Sédillot a pu réunir dans cette observation toutes les circonstances capables de résoudre les doutes émis par M. Malgaigne. Résumons les en deux mots: la hernie était manifestement étranglée; l'orifice du sac large et plus large que l'intestin; son collet dépourvu de cercle fibreux; l'autopsie a démontré qu'il était demeuré intact pendant l'opération; et la dissection rendue plus facile et plus concluante par l'époque prématurée de la mort est venue démontrer que le siége de l'étranglement était bien dans l'anneau crural proprement dit. A coup sûr, voilà groupées dans un seul fait toutes les conditions que peut exiger l'esprit le plus sceptique, et elles sont sans doute de nature à satisfaire la juste exigence de nos lecteurs.

Il en est un cependant que nous devons excepter. M. Malgaigne, qui a ses raisons pour être sur ce chapitre plus difficile à persuader que qui que ce soit, a cherché à battre en brèche cette observation, comme il l'avait fait déjà de tous les faits que lui avaient opposés MM. Velpeau et Diday. Nous rapportons son argumentation; si elle n'est pas de nature à faire avancer beaucoup la discussion scientifique, elle contribuera peut-être néanmoins indirectement à la terminer, en éclairant le public sur les dispositions d'esprit dans lesquelles on la soutient de part et d'autre. « Quant à la dernière observation de M. Sédillot, dit M. Malgaigne, qui est complétée par l'autopsie, elle offre ceci d'étrange que, après l'autopsie même, M. Sédillot ne paraît pas se douter à quelle sorte d'étranglement il a eu affaire. Pour quiconque lira cette observation avec soin, il ne restera aucun doute que la hernie était étranglée par une ouverture du fascia cribriforme. M. Sédillot aime mieux qu'elle l'ait été par l'anneau crural. Une hernie intestinale, *de 24 millimètres de hauteur*, étranglée par l'anneau! ceci est une autre découverte.... »

Ainsi, comme l'a remarqué M. Marchal, en répondant à cette critique de M. Malgaigne: « M. Malgaigne, qui n'a point vu, dit à celui qui a vu de ses yeux et touché de sa main: vous vous trompez; il vous plaît de dire que c'était l'anneau crural qui étranglait; mais tous ceux qui vous liront, diront que c'était une ouverture du fascia cribriforme. Mais, M. Malgaigne, l'arcade crurale et le ligament de Gimbernat concourent-ils, oui ou non, à former le pourtour de l'anneau crural; et quand l'étranglement a lieu dans l'ouverture qu'ils circonscrivent, est-il donc possible d'attribuer cet étranglement à une autre ouverture que l'anneau crural? Quant à l'argument que M. Malgaigne tire de ce que la hernie n'avait que 24 millimètres de hauteur, nous avouons que nous ne le comprenons pas. »

Nous sommes, quant à nous, absolument comme M. Marchal: nous ne comprenons pas non plus, M. Malgaigne sentira qu'il y a là une explication à donner, et ne voudra pas laisser croire qu'il a spéculé pour défendre sa cause sur la puissance de l'incompris, si grande de nos jours.

QUELQUES MOTS SUR UNE LUXATION INCOMPLÈTE DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DU RADIUS, COMMUNE CHEZ LES ENFANS EN BAS AGE; par M. GOYRAND.

Nos lecteurs se souviennent sans doute de l'excellent travail publié en 1837 dans la GAZETTE MÉDICALE (voir page 115), par M. Goyrand, sur les luxations incomplètes du radius en avant, qui surviennent si fréquemment chez les enfans. M. Goyrand rappelle ici que, sept mois après la publication de son travail, parut un mémoire de M. Gardener, analysé dans la GAZETTE MÉDICALE (voir 1837, page 664) où l'auteur attribuait l'accident en question à un glissement de l'apophyse bicipitale du radius sous le bord correspondant du cubitus. Plus tard, M. Rendu (voir la GAZ. MÉD. 1841, page 301), adopta la même opinion, en lui donnant l'appui de nouveaux faits et de considérations anatomiques d'une grande valeur.

M. Goyrand combat cette manière de voir et persiste à penser que le déplacement dont il s'agit est bien réellement une luxation très-incomplète de la tête du radius. Pour repousser l'explication de MM. Gardener et Rendu, il s'appuie sur les trois considérations suivantes:

1° J'ai disséqué avec soin, dit-il, l'avant bras d'un grand nombre de cadavres de jeunes enfans, et, chez tous, l'espace inter-osseux était trop large pour que la tubérosité bicipitale du radius pût, dans une forte pronation, toucher le bord correspondant du cubitus;

2° La pronation, dans ce déplacement, n'est pas aussi forcée qu'elle le serait, si la tubérosité bicipitale du radius était engagée sous le bord externe du cubitus.

3° Enfin, chez deux enfans présentant ce déplacement, j'ai ramené la main en supination sans faire l'extension, et la réduction n'a pas eu lieu.

Après avoir rapporté textuellement les argumens de M. Goyrand, il nous reste à lui faire remarquer que M. Rendu n'avait émis son opinion qu'avec beaucoup de réserve, et en se demandant si, lorsque la tubérosité bicipitale *offre plus de volume* qu'elle n'en a habituellement.... avec le concours de certaines dispositions anatomiques que *ne présentent pas également tous les enfans*, l'accident ne pourrait pas être rapporté au passage à travers l'espace interrompu de cette tubérosité retenue par le bord externe du cubitus. Nous pensons que cette explication satisfera également les deux adversaires en montrant à M. Goyrand que M. Rendu ne professe point une opinion aussi exclusive qu'il avait paru le supposer.

VI. L'EXAMINATEUR MÉDICAL.

Les numéros d'avril, mai et juin contiennent les travaux originaux suivans: 1° *De l'inoculation appliquée à l'étude des maladies vénériennes*; par M. Veyne. (Réponse au mémoire de M. Gastelnau, dont nous avons déjà fait une analyse critique très détaillée, GAZ. MÉD., 1841, n° 33. Le travail de M. Veyne est, d'ailleurs, celui d'un esprit aussi judicieux dans ses convictions qu'habile à les faire partager.) 2° *Exostose pédiculée du fémur, enlevée par une nouvelle méthode*; par M. Maunoury. 3° *Réponse au mémoire de M. Hatin, intitulé*: RECHERCHES SUR LA PARTIE BLANCHE DU SANG, APPELÉE COMMUNÉMENT FIBRINE; par MM. Andral et Gavarret. 4° *Des dermopathies de la région sacrée dans la collection de symptômes dite fièvre typhoïde*; par M. Piorry. 5° *Lettre à MM. Andral et Gavarret au sujet de la fibrine du sang*; par M. Hatin. 6° *Note sur un cas remarquable de rétention d'urine*; par M. Pétrequin. (On trouva à l'autopsie une inflammation du tissu cellulaire, placé devant la vessie; le péritoine de cette région était enflammé et descendait jusqu'à six ou sept lignes du pubis. Cette circonstance aurait pu amener une perforation du péritoine, si la ponction hypogastrique

avait été jugée nécessaire, et si on l'avait pratiquée au point indiqué comme lieu d'élection par beaucoup d'auteurs. La vessie contenait un peu de liquide). 7° *Études sur les doctrines médicales de J. Hunter*; par M. J. P. Tessier.

EXOSTOSE PÉDICULÉE DU FÉMUR, ENLEVÉE PAR UNE NOUVELLE MÉTHODE; par M. MAUNOURY.

L'observation dont il est ici question remonte au mois d'octobre 1840. Elle est surtout remarquable à cause du mode opératoire employé par M. Roux, et qu'on pourrait à quelques égard appeler sous-cutané.

OBS. — Un jeune homme de 17 ans portait à la région interne et inférieure de la cuisse une tumeur du volume d'une grosse noix, dure, mate, arrondie et pédiculée. On reconnut qu'elle était adhérente à l'os, située au-devant du muscle couturier et recouverte par la portion interne du triceps.

Les progrès de cette tumeur étaient très sensibles depuis quelque temps; en outre elle gênait la marche en frôlant très souvent la cuisse du côté opposé. Ces raisons déterminèrent le malade à se faire opérer. La conformation pédiculée de l'exostose était très avantageuse pour la résection ; mais comme la synoviale du genou pouvait fort bien s'élever jusqu'au niveau du pédicule, et qu'on devait s'attendre à des accidens fort graves, si on l'incisait et que l'air vînt à y pénétrer, M. Roux s'arrêta au procédé opératoire suivant :

La jambe étant placée dans la demi-flexion, deux incisions longitudinales furent faites, l'une en avant, l'autre en arrière de la tumeur. Une grande aiguille à large courbure, et armée d'un fil, fut introduite par une de ces incisions pour ressortir par la seconde ouverture. De cette manière, M. Roux fit traverser la scie à chaînettes, en rasant le pédicule inférieurement ; puis il la monta sur un arbre de scie ordinaire, ce qui permettait de relâcher et de tendre cette scie à volonté. La tumeur fut sciée en rasant le fémur sans aucun obstacle ; sa mobilité et son défaut d'adhérence au milieu des muscles qui la recouvraient permirent de l'extraire avec la plus grande facilité par l'incision antérieure, au moyen d'une pince à polypes. La plaie fut réunie par première intention.

La guérison eut lieu non sans quelques accidens.

VII. JOURNAL DE PHARMACIE.

MOYEN DE RENDRE PLUS SURS ET PLUS FACILES LA CONSERVATION ET L'EMPLOI DE LA PIERRE INFERNALE (AZOTATE D'ARGENT) ; par M. le professeur DUMÉRIL.

On conserve ordinairement dans les officines les petits cylindres de pierre infernale, lorsqu'il sont sortis de la lingotière, en les introduisant dans un flacon bien bouché, en les tenant séparés les uns des autres par des semences de lin ou de coriandre pour les préserver de l'action de la lumière, de l'air et de l'humidité. Comme ces cylindres d'azotate d'argent fondu n'ont pas été moulés constamment au même degré de fusion, lorsqu'il est resté trop d'acide dans la matière, elle se cristallise dans le moule, par stries rayonnantes, et malheureusement alors les cylindres sont friables, très cassans, par cela même fort difficiles à fixer entre les mors du porte-crayon. Si on leur donne plus de grosseur, il faut les tailler pour les introduire dans l'étui métallique et souvent on les casse; s'ils sont trop grêles, ils se brisent au moindre effort. Dans tous les cas, il n'est pas facile de les tailler, de les râcler, pour les adapter aux surfaces sur lesquelles on désire que le caustique agisse, tantôt sur un point seulement ou sur une ligne comme un crayon aiguisé, tantôt sur une partie plate ou sur toute l'étendue d'un large ulcère.

A l'aide du petit perfectionnement que j'indique, j'obtiens tous ces avantages. Il consiste à faire fondre au feu, ou à dissoudre dans l'alcool pur, de très bonne cire à cacheter, dite des graveurs, qui contient beaucoup de gomme laque; j'y fais tremper, en me servant d'une pince à anneaux, les cylindres ou tablettes dont je puis faire varier beaucoup les dimensions, ou point de n'en avoir que des gouttelettes. La matière de la laque s'y applique parfaitement, elle les recouvre en entier; elle y adhère de toutes parts et très fortement, comme un vernis inaltérable à l'air et dont la surface est très lisse et imperméable à l'humidité.

Cette pierre infernale peut alors être touchée impunément; elle ne tache pas les doigts; elle a pris une très grande solidité par son enveloppe. Elle résiste à la pression du porte-crayon qu'elle n'attaque plus. On peut la découvrir, et au besoin seulement, lorsqu'on veut l'employer, à l'aide d'un grattoir ou de lame de couteau, dans une étendue limitée à volonté, pour la mettre en contact, sans aucun inconvénient sur les aphthes, les fissures, les pustules et sur les surfaces ulcérées que l'on a l'intention de cautériser ou dont on désire modifier la nature, en ménageant les parties voisines qui se trouvent ainsi préservées au moyen de la couche mince du vernis qui recouvre les autres points du caustique.

Le grand avantage que je trouve à cette sorte de préparation, c'est que je peux fixer solidement le nitrate et le porter, l'insinuer sans danger à une assez grande distance dans la gorge ou dans les autres cavités. J'emploie pour cela une latte en bois, ou un manche grêle et solide dont les peintres se servent pour porter leurs pinceaux; je fixe à l'un des bouts de cette latte un bourrelet de cire à cacheter bien chaude, et sur cette cire ramollie, je fais enchatonner obliquement, ou en travers, soit une des plaques, soit un cylindre de nitrate d'argent vernis, et quand le tout est refroidi et seulement au besoin, je mets à découvert, en la grattant, la portion de surface du caustique que je crois nécessaire de mettre à nu. Par ce procédé, je ne crains pas que l'humidité fasse détacher la pierre de son chaton, car elle ne se mouille pas et elle n'agit absolument que sur les points où j'ai cru nécessaire d'opérer la cautérisation.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 26 SEPTEMBRE.

HÉMATURIE VÉSICALE.

M. LEROY D'ETIOLLES répond que c'est sans fondemens que M. Mercier prétend substituer la sonde à double courant pour l'extraction des caillots sanguins de la vessie à la méthode qu'il a proposée, et qui est appuyée sur des faits.

CIRCULATION BILIAIRE.

M. AMUSSAT lit un mémoire intitulé : QUELQUES CONSIDÉRATIONS NOUVELLES SUR LE MÉCANISME DU COURS DE LA BILE DANS LES CANAUX BILIAIRES.

Dans ce mémoire, M. Amussat développe l'idée qu'il avait émise en 1824, sur la cause du phénomène de l'ascension de la bile, du canal cholédoque dans la vésicule biliaire; cette cause lui paraît exister, d'une part, dans l'étroitesse de l'orifice duodénal du canal cholédoque ; d'autre part, dans la disposition en spirale des valvules contenues dans le canal cystique chez l'homme et chez le singe seulement. M. Amussat cherche ensuite à prouver qu'on a nié à tort l'existence d'une tunique musculeuse dans la vésicule biliaire. C'est surtout, dit-il, dans les cas d'hypertrophie de cette poche par suite de calculs ayant obstrué le canal cholédoque, qu'on reconnaît manifestement des fibres musculaires; car alors elles font saillie sous la muqueuse et donnent à l'intérieur de la vésicule un aspect semblable à celui d'une vessie urinaire à colonnes.

L'appareil biliaire a été étudié par M. Amussat sur un grand nombre d'animaux. Nous n'en citerons que quelques-uns. Chez le chat, on trouve également, dit-il, des espèces de valvules dans le canal cystique, mais elles sont formées par des éperons correspondans aux angles rentrans placés entre les bosselures extérieures du canal qui est replié plusieurs fois sur lui-même. Chez le bœuf, le mouton, le cochon, etc., il n'existe pas de valvules cystiques; quelques autres animaux, le cheval, l'âne, le cerf, etc., n'ont pas de vésicule biliaire, les canaux hépatiques se réunissent en un tronc commun qui va s'ouvrir dans le duodénum par un orifice étroit comparativement à la capacité du canal. Enfin, M. Amussat termine la lecture de son travail, par les conclusions suivantes :

1° Que la vésicule et les canaux biliaires sont pourvus de fibres charnues, et que cet appareil se vide non seulement par la pression qu'exercent sur lui les organes voisins, mais probablement aussi par une action propre et particulière à tous les réservoirs et canaux contractiles.

2° Que la véritable disposition des valvules cystiques, qui n'existent que chez l'homme et le singe, est en spirale ou en hélice plus ou moins régulière. Cette disposition indiquée déjà par Ruisch, mais oubliée depuis, me paraît avoir le double usage de favoriser l'ascension de la bile dans la vésicule et d'empêcher la sortie trop brusque de ce liquide.

3° Que l'orifice du canal cholédoque dans l'intestin, par son étroitesse comparée à la capacité du canal, est la cause physique qui force la bile à remonter dans la vésicule biliaire. C'est encore un fait de plus qui prouve que les phénomènes physiques jouent un grand rôle dans les fonctions de nos organes.

4° Que la véritable situation de l'appareil biliaire, l'homme étant debout, ne permet pas, que dans l'état de vacuité de l'estomac et des intestins, la bile puisse arriver, par son propre poids, dans la vésicule, comme on l'avait supposé sans vérifier le fait.

5° Que chez tous les animaux dépourvus de canaux hépato-cystiques, la bile remonte contre son propre poids dans la vésicule, et, comme je l'ai déjà dit, c'est par la disposition physique de l'orifice duodénal du canal cholédoque que ce phénomène a lieu.

6° Que l'anatomie comparée confirme complètement le résultat de mes recherches sur l'homme et montre surtout que, par des moyens variés, la nature, sur les différentes espèces d'animaux, peut atteindre le même but. Ainsi sur les quadrupèdes, la disposition de l'appareil biliaire est telle, que la bile doit toujours remonter contre son propre poids comme sur l'homme pour refluer dans la vésicule. Ce fait a été vérifié sur plusieurs animaux en présence de M. de Blainville qui a eu la bonté de m'encourager à poursuivre ce travail.

7° Que les expériences sur les animaux vivans prouvent qu'on ne peut faire contracter la vésicule comme la vessie urinaire par aucun moyen. Cependant elle se contracte ou se resserre évidemment, puisqu'elle se vide en peu de temps, mais d'une manière insensible, sous les yeux de l'expérimentateur, comme nous l'avons constaté plusieurs fois avec M. Magendie. Les canaux biliaires, au contraire, se contractent très visiblement sur les oiseaux et plus fortement même que les intestins. L'orifice du canal cholédoque est très petit et la bile coule goutte à goutte comme distillée et projetée sur quelques oiseaux.

8° Que la médecine pourra, je l'espère, tirer quelques lumières de la démonstration du fait physiologique établi dans ce mémoire, mais ce sera par de nouvelles recherches d'anatomie pathologique, fondées sur la disposition normale de la terminaison du cholédoque.

9° Enfin, je terminerai en avouant que le résultat de mes recherches n'a pas été aussi heureux pour les conduits de la bile que pour ceux de l'urine. Ici la disposition des canaux ne permet pas la lithotritie, et je ne prévois pas les déductions pratiques que la chirurgie pourra en tirer. Sous ce rapport ce travail fait

exception à mes autres travaux d'anatomie, de physiologie et d'expérimentation qui ont servi à résoudre quelques questions importantes de chirurgie. Ainsi c'est par l'anatomie chirurgicale de l'urètre et de la vessie que j'ai été conduit à la lithotritie; c'est par l'expérimentation que j'ai trouvé la torsion des artères et démontré la possibilité de l'introduction spontanée de l'air dans les veines; et c'est par des recherches d'anatomie et d'anatomie pathologique que j'ai démontré la possibilité d'établir un anus artificiel dans les régions lombaires sans ouvrir le péritoine.

Néanmoins si l'on réfléchit que, dans les sciences, les applications utiles des faits nouvellement constatés n'ont souvent suivi que de loin leur découverte, ce travail physiologique pourra obtenir, je l'espère, l'assentiment de l'Académie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 27 SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BARTHÉLEMY.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

EAUX MINÉRALES.

M. HENRY fait un rapport, demandé par M. le ministre, sur les eaux sulfureuses de Châles, près de Chambéry, en Savoie. Ces eaux, que M. Henry est allé analyser à la source même, lui paraissent analogues à celles d'Enghien et d'Uriage. En conséquence, il propose à l'Académie de répondre à M. le ministre qu'elle ne voit aucun obstacle à ce que la vente et l'emploi des eaux de Châles soient autorisés.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

IVRESSE.

M. GAULTIER DE CLAUBRY lit un rapport sur un mémoire de M. Théodore Guibert, intitulé : DE L'IVRESSE CONSIDÉRÉE DANS SES RAPPORTS PHYSIOLOGIQUES ET PARTICULIÈREMENT DANS SES RAPPORTS AVEC LA PHRÉNOLOGIE.

L'auteur énumère d'abord les influences morales de l'ivresse sur les individus adonnés à ce vice dégradant; puis, sans avoir rien indiqué qui ne soit déjà bien connu, il passe à l'examen de l'ivresse sous le rapport phrénologique. Enfin, il termine son mémoire en parlant d'une faculté nouvelle qu'il a découverte chez les ivrognes, mais dont il s'abstiendra de parler. Laissons-lui son secret, dit M. Gaultier de Claubry, et disons qu'il est inconvenant à un médecin, plus qu'à tout autre, d'envoyer à une société savante un mémoire n'ayant pas la moindre importance, et dans lequel on annonce une prétendue découverte qu'on ne veut pas faire connaître. Malgré tout ce qu'il y a eu de fastidieux, continue M. le rapporteur, à nous occuper d'un pareil travail, nous avons cru qu'il était de notre devoir d'en entretenir l'Académie, et de le faire apprécier à sa juste valeur. Or, la seule conclusion possible de notre rapport est de déposer le mémoire de M. Guibert dans les archives de l'Académie.

Les conclusions sont adoptées.

TEXTURE DES TISSUS.

M. ROCHOUX termine la lecture de son mémoire sur la texture des tissus, par l'examen microscopique des cheveux et des poils.

M. CASTEL a vu, comme M. Rochoux, des cheveux devenus blancs redevenir noirs. Il explique d'ailleurs, par un défaut de nutrition, pourquoi les cheveux blanchissent souvent chez des malades ou chez des individus soumis à des influences morales très vives.

M. GERDY : M. Rochoux a dit, lorsqu'il s'est occupé du tissu musculaire, qu'on ne pouvait pas suivre les fibres du cœur dans une étendue de plus d'un centième de millimètre. Il semblerait résulter de ces remarques microscopiques que les yeux ne servent plus qu'à tromper, et qu'il n'est pas possible de saisir la loi de la direction des fibres musculaires de certains organes, tels que le cœur, la langue, l'utérus, etc. Cependant, avec un peu de soin et d'attention, il est facile de suivre l'entrelacement des fibres de ces organes, et de voir qu'elles ont constamment des directions déterminées. M. Rochoux a dit aussi que j'avais décrit des plans dans les fibres charnues du cœur; cela n'est pas exact, car je sais qu'il n'est pas possible de procéder ainsi dans l'examen de la structure du cœur. Je prie donc M. Rochoux de ne pas me comprendre parmi les anatomistes qu'il a cités, comme ayant parlé des plans musculaires du cœur.

Relativement à la vision, M. Rochoux pense que, chez les mouches qui ont plusieurs yeux, les axes visuels restent pourtant parallèles. Je ne puis partager cette opinion, car il n'y a jamais chez ces insectes uniformité dans les directions des axes visuels, et ils ne peuvent percevoir qu'avec un seul œil. Il en est de même chez l'homme; nos deux yeux ne voient jamais les objets de la même manière, et cependant il y a unité de perception; il n'y a pourtant qu'une seule image, bien que nous en voyions deux. Cela tient à ce que l'attention s'occupe d'une des deux images et néglige l'autre. J'ai démontré qu'en voulant regarder avec les deux yeux il y avait toujours de la confusion. Il en est de même de l'ouïe. Il en est de même de la pensée, nous ne pouvons penser à deux choses en même temps, et si on croit qu'il en est quelquefois ainsi, c'est que la rapidité des pensées fait oublier qu'on a négligé un instant l'une pour s'occuper de l'autre.

M. ROCHOUX : Quant à la vision des mouches, je ne m'en occuperai pas. Mais, pour l'homme, je dirai qu'en louchant on voit les objets doubles, on voit deux images; que la coïncidence des axes visuels se rétablisse, on verra l'objet tel qu'il est. En résumé, je ne puis admettre, avec M. Gerdy, que la vision distincte ne puisse avoir lieu qu'avec un seul œil.

Pour les fibres musculaires du cœur, je me fais fort de démontrer clairement à M. Gerdy tout ce que j'ai décrit dans mon mémoire.

M. GERDY : Le fait cité par M. Rochoux n'est pas une réponse. Les louches ne voient les objets doubles que momentanément; dès que leur attention est éveillée, la duplicité disparaît. On dit qu'en pressant un seul œil on peut voir les objets doubles, cela est très difficile à faire, et lorsque j'ai voulu répéter cette expérience, je n'ai jamais vu les objets que confusément. Si l'on approche un corps quelconque très près de son nez, on le voit d'abord confusément; mais si on prête attention, on finit par le voir distinctement, parce qu'un seul œil s'applique à le reconnaître. En résumé, dans tous les faits de ce genre, il y a toujours confusion d'abord; mais dès qu'on prête attention, la duplicité disparaît. Au reste, si la théorie de M. Rochoux était fondée, on ne pourrait pas expliquer la vision chez les insectes, et cependant les mouches savent très bien éviter la main qui les approche; elles fuient dans une direction précise, déterminée, ce qui prouve que chez ces insectes il n'y a pas confusion dans les images.

M. CASTEL : Je suis étonné que M. Gerdy nous ait donné une si fausse idée des sensations. On ne voit point un objet avec les deux yeux quand il est très petit; mais si cet objet est gros, nous le voyons très bien avec les deux. De même, quand un son a de la peine à arriver jusqu'à nous, nous ne nous servons que d'une oreille. Cela vient pour la vision et pour l'audition de ce que l'excitant n'est pas toujours assez puissant pour impressionner nos deux yeux ou nos deux oreilles en même temps.

FRACTURE COMPLIQUÉE DU TIBIA.

M. RACORD, chirurgien de première classe de la marine, chargé du service à l'hôpital de France à Smyrne, communique deux observations recueillies dans son service. La première a pour objet une fracture de la jambe compliquée de gangrène partielle et d'érysipèle phlegmoneux développé sur la totalité du membre qui présentait des plaies nombreuses, résultant, les unes, des contre-ouvertures qu'il a fallu multiplier pour combattre avantageusement la terminaison phlegmoneuse; les autres, de la séparation des escarres gangréneuses dont l'une, occupant tout le creux poplité, a laissé après sa chute une large ulcération qui mesurait une surface de 3 à 4 pouces carrés. Cette observation a aussi pour but de faire ressortir les avantages obtenus dans le traitement de cette fracture (où il a fallu encore réséquer une portion du tibia de 2 pouces environ) par l'emploi d'un appareil à suspension, qui a permis de panser les nombreuses plaies qui occupaient les divers points du membre, sans imprimer aucun mouvement aux fragments osseux restés ainsi dans des conditions favorables et nécessaires à leur réunion.

REPRODUCTION OSSEUSE.

La seconde observation que M. Racord lit en entier est relative à une pièce pathologique qu'il présente en même temps à l'Académie et qui consiste en une reproduction osseuse développée au lieu et place de l'humérus, après la chute de cet os par les seuls efforts de la nature. Il s'agit d'un homme qui ayant reçu une blessure très grave de la main, du poignet et de l'avant-bras droit par l'explosion d'un canon, fut soumis à l'amputation pratiquée au-dessous du coude. La gangrène s'empara du moignon et borna ses ravages aux limites supérieures du bras, alors que les forces complètement épuisées du malade ne permettaient pas de recourir à la désarticulation; on se borna donc à favoriser et hâter la séparation du sphacèle en cherchant à relever les forces. Un mois après, en effet, tout ce qui avait été atteint par la gangrène était détaché, et il ne restait plus que l'humérus à nu dans toute sa longueur jusqu'à la coulisse bicipitale, excepté dans les deux tiers supérieurs de sa face postérieure qui reposait dans une espèce de lit fourni par le triceps; le tiers supérieur de sa face externe était recouvert par le deltoïde; enfin, le sixième mois, l'humérus luxé spontanément et étant descendu de 18 lignes obliquement en dedans, il fut extrait au moyen d'une incision profonde qui parcourait toute la portion cachée de l'os jusqu'à sa tête. L'extraction de l'humérus permit de constater l'existence d'une couche légère du tissu dur, un peu bleuâtre, qui n'était autre chose que le périoste et qui tapissait les parties musculaires sur lesquelles l'os reposait. Le malade resta donc avec un moignon difforme, privé d'os, et le siége d'un large ulcère qui tendait évidemment à la cicatrisation, lorsque deux mois après la masse charnue s'arrondit et prit une consistance pareille à celle d'un membre pourvu de ses os, en même temps que des parcelles osseuses vinrent faire saillie au milieu du sommet du moignon et furent extraites.

C'est dans cet état que le malade fut reçu dans le service de M. Racord, le onzième mois environ qui suivit l'accident. Le moignon était dans des conditions pathologiques propres à nécessiter l'amputation à l'article, le malade fut soumis à l'opération, un mois après son admission dans l'hôpital de Smyrne, et c'est ce tronçon de membre ainsi retranché qui constitue la pièce pathologique présentée à l'Académie, pièce au milieu de laquelle on voit la formation osseuse nouvelle dont les caractères d'ossification ne sauraient être mis en doute. Cet os de nouvelle formation a des dimensions assez considérables (il a 22 centimètres de longueur, 3 à 4 centimètres de largeur), présente à son extrémité supérieure une surface articulaire qui représente parfaitement, par sa forme et sa direction, celles de la cavité glénoïde de l'omoplate avec laquelle elle était unie par des liens ligamenteux accidentellement développés autour de l'articulation qu'ils étaient destinés à maintenir, et il offre aussi à la partie supérieure de son bord interne une apophyse articulaire qui avait des connexions avec la troisième côte à laquelle elle était intimement unie par un appareil ligamenteux.

L'examen de ces deux faits est renvoyé à une commission composée de MM. Velpeau, Amussat et Gerdy.

TUMEUR CANCÉREUSE DÉVELOPPÉE DANS LE SINUS MAXILLAIRE.

M. HUGUIER communique à l'Académie le résultat d'une opération qu'il a pratiquée il y a six jours sur une jeune fille qu'il avait présentée à l'Académie dans la dernière séance. Les suites de l'opération ont été jusqu'à présent très satisfaisantes. Le sinus maxillaire, enlevé en totalité, était atteint d'une exostose de nature particulière et du centre même du sinus partaient des cloisons osseuses,

séparant des cavités remplies par une espèce de boue splénique, rougeâtre et épaisse.

La séance est levée à 5 heures.

M. Chervin nous écrit pour nous prier de rectifier une inexactitude qui s'est glissée dans notre compte-rendu de la dernière séance de l'Académie. M. Chervin n'a été témoin, dit-il, d'aucun des faits de superfétation dont il parle dans cette séance. Celui qui s'est présenté à la Guadeloupe avait eu lieu peu de temps avant son arrivée dans la colonie. Dans l'un et l'autre cas, les enfans sont venus au monde à très peu de distance l'un de l'autre, l'un était nègre et l'autre mulâtre.

BIBLIOGRAPHIE.

Anatomie comparée du système dentaire chez l'homme et chez les principaux animaux; par L.-F. Emmanuel Rousseau. — Nouvelle édition, augmentée du système dentaire de la chauve-souris commune, du hérisson et de la taupe, avec 31 planches dessinées d'après nature. Paris, 1839, chez J.-B. Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Il est, dans toute science, deux classes de travailleurs, les uns qui se dévouent à rassembler les matériaux, d'autres que leur penchant entraîne plutôt à profiter du labeur des premiers pour en coordonner les produits et les mettre en œuvre. Tout aride qu'elle paraît d'abord, la tâche du ceux-là n'est cependant ni la moins utile, ni la moins honorable; et dans une organisation scientifique assise sur les bases de l'équité, ce serait incontestablement à eux que reviendrait de droit le premier rang; car une bonne doctrine ne peut exister qu'à la condition de faits bien observés; l'erreur dans les descriptions de détails implique nécessairement l'erreur dans la généralisation dogmatique, et, en définitive, une théorie est plus d'à moitié créée quand ses élémens ont été réunis par une main intelligente. Honneur donc à ces hommes d'élite qui préfèrent le mérite d'être utiles à la vaine satisfaction de voir briller un instant leur nom parmi ceux des faiseurs d'hypothèses, et qui consacrent à l'observation pure et simple une attention dégagée de toute arrière pensée systématique! On ne saurait trop encourager ceux qui, avec de véritables lumières et une capacité supérieure, consentent à marcher dans cette voie.

La seconde édition du livre de M. E. Rousseau ramène naturellement ces réflexions. Placé, par la position qu'il occupe au Muséum d'histoire naturelle, dans le milieu le plus favorable pour l'étude approfondie du système dentaire dans les diverses espèces d'animaux, l'auteur n'a eu besoin, pour faire un excellent traité, que de transcrire le résultat de ses recherches journalières. C'est là l'idée la plus exacte que l'on puisse donner de son ouvrage; et, sans flatterie comme sans critique, il est permis de dire que ses descriptions ne contiennent rien de plus et rien de moins que ce qui est dans la nature. Après avoir d'abord présenté un aperçu assez complet sur les os maxillaires, l'anatomie des dents, et l'histoire des évolutions dentaires chez l'homme, il répète le même travail à propos des principales espèces, telles que l'orang-outang, le chien, le chat, le lion, le lapin, l'ornithorhynque, l'éléphant, l'hippopotame, le cheval, la vipère, etc. Dans cette multitude de tableaux successifs, on trouve les moindres détails de conformation et de structure, les accidens de configuration des mâchoires, la longueur et le degré de saillie de chaque dent, l'époque de son apparition, de son renouvellement; enfin, les variétés de familles et d'individus, précisées de manière à donner à chaque description la ressemblance et l'intérêt d'un portrait d'après nature.

Il est facile de voir le parti que la science peut tirer d'un semblable travail; mais il est facile aussi de pressentir les objections que l'on ne manquera pas d'adresser à l'esprit dans lequel il a été conçu. Fait sans aucune espèce de préoccupation de doctrine, il se recommande surtout par la précision des détails graphiques, et la partie descriptive proprement dite y est partout tracée avec la perfection la plus minutieuse. Mais le soin apporté à cette portion de l'œuvre n'a-t-il pas jeté un peu de monotonie sur son ensemble? et ce défaut, si excusable d'ailleurs dans un traité d'anatomie, l'auteur n'eût-il pas pu l'atténuer en laissant de temps en temps échapper quelques remarques physiologiques, quelques corollaires sur les caractères et les habitudes des animaux, tirés de l'inspection de leurs dents, quelques inductions, en un mot, prises dans le sujet même et jetant sur lui l'intérêt d'une application plus immédiate? Nous ne prendrons pas sur nous de décider si ce plan eût été préférable à celui que M. Rousseau s'est attaché à suivre; mais puisque nous en sommes au chapitre des objections, nous lui en ferons une plus importante, c'est d'avoir quelquefois un peu sacrifié l'étude de l'organisation intime des dents à celle de leur configuration extérieure. Depuis les beaux travaux d'Owen, de Purkinge, de Nasmyth, et de tant d'autres savans Français, l'odontologie de structure a fait trop de progrès, pour qu'il ne fût pas, au moins opportun, de mettre, sous ce rapport, l'anatomie comparée au niveau de l'anthropologie. C'est là une lacune qui se fait sentir dans quelques parties du traité, si complet d'ailleurs, de M. Rousseau, et nous la lui reprochons d'autant plus volontiers, que son livre n'en offre que peu de semblables.

Les défauts que nous avons cru devoir faire ressortir dans ce livre ne sont cependant pas aussi absolus qu'on pourrait l'inférer d'après une interprétation arbitraire de ces remarques. C'est ainsi qu'à propos du cheval, M. Rousseau, faisant une heureuse diversion à ses tendances exclusivement descriptives, a consigné les détails les plus intéressans sur le tartre dentaire qui, chez ces animaux, entre dans le plan normal de l'organisation de leurs ostéides. Il montre aussi que l'apparition de leurs diverses dents se fait avec trop d'irrégularité pour que l'on puisse, d'après ce seul indice, déterminer l'âge de l'animal, et il apprend par quelles ingénieuses données, fondées sur une connaissance approfondie des changemens graduels que subissent ses dents incisives, on peut suppléer cette indication et arriver à préciser l'époque de la vie à laquelle il est parvenu. Citons encore, comme remarquablement instructives, les recherches de l'auteur sur les dentitions précoces de certains animaux. On se rappelle qu'en 1824, un savant recommandable annonça que les lapins n'ont qu'une dentition, ce qui s'expliquait, suivant lui, par le mode particulier de l'accroissement des dents chez ces rongeurs. D'après des recherches plus exactes, M. Rousseau a établi que les lapins ont bien réellement deux dentitions, mais que la première est terminée au bout de dix-huit jours après leur naissance; circonstance qui avait masqué aux yeux du premier observateur l'existence de ces premières dents. Et ce fait n'a rien d'étonnant; il ne constitue pas même la limite la plus reculée des dentitions prématurées, puisque, chez le cochon d'Inde, il y a aussi une première dentition, mais bornée à la première molaire, et tellement hâtive que la disparition de cette dent est complète, quatre à cinq jours avant la naissance du fœtus, et qu'on perdrait en vain son temps pour en trouver les traces, si l'on s'y prenait deux ou trois jours après ce terme.

Après avoir passé en revue l'histoire des dents et les phases de la dentition dans les espèces animales les plus importantes et qui peuvent servir de type, M. Rousseau donne une idée générale des aberrations et des maladies du système dentaire, chapitre remarquable par l'importance qu'on y accorde aux conditions anatomiques pour l'explication des phénomènes pathologiques et des anomalies observées sur les dents. Enfin, il termine par un tableau comprenant la mensuration exacte des maxillaires supérieur et inférieur pris sur diverses peuplades et sur différentes espèces d'animaux.

Dans un appendice, propre à cette nouvelle édition, a été ajoutée la description, tout aussi détaillée que les précédentes, du système dentaire de la chauve-souris commune, du hérisson ordinaire et de la taupe. Ce qu'il y a de plus intéressant dans cette section de l'ouvrage, c'est la détermination précise des phénomènes qu'offre, chez la chauve-souris et le hérisson, la première dentition qui, signalée seulement par Laurillard, n'avait encore jamais été étudiée d'une manière spéciale.

Nous ne terminerons pas cette courte analyse, sans mentionner les planches qui accompagnent l'ouvrage de M. Rousseau. Leur exécution n'était point chose facile; car il s'agissait de rendre saillantes à l'œil les particularités de forme, quelquefois si minimes, qui suffisent pour fonder une différence entre les deux espèces animales. Il fallait aussi donner une idée nette et claire du bulbe dentaire, de la structure de l'émail, de la disposition de ses lamelles, de mille objets enfin pour l'étude desquels le secours du microscope n'est souvent pas de trop. L'artiste n'est pas resté au-dessous des difficultés de cette tâche; et pour faire partager à cet égard notre conviction aux lecteurs, il nous suffira de leur apprendre qu'elle avait été confiée au crayon si pur et si exact de M. Werner.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 41. (TOME X. — 1842.) SAMEDI 8 OCTOBRE 1842.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des Hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des poste et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE INTERNE.

MÉMOIRE SUR LES ABCÈS DU POUMON; par F.-A. Aran, interne à l'Hôtel-Dieu, lauréat des hôpitaux, etc.

(Suite et fin. — Voir le n° 38.)

DEUXIÈME SECTION.

ABCÈS PHLEGMONEUX PRODUITS PAR DES CORPS ÉTRANGERS.

§ 1er. — Les tubercules, les calculs, développés dans le poumon sont les seuls produits morbides qui puissent donner lieu à des abcès de cet organe. Lorsque les tubercules pulmonaires se ramollissent il en résulte des collections purulentes dont l'histoire est aujourd'hui trop complète pour que nous nous y arrêtions longtemps: les cavités produites par ce ramollissement contiennent un pus épais, jaune, inodore ou bien une matière très liquide, plus ou moins transparente, et une autre opaque de consistance de fromage mou. Leurs parois sont formées par le tissu pulmonaire induré et infiltré de granulations tuberculeuses; d'autres fois par une fausse membrane mince d'un blanc opaque, d'une consistance assez molle et friable; dans quelques cas cependant cette fausse membrane a une épaisseur beaucoup plus grande et une structure comme fibreuse. Elle présente surtout cette disposition dans les excavations qui communiquent depuis longtemps avec les bronches. Comme on le sait, les abcès tuberculeux finissent par ulcérer les bronches et par s'ouvrir dans ces conduits. Dans quelques cas rares, ils s'ouvrent dans la plèvre et déterminent tous les symptômes de pneumo-thorax; dans d'autres cas encore plus rares, ils viennent former des collections purulentes dans les espaces intercostaux. Les détails que nous avons donnés dans la première section nous dispensent de revenir sur le diagnostic différentiel des abcès phlegmoneux et tuberculeux du poumon. Mais il nous reste une question à résoudre: Est il possible, anatomiquement parlant, de distinguer ces deux espèces d'abcès? Dans la majorité des cas cela est possible, même facile; l'infiltration tuberculeuse des parois, la présence assez fréquente d'une certaine portion de matière tuberculeuse en grumeaux, la condensation et l'infiltration noirâtre du tissu pulmonaire autour de l'excavation établissent une grande différence. Ajoutons-y que, dans la majorité des cas, on trouve, dans des points plus ou moins éloignés, des tubercules plus ou moins avancés dans leur développement. C'est en général dans l'aspect du tissu pulmonaire, autour de l'excavation, qu'il faut chercher les bases du diagnostic: est-il hépatisé? il est probable qu'on a affaire à un abcès; est-il induré chroniquement? présente-t-il l'aspect de l'induration qui entoure les cavernes tuberculeuses? l'abcès est le résultat de la fonte des tubercules.

Les concrétions calculeuses qui obstruent une bronche principale peuvent également donner lieu à un abcès du poumon; c'est un fait mis hors de doute par une observation peut-être unique dans la science et

Feuilleton.

GALERIE DES CÉLÉBRITÉS MÉDICALES DE LA RENAISSANCE.

CORNEILLE AGRIPPA.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

Quoi qu'il en soit de tout ce que nous venons de dire relativement à la *philosophie occulte* de Corneille Agrippa, il est très probable que celui-ci n'aurait pas fait imprimer, l'an 1531, cet ouvrage de sa première jeunesse, en lui ajoutant un troisième livre, si des copies frauduleuses et altérées de son manuscrit n'eussent été publiées et répandues depuis longtemps dans un but évidemment hostile. L'exposition et l'esprit de ce troisième livre ne manquent pas, il faut le dire, d'une certaine habileté de défense. Comme Agrippa se souvient des nombreuses accusations de magie formulées contre lui par le crédule Paul Jove et le terrible inquisiteur Delrio, il a grand soin de se faire humble, petit; de ne s'écarter jamais du giron de l'Eglise; en un mot de lui rapporter tous ses dogmes en vassal soumis et en esclave dévoué. Dans une édition posthume on y adjoignit un quatrième livre jugé de la manière suivante par le prétentieux Gabriel Naudé: « On ne peut nier que sa lecture ne soit beaucoup plus dangereuse à un esprit faible et curieux de toutes ces vanités, que celle d'Ovide à un débauché, de Martial à un flatteur et à un médisant, de Lucien à un railleur, de Cicéron à un superbe et de Lucrèce à un impie et irréligieux. » Mais, ainsi que nous l'apprend l'illustre Jean Wier qui avait été l'élève et l'ami le plus intime d'Agrippa, ce quatrième livre n'était point une œuvre de son maître.

En 1529 parut à Anvers l'opuscule, moitié littéraire et moitié physiologique, intitulé: Declamatio de nobilitate et præcellentia fæminei sexus. Dans ce petit écrit, où, malgré la forme vague dont l'idée est revêtue, l'émancipation politique et sociale de la femme semblerait au fond et au premier abord le motif essentiel de la thèse, Corneille Agrippa se produit sous une face toute nouvelle: il devient souple, il se fait courtisan. C'est à Marguerite d'Autriche, gouvernante des Pays-Bas, qu'il le dédie, ou plutôt c'est uniquement en vue de captiver la faveur de cette puissante princesse qu'il choisit un tel sujet de discours. Du reste, il est impossible de montrer plus de grâce dans la flatterie, plus d'esprit dans le paradoxe. Outre le bon sens, la finesse et le charme des écrits d'Erasme, c'est toute leur latinité pure et fleurie. Voici un tableau des caractères extérieurs de la femme, que le lecteur nous saura peut-être gré de lui traduire. N'oublions point toutefois qu'Agrippa soutient ici un paradoxe, et qu'il s'adresse à la vanité, à la coquetterie de Marguerite des Pays-Bas. (Il vient de parler d'Eve, tirée par Jehova d'une des côtes d'Adam.) « L'homme, dit-il, est donc l'ouvrage de la nature, mais la femme est celui de Dieu; aussi est-elle plus imprégnée de la splen-

que l'on doit à M. Dalmas. Il s'agit d'une femme qui, après avoir présenté pendant sa vie les symptômes d'une phthisie pulmonaire fut prise subitement d'une pleurésie sur-aiguë, à laquelle elle succomba. On trouva, à l'autopsie, la plèvre tapissée de fausses membranes, et sa cavité remplie au quart par de la sérosité purulente et fétide, le poumon flasque, et vers la partie antérieure de la base, une déchirure de la plèvre, qui aboutissait au centre d'une masse ramollie et infiltrée de pus du volume d'un œuf. *La bronche qui se portait vers la partie antérieure du lobe inférieur était obstruée par une concrétion osseuse du volume d'une petite noisette, irrégulière dans sa forme, inégale à sa surface, parsemée d'une multitude de rugosités.* (Dalmas, Journ. hebd., t. iii, 1829, p. 65.)

§ II.—Les collections purulentes de la plèvre, qu'elles soient circonscrites ou non, ainsi que celles du médiastin, peuvent se borner à déterminer l'ulcération du tissu pulmonaire; alors il n'existe pas d'abcès. Dans d'autres circonstances, le travail d'ulcération s'étend, forme dans l'organe une poche, qui communique par une ouverture plus ou moins large avec le foyer primitif. Dès que ces abcès sont formés, ils communiquent avec les bronches, et les malades rendent par l'expectoration une grande quantité de pus au milieu d'angoisses et d'une suffocation extrêmes. Ce pus présente une odeur alliacée des plus prononcées; il est jaunâtre; en même temps, on trouve tous les signes physiques du pneumo-thorax. Il serait fort difficile de confondre une pleurésie terminée par ulcération et abcès du tissu pulmonaire avec un abcès phlegmoneux de cet organe; l'existence, à une époque antérieure, de tous les signes d'une pleurésie, l'instantanéité et l'abondance de l'expectoration, les signes de communication de la plèvre avec l'air extérieur suffisent pour faire éviter cette erreur. Mais, a-t-on dit, les collections circonscrites de la plèvre peuvent s'ouvrir dans le poumon, et alors on n'aura que les signes d'une excavation, sans avoir ceux d'un pneumo-thorax, et il sera impossible de porter un diagnostic. Nous pensons que ces craintes sont exagérées; outre que les collections purulentes enkystées de la plèvre sont excessivement rares, elles sont toujours consécutives à une pleurésie antérieure; ensuite, pour peu que cette collection ait d'étendue, l'ouverture qui la fait communiquer avec l'abcès du poumon fait pénétrer dans le foyer une certaine quantité d'air; de là respiration amphorique, tintement métallique, bruit de glouglou, résonnance tympanique à la percussion, tous caractères qui n'appartiennent *jamais* à l'abcès simple du poumon. Les abcès du médiastin, produits par une carie des vertèbres, peuvent s'ouvrir dans l'un ou dans l'autre poumon, à des hauteurs différentes, suivant le siége de la collection elle-même. Dans l'observation rapportée par M. Sabatier, (Journ. hebd., 1829, t. ii, p. 101), un homme affecté de carie des vertèbres cervicales avec flexion de la tête toussait depuis longtemps et rendait des crachats épais et comme purulens. Il mourut subitement. A l'autopsie, on trouva un trajet fistuleux qui commençait à la quatrième vertèbre cervicale, et qui se terminait, au niveau de l'union de la deuxième vertèbre dorsale avec la troisième, en une espèce de poche. Cette poche communiquait par une ouverture que présentait le bord postérieur du poumon droit, et qui conduisait dans une caverne de la grosseur d'un petit œuf de poule, à demi remplie de pus et tapissée d'une membrane muqueuse assez bien organisée; l'auscultation ne fut pas pratiquée, et il est croyable qu'elle n'eût fourni que les signes ordinaires d'une excavation tuberculeuse ou par abcès, à cause de la petite étendue du foyer extérieur.

§ III. — Des collections purulentes du foie, de la rate, des reins, du médiastin, de la plèvre peuvent enflammer le poumon, lui faire contracter des adhérences, et en déterminer l'ulcération. En même temps que le travail inflammatoire se produit, le pus qui vient de ces collections purulentes baigne les surfaces enflammées, y détermine la formation du pus et favorise l'absorption ulcérative. De tous les abcès des organes abdominaux, les abcès du foie (1) sont ceux dans lesquels on observe le moins rarement cette perforation avec abcès du tissu pulmonaire. Dans ces cas, tantôt le poumon est complètement adhérent au diaphragme, et communique au moyen d'un ou de plusieurs trajets fistuleux avec l'abcès du foie, tantôt, au contraire, comme nous l'avons vu, la base du poumon n'a contracté d'adhérence que dans la partie périphérique; au centre, au-dessus du diaphragme, il existe une collection purulente qui communique, d'une part, avec le foyer du foie, d'une autre part, avec le foyer de la base du poumon. En général, ces foyers pulmonaires ont une grande étendue; ils sont d'une forme irrégulière, tapissés par une fausse membrane, dense, résistante, fibreuse ou fibro-cartilagineuse, et ils communiquent constamment avec les bronches. Ces abcès contiennent ordinairement une certaine quantité d'un pus fétide, d'un rouge brunâtre ou d'un jaune foncé. Il n'y a de différence entre les abcès du foie et ceux de la rate qui s'ouvrent dans le poumon que le siége : les uns occupent le poumon droit, les autres le poumon gauche. Quant aux abcès des reins (2) communiquant avec le poumon, on ne les a observés que du côté gauche, et cela se comprend anatomiquement par la présence du foie à droite. Autour de tous ces abcès, le tissu pulmonaire est à l'état d'hépatisation rouge ou d'hépatisation grise, preuve évidente de la nature inflammatoire de l'abcès, consécutif à l'irritation produite par la présence du pus venant de ces organes éloignés.

Le diagnostic de ces abcès se tire des antécédens du malade. Ainsi, le malade a éprouvé de la douleur dans la région du foie, de la rate, du rein; plus tard il se développe une pneumonie, caractérisée par la matité à la percussion, du râle crépitant qui se convertit peu à peu en râle muqueux à grosses bulles, puis en râle caverneux; tout à coup le malade rend par la bouche une grande quantité d'un liquide verdâtre, très fétide, ou bien brunâtre, même un liquide séreux grisâtre, d'une odeur urineuse; cette expectoration a lieu au milieu d'une anxiété profonde; la suffocation paraît imminente, et le liquide est expulsé par flots; ce qui fait dire au malade qu'il vomit du pus; en outre, s'il existe une tumeur appréciable dans la région du foie; si cette tumeur s'affaisse après l'expectoration; si le pus qui s'est fait jour par les voies d'excrétion de l'urine ne coule plus en aussi grande abondance par cette voie; si la pression qu'on exerce sur les organes qui renferment la collection purulente amène l'expectoration d'une certaine quantité de pus, on aura des présomptions encore plus fortes sur l'existence de ces abcès.

§ IV. — Lorsque des corps étrangers séjournent dans les voies aériennes,

(1) Voy. Stalpart Vanderviel, obs. rar., 46 cent. 1; Lieutaud, lib. anat., obs. 716, et les divers traités d'anatom. pathol.

(2) Leneveu, Thèse de la Faculté, 1841.

deur céleste, car la beauté c'est l'image de Dieu et l'éclat de la lumière mêlés aux choses de la terre, et rayonnant à travers l'obscurité de leurs formes. Or, il est certain que Dieu a choisi les femmes de préférence aux hommes pour les remplir de toute la sublimité de son essence : de là leurs corps si délicats à l'aspect et au tact, leurs muscles si souples, leur coloration éclatante, blanche, leur peau unie, nette, leurs têtes agréables, leurs cheveux fins et brillans, qui descendent sur leurs visages, à la fois majestueux et enjoués. De là leurs physionomies si belles, leurs crânes de la couleur du cygne, leurs fronts déliés, spacieux et resplendissans; leurs yeux, projetant des flammes tempérées par la grâce, l'enjouement, et de plus ombragés de sourcils en léger demi-cercle, très nets, et divisés par un intervalle convenable, du milieu duquel descend un nez droit et symétrique; de là encore, au-dessous, une bouche rose et des lèvres douces, qui laissent apercevoir, au moyen d'un léger sourire, des dents petites, bien rangées, et d'une blancheur d'ivoire; puis à l'entour s'élèvent des joues pleines; plus bas, c'est un menton arrondi et rendu agréable par une concavité légère; plus bas encore un cou gracieux et allongé, sortant de deux épaules arrondies; un gosier délicat, d'où s'exhalent une parole et une voix charmantes, une poitrine vaste, proéminente, uniformément tapissée de chair et ornée d'une mamelle résistante; un abdomen orbiculaire, des flancs mous; de là aussi un dos droit, des bras longs, des mains longues et potelées, des doigts constitués par des articulations régulières, les os coxaux, le bas de la taille et le derrière des jambes très garnis de chair; l'extrémité des doigts du pied et de la main se terminant d'une manière arrondie, les membres remplis de tissu cellulaire; ajoutez à cela un port et une démarche modestes, des mouvemens pleins de décence et des gestes plus dignes que ceux de l'homme. »

Cette déclamation, comme l'appelle Agrippa lui-même, eut un succès qui surpassa son attente; car, sans parler de la charge d'historiographe de l'empereur Charles-Quint, dont il fut gratifié par la gouvernante des Pays-Bas, sa réputation de savant et d'homme d'esprit devint bientôt si générale, que Henri VIII d'Angleterre et le cardinal Gattinora, chancelier de Charles-Quint, se disputèrent le désir de l'attacher à leurs personnes. Mais, reconnaissant envers la toute-puissante Marguerite d'Autriche, et pour mieux cultiver sa faveur, Corneille Agrippa préféra s'en tenir à sa charge d'historiographe. Malheureusement ses espérances devaient bientôt s'évanouir : la princesse mourut quand sa protection lui devenait nécessaire. En effet, l'œuvre capitale de Corneille Agrippa, le livre qui nous révèle cet homme sous son véritable aspect, qui nous le montre, non plus entraîné par l'ardeur de la jeunesse, fasciné par son enthousiasme facile, irréfléchi, mais désabusé par les leçons de l'expérience, dans toute la force de la raison, dans tout le rasséréniss ement de sa virilité, le livre, disons-nous, où de défenseur chaleureux, d'avocat dévoué et convaincu d'une cause problématique, il devient tout à coup accusateur inexorable, juge insolent, railleur, hautain; en un mot, le Traité sur l'abus, l'incertitude et la vanité des sciences, parut précisément très peu de temps après la mort de Marguerite.

Dans cette conjoncture inattendue, privé subitement du patronage qui l'avait couvert jusqu'alors, l'orage immense soulevé par Agrippa au sein des idées admises et consacrées, ne pouvait manquer de l'assaillir lui-même, et sinon de le briser dans sa fureur, du moins de lui occasionner mille dommages et mille tourmens. Du reste, en publiant cet ouvrage, il s'attendait évidemment à une ig-

qu'ils s'y soient introduits par leur ouverture supérieure, ou par une plaie pénétrante de la poitrine qui a intéressé le poumon, ils peuvent déterminer la formation d'un abcès de cet organe. Lorsque les chirurgiens avaient l'habitude de placer des *tentes* dans les plaies pénétrantes de la poitrine, on a vu ces tentes se perdre dans la cavité thoracique, ulcérer le poumon, y déterminer la formation d'abcès, et sortir enfin par les voies aériennes, au milieu de flots de pus. Fabrice de Hildan rapporte l'histoire d'un homme qui reçut un coup de poignard dans la poitrine; la plaie guérit; mais il se développa des symptômes d'amaigrissement et de phthisie. Après avoir été réduit au dernier degré du marasme, il rendit, trois mois après, en toussant, deux tentes avec lesquelles on avait pansé sa plaie de la poitrine, et qui s'y étaient perdues. (OPERA OMNIA, 1682, cent. I, obs. 46, p. 41.)

Tulpius rapporte un fait analogue (liv. II, obs. 15). Des balles qui s'étaient logées dans le poumon ont déterminé par leur présence une inflammation chronique, et par suite un abcès du poumon. De ce genre est le fait rapporté par Broussais, d'un soldat fort et bien musclé, qui reçut à la bataille de Novi, en 1799, un coup de mousquet. Bien que la blessure intéressât l'œsophage, elle guérit. Depuis cette époque, le malade fut sujet à tousser. Cinq ans après, il fut pris de dyspnée et de douleur dans la poitrine; son pouls devint fréquent, sa respiration fétide. A l'autopsie, on trouva que la balle était logée dans un kyste, près de l'origine du poumon gauche, et entourée par le tissu pulmonaire dur et calleux. Le poumon adhérait dans toute son étendue, était hépatisé et renfermait sept ou huit abcès, de la grosseur d'un œuf. (PHLEG. CHRON., t. III, obs. 52, p. 105.)

Les corps qui, pénétrant par les voies aériennes supérieures, ont déterminé le plus souvent la formation d'abcès du poumon, sont des épis de blé, de petits os, etc. M. Bally parle d'un homme qui, ayant avalé un épi d'orge, fut trois mois après affecté d'une pneumonie, et qui rendit, par un abcès survenu au côté droit de la poitrine, l'épi qu'il avait avalé. (ARCH., 1826, t. XII, p. 465.)

M. P. Gilrey rapporte l'histoire d'une veuve de 40 ans qui, en mangeant, laissa pénétrer dans la trachée un petit os de poulet. Les premiers accidens se calmèrent; mais les jours suivans elle se plaignit d'un besoin continuel de tousser, avec sentiment de gêne dans ce point. Cinq semaines après, P. Gilroy la vit pour la première fois. Il la trouva couchée dans son lit, les épaules basses, la face anxieuse, le pouls à 96, douleur fixe au côté droit du sternum; la malade ne pouvait changer de position sans courir le risque de suffoquer; elle éprouvait une grande difficulté pour expectorer; son haleine était horriblement fétide. Elle resta dans le même état, et mourut onze semaines après l'accident. A l'autopsie, on trouva, dans le centre du poumon droit, un abcès qui en occupait la plus grande partie, et qui contenait 20 onces de pus, d'une couleur rouge brunâtre et très fétide. Un petit os de poulet, très petit et poreux, pesant 6 grains, était placé dans la partie supérieure de la bronche droite, près de la bifurcation de la trachée. Ce canal communiquait avec la partie supérieure de l'abcès. (EDIMB. MED. AND. SURG. JOUR., t. XXXV, p. 293, 1833.)

Sue a rapporté une observation encore plus intéressante; il s'agit d'une jeune fille de 8 ou 9 ans qui, en mangeant, avala un petit os de pigeon. A l'âge de 16 ans, elle éprouva une pneumonie suivie d'amaigrissement, dont elle se rétablit. Pendant les trois années qui suivirent, elle n'eut qu'un peu de douleur dans la poitrine et un peu d'expectoration sanglante de temps en temps; mais la quatrième année la fièvre hectique reparut: toux et expectoration purulente, amaigrissement. Après deux nouvelles années de souffrances, elle vomit, pendant un accès de toux, le petit os qui était resté 14 ans dans la trachée ou le poumon. Le soulagement fut immédiat, mais la fièvre hective continua, et la malade succomba dix-huit mois après dans le marasme. (Sue, MÉM. DE L'ACAD. DE CHIR., t. II, p. 533.)

Le petit nombre de faits de ce genre que possède la science, les détails nombreux dans lesquels nous sommes entrés à propos des abcès phlegmoneux nous dispensent de faire à part l'histoire des collections purulentes produites par des corps étrangers. Un seul fait important à rappeler, c'est la tendance de tous les abcès à s'ouvrir au-dehors pour chasser les corps étrangers.

Que dire du diagnostic? Certes, rien ne sera plus facile si, aux antécédens du malade, à la connaissance de la pénétration dans les voies aériennes d'un corps étranger, se joignent tous les symptômes locaux et généraux indiquant une pneumonie, et surtout ceux qui annoncent une suppuration et l'excavation du tissu pulmonaire, Malheureusement la thérapeutique est complètement impuissante en présence de ces affections. Elle doit seulement s'efforcer d'empêcher le développement du travail inflammatoire autour des corps étrangers; et lorsqu'elle n'a pu l'empêcher, il faut qu'elle tâche de le maintenir dans de justes limites, et qu'elle donne au malade assez de forces pour résister à la suppuration et pour faire les frais de la cicatrisation. Si le corps étranger vient faire saillie au-dehors, former un abcès entre les espaces intercostaux, il faudra l'ouvrir aussitôt que la fluctuation se fera sentir. Si l'on attendait trop tard, on courrait le risque de laisser se produire des fusées purulentes, de voir survenir des caries et des nécroses des os voisins. Quant aux recherches que pourrait réclamer le corps étranger, s'il ne sortait pas immédiatement avec le pus de l'abcès, on comprend combien on devrait en être sobre. C'est au surplus une question qui touche plus à la chirurgie qu'à la médecine.

DEUXIÈME PARTIE.

ABCÈS DIATHÉSIQUES (MÉTASTATIQUES) (1).

De tous temps on avait remarqué que, à la suite des opérations graves et des suppurations prolongées, il survenait des collections purulentes

(1) Nous devons aller au-devant de deux objections que l'on ne manquera pas de nous adresser; la première, d'avoir remplacé le mot *métastatique* par le mot *diathésique*; la seconde, d'avoir rangé les *abcès morveux* parmi les abcès diathésiques. Puisque tout le monde est d'accord pour reconnaître que le mot *abcès métastatique* est une mauvaise expression, il nous serait difficile de comprendre pourquoi on nous refuserait le droit de la remplacer par une expression tirée de la cause même de ces abcès. Enfin, si nous avons rapproché les abcès morveux des abcès diathésiques, ce n'est pas dans le but de les confondre entre eux, mais bien parce qu'ils présentent sous le rapport de l'anatomie pathologique une analogie frappante. Des causes fort différentes produisent souvent des effets identiques, et d'un autre côté, nous ne serions pas éloignés de croire que la *diathèse purulente* puisse être produite par l'introduction dans l'économie du virus morveux.

ruption déchaînée contre sa personne, comme on le voit dans la préface où la déclamation la plus emphatique se joint trop souvent au cynisme le plus effronté.

— « Ne te semble-t-il point, lecteur studieux, que ce que j'entreprends est un fait hardi, magnanime et totalement herculéen de prendre les armes pour combattre toute cette armée de géans? Défier, dis-je, et tirer en champ de bataille tous ces puissans veneurs et pourchasseurs de tous arts et sciences: le sourcil renfrogné des docteurs, l'érudition des licentiers, l'autorité de nos maîtres, les essais et efforts des bacheliers, le zèle des scholastiques, etc................; or, aperçois-je assez quel sanglant combat il faut que je soutienne, et de près, et quelle dangereuse guerre me sera livrée étant environné d'une si grande et si puissante armée d'ennemis............... Les arithméticiens calculateurs de minutes inciteront contre moy les usuriers qui me contraindront de payer mes debtes. Le basteleur faiseur de soubresaut fera de moy quelque sotte farce ou deshonnête tragédie............ Les astrologues avec leurs destinées m'envoieront au gibet. Le diabolique géetien ou nécromantien me persécutera par visions infernales et horribles........ L'enchanteur mais me fera paraître sans teste. Les pestiférées académiques crieront après moy qu'il faut que ma femme soit commune à un chacun. Le politique législateur me rejetera de toute charge et administration: je seray chassé de la cour par le prince voluptueux. Le populaire insensé me sifflera après et me chargera d'outrages par les rues. Les papes, de leur pleine puissance, retiendront mes péchés et m'envoieront au feu d'enfer, les gentilshommes braves et bien vêtus me chasseront de leur rang, je seray dégradé des armes et enseignes de mes prédecesseurs. Les médecins *scatophages* me verseront dessus les poelles et les vases à uriner. Entre iceux, le causeur rationnel, par ses disputes, dilayra les remèdes opportuns. Le téméraire et hazardeux empyrique, en faisant son coup d'essai, me mettra au danger de la mort. Le méthodique abuseur, différant de jour à autre, prolongera ma maladie pour faire son profit. Les cruels anatomistes me demanderont pour être haché par leurs mains. L'on me fera mourir de faim par régime et règles de vivre, méprisés cependant par leurs auteurs.

» Ce nonobstant, j'ay bon courage, et pourvu que tu endures, lecteur, qu'on te die la vérité, j'espère bien en échapper, car avec ce j'ay la parole de Dieu pour ma défense (1). »

Il faut le voir s'escrimer plus en détail contre la médecine, lui décocher sans relâche des traits perfides et envenimés du fiel de l'esprit de parti! Paroles fort étranges assurément dans sa bouche, procédé bien peu reconnaissant, bien peu généreux envers la profession qui avait paré tant de fois à sa profonde détresse. Après cela Montaigne avait beau jeu de raillerie et Molière pouvait facilement verser ses moqueries sur le tout. « Ce qui donne, dit-il, grand renom à un médecin, est de se montrer vestu d'une ample et pompeuse robbe avec force gros hyacintes aux doigts, et s'il est venu de lointain païs ou qu'il soit juif ou marran ou d'autre religion étrange, et avec ce pourvu d'une audace effrontée de mentir assurement et se vanter d'avoir des remèdes rares et singuliers, cela, dis-je, luy donne grande autorité................. Si le malade est riche ou personne de grand poids, alors ils essayent (les médecins) de prolonger la maladie tant qu'ils peuvent pour le profit qu'ils en peuvent tirer et pour la renommée qu'ils espèrent

(1) Traduct. franç. anonym. Paris, 1608.

dans divers organes. Le foie et le poumon avaient été signalés comme les organes dans lesquels on trouve le plus souvent ces collections. Mais comme ces abcès se forment brusquement, et quelquefois sans signes préliminaires d'inflammation, et n'offrent pas de raison suffisante de leur existence dans le lieu qu'ils occupent, les anciens supposaient que ce pus avait été transporté en nature d'un organe dans l'autre, en vertu de ce qu'ils appelaient une métastase; et, par suite, ils avaient donné à ces abcès le nom d'abcès métastatiques. Les recherches qu'on a faites, dans ces dernières années, sur la morve et le farcin aigus, ont beaucoup rapproché les abcès pulmonaires, qu'on observe dans cette maladie, des abcès diathésiques. Cependant, comme il existe entre eux quelques nuances, et qu'ils sont loin de se développer sous l'influence de la même cause, nous croyons devoir en traiter séparément.

§ I. — Les abcès diathésiques (métastatiques) se présentent avec des caractères particuliers qui les différencient parfaitement des autres abcès de cet organe.

Leur *nombre* est variable : tantôt on n'en compte que trois ou quatre dans chaque poumon ; tantôt ils occupent toute la surface de cet organe; il est très rare qu'on n'en trouve qu'un seul.

Leur *siége* est assez remarquable : ils se montrent à la superficie du tissu pulmonaire, presque toujours à la base, envahissant successivement le sommet. On les rencontre en plus grand nombre aux lobes inférieurs qu'aux lobes supérieurs ; ils occupent à peu près également les deux poumons.

Leur *volume* varie : le plus souvent ils n'ont que celui d'une tête d'épingle, ou bien celui d'une grosse noix, ou même d'un petit œuf; jamais on ne les voit présenter les dimensions considérables des abcès phlegmoneux du poumon.

Lorsqu'on fait l'examen cadavérique d'individus qui ont succombé rapidement aux symptômes de ce qu'on appelle *infection purulente*, on trouve, en pressant le tissu pulmonaire, des points indurés qui se font reconnaître à l'extérieur par une couleur noirâtre; ailleurs, ces points indurés font saillie au-dessous de la plèvre, et se dessinent sous forme de bosselures, entourées d'une auréole noirâtre. Chacune de ces bosselures paraît manifestement résulter de la tuméfaction d'un ou de plusieurs lobules du poumon. Les espaces interlobulaires se dessinent souvent sur elles, et l'auréole noirâtre qui les entoure ne dépasse jamais la limite du lobule ou des lobules primitivement affectés. Lorsque, à cette époque, on incise ces bosselures, on trouve le tissu pulmonaire d'une couleur noirâtre, parsemé çà et là de lignes blanches, et ne laissant rien écouler par la pression. Suivant quelques auteurs, on trouverait, au milieu de cette infiltration sanguine, un ou plusieurs vaisseaux pleins de pus. Nous n'avons jamais rien rencontré de semblable, quoique nous ayons trouvé quelquefois des vaisseaux dans ces lobules enflammés. Plus tard, les bosselures se dessinent davantage et la coloration jaunâtre qu'elles présentent permet de les apercevoir mieux à travers la transparence de la plèvre. L'auréole noirâtre qui les entoure diminue d'étendue, et lorsqu'on les incise, on trouve une masse blanchâtre, concrète, du volume d'un pois ou d'une noisette, formée par une matière albumineuse qui, râclée avec le scalpel, ne fournit pas de pus, et qui, lorsqu'on presse fortement le tissu pulmonaire entre les doigts, s'énuclée, et laisse à sa place, dans le tissu pulmonaire, une cavité tapissée par une fausse membrane mince et molle. Bientôt, au centre de ces masses pseudo-membraneuses, on trouve du pus infiltré. Enfin, à une époque plus avancée, il n'existe presque aucune trace du développement primitif de ces abcès; on les reconnaît, à travers la plèvre, à leur couleur jaunâtre ; ils contiennent du véritable pus phlegmoneux et sont revêtus par une fausse membrane infiltrée de pus, blanchâtre et tomenteuse. C'est dans un cas de cette espèce que nous avons trouvé un vaisseau parfaitement intact qui traversait la cavité de l'abcès; l'auréole brunâtre est ordinairement très petite à cette époque, et quand le lobule primitivement affecté est entièrement suppuré, il ne reste ordinairement aucune trace de l'auréole. C'est parce qu'ils n'ont pas tenu compte de l'évolution de ces abcès que quelques auteurs, M. Velpeau par exemple, ont dit qu'on trouvait souvent, autour des abcès métastatiques, le tissu pulmonaire conservant sa consistance et sa couleur normales. Cela est vrai, si on parle des dernières périodes de la marche de l'abcès; cela ne l'est plus, si on parle du début de ces abcès. En résumé, les abcès métastatiques sont toujours le résultat d'une pneumonie lobulaire, d'une nature spéciale il est vrai; et ils passent successivement par l'état d'infiltration sanguine, de dépôt de matière plastique, d'infiltration purulente, et enfin d'abcès véritable.

§ II. — Les *abcès morveux*, c'est-à-dire ceux qui résultent de la communication de la morve ou du farcin aigus chez l'homme, présentent des caractères qui se rapprochent beaucoup de ceux des abcès diathésiques ; comme eux, ils sont multiples, ils occupent la superficie du poumon, et presque toujours à la base ; seulement ils paraissent se produire sur une plus grande échelle. Ils se présentent sous trois formes, que l'on a décrites comme des variétés, et qui ne nous paraissent être que des degrés d'une seule et même affection.

Ainsi, l'on trouve de petites masses rougeâtres, solides, dures, du volume d'une noisette ou d'une olive, plus rarement d'une grosse noix, faisant une légère saillie ; ou bien on trouve des masses plus volumineuses, comme des grosses noix ou de petites pommes, d'un rouge bleuâtre ou brunâtre, sans trace de pus. (*Infiltration sanguine.*)

D'autres fois ce sont de petites masses d'un blanc légèrement jaunâtre, demi-transparentes et humides à la coupe, présentant toujours çà et là des petits points jaunâtres. (*Infiltration de lymphe plastique*)

Enfin, ce sont des masses plus fermes, plus dures à leur circonférence, qui est rouge ou grise, et renfermant à leur centre une petite quantité d'une matière d'un blanc laiteux, liquide comme du pus. (*Suppuration, abcès.*)

Nous n'avons pas besoin de revenir sur les caractères anatomiques des abcès diathésiques et sur ceux des abcès morveux pour montrer que leur mode de développement est le même ; nous ne trouverons non plus, dans les symptômes, rien qui puisse les faire mieux distinguer.

Nous devons nous borner à décrire les symptômes qui appartiennent en propre aux abcès diathésiques et morveux du poumon. Il est bien certain que les abcès ne sont pas toute la maladie, qu'ils sont eux-mêmes le résultat d'une altération plus grave et plus profonde, qui tient sous sa dépendance tout un appareil de symptômes généraux des plus remarquables. Ces symptômes sont ceux dont on a formé, dans ces derniers temps, ce qu'on a appelé l'état typhoïde. Ce sont les seuls qu'on observe dans la diathèse, dans l'infectinn purulente ; la morve a, de plus, quelques symptômes caractéristiques ; tels sont l'écoulement, l'éruption des fosses nasales, l'é-

---

en acquérir............................ Ils sont si mal d'accord entre eux que l'on n'en saurait trouver unqui approuve sans exception, addition ou changement les médicamens ordonnés par un autre. S'ils savent quelque peu de chose, ils la cachent et ne la veulent montrer à aucun. Outre ce, ils sont pour la plupart superstitieux, arrogans, de mauvaise conscience, superbes et avares. Pindare dit qu'Esculape, père de la médecine, fut fondroyé par Jupiter pour son vice d'avarice. Leurs consciences sont troublées d'innumérables homicides, etc. » Cependant il ne procède pas toujours de la sorte à l'exécution de son œuvre. La violence d'une ironie futile fait souvent place au calme d'une discussion sérieuse, la grossièreté de l'invective à la convenance de l'attaque. Sa logique devient quelquefois des plus serrées et des plus accablantes, surtout quand il s'agit des assertions du dogmatisme pour qui sa haine est aussi profonde que vive. Au résumé, non seulement en médecine, mais encore dans toutes les autres branches de la connaissance humaine, Corneille Agrippa est un sceptique. Il continue la grande école du doute, qui dans l'antiquité avait déjà fourni trois médecins : Timon, Oenésidême, Sextus, et qui jetait encore un si brillant éclat à la fin du 2e siècle de notre ère. Relativement à l'étude de notre art, il en était alors venu au terme que tôt ou tard chacun de nous doit plus ou mois subir, c'est-à-dire au mépris de tous les systèmes, à l'apathie la plus complète pour toutes les élucubrations enfantées par le génie purement théorétique. Peut-être avait-il tort de penser ainsi d'une façon absolue. Dans tous les cas, rien n'est plus juste et plus applicable à la médecine que ces paroles de Fénélon : « Jugez le moins que vous pourrez. » Car malheureusement les données du raisonnement sont en opposition trop fréquente avec les résultats de l'expérience, ce fanal indispensable à quiconque poursuit la vérité dans l'investigation scientifique. Quoi qu'il en soit, dans l'histoire des individus comme dans celle des idées humaines, le scepticisme n'est qu'un état passager, un phénomène provisoire, et cela devait être ainsi, puisqu'une négation permanente et définitive aurait radicalement anéanti la science. Afin d'échapper à cette condition pénible et dangereuse Corneille Agrippa se voit donc contraint d'embrasser un système de désespoir, un pis-aller sans doute, mais qui sauvait du moins sa vie intellectuelle. Il se jette dans le mysticisme, ce dernier asile de plus d'un homme de science forte et hardie, ce gouffre immense vers lequel se sent inévitablement entraîné tout individu qui a vidé la coupe du savoir humain, qui a senti combien ce savoir est plein d'incertitude, d'inanité. « Il n'est doncques besoing d'amuser nos entendemens à une si longue traînée de sciences presque impossibles à nous à comprendre pour être bienheureux : ce que nous pouvons obtenir facilement par une autre voie......... C'est en adressant nos esprits à la contemplation du plus excellent objet qui soit, à sçavoir Dieu : et est la faculté de le faire si facile, qu'il n'y est requis aucuns argumens ni démonstrations : ainsi la seule foi; en somme il ne faut que croire et adorer (1).................... Avicenne dit que la foy et l'espérance du malade envers le médecin et la médecine lui profitent souvent plus que ne font ny le médecin ny la médecine (2). »

Enfin, Corneille Agrippa termine ce livre bizarre par un épisode sur l'âne, épi-

(1) Chap. 1.
(2) Chap. 83.

ruption psydracée de la peau, les abcès sous-cutanés, etc. Mais ce serait sortir de notre sujet que d'en dire davantage sur ces deux terribles maladies.

Les symptômes locaux qui annoncent l'existence des abcès métastatiques et morveux du poumon sont le plus souvent mal caractérisés et peu prononcés, mais ils ne manquent jamais : ordinairement la respiration est fréquente et pénible, l'haleine fétide ; il y a un peu de toux de temps en temps, mais sans expectoration ou avec une expectoration simplement muqueuse. Il paraîtrait cependant que, dans certains cas de morve, on aurait trouvé de véritables crachats pneumoniques. (Vigla, THÈSES DE LA FACULTÉ, 1839.) Le plus souvent les malades n'accusent pas de douleur dans la poitrine, mais quelquefois la percussion suffit pour la développer. Lorsque la douleur existe, elle a quelquefois son siége au niveau de la base du poumon, du côté droit ou du côté gauche, au-dessous du mamelon ; et, dans quelques cas, elle peut faire croire an développement d'abcès diathésiques dans le foie. Lorsqu'on pratique la percussion, il arrive souvent que l'on ne trouve aucune modification dans la résonnance de la poitrine. Mais lorsque la maladie a duré pendant un certain temps, on peut toujours saisir une diminution de sonorité dans le côté affecté. L'auscultation, dans la première période de la maladie, fait reconnaître seulement un peu d'embarras dans l'inspiration, et l'expiration paraît prolongée ; mais plus tard, et dans le plus grand nombre de cas, on perçoit un peu de râle muqueux et sibilant, et même quelquefois un peu de souffle tubaire assez faible et circonscrit à un point peu étendu de la poitrine. Au reste, le développement de tous ces phénomènes locaux est subordonné à la durée de la maladie : si la maladie marche avec une grande rapidité, comme il arrive quelquefois, le sujet succombe après avoir présenté seulement un peu de fréquence dans la respiration, et pas un des symptômes fournis par la percussion et par l'auscultation ; lorsque, au contraire, elle marche lentement, tous les symptômes fournis par la percussion et par l'auscultation se développent, et la maladie ne tarde pas à présenter tous ses autres phénomènes de localisation.

De ce qui précède, on peut juger combien il est difficile d'arriver à un diagnostic précis, relativement aux abcès diathésiques et aux abcès morveux du poumon. Cependant, si avec les symptômes généraux, dont l'ensemble constitue ce qu'on appelle l'infection, la diathèse purulente, si avec les symptômes généraux et locaux, caractéristiques de la morve et du farcin aigus, on trouve les symptômes énumérés plus haut, la fréquence et la gêne de la respiration, la fétidité de l'haleine, et surtout les signes fournis par la percussion et l'auscultation de la poitrine, tels que la matité à la percussion, le râle muqueux et sibilant, on pourra porter un diagnostic probable. Les probabilités seront encore plus fortes si l'on trouve, à l'auscultation, du souffle tubaire dans un point circonscrit du thorax. Au surplus, dans ce diagnostic, il faut beaucoup tenir compte de la durée plus ou moins longue de la maladie ; si les malades succombent rapidement, on peut ne rencontrer qu'une pneumonie commençante et même ne rencontrer rien du tout ; si, au contraire, les sujets résistent longtemps, les probabilités augmentent, et il arrive bien rarement que l'on se trompe en diagnostiquant des abcès pulmonaires, à l'aide des signes dont nous avons parlé.

Nous ne possédons que des données bien incomplètes sur la marche et sur la durée des abcès diathésiques ; nous savons seulement qu'ils se développent avec une grande rapidité. Il y a dans les phlegmasies qui donnent naissance à ces collections purulentes une tendance remarquable à la formation du pus. Il n'est pas rare de voir ces petites pneumonies lobulaires naître et suppurer en 24 ou 48 heures ; c'est un fait qui est confirmé par le développement si rapide des collections purulentes dans les articulations et dans les membranes séreuses.

La rapidité avec laquelle la mort survient ordinairement dans la diathèse purulente et dans la morve aiguë ne permet pas de suivre la marche ultérieure et les modes de terminaison des abcès diathésiques et morveux. Théoriquement, il semble que ces collections purulentes devraient suivre les mêmes phases que les abcès phlegmoneux, c'est-à-dire se résorber, ou s'ouvrir dans les bronches ; et dans le cas où les individus affectés survivraient à la diathèse purulente, ou à la morve, il ne nous semble pas téméraire d'affirmer que ces abcès devraient se terminer par cicatrisation. Il ne peut y avoir de doute sur l'ouverture des abcès métastatiques dans les tuyaux bronchiques. La pièce présentée par M. N. de Mussy (1) est tout à fait concluante. Comme tout le monde, nous regardons la guérison de ces abcès comme possible ; mais, pour nous, rien ne l'établissait d'une manière péremptoire. Nous avions vu plusieurs fois les sujets présenter les symptômes de ce qu'on appelle l'infection purulente, et guérir après une très longue convalescence. Nous avions même observé, chez une femme affectée de fièvre purulente, tous les signes d'une pneumonie lobulaire, joints aux autres signes de la diathèse purulente, et cette femme guérit. Ce qui n'était pour nous qu'une probabilité est maintenant une certitude, en présence d'un fait qui nous a été communiqué par M. le professeur Blandin. Il s'agit d'un jeune homme qui fut blessé dans les affaires de la place Vendôme, en 1832, et qui entra à l'hôpital Beaujon pour une plaie pénétrante de poitrine du côté droit. Ce malade fut pris, immédiatement après une saignée, d'une inflammation des veines du bras, et plus tard de tous les symptômes de l'infection ou de la diathèse purulente. Cependant il survécut à tous ces accidens, et ne succomba qu'un mois après, par suite de la gravité de ses blessures, et d'une violente pleurésie avec épanchement. A l'autopsie, on trouva la veine basilique obstruée par un caillot fibrineux décoloré et résistant. Le poumon droit renfermait dans son lobe moyen des abcès métastatiques en voie de cicatrisation. (Il est à regretter qu'on n'ait pas décrit le mode de cicatrisation de ces abcès.)

Quelles sont les causes qui donnent lieu aux abcès diathésiques, et aux abcès morveux ? Ces derniers surviennent sous l'influence d'une cause spécifique, d'un véritable *virus*. Quant aux abcès diathésiques, ils se développent, ainsi que l'a dit M. Tessier (2) 1° à la suite de l'état traumatique, c'est-à-dire de la modification imprimée à l'organisme, par suite de l'application des agens physiques et mécaniques susceptibles d'altérer profondément les tissus avec lesquels ils sont mis en rapport ; 2° à la suite de l'état puerpéral ; 3° à la suite de l'état fébrile. Telles sont les causes occasionnelles des abcès métastatiques.

Mais quelles en sont les causes déterminantes, les causes immédiates ? c'est là une question grave et difficile, que de longues recherches d'anatomie pathologique et de nombreuses expériences sur les animaux vivans nous permettent d'aborder. Nous le ferons avec franchise, sans arrière-pensée et sans aucune idée préconçue.

(1) BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ ANAT., 1838, p. 41.
(2) HISTOIRE DE LA FIÈVRE PURULENTE. (Journal L'EXPÉRIENCE, 1838.)

---

sode qui n'est pas assurément la partie la moins curieuse. Voulant épuiser les aiguillons du sarcasme et les originalités du paradoxe, il chante cet honnête quadrupède comme Favorin avait chanté la fièvre, comme Erasme avait chanté la folie. Il cherche, avec tout le charme de son esprit et toutes les ressources de son érudition, à le réhabiliter de la vieille réputation, de la classique médisance dont il est la patiente victime, ou plutôt il loue cette vieille réputation, il exalte cette classique médisance presque de façon à l'envier pour soi-même. « Il est très pauvre et très simple en esprit, tellement qu'à peine cognoist-il les laictues d'entre les chardons ; mais il est meilleur et plus profitable d'estre idiots et ne scavoir rien du tout, et croire par foi et avec charité, et estre approchés de Dieu, que estant enflés par subtilité de sciences (1)............. D'ailleurs nous lisons qu'un âne a eté condisciple et auditeur, avec Origène et Porphyre, du philosophe Ammonius Saccas. Les chrestiens anciennement estaient appelés asniers par les Romains, lesquels peignaient avec mépris l'image de Jésus-Christ avec des oreilles d'ânes, au rapport de Tertullien (2). »

Le livre DE LA VANITÉ DES SCIENCES fut censuré dès son apparition par les docteurs de l'Université de Louvain, et dénoncé à la justice de l'empereur, qui le déféra à la vérification de son conseil privé. Or, les membres de ce conseil ayant plus violemment encore incriminé les dogmes de ce livre, Charles-Quint exigea de Corneille Agrippa une rétractation pleine et entière. Mais, par un premier mouvement d'orgueil plus fort que le sentiment de son ambition, celui-ci refusa de se soumettre. Il se repentit bientôt de la faute qu'il avait commise ; regret inutile ! il perdit sa charge et sa pension d'historiographe, et, de plus, fut jeté dans les prisons de Bruxelles. Il eut beau faire ensuite pour recouvrer la faveur de Charles-Quint, l'empereur resta toujours inexorable. C'est alors qu'Agrippa lui écrit cette lettre où il fait un appel, sinon à sa justice, du moins à sa clémence et à sa pitié : « Votre service, redoutable César, m'a réduit à la misère, et de tous les malheurs de ma vie, celui qui m'accable en ce moment est sans contredit le plus grand. J'ignore par quelle rigueur vous avez fermé vos yeux et bouché vos oreilles à toutes mes supplications. Quoi qu'il en soit, semblable au moribond qui rassemble ses forces défaillantes, j'intercède une dernière fois ma grâce auprès de Votre Majesté (1). »

Cependant, à la lecture de cette supplique touchante, l'empereur se laissa fléchir à demi, et, d'après les instances des cardinaux Campegge et de la Marck, il lui accorda la liberté, tout en l'exilant de son empire.

Sans argent, et poursuivi par la fureur de ses créanciers, Agrippa se rendit alors à Lyon, où il reprit l'exercice de la médecine, qu'il avait naguère encore si amèrement persifflée, si grossièrement injuriée ; et, grâce à son privilége, ce fut elle qui subvint, cette fois comme les autres, à ses désirs nombreux, à ses besoins pressans. Il passa de Lyon à Grenoble, et là, en 1535, il écrivit le seul ouvrage exclusivement médical qu'il ait laissé, le livre intitulé : CONTRA PESTEM

(1) Ibid., pag. 382.
(2) Ibid., p. 385.

(1) EPISTOL., lib. VI, litt. XXVII.

Jetons d'abord un coup-d'œil rapide sur les diverses théories qui ont servi à expliquer le développement des abcès diathésiques. Trois théories sont en présence : la première admet l'évolution de tubercules préexistans; la seconde fait intervenir l'introduction du pus dans la circulation ; la troisième rattache ces abcès à une diathèse particulière, qui amène la production du pus dans les solides et dans les liquides de l'économie.

La première ne repose que sur une erreur d'observation ; nous n'en parlerons pas. La deuxième compte un très grand nombre de partisans. Il faut cependant ajouter qu'ils sont loin d'être d'accord. Les uns admettent, avec M. Velpeau, que le pus est transporté *en nature* dans le poumon ; les autres se refusent à cette conclusion ; ces derniers sont encore divisés : ainsi, tandis que Dance et M. le professeur Blandin professent que ces abcès sont le résultat d'inflammations toutes spéciales, produites *par la pénétration du sang vicié* dans le parenchyme pulmonaire; M. Cruveilhier établit qu'ils reconnaissent pour cause *l'arrêt du pus* dans les capillaires veineux du poumon, et une phlébite capillaire de ce même viscère; cette dernière théorie a encore subi des modifications dans ces derniers temps. Deux observateurs, MM. les docteurs Caron et F. d'Arcet (1) ont attribué les abcès diathésiques du poumon à l'arrêt mécanique de la partie solide du pus dans les capillaires pulmonaires, rattachant tous les symptômes généraux d'infection à la pénétration dans le système sanguin de la portion liquide du pus, altérée par son contact avec l'oxigène dans l'appareil pulmonaire. Dans la troisième théorie, qui appartient à M. Tessier, tout s'explique par la diathèse purulente, diathèse qui reconnaît pour cause principale l'entassement des malades, c'est-à-dire leur réunion, leur rapprochement dans une même salle.

De toutes ces théories, la plus séduisante est certainement celle de M. Cruveilhier : le pus pénètre dans le sang ; il s'arrête mécaniquement dans les capillaires du poumon, parce que les globules purulens sont plus gros que les globules sanguins, et là il détermine une phlegmasie circonscrite. Quoi de plus facile à comprendre ? Seulement une chose nous embarrassait : nous nous demandions pourquoi les globules purulens s'arrêtaient plutôt dans les capillaires veineux que dans les capillaires artériels. Ce fut ce qui nous décida à répéter les expériences de M. Cruveilhier. L'introduction du mercure dans le système veineux nous donna des résultats, non pas identiques, mais analogues à ceux de cet observateur. Toutes les fois que nous injections du mercure dans les veines d'un animal, le système veineux abdominal excepté, nous retrouvions les globules mercuriels dans le poumon. (Cependant, nous en avons trouvé quelques-uns, arrêtés entre les colonnes charnues du cœur, et qui s'étaient là recouverts d'une exsudation pseudo-membraneuse jaunâtre.) Lorsque l'animal avait été sacrifié de bonne heure, nous trouvions les globules mercuriels disséminés dans le poumon, surtout dans sa partie déclive, et dont le siége était annoncé par de petites taches, de grandeur variable, d'une couleur rouge plus ou moins foncée, taches qui tranchaient sur la couleur blanc-rosé du poumon.

En incisant le tissu pulmonaire au niveau de ces taches, nous avons trouvé un petit engorgement inflammatoire dur et composé de cette manière : au centre, un petit globule mercuriel ; plus en dehors, une pseudo-membrane jaunâtre, demi-liquide ; au-delà, une fausse membrane plus dense et dont la densité augmentait à mesure qu'on s'éloignait du centre du noyau, et qui finissait, en se condensant, par former une véritable membrane d'enveloppe. Au-delà de cette exsudation pseudo-membraneuse, le poumon était ecchymosé ; mais il avait conservé la consistance normale ; les bronches étaient remplies d'un mucus légèrement rosé, au milieu duquel se trouvaient de nombreux globules mercuriels ; *les veines pulmonaires, incisées jusque dans leurs dernières ramifications, ne nous ont présenté ni inflammation ni globules mercuriels* ; mais il n'en était pas de même des ramifications de l'artère pulmonaire : celles de troisième et de quatrième ordres renfermaient des globules mercuriels très fins et entourés d'une auréole ecchymotique. Nous avons injecté les artères et les veines d'un lobe pulmonaire, et avons soumis à l'examen microscopique une tranche de ce poumon ainsi préparé. Au centre de l'injection rouge, c'est-à-dire dans les ramifications de l'artère pulmonaire, nous apercevions des globules mercuriels très fins. Nous n'avons jamais observé rien de pareil dans les ramifications des veines pulmonaires. Dans quelques points, où le travail pathologique était beaucoup plus avancé, nous voyions au microscope un globule mercuriel occupant le centre ; au-delà une matière blanchâtre, qui paraissait reposer sur une ecchymose brunâtre ; au-delà, et dans une étendue variable, les cellules pulmonaires colorées en rouge-brun, teinte qui s'éteignait à mesure qu'on s'éloignait du centre du noyau.

Chez un chien, dans le tibia duquel nous avons placé quelques globules mercuriels trois mois auparavant, nous avons trouvé dans le poumon de petits globules mercuriels, entourés d'une membrane jaunâtre d'une demi-ligne d'épaisseur, qui leur servait en quelque sorte de kyste (1).

Comme on le voit, nos résultats se rapprochent de ceux de M. Cruveilhier. Seulement nous n'avons pas rencontré du mercure dans les capillaires veineux, et nous n'avons trouvé aucune ressemblance entre la matière tuberculeuse, qui, comme on le sait, a un aspect grumeleux et caséiforme, et cette matière pseudo-membraneuse molle, jaunâtre, qui entourait les petits globules mercuriels.

Ces expériences nous paraissaient on ne peut plus favorables à la théorie de M. Cruveilhier; mais il restait à prouver que le pus déterminait des accidens analogues. Nous fîmes immédiatement des expériences avec le pus. Mais quel fut notre désappointement ! Jamais, avec du pus de bonne nature, *non altéré*, quelle qu'en fût d'ailleurs la quantité, nous ne pûmes obtenir d'abcès dans le tissu pulmonaire. Les animaux se rétablis-

(1) A la théorie de M. d'Arcet, théorie toute physico-chimique, nous adressons les reproches suivans :

1° Le pus lavé, filtré, etc., comme cet expérimentateur l'a fait, n'est plus du pus comparable à celui que fournit la suppuration.

2° La partie solide, séparée de la partie liquide, ne constitue pas plus du pus que le caillot sans sérum, et *vice-versâ*, ne constitue le sang.

3° S'il était vrai que le pus se divisât en deux parties, l'une solide, l'autre liquide, en traversant le poumon, que la première y fût arrêtée, comment retrouverait-on si souvent des abcès dans le foie, même quand il n'en existerait pas dans le poumon?

4° Comment expliquer, dans la théorie de M. d'Arcet, la résorption spontanée des collections purulentes sans formation d'abcès multiples?

(1) Toutes ces expériences ont été faites au Collége de France, avec l'aide de mon excellent ami et collègue M. Bernard, préparateur d'anatomie de l'établissement. Je le prie de recevoir ici mes remercîmens, tant pour l'obligeance qu'il m'a montrée dans cette circonstance que pour les conseils qu'il a bien voulu me donner.

ET DIARRHŒAM ANTIDOTA SECURISSIMA. Après la publication de ce livre il mourut, la même année et au sein de la même ville.

Il y avait, sans contredit, chez Corneille Agrippa l'étoffe d'un grand médecin: l'étude et la sagacité naturelle; il savait parler huit langues; c'était un des hommes les plus cultivés de son temps; il était observateur aussi pénétrant que sincère, aussi subtil que consciencieux. Malheureusement, pour acquérir, dans notre art, une renommée susceptible de survivre à son époque, il lui manquait la constance. Il n'avait pas la tenue, la fermeté d'esprit nécessaires pour envisager pleinement une question, pour en tirer tout le parti possible ; car si l'on doit mettre en doute la justesse absolue de ces paroles bien connues de Buffon : « La patience, c'est le génie. » Du moins l'on peut avancer à coup sûr que la première de ces qualités est l'auxiliaire le plus solide de la seconde. La mobilité avec laquelle il parcourait l'étendue des choses n'est pas ce que nous devons lui reprocher le plus. Bossuet l'a dit, avec sa haute raison et sa magnifique simplicité : « Nous vivons assujétis aux changemens, parce que c'est la loi, pour ainsi parler, du pays que nous habitons. »

L'excès de son ambition ne fut pas non plus étranger à la valeur problématique de ses travaux. A force de vouloir embrasser tous les genres de talent, il finit par n'en étreindre aucun. Au lieu d'être supérieur dans une partie quelconque du savoir humain, il demeura médiocre dans toutes. Du reste, un de ses contemporains l'a très bien résumé par ces phrases : *scit, nescit, deflet, ridet, carpit omnia.*

Cependant, malgré tous ces défauts, Corneille Agrippa mérite une place distinguée dans l'histoire de la médecine. Pour avoir été négative, sa mission ne doit point être regardée comme non avenue, comme nulle. Mieux vaut encore élaguer les branches viciées d'un vieil arbre productif, qu'encombrer un terrain de plantations nouvelles, sans racines et sans fruits. N'oublions pas que Corneille Agrippa fut le précurseur la plus efficace de la révolution scientifique dont Paracelse devait être l'initiateur le plus éclatant, le chef le plus illustre.

MICHÉA.

ERRATUM.

Dans le dernier feuilleton de la GAZETTE MÉDICALE, cinquième colonne, au lieu : *de madame la duchesse d'Anjou, sa mère*, lisez : *de sa mère, Louise de Savoie.*

— Le 24 de ce mois, de grands concours ouvriront à Paris pour l'admission aux places vacantes d'élèves internes et externes dans les hospices et hôpitaux civils de Paris.

— M. Chassaignac, chirurgien du bureau central, a commencé un cours D'OPÉRATIONS le 3 octobre 1842, à midi précis, à l'École pratique.



saient parfaitement; et lorsque nous les sacrifions, deux ou trois jours après, nous ne trouvions que des ecchymoses sur le poumon, sans aucune trace d'inflammation pulmonaire. Nous n'ignorons pas que quelques personnes disent y avoir réussi. Plus heureux que nous, M. F. d'Arcet aurait observé deux fois, après des injections de pus dans les veines des animaux, des petites collections purulentes isolées; mais M. d'Arcet ajoute qu'elles n'offraient pas une identité complète avec les abcès multiples proprement dits, parce qu'elles étaient plutôt sous-pleurales que lobulaires ou intra-lobaires. Ajoutons que M. d'Arcet n'a pas mieux réussi en injectant dans les veines du pus provenant de l'animal soumis à l'expérience.

Nous reprîmes de nouveau nos injections, et nous les fîmes alors avec du pus altéré. Nous ne fûmes pas plus heureux; les animaux succombaient en 24 ou 36 heures, dans un état adynamique, et nous ne retrouvions encore que des ecchymoses.

Par les expériences qui précèdent, nous étions naturellement amenés à conclure que l'introduction du pus de bonne nature dans le système veineux ne donnait pas lieu chez les chiens à la formation d'abcès diathésiques dans le poumon, ni dans les autres organes parenchymateux; que le pus altéré déterminait rapidement des phénomènes d'empoisonnement, sans produire des abcès. Mais il restait à résoudre une question préjudicielle. Nous étions partis de ce point que le pus pénètre dans le système veineux. Or, M. Tessier nie formellement cette proposition; suivant cet observateur, ce passage est impossible, attendu que, à toutes les périodes de l'inflammation veineuse, le pus est sequestré dans le canal de la veine enflammée par des caillots et des fausses membranes. Sans parler de cette multitude de cas dans lesquels on trouve des abcès diathésiques, sans qu'on puisse rencontrer à l'autopsie une veine enflammée ou une goutte de pus dans ces vaisseaux, le fait de l'existence de caillots et de fausses membranes aux limites de la phlegmasie de la veine nous paraît aujourd'hui un fait incontestable. Oui, dans l'immense majorité des cas, le pus est sequestré dans la veine enflammée, et sequestré à toutes les périodes de la phlébite, alors même que le malade est en proie à la diathèse purulente. C'est un fait dont nous nous sommes convaincus *de visu*, et nous méritons d'autant plus d'être crus sur ce point que, partis théoriquement de la théorie de M. Cruveilhier, nous sommes arrivés expérimentalement, et par l'anatomie pathologique, à repousser la pénétration du pus dans les veines, comme cause des abcès diathésiques du poumon. Nous n'ignorons pas que, dans un certain nombre de cas, les caillots n'opposent qu'un obstacle incomplet au passage du pus dans le système veineux; il en est même dans lesquels on trouve du pus ou de la sanie purulente en contact immédiat avec le sang. Nous avons vu deux faits de cette espèce. Mais ce sont là des exceptions, et rien de plus. Combien de fois n'avons-nous pas vu des diathèses purulentes alors que le pus était séparé de la circulation par un caillot d'un pouce et même d'un pouce et demi de longueur! Il est donc tout à fait impossible de rattacher la formation des abcès diathésiques à l'introduction du pus dans le système veineux. Cette introduction serait-elle établie (et, comme on le voit, elle ne l'est pas), elle n'expliquerait pas le développement des abcès multiples. Ne voyons-nous pas tous les jours des collections purulentes énormes se résorber sans aucune espèce d'accident? et lorsque ces résorptions déterminent quelque inconvénient, les a-t-on jamais vues produire des abcès multiples? Tout le monde ne sait-il pas que ces résorptions n'amènent à leur suite que des collections séreuses, des sueurs profuses, des apoplexies séreuses, mais jamais d'abcès multiples? Et, enfin, les expériences sur les animaux n'établissent-elles pas d'une manière victorieuse que telle n'est pas la cause de ces abcès?

Jusqu'ici nous avons détruit sans chercher à construire; nous avons dit par quoi les abcès n'étaient pas déterminés, nous n'avons pas dit quelle était la cause. Il est certain que ces abcès se produisent sous l'influence de la cause qui a amené la suppuration dans un organe plus éloigné. C'est en quelque sorte la répétition d'un travail pyogénique déjà établi dans un point de l'organisme. Mais cette cause, qui établit dans l'économie une pareille tendance à la formation du pus, tendance que nous appelons, avec M. Tessier, *diathèse purulente*, nous avouons ne pas la connaître. M. Tessier la place dans l'entassement des individus. Nous n'avons certainement pas l'intention de nier l'influence de cette cause; mais ne voit-on pas se développer cette terrible maladie dans les meilleures conditions hygiéniques? C'est encore là une des inconnues de ce grand problème de la diathèse purulente.

En résumé, les abcès diathésiques du poumon, comme ceux des autres organes, ne reconnaissent pas pour cause l'introduction du pus dans le système circulatoire : 1° parce que cette introduction est matériellement impossible dans l'immense majorité des cas; 2° parce que, fût-elle démontrée, elle n'amènerait pas la production d'abcès métastatiques, ainsi que cela résulte de nos expériences et de l'expérience de plusieurs observateurs. Il faut donc chercher la cause de ces collections purulentes dans une tendance générale à la formation du pus dans les solides et dans les liquides de l'économie, dans une véritable diathèse purulente, dont la cause, comme celle de la plupart des diathèses, nous échappe et nous échappera probablement toujours.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

RÉSUMÉ STATISTIQUE DE LA CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HÔTEL-DIEU (SERVICE DE M. LE PROFESSEUR ROUX) PENDANT L'ANNÉE 1841; par MM. MAUNOURY et THORE, internes des hôpitaux et membres de la Société anatomique.

(SUITE. — Voir les numéros 23, 26, 30.)

DES OPÉRATIONS DE FISTULE A L'ANUS.

Il est entré dans le service de M. Roux, pendant l'année 1841, 24 individus atteints de fistule à l'anus.

Chez trois, elles étaient consécutives à une altération organique incurable; aussi ont-elles été respectées par le chirurgien.

Chez le premier, c'était une femme, il y avait à 6 centimètres de l'anus un bourrelet circulaire du rectum de nature cancéreuse.

Chez le second, une carie de la face interne de la tubérosité de l'ischion.

Chez le troisième, une affection tuberculeuse des poumons; la fistule qui avait été opérée dans un autre hôpital, loin de se cicatriser avait augmenté d'étendue; elle formait par suite de la dénudation assez considérable de la peau un ulcère tuberculeux incurable.

18 ont été opérés, 16 par le procédé ancien, c'est-à-dire par l'incision avec excision des lambeaux de peau; 2 par la simple incision. Aucun n'a succombé aux suites de l'opération.

Sans doute, dans tous ces cas, la profondeur, l'étendue, le siége de la fistule, la multiplicité des orifices offraient un grand nombre de variétés; tantôt elle existait à droite ou à gauche, très rarement en avant; malgré ces différences l'opération a été la même pour tous.

1° Incision de la peau et du rectum décollé;

2° Excision des lambeaux de peau, de manière à former une plaie plus ou moins étendue, irrégulièrement triangulaire, dont le sommet supérieur correspond à l'orifice interne de la fistule et la base sur le côté de la fesse à un point plus ou moins rapproché de la marge de l'anus.

Quel que soit l'état de la peau autour de l'orifice de la fistule, M. Roux unit toujours l'excision à l'incision; d'autres chirurgiens ne font que la simple incision; enfin une troisième catégorie, et c'est la plus nombreuse, adopte ces deux procédés suivant les indications; s'il y a un décollement de la peau assez considérable, c'est alors qu'ils excisent ces chiffons inutiles.

Dans ce cas, on a donc une plaie plus ou moins étendue qui empiète sur la fesse, dont les bords ne se trouvent pas en contact entre eux, toujours accessible aux regards du chirurgien, de sorte que toute sa surface peut être examinée avec soin.

Dans le second cas, par l'incision simple, on a une plaie profonde qu'il faut écarter chaque jour pour en voir le fond, qu'il est difficile de nettoyer des impuretés qui s'amassent entre ses bords. Faisons remarquer aussi que, si par l'excision on s'expose à l'hémorragie, elle est moins grave, plus facile à comprimer, car elle est toujours extérieure. Jamais nos malades n'ont couru de dangers à la suite d'hémorragies survenues après l'opération. Tandis que l'un de nous a failli voir périr sous ses yeux un homme opéré par une simple incision, un écoulement de sang avait eu lieu dans l'intérieur du rectum, déjà plusieurs syncopes s'étaient succédées, et sans les prompts secours qui ont été donnés, l'opéré aurait évidemment succombé.

Le pansement d'une fistule exige les soins les plus minutieux; or, on panse mieux une plaie qu'on voit complètement, qu'une autre dont on ne voit que les bords; aussi, toutes choses égales d'ailleurs, sur deux fistules opérées différemment et pansées par un élève peu expérimenté, celle avec plaie large guérira plus rapidement que celle avec plaie profonde;

dans celle-ci, il restera ou il se formera souvent de petites fistules latérales.

Si, pour le médecin, une plaie est un miroir sur lequel vient se refléter la moindre perturbation dans les actes physiologiques, on peut dire aussi que tous les points d'une plaie sont solidaires les uns des autres; arrive-t-il sur un des bords un léger décollement, aussitôt la plaie, de luxuriante qu'elle était, devient blafarde; la cicatrisation est arrêtée; c'est surtout pour les fistules à l'anus que M. Roux nous a fait remarquer cette particularité physionomique d'une plaie; aussi peut-on saisir la cause de cet allanguissement dès les premiers jours et y remédier immédiatement, ce qui ne peut pas toujours avoir lieu dans le cas d'incision simple.

Quant à la durée de la cicatrisation elle est à peu près la même dans les 2 cas; bien plus, les malades auxquels on était obligé de faire une large plaie par suite d'un décollement considérable de la peau guérissaient presque aussi rapidement que ceux auxquels on avait seulement ébarbé les bords de la fistule; nous avons été maintes fois à même de vérifier ce fait, car M. Roux opère presque toujours les fistules par série de 2 ou de 3 individus.

La moyenne de la durée de séjour à l'hôpital après l'opération est de 7 à 8 semaines; en ville 6 semaines suffisent.

Du reste, il est des cas dans lesquels la fistule est si simple, que l'excision des lambeaux est un excès de précaution.

Quelle est la mortalité dans les opérations de fistule à l'anus? un tableau de toutes celles qui ont été opérées pendant cinq années consécutives, à l'Hôtel-Dieu, nous mettra à même de répondre à cette question. Or, il y avait en :

	Opérés.		Sortis.		Morts.
1836 sur...	6	....	6	....	»
1837......	19	....	17	....	2
1838 (1)...	25	....	22	....	3
1839......	32	....	30	....	2
1840......	37	....	35	....	2
	119		110		9

1 mort sur 12 opérés.

Ce résultat est favorable, si l'on réfléchit que tous ces malades ont été opérés à l'hôpital, par conséquent au milieu de circonstances locales qui influent d'une manière désavantageuse sur les opérations; si l'on réfléchit que toute opération, quelle que soit son innocuité apparente, compte toujours quelques revers. Enfin, si on réfléchit que les fistules anales sont, dans bon nombre de cas, la suite d'une tuberculisation des glandes sous-muqueuses de l'extrémité inférieure du rectum, et que cette tuberculisation est ou antérieure ou consécutive à une tuberculisation pulmonaire (2).

Un homme entre dans les salles de chirurgie avec un abcès de la marge de l'anus; on ouvre cet abcès, on opère la fistule; il ne présentait à son entrée aucun signe de tubercules du côté des poumons; par suite de l'opération, la phthisie se déclare avec rapidité, la plaie de l'anus devient blafarde, et le malade succombe à une phthisie générale.

Doit-on opérer une fistule à l'anus lorsqu'une phthisie pulmonaire est confirmée? Telle était la question que se sont posée longtemps les médecins et les chirurgiens, lorsque la coïncidence des fistules à l'anus et de la phthisie, bien reconnue comme fait, était expliquée par la sympathie qui existe entre l'anus et le poumon, ou bien par la stase du sang dans les veines hémorrhoïdales, stase qui avait pour cause la gêne de la respiration; on conçoit que les auteurs de pareilles explications devaient s'évertuer à répondre à cette demande : « Doit-on ou ne doit-on pas opérer? » Mais maintenant que la cause pathologique est bien connue, il s'agirait de guérir la tuberculisation des glandes du rectum.

D'après ce relevé, on doit donc considérer l'opération de la fistule à l'anus comme une des plus innocentes de la chirurgie.

Quelle que soit l'analogie entre l'excision de la paroi décollée du rectum et l'excision des bourrelets hémorrhoïdaux, autant la première est innocente, autant la seconde est grave; c'est cette gravité qui a de tout temps fait reculer plusieurs chirurgiens devant cette opération, et qui a poussé certains autres à la recherche de moyens variés pour triompher de ces tumeurs si douloureuses.

Le tableau ci-dessus donne lieu à une remarque assez singulière, c'est cette progression rapide d'année en année; il serait difficile d'en trouver la cause; pendant l'année 1841, les deux autres services de chirurgie de l'Hôtel-Dieu n'ayant pas été comptés, il n'y a pas eu diminution notable.

Quelle est l'influence de l'âge? en d'autres termes, à quelle époque de la vie est-on disposé à contracter le plus facilement cette maladie?

Sur les 119 cas opérés : { De 15 à 25 ans... 32
De 25 à 40 ans... 55
De 40 à 60 ans... 32 }

Sur ces 119 individus, 4 seulement étaient au-dessous de 20 ans; 3 au-dessus de 51 ans.

C'est donc de 20 à 50 ans que surviennent les abcès et les fistules à l'anus; or cette remarque est assez importante sous le point de vue de l'étiologie; on cite toujours comme cause déterminante principale des abcès phlegmoneux de l'anus les corps étrangers arrêtés au-dessus du sphincter; nous avons déjà assisté à l'ouverture d'un grand nombre d'abcès de cette espèce, et jamais nous n'avons vu de corps étranger; ce sont surtout les enfans qui, par imprudence ou ignorance, avalent ces corps étrangers, ces arêtes de poisson, ces épingles cités dans tous les auteurs; et justement cet âge est soustrait à cette maladie. On cite aussi comme cause des plus efficaces, la constipation opiniâtre; or, sur quels individus la constipation est-elle le plus habituelle? Chez les vieillards, chez les femmes, il est très rare de trouver des fistules à l'anus; ainsi, sur 119, il n'y a eu que 12 femmes.

On cite, comme cause prédisposante, l'état sédentaire; si nous examinons les professions parmi ces 119 individus, nous trouvons une variété si grande, qu'il nous est impossible de tirer une conclusion. Si nous notons les professions qui nécessitent une attitude assise permanente : tailleur, bottier, couturière, nous en voyons aussi d'autres en grand nombre qui exigent une position debout continuelle : scieur de long, menuisier, terrassier, boulanger; enfin, d'autres chez lesquels la vie se passe dans une marche habituelle: des porteurs d'annonces, des marchands des quatre saisons, des voituriers.

Si les habitudes sédentaires avaient une influence marquée sur la production de ces abcès, les hommes adonnés aux travaux de cabinet en seraient très souvent atteints, et pourtant ceci n'a pas lieu.

On est étonné, au premier abord, de la fréquence de ces fistules relativement aux autres abcès. Si maintenant on connaît la cause immédiate de ces fistules chez les tuberculeux, il n'en est pas de même chez ceux qui n'ont aucune trace de tubercules; jusqu'à ce moment ci, il est impossible de s'expliquer cette fréquence; chez plusieurs individus, nous avons été surpris de l'élargissement de l'anus, dû à son état infundibuliforme, signe presque certain de pratiques sodomiques; certaines questions à quelques-uns de ces malades ont confirmé notre pressentiment.

FISSURES A L'ANUS.

Deux fois M. Roux incisa le sphincter externe. Les deux cas de fissure furent observés chez deux femmes; elle est en effet plus fréquente dans ce sexe.

Chez une malade la fissure était visible, l'opération eut un succès complet.

Mais il n'en fut pas de même chez la seconde, on avait affaire à une femme de 39 ans qui avait eu plusieurs enfans; elle endurait depuis deux ans des souffrances horribles qui revenaient par accès irréguliers, il était impossible de distinguer une fissure; après l'opération, les douleurs continuèrent aussi vives qu'avant, c'était une de ces névralgies anales si difficiles à guérir, qui changent quelquefois de place pour se porter à la vulve et qui résistent à tous les moyens employés.

C'est un sujet curieux que ces névralgies des organes inférieurs du tube digestif et des organes génito-urinaires; c'est surtout aux orifices de ces appareils qu'elles sévissent avec plus d'intensité, ou col de l'utérus, au vagin, etc. Doit-on faire des incisions? M. Roux les conseille dans ces cas. Les lavemens de ratanhia, conseillés par M. Bretonneau, de Tours, qui en a obtenu des succès merveilleux, n'ont pas été employés.

SUR LA PÉRINÉORAPHIE.

Cette opération, depuis Guillemeau, n'avait été faite qu'à de rares inter-

(1) Pour l'année 1838, des 3 morts, il est à remarquer que 2 ont été opérés le 23 juillet, le troisième le 25; à ce moment, il y avait une grande mortalité dans l'hôpital, auraient-ils été victimes de la constitution épidémique régnante? La coïncidence de leur mort rend probable cette hypothèse.

(2) M. Andral (CLINIQUE MÉDICALE, 4e volume, p. 138) nie la fréquence des fistules à l'anus chez les phthisiques, puisque, sur 800 cas de phthisie bien manifeste, il n'a vu qu'une seule fois la fistule à l'anus. Il se demande comment une pareille erreur a pu s'accréditer dans la science. Ce sont les chirurgiens qui ont répandu cette opinion, fondée en réalité; leur réponse à M. Andral est que, sur 20 fistules à l'anus, 5 au moins compliquent la phthisie pulmonaire.

valles par la suture entortillée; c'était à peine si on avait osé en publier les résultats, tant ils accusaient les imperfections du procédé qu'on mettait en usage, il a fallu la substitution de la suture enchevillée à la suture entortillée, pour qu'elle eût droit de cité dans la science; nous avons été témoins à leur arrivée de l'anxiété inexprimable de ces femmes ainsi mutilées, de leur résignation pendant les souffrances de l'opération; nous avons assisté à leur joie si vive après le succès; aussi nous comprenons tout le bonheur du chirurgien, aux témoignages si sincères de la reconnaissance de ces malades.

En l'année 1841, M. Roux a fait trois fois cette opération; deux fois à l'hôpital; une fois en ville, chez la femme d'un médecin de province.

Il a réussi dans les trois cas.

La dernière opération est sa quinzième.

Elles furent pratiquées chez 13 femmes, car chez deux il fut obligé de faire une seconde tentative qui amena un succès complet.

Sur ces 13, 2 avaient une déchirure incomplète; 11 une déchirure complète.

Des deux premières, l'une, jeune, mourut des suites de phlébite, peu de jours après l'opération; la seconde, dont nous allons rapporter l'opération succincte, guérit parfaitement.

Des 11 autres, l'une mourut dans le marasme 7 jours après l'opération; l'observation est consignée dans le Mémoire de M. Roux.

Des 10 qui restent, 2 ont été opérées deux fois, réussite à la seconde fois, 8 une seule fois; il y eut 7 succès complets, 1 insuccès, c'est le cas de cette jeune dame de la Nouvelle-Orléans, dont il est aussi fait mention dans le mémoire indiqué; des circonstances imprévues l'empêchèrent de se soumettre à une seconde tentative.

On voit, d'après ces faits, de quelle richesse M. Roux peut déjà disposer; aussi ses idées sont bien fixées; il n'y a rien ou presque rien à ajouter à ces premiers préceptes et aux déductions qu'il a su tirer de sa première observation; depuis, je ne sache pas qu'un grand nombre de chirurgiens aient trouvé l'occasion de pratiquer cette opération. Nous n'avons à citer que MM. Convers, Pétriquin et Velpeau. Ce dernier l'a faite deux fois. (Voir Gazette Médicale 1835. M. Convers. — M. Velpeau. Médecine opératoire, t. iv. — Le Mémoire de M. Pétréquin, Gazette Médicale 1840. N° 52.)

M. Danyau, depuis quelque temps, à la Maternité, fait la suture dans le cas de déchirure incomplète, immédiatement après l'accouchement; dans tous ces cas il a bien réussi, de sorte que cette pratique restreindra encore le nombre si rare déjà de ces malheureuses femmes.

Déchirure du périnée dans toute son étendue; communication du vagin avec l'anus; déchirure de la cloison recto-vaginale dans l'étendue d'un centimètre et demi chez une jeune femme de 22 ans, primipare, qui suait l'application du forceps; suture du périnée; succès complet après quinze jours.

Obs. — Delalande, 22 ans, d'une bonne constitution, présentant une conformation normale du bassin et des parties de la génération, accouchait pour la première fois.

Elle éprouvait des douleurs vagues depuis 24 heures, le fœtus était dans une bonne position, les douleurs expulsives n'étaient pas encore bien fortes, lorsque le médecin appliqua le forceps.

Cette application intempestive fut douloureuse; on retira le fœtus, et c'est au moment de cette extraction que survint la rupture du périnée.

L'enfant était très fort; il pesait 18 livres; les os du crâne étaient fracturés par suite de l'application du forceps; mort cinq minutes après.

Les lochies s'écoulèrent facilement; il y eut une inflammation assez vive de tout le périnée; elle fut sept à huit jours sans aller à la selle; mais depuis trois mois elle eut presque toujours la diarrhée; les selles sortaient quelquefois involontairement; la diarrhée l'affaiblissait de plus en plus; ce n'était qu'à force de riz et de café qu'elle pouvait être légèrement constipée; elle entra à l'Hôtel-Dieu le 7 août, trois mois après son accouchement.

Opération. — La veille de l'opération, on lui donne deux lavements. Ablation des deux lambeaux latéraux pour rafraîchir les deux côtés cicatrisés; on rafraîchit aussi la partie antérieure de la cloison recto-vaginale; trois fils sont passés avec de fortes aiguilles courbes; le fil moyen moins gros que les deux autres passe dans l'épaisseur de la cloison, de sorte qu'elle est ramenée en avant et appliquée contre les deux plaies latérales à laquelle elle doit adhérer définitivement.

Après l'application des fils et le rapprochement des deux lèvres de la plaie, au moyen de chevilles en gomme élastique, on fait une seconde suture superficielle entortillée pour mettre en contact immédiat les bords de lambeaux retroussés en dehors.

Introduction d'une sonde de femme.

L'opération à laquelle M. Moreau, professeur, assistait, a duré 40 minutes.

A part un écoulement mucoso-puriforme très abondant qui s'écoulait par le vagin, il n'y eut aucun accident.

L'opération ayant été faite le 11, on enleva les fils le 17, après avoir donné la veille 15 grammes d'huile de ricin dans du bouillon.

Il survint depuis le commencement une impossibilité d'uriner, de sorte qu'on fut obligé de la sonder très fréquemment jusqu'au 22 août.

Lorsqu'elle est sortie le 30 août la cicatrice était solide, lisse; mais derrière il y avait une petite fistule recto-vaginale; elle était très faible.

Trois mois après nous eûmes occasion de la revoir; elle nous montra les parties qu'on avait restaurées; il n'y avait plus trace de rupture; l'orifice de la vulve était très étroit. Son mari n'avait pas encore usé de ses droits conjugaux. Les gaz ne passaient plus par le vagin; il y avait oblitération complète de la petite fistule; tous les tissus étaient très fermes et très résistants.

Nous avons rapporté ce fait en détail, car c'est un type de rupture et de guérison complètes; c'est à la suite d'une application intempestive du forceps, je dis intempestive, car d'après le rapport d'un médecin, cette jeune femme primipare n'avait eu encore que des douleurs vagues et les parties externes de la génération n'étaient pas bien préparées au passage du fœtus; puis il est reconnu maintenant qu'on fait un abus immodéré du forceps, on le considère comme presque innocent; certainement, on n'a pas consulté les registres de la mortalité à la maison d'accouchement, car on reviendrait un peu de son application si fréquente.

Notre jeune femme en a donc été victime; mais sa résignation était digne du succès complet qui l'attendait; elle supporta pendant 40 minutes des douleurs bien cruelles, et se soumet ensuite à une immobilité absolue, malgré l'inflammation vive des parties, et une difficulté d'uriner si fréquente dans cette opération.

La seconde femme avait 26 ans, elle était aussi primipare; le périnée se rompit au moment du passage de la tête, dans les trois quarts de son étendue.

Malgré son indocilité pendant l'opération et après, malgré ses mouvemens désordonnés, la suture contenait les lambeaux appliqués les uns contre les autres, d'une manière si solide, qu'une cicatrice complète eut lieu, à la grande surprise de la malade elle-même qui semblait avoir pris à tâche de faire manquer l'opération.

Après sa guérison, elle rentra dans un service de médecine pour être traitée d'une tumeur fluctuante considérable au devant du rectum. Elle sortit de l'hôpital le 12 juillet 1841.

RECTORAPHIE.

Nous ne devons pas passer sous silence une opération que M. Roux a voulu tenter chez une femme dans un cas de prolapsus considérable du rectum: c'est une rectoraphie; l'opération présenta toutes les chances de réussite; malheureusement cette femme, d'une intelligence très peu développée, enleva les chevilles qu'on avait appliquées, et l'observation est naturellement incomplète; quoiqu'il en soit, nous allons la donner telle qu'elle est, en notant seulement les points indispensables.

Prolapsus du rectum datant de six ans. A la suite d'un accouchement simple chez une femme de 38 ans; suture de l'extrémité inférieure du rectum; cicatrisation incomplète.

Obs. — Janicot, 38 ans, constitution délicate, n'avait pas eu de renversement du rectum pendant son enfance; ce n'est qu'à l'âge de 32 ans, à la suite d'une couche simple et très heureuse, qu'elle s'aperçut pour la première fois d'une tumeur qui sortait par l'anus, après les selles et une marche forcée; elle était obligée de la faire rentrer, ce qui était quelquefois pénible pour elle; de temps en temps il survenait des hémorragies légères.

Pendant six ans, elle ne fut jamais malade à rester au lit; mais elle maigrissait; elle avait très souvent la diarrhée.

Entrée à l'Hôtel-Dieu le 8 juillet, elle est très maigre; cependant elle a bon appétit; la tumeur du rectum est très considérable, du volume des deux poings; cette tumeur formée par la muqueuse déplissée est rouge, lisse à sa surface; quand elle est rentrée on voit que toutes les parties du périnée sont flasques, que le rectum est relâché et la cavité supérieure au sphincter a une amplitude considérable; si on introduit en forme de crochet deux doigts dans l'anus, on peut dilater le sphincter de manière à voir l'intérieur du rectum.

Opération. On fait deux incisions transversales de 3 centimètres chacun sur les côtés de l'anus, de l'extrémité externe de ces incisions transversales partent deux incisions longitudinales qui vont converger à la partie postérieure de l'anus; de cette manière on a deux lambeaux qu'on détache; les deux surfaces rafraîchies sont rapprochées au moyen de la suture enchevillée à deux fils. Comme la plaie avait été faite profondément et qu'elle n'était pas parfaitement en contact au niveau de la peau, on fit une seconde suture superficielle entortillée.

La malade six heures après l'opération enleva les chevilles et les fils; il ne resta plus que la suture superficielle; du reste il n'est pas survenu d'hémorragie.

Depuis sept jours, elle n'avait pas été à la selle; on lui donna en potion 15 grammes d'huile de ricin; selles abondantes la nuit; il n'y eut pas de prolapsus.

Le huitième jour, on enlève les fils; la suture est bien adhérente.

Le vingtième jour, elle a de la diarrhée; elle est obligée de faire des efforts continuels; cependant le prolapsus n'a pas reparu; l'opération a réussi en apparence; mais probablement il y aura récidive de la maladie puisque les lambeaux n'ont été cicatrisés que superficiellement; il est à présumer qu'il y eût en une cicatrisation complète et définitive, un succès permanent, si la malade n'avait pas eu la stupidité d'enlever les fils et les chevilles quelques heures après l'opération.

(La suite à un prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 3 OCTOBRE.

ALIÉNATION MENTALE.

M. Parchappe, médecin en chef de l'asile des aliénés de Rouen, adresse à l'Académie les ouvrages et mémoires qu'il a publiés. Il y joint un résumé des idées principales émises dans ces diverses publications.

Volume de la tête et de l'encéphale chez l'homme. — La question de l'influence du volume de l'encéphale sur le développement des facultés intellectuelles et morales, dit M. Parchappe, ne peut être jugée *à priori* en vertu de la loi physiologique du rapport de l'intensité des fonctions au volume des organes; car la loi n'est prouvée que pour les fonctions qui se résolvent en actes matériels. L'auteur a consigné dans un ouvrage publié en 1836 le résultat de ses recherches sur ce point. Il a mesuré les têtes sur le vivant, jaugé, pesé des encéphales; puis sur les mêmes individus mesuré la tête revêtue, puis dépouillée de ses parties molles, et pesé l'encéphale. Il a tenu compte de toutes les circonstances, sexe, âge, taille, race, état de santé, état de l'intelligence. Il a étendu ses recherches aux catégories d'individus les plus dissemblables, afin de comprendre et de distinguer dans les résultats, autant que possible, tous les éléments de la question.

Les faits qui servent de base à ce travail sont au nombre de 344.

169 têtes mesurées sur le vivant;
58 crânes mesurés;
22 crânes jaugés;
95 encéphales pesés.

Les principales conclusions déduites de ces faits, diversement combinés et considérés sous le point de vue exclusif du volume, l'influence de la forme étant réservée, sont les suivantes :

Volume de la tête. — *Sexe.* Le volume de la tête est sensiblement plus petit chez la femme que chez l'homme, non seulement en somme mais aussi suivant toutes les dimensions. Les mesures prises sur les crânes confirment ce résultat : le poids du crâne est moindre chez la femme.

Age. L'accroissement ne paraît pas cesser pour la tête à l'époque assignée comme le terme de la croissance générale; il semble au contraire continuer graduellement jusqu'à 60 ans. L'augmentation de volume porte à peu près exclusivement sur le développement circulaire horizontal de la tête et principalement sur le développement de la partie antérieure. Elle est principalement due à l'agrandissement des sinus frontaux. Au-delà de 60 ans, le volume de la tête diminue. Les mesures prises sur le crâne confirment ces données. Le crâne diminue de pesanteur sous l'influence de la vieillesse.

Taille. Les hommes à taille élevée ont la tête plus volumineuse que les hommes à petite stature.

Idiotie. Le volume de la tête est moins considérable chez les idiots et les imbéciles de naissance que chez les individus à intelligence normalement développée.

Développement de l'intelligence. — Parmi les imbéciles et les idiots le degré de l'intelligence n'est pas proportionnel au volume de la tête. La comparaison des moyennes fournies par 10 têtes d'hommes à intelligence supérieure avec les moyennes fournies par 10 têtes d'hommes à intelligence plus que médiocre, a permis de constater, les circonstances d'âge et de taille étant à peu près les mêmes, une différence dans le volume de la tête tout à fait à l'avantage des plus intelligens. Toutefois la discussion approfondie des faits généraux restreint ainsi la conséquence : il y a pour l'homme un certain volume de la tête qui entre dans les conditions d'une bonne organisation; mais il n'y a pas de rapport nécessaire entre le volume de la tête et la portée de l'intelligence.

Races. La race caucasique l'emporte sur les autres à la fois, par la longueur de la tête et par l'ampleur des régions frontales et occipitales. Des causes qui peuvent faire varier le volume de la tête, les plus influentes sont le sexe, la race, la taille, l'idiotie; la moins influente est le développement de l'intelligence.

Dimensions moyennes de la tête chez l'homme et chez la femme. — *Moyennes obtenues par des mesures prises sur des individus des deux sexes dont l'intelligence est à l'état normal et dont l'âge se trouve compris entre 30 et 60 pour les hommes, entre 25 et 50 pour les femmes.*

		Sur 22 hommes, taille 1m 704.	Sur 18 femmes.
Diamètre	antéro-postérieur	186 8	174 6
—	latéral	142 2	136 2
Plan vertical	courbe antéro-posterieur	347 5	340 5
	courbe latcral	356 7	340 5
Plan horizontal	courbe antérieur	301 8	288 2
	courbe postérieur	277 8	249 5
		1612 8	1529 4

Volume de l'encéphale. — *Sexe.* Le poids de l'encéphale, comparé chez 94 individus des deux sexes, a été, en moyenne, sensiblement plus considérable chez les hommes. La capacité de la cavité crânienne, mesurée exactement sur 30 crânes au moyen de l'eau, a donné, pour moyenne de contenance chez l'homme, 1 lit. 56; chez la femme, 1 lit. 25; l'encéphale est donc, chez la femme, absolument moins pesant et moins volumineux que chez l'homme. La discussion de ces faits, en vue de différence de la taille suivant le sexe, m'a conduit à établir, contrairement à l'opinion de Sœmmering et de Meckel, que l'encéphale, absolument plus petit que chez la femme, n'est pas sensiblement plus grand proportionnellement à la masse du corps, et qu'ainsi il ne compense pas son infériorité absolue par une supériorité relative.

Age. Nos observations tendent à établir que l'accroissement de l'encéphale continue jusqu'à l'âge de 40 ans, et à reculer jusqu'à 70 ans le commencement de la période de décroissement.

Taille. Dans les deux sexes, l'encéphale est sensiblement plus pesant, en raison de la taille.

Développement de l'intelligence. — La discussion des faits acquis à la science m'a conduit à formuler cette conclusion : la quantité de la matière dans l'organe de la pensée a une influence sur l'intensité de la force fonctionnelle; cette influence se révèle par des différences dans le poids, dans le volume, dans l'étendue des surfaces de la matière organisée, corrélatives à des différences dans le nombre et dans l'énergie des facultés intellectuelles et morales, soit que l'on compare les animaux entre eux, soit que l'on compare les individus dans chaque espèce, et notamment dans l'espèce humaine.

L'intelligence n'est pas absolument proportionnelle à la masse de l'encéphale entier, elle paraît être proportionnelle à la masse des hémisphères, surtout si l'on tient compte de l'étendue de la surface, dont le volume n'est qu'un élément, et qu'influencent surtout le nombre et la profondeur des circonvolutions.

Poids moyen de l'encéphale chez l'homme et chez la femme.—*Moyennes prises sur des individus sains d'esprit et âgés de 30 à 60 ans.*

	Encéphale.	Cerveau.	Cervelet.	Protubérance et bulbe.
Hommes ; sur 13	1k 352	1k 175	160	15
Femmes ; sur 9	1k 229	1k 062	133	13

Rapport de volume entre la tête et l'encéphale. — Comme l'épaisseur de l'occipital peut varier, ainsi que l'écartement des lames du frontal, il en résulte qu'il n'est pas possible de donner un rapport exact entre le volume de la tête et la forme et le poids de l'encéphale. Dès-lors il faut bien reconnaître que la crânioscopie n'est pas moins riche en illusions que tous les autres systèmes physiognomoniques qui ont été en possession de satisfaire au goût incorrigible de l'homme pour l'art divinatoire.

Des altérations de l'encéphale dans l'aliénation. — Il n'y a point d'altération de l'encéphale qui puisse être considérée comme une condition essentielle de l'aliénation mentale. Les altérations essentielles principales sont les suivantes :

Ecchymoses sous-arachnoïdiennes et injection pointillée partielle de la surface corticale avec ou sans ramollissement; ramollissement étendu de la partie moyenne de la couche corticale cérébrale; adhérence de la pie-mère à la surface cérébrale; coloration rose, lilas, violette de la couche corticale; atrophie des circonvolutions cérébrales; dureté du cerveau.

Des altérations encéphaliques considérées dans les diverses espèces d'aliénation mentale. — Le délire caractéristique dans la folie simple, aiguë et chronique, peut avoir existé pendant la vie sans qu'aucune trace d'altération organique ait pu être constatée dans l'encéphale après la mort. Dans la folie compliquée de paralysie, il existe plusieurs altérations de l'encéphale, parmi lesquelles il en est une constante et pathognomonique, le ramollissement de la couche corticale.

Rapport de causalité entre les altérations encéphaliques et les lésions fonctionnelles de la folie en général.— Il y aurait témérité à avancer que les altérations encéphaliques qui coïncident avec l'aliénation mentale en sont la cause essentielle; mais ces altérations, nécessairement liées à la modification dynamique qui constitue essentiellement la maladie, en sont l'expression organique au même titre que les symptômes en sont l'expression fonctionnelle. Ces altérations sont les conditions organiques sensibles de la maladie; elles en font partie intégrante, et leur influence sur les manifestations symptomatiques, qui ne saurait être niée, peut être jusqu'à un certain point physiologiquement expliquée.

Je signalerai principalement, dit M. Parchappe, la loi du décroissement graduel du cerveau, en raison de la dégradation successive de l'intelligence dans la folie simple, et à cause de l'influence de cette loi, sous le double point de vue de la théorie et de la pratique, et parce que sa démonstration est due à la méthode d'observation, qui consiste à juger le volume par le poids, méthode que j'ai le premier introduite dans les recherches d'anatomie pathologique du cerveau.

L'auteur termine en faisant ressortir l'importance des études statistiques appliquées à un grand nombre de questions relatives à l'aliénation mentale, et il énumère les causes qui lui paraissent donner lieu le plus souvent à cette affreuse maladie.

HYDROPISIES ARTICULAIRES.

M. VELPEAU adresse à l'Académie une note intitulée : DE LA PONCTION ET DES INJECTIONS STIMULANTES DANS LE TRAITEMENT DES HYDROPISIES ET DES ÉPANCHEMENS SANGUINS DES CAVITÉS CLOSES DU CORPS HUMAIN ET DES ANIMAUX DOMESTIQUES.

Occupé depuis longtemps, dit M. Velpeau, d'un grand travail sur la nature, le développement, les usages et les maladies des cavités closes naturelles ou accidentelles qui se trouvent en si grand nombre dans l'économie animale, je viens communiquer aujourd'hui l'un des résultats thérapeutiques auxquels je suis arrivé à cette occasion. A l'aide d'une simple piqûre et d'une injection iodée, je fais naître dans les cavités sus-mentionnées une irritation qui ne devient jamais purulente, et qui guérit radicalement la collection purulente dont elles étaient le siége.

J'ai guéri de la sorte, non seulement des kystes séreux, mais encore des kystes sanguins, des kystes colloïdes de presque toutes les régions du corps. En attendant qu'il me soit donné de soumettre l'ensemble de mes recherches à l'Académie, je demande la permission de mentionner dès à présent quelques faits relatifs au goître et aux hydropisies articulaires.

La tumeur appelée goître est souvent formée de kystes remplis, ou de sérosité, ou d'un liquide noirâtre. J'ai essayé cinq fois l'injection iodée, et les cinq malades ont guéri sans avoir éprouvé le moindre accident.

Dans les hydarthroses ou hydropisies articulaires, l'opération semblait devoir être plus grave. De deux malades que j'y avais soumis il y a un et deux ans, l'un est guéri, l'autre s'en est mal trouvé; M. le docteur Bonnet, de Lyon, ayant eu connaissance de nos premières tentatives par une thèse soutenue à la Faculté de médecine de Strasbourg, les a répétées trois fois déjà et deux fois avec succès. Dirigé par de nouvelles vues scientifiques, je les ai reprises récemment après avoir simplifié mon opération, et tout indique que bientôt il sera aussi facile de guérir ces hydarthroses que l'hydrocèle par les injections iodées.

M. Velpeau termine sa note en disant qu'il a en ce moment dans son service, à l'hôpital de la Charité, quatre malades chez lesquels il a fait des injections iodées dans le genou, et dont l'état est très satisfaisant.

FIÈVRE TYPHOÏDE.

M. PASCAL, médecin en chef de l'hôpital militaire de Strasbourg, adresse un mémoire ayant pour titre : DE LA NATURE DES AFFECTIONS DITES TYPHOÏDES, CONSIDÉRÉES COMME DES ENTÉRO-MÉNINGITES.

Après avoir fait l'historique des travaux relatifs à la fièvre typhoïde, l'auteur signale l'intime ressemblance qui lui paraît exister entre les fièvres putrides et adynamiques des anciens et l'affection typhoïde de nos jours.

Une lésion spéciale qui n'a pas été remarquée, dit l'auteur, et à laquelle on n'a pas accordé assez d'importance, existe constamment dans toutes les affections typhoïdes, et il semble qu'elle soit le phénomène générateur à l'aide duquel on pourrait expliquer toutes les apparentes contradictions dont ce point de science a été si souvent l'objet. Cette lésion, c'est l'inflammation latente, progressive, sub-aiguë des méninges, c'est-à-dire de la pie-mère et de l'arachnoïde encéphalique, lésion qui tantôt coïncide avec la phlegmasie et tantôt lui succède. Cette lésion méningienne, que révèle constamment l'autopsie, et qui co-existe toujours avec la lésion intestinale, serait donc le nœud de la difficulté dont l'état typhoïde a été l'objet. Là se trouve, sans nul doute, continue M. Pascal, la clef de voûte des phénomènes divers qu'on a tantôt rapportés vaguement au système nerveux, tantôt attribués à l'altération exclusive des fluides, et tantôt fait procéder uniquement des altérations intestinales.

MOYENS DE RETIRER LE SANG DE LA VESSIE.

M. MERCIER écrit à l'Académie que c'est faute d'avoir connu son instrument que M. Leroy-d'Etiolles a prétendu qu'il ne pouvait atteindre le but auquel il est destiné. M. Mercier ajoute que les reproches adressés par M. Leroy aux sondes à double courant ne peuvent s'appliquer qu'à celle de Hales.

MALADIES DE LA PROSTATE.

M. LEROY-D'ETIOLLES écrit à l'Académie la lettre suivante :

« Le diagnostic et le traitement des maladies de la prostate, si graves et si fréquentes, ont été l'an née dernière, entre MM. Civiale, Mercier et moi, l'objet d'une discussion de priorité dont l'Académie a renvoyé l'examen et l'appréciation à des commissaires. Je la prie très instamment de demander que le rapport lui soit présenté, et qu'il soit statué sur la part de chacun dans les améliorations qui peuvent avoir été apportées à ce point important et obscur de la chirurgie.

» Il n'a pas été fait de rapport sur tes mémoires, au nombre de neuf, que j'ai lus ou présentés sur ce sujet à l'Académie, de 1825 à 1842. Je le regrette, mais je n'ai pas le droit de m'en plaindre, car ce retard provient de mon fait, désireux que j'étais d'arriver à une solution complètement satisfaisante, avant que l'Académie fût appelée à décider de la valeur de mes recherches et inventions. Je n'ose demander que M. Magendie, seul restant des trois premières commissions dont firent partie Boyer, Dupuytren, Larrey, rende compte de ces neuf mémoires ou communications; mais j'insiste pour que du moins le débat soulevé par mes compétiteurs soit jugé »

CONSERVATION DES CORPS.

M. CORNAY lit un mémoire sur la galvanoplastie appliquée à la conservation des corps préalablement embaumés, et il montre le cadavre d'un enfant qu'il a, par ce procédé, recouvert d'une couche de cuivre.

M. GANNAL présente deux têtes de bélier préparées par son procédé. La première, injectée, représente parfaitement la figure de l'animal; la seconde a été recouverte d'une couche de cuivre par le procédé de M. Soyez.

Depuis longtemps M. Gannal avait, dit-il, fait couvrir des parties de cadavre desséchées; mais il a pensé qu'il n'était pas convenable de présenter des débris humains à l'Académie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 4 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. FOUQUIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

CORRESPONDANCE.

Lettre de M. Bertulus à M. le président de l'Académie. Dans sa lettre, il se plaint de ce que M. Chervin ait jugé trop sévèrement le mémoire qu'il avait adressé, et il réclame contre plusieurs assertions émises dans le travail de M. Chervin. Le bureau propose de renvoyer cette lettre au comité de publication.

M. CHERVIN : Ce n'est point pour m'opposer au renvoi de la lettre de M. Bertulus au comité de publication, que j'ai demandé la parole, mais seulement pour faire remarquer qu'il n'est pas dans les usages d'admettre les réclamations de médecins qui, ayant envoyé des travaux à l'Académie, se plaignent ensuite de ce qu'on ne les ait pas jugés comme ils espéraient l'être. Au reste, ce n'est point une opposition, mais une simple réserve que je fais en ce moment.

On donne lecture de la lettre de M. Bertulus. Les expressions inconvenantes et blessantes dont cette lettre abonde contre M. Chervin provoquent des interruptions à plusieurs reprises. Cependant quelques membres et M. Chervin lui-même demandent et obtiennent qu'elle soit lue jusqu'au bout.

M. LONDE : M. Chervin a jugé sévèrement le travail de M. Bertulus, et à mon avis il a eu raison. J'ajouterai que M. Souty, chirurgien-major de la marine, était à la Martinique quand il a réfuté les allégations de M. Bertulus, et qu'il a puisé sa réfutation à des sources officielles et irrécusables. Je pense donc qu'il ne faut pas tenir compte de la réclamation de M. Bertulus.

M. BOUSQUET : Je ne demande ni ne repousse l'impression de la lettre dans les Bulletins, ni son renvoi au comité de publication; mais je propose de supprimer les expressions inconvenantes que contient cette lettre, si on pense devoir en faire usage.

M. ROCHOUX : Les expressions inconvenantes étant retranchées de la lettre de M. Bertulus, je ne pense pas qu'elle dût être imprimée dans les Bulletins, car elle ne présente rien de scientifique.

M. CHERVIN : S'il m'était permis de mettre sous les yeux de l'Académie le travail dans lequel j'ai parlé du mémoire de M. Bertulus, on verrait que j'ai combattu les assertions de ce médecin par celles de M. Rufz. D'ailleurs, c'est par des citations empruntées à ces deux auteurs que j'ai démontré que le travail de M. Bertulus était loin de mériter des éloges.

M. BARTHÉLEMY : L'Académie n'est pas dans l'usage de faire imprimer les pièces de sa correspondance. Je propose donc l'ordre du jour.

M. MÉRAT : Sans doute il y a dans la lettre de M. Bertulus des phrases qui n'auraient pas dû s'y trouver; cependant si on a prêté des idées ridicules à ce médecin, si on a jugé son travail trop sévèrement, il faut bien lui permettre de se défendre et admettre sa réclamation.

M. DELENS : Cette lettre est une réclamation; fondée ou non fondée, il faut en mettre un extrait dans les Bulletins; mais on ne peut passer ainsi à l'ordre du jour.

M. ADELON : Par proposition d'ordre du jour, on entend qu'il ne sera fait mention de la lettre de M. Bertulus, ni dans le procès-verbal de la séance, ni dans les Bulletins de l'Académie ; or je m'oppose à l'ordre du jour, et je propose d'insérer dans les Bulletins une partie de la lettre de M. Bertulus, en ajoutant qu'elle n'a pu être imprimée en entier par telle et telle raison.

M. DESPORTES : Je ne sais où l'on voudrait entraîner l'Académie. Vous avez entendu la lecture du mémoire de M. Chervin dans lequel M. Bertulus se trouve cité, vous en avez autorisé l'impression et vous voudriez maintenant faire droit à la réclamation de M. Bertulus; mais alors, si vous agissiez de la sorte, vous mettriez l'Académie en contradiction avec elle-même, et vous établiriez un précédent très fâcheux. Je dirai ensuite que M. Bertulus aurait dû combattre les assertions de M. Chervin par des argumens scientifiques, et rester dans des termes convenables à l'égard de l'un de nos honorables collègues; au lieu de cela il donne des démentis et ne discute pas. Je propose donc de mentionner simplement dans les Bulletins la lettre de M. Bertulus.

M. MOREAU : En y réfléchissant bien, cette question est grave; car il ne faut pas faire croire que l'Académie est juge et partie dans sa propre cause. Un de nos membres fait une lecture, il cite et critique un auteur qui se trouve blessé dans son honneur, dans son amour-propre, il est juste, ce me semble, qu'on lui permette de se défendre. Or je crois que l'Académie ne peut se dispenser d'insérer la lettre de M. Bertulus dans ses Bulletins.

M. BÉGIN : J'approuve ce que vient de dire M. Moreau. J'ajouterai que MM. les rédacteurs du Bulletin pourraient suivre les usages adoptés dans tous les recueils

scientifiques, c'est-à-dire insérer la lettre de M. Bertulus en y retranchant ce qu'il y a d'inconvenant et permettre à M. Chervin de répondre immédiatement.

M. Dubois d'Amiens : Trois propositions ont été faites, la première serait de passer à l'ordre du jour, la deuxième est de M. Adelon, insérer un extrait de la lettre de M. Bertulus dans les Bulletins, et la troisième, mentionner simplement la réclamation de ce médecin. Je prie M. le président de mettre aux voix ces trois propositions.

La deuxième proposition est adoptée.

ÉPIDÉMIES.

M. Martin-Solon, rapporteur de la commission des épidémies, fait un rapport sur un travail du docteur Chardon, du département de l'Ain, relatif à une épidémie d'ictère.

En octobre 1841, après des brouillards épais qui avaient régné pendant longtemps, l'épidémie se manifesta dans plusieurs communes des environs de Trévoux. Les malades éprouvaient un malaise général, de l'anorexie, des douleurs précordiales et dans l'hypochondre droit; puis, au bout de quelques jours, la teinte ictérique commençait à se montrer sur les sclérotiques et envahissait le corps et les membres. Chez tous ceux qui ont été atteints, parmi lesquels on compte un enfant âgé de 5 ans, les déjections alvines étaient blanchâtres et l'urine était très rouge et épaisse. Le traitement a consisté dans l'application de sangsues et dans l'usage des boissons adoucissantes et de l'eau de Sedlitz. L'épidémie a duré trois mois et demi. Aucun malade n'a succombé. M. le rapporteur, tout en donnant des éloges au travail de M. Chardon, ne pense pas qu'on puisse donner le nom d'épidémie d'ictère à la maladie qui vient d'être décrite, car cette ictère n'était pas essentielle, mais bien la conséquence d'une hépatite aiguë symptomatique d'une affection gastro-intestinale. Quoi qu'il en soit, de cette fausse dénomination que la commission a dû rejeter, elle propose à l'Académie d'adresser des remercîmens à M. le docteur Chardon et de déposer son travail dans les archives.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

M. Martin-Solon lit un autre rapport sur un mémoire de M. Taraud, ayant pour titre : De la suette miliaire qui a régné épidémiquement dans le département de la Dordogne.

La variole, la rougeole, la scarlatine s'étaient montrées en assez grand nombre dans les mois de mars et d'avril 1841, et la suette miliaire avait déjà fait plusieurs apparitions dans le département, lorsqu'au mois de mai cette dernière maladie se développa rapidement; après cinq mois, elle cessa de sévir, après avoir atteint près de 10,000 individus, sur lesquels 794 succombèrent. Quelquefois la maladie se développait sans symptômes précurseurs; mais le plus ordinairement elle était précédée de malaise, de battemens de cœur, de céphalalgie, la peau était recouverte de sueur ayant une odeur particulière, et cette membrane offrait au toucher une sensation spéciale. Vers le deuxième ou troisième jour l'éruption commençait à se montrer, sous la forme de vésicules de la grosseur d'un grain de millet, d'abord sur le cou, sur la poitrine et la face interne des membres; tantôt l'éruption était discrète, tantôt elle était confluente. La maladie a suivi, dans beaucoup de cas, une marche rémittente; le mouvement fébrile ne débutait pas par du frisson, mais par une augmentation de chaleur bientôt suivie d'une sueur abondante. Les lésions trouvées à l'autopsie ont été très variées, souvent nulles. On a observé des injections, des suffusions sanguines dans le poumon et dans d'autres organes; mais aucune lésion spéciale indiquant la nature de la maladie. Le sang extrait par la saignée était rose clair; le sérum n'était pas trop abondant, et rarement voyait-on une couenne inflammatoire. Diverses méthodes de traitement ont été employées; l'expectation, les antiphlogistiques, l'azotate de potasse et le sulfate de quinine. Ce dernier médicament administré à la dose de 1 ou 2 grammes en plusieurs doses, dans l'intervalle des rémissions, a été, dit M. Taraud, notre ancre de salut, grâce à notre confrère M. Paingray qui eut, le premier, l'idée de l'administrer en considérant la forme pernicieuse rémittente de la maladie.

Si la commission des épidémies recevait souvent, dit M. le rapporteur, des travaux aussi étendus, aussi consciencieusement faits que celui de M. Taraud, on verrait bientôt s'éclaircir la question des épidémies et des constitutions médicales. En effet, dans le mémoire de M. Taraud, ces questions sont discutées avec le plus grand soin, et nous l'en félicitons d'autant plus, que le département de la Dordogne est un de ceux où la suette sévit le plus souvent et avec le plus de violence.

La commission propose d'adresser des remercîmens à l'auteur, d'inscrire son nom sur la liste des candidats aux places de membres correspondans, et de renvoyer son mémoire au comité de publication, afin de l'insérer dans les fascicules de l'Académie.

M. Honoré : J'ai observé dans le mois d'août dernier plusieurs cas de suette sporadique. Un homme couché dans mes salles à l'Hôtel-Dieu, et que j'avais considéré comme atteint de fièvre typhoïde à forme adynamique, était continuellement couvert de sueur. Son lit étant mal aéré, je le fis changer ; dès le lendemain son état s'était amélioré, les sueurs étaient moins abondantes, et il guérit en peu de temps. Un autre malade fut couché quelques jours après, dans le lit que j'avais fait quitter au premier. Il était dans un état de stupeur, d'anéantissement qui ne lui permettait pas de rendre compte de son état, et il était toujours couvert de sueur ; je le fis placer dans un autre lit, et je m'aperçus alors d'une éruption vésiculeuse assez abondante, les sueurs cessèrent et l'amélioration fit des progrès rapides. Dans le même temps, un autre malade fut amené à l'hôpital éprouvant une anxiété précordiale, et de la gêne dans la respiration. L'auscultation ne me fit rien reconnaître, le jour ni le lendemain de son arrivée, et je cherchais à me rendre compte de son état, lorsque le surlendemain je remarquai une éruption vésiculeuse excessivement abondante, accompagnée de sueurs générales. Dans ces trois cas, j'ai fait de la médecine expectante. La convalescence a été longue ; il a fallu garder ces malades à l'hôpital quinze ou vingt jours après la disparition de tous les accidens. Enfin quelques jours après avoir observé ce dernier malade, j'ai été appelé en consultation en ville pour une jeune femme de 28 à 29 ans, qu'un confrère croyait atteinte d'une fièvre typhoïde. Je constatai une éruption assez abondante, et on me rapporta qu'il y avait eu des sueurs. Ces deux circonstances, jointes à des rémittences qui avaient eu lieu, me firent proposer le sulfate de quinine. J'ai appris que ce médicament avait fait disparaître tous les accidens et que la guérison avait été obtenue en peu de temps.

M. Rochoux : Il est à regretter que notre honorable collègue M. Rayer, à qui l'on doit un bon travail sur la suette miliaire, ne soit pas présent à la séance. Tous les auteurs, au reste, nous ont montré cette maladie comme tenant à des miasmes, à des marécages, etc. Ces causes existaient-elles dans le département de la Dordogne ?

Je dirai ensuite que, pour ma part, je doute que la suette qui a régné puisse être assimilée à des fièvres pernicieuses; car, même en ne tenant compte que du traitement, beaucoup de malades atteints de la suette n'ont pas pris de quinquina et ont guéri.

M. Martin-Solon : L'expectation, les antiphlogistiques, etc., n'avaient point eu de succès lorsque M. le docteur Pingray proposa d'administrer le sulfate de quinine. Dès lors, on donna ce médicament à presque tous les malades et la mortalité fut moins considérable. Quant aux causes, M. Taraud signale, dans sa topographie très bien faite du département de la Dordogne, des eaux stagnantes; mais il ne pense pas qu'on doive attribuer l'épidémie à cette seule et unique cause.

M. Mérat : Périgueux a surtout été ravagé par la suette, et pourtant il n'y a pas de rivière qui traverse cette ville.

M. Desportes : Il n'est pas étonnant que la suette ait revêtu, dans la Dordogne, une forme rémittente pernicieuse, car sur tous les points où a régné cette maladie, les fièvres intermittentes sont très fréquentes et reviennent tous les ans. C'est, au reste, ce que nous a démontré le rapport de M. Martin Solon. Je dirai, à cette occasion, que je suis très partisan qu'une société savante ait foi dans les assertions d'un rapporteur, car pour faire connaître un travail quelconque, il faut qu'il l'ait étudié et médité; je voudrais donc, qu'en général, on discutât moins sur les œuvres de nos collègues, et qu'on s'en rapportât davantage à leur appréciation et à leur jugement.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

SECTION SOUS CUTANÉE DES TENDONS DE LA MAIN.

M. Bouvier lit la note suivante sur les sections sous-cutanées des tendons de la main :

La question de la réunion des tendons divisés a acquis une grande importance depuis l'extension toute moderne de la ténotomie. En raison des différences que présentent les tendons, soit dans leurs rapports extérieurs, soit dans leur structure intime, on peut se demander, à chaque nouvelle section tendineuse, si les bouts du tendon se réuniront, s'il continuera de glisser par l'action du muscle, de manière à conserver sa fonction, qui est de transmettre cette action à l'os. La solution de ces questions fournit une des bases sur lesquelles reposent les indications de la ténotomie. Il est évident, par exemple, que si le muscle ne devait plus mouvoir l'os par défaut de réunion ou de glissement du tendon, il faudrait pour poser l'indication curative, balancer cet inconvénient avec ceux de la difformité ou de ses autres moyens de traitement, et qu'on devrait, dans certains cas, s'abstenir de l'opération, lui préférer un traitement purement mécanique, ou même laisser subsister la difformité plutôt que de lui substituer une situation à certains égards plus fâcheuse. Je viens entretenir l'Académie de quelques expériences que j'ai faites pour éclairer, sous ce point de vue, la cure de certaines difformités de la main, des doigts et des orteils.

Première expérience. Les tendons des muscles radial interne, cubital interne, fléchisseur superficiel des doigts, ont été divisés sur un chien, à la partie inférieure de l'avant-bras. L'animal a été tué sept semaines après. Ces tendons étaient réunis par une substance intermédiaire solide, d'un blanc jaunâtre, d'une consistance presque fibro-cartilagineuse, de 2 à 3 centimètres de longueur. Cette substance formait une seule masse pour les trois muscles, dont l'action isolée était par là devenue impossible. Le fléchisseur des doigts en particulier, arrêté dans son glissement par ses adhérences avec les deux autres muscles, n'agissait que très faiblement sur les phalanges, quand on tirait sur lui au-dessus du lieu de la section. Les tendons divisés n'étaient point adhérens au fléchisseur profond, dont le jeu était resté libre.

Deuxième expérience. Les mêmes muscles, et de plus le fléchisseur profond avaient été coupés sur l'autre membre antérieur, deux mois avant la mort de l'animal. On voit, sur la pièce que je place sous les yeux de l'Académie, que la réunion s'est également opérée au moyen d'une substance fibreuse commune aux quatre muscles, à laquelle se terminent les bouts supérieurs, et de laquelle naissent les bouts inférieurs de tous ces tendons. Les cicatrices tendineuses ne sont isolées les unes des autres que dans une petite étendue au-dessus et au-dessous de la masse commune ; leur fusion est intime vers le milieu de l'intervalle produit par l'écartement des bouts tendineux. La production nouvelle adhère en outre au cubitus, là où elle réunit les tendons du fléchisseur profond. On n'obtient pas la plus légère flexion des doigts en tirant sur les fléchisseurs au-dessus de la section. Le cubital et le radial internes sont même à peine tendus, quand on tire sur leur partie supérieure, parce qu'ils sont retenus par l'adhérence du fléchisseur profond au cubitus, de sorte que l'action des quatre muscles devait être perdue pendant la vie.

Troisième expérience. On a coupé sur l'un des membres postérieurs du même animal, deux mois avant sa mort, les tendons fléchisseurs profonds des deuxième et quatrième doigts. Cette section a été pratiquée sous la peau, comme les précédentes, et vis-à-vis la deuxième phalange, au-delà de l'insertion des

languettes du fléchisseur superficiel, qui est resté intact. Malgré le long intervalle qui s'est écoulé avant la mort de l'animal, il n'existe aucune apparence d'un travail de réunion entre les bouts. Au deuxième doigt, ceux-ci sont restes isolés et libres dans la gaîne fibreuse ; le bout supérieur a remonté, et un vide qui n'a point été comblé existe entre lui et le bout inferieur. Au quatrième doigt, même écartement, même isolement quant au bout supérieur ; mais l'inferieur a contracté des adhérences avec l'extrémité du fléchisseur superficiel, à son attache à la deuxième phalange. Il est clair que l'une et l'autre disposition ont eu pour effet d'abolir le mouvement de flexion de la troisième phalange. Il n'en eût pas été autrement quand même le bout supérieur se fût également uni au fléchisseur superficiel ou à la deuxième phalange.

Sans doute, la formation d'un lien fibreux après la section faite au quatrième doigt peut faire supposer que, dans certaines conditions, cette production fibreuse, plus étendue, comble l'intervalle des deux bouts et opère leur réunion ; mais, dans cette hypothèse, l'adhérence du tendon n'en serait que plus intime et le muscle n'en aurait pas moins perdu son action.

Une quatrième expérience, dont j'ai déjà présenté les résultats à l'Académie (v. le BULLET., t. VII, p. 108), a consisté dans la section des tendons des fléchisseurs superficiel et profond sur le métacarpe, dans le point qui répond à la paume de la main chez l'homme ; cette section a été suivie de réunion, mais les cicatrices tendineuses adhéraient entre elles et avec les os, de manière que les muscles divisés avaient à peu prés perdu leurs fonctions. En serait-il de même si l'on divisait dans le même lieu un seul des deux tendons fléchisseurs superposés ? Leur étroite connexion doit au moins faire présumer que la cicatrice du tendon coupé serait adhérente au tendon resté intact ; c'est aussi ce que j'ai observé sur un cheval, auquel M. Bouley avait coupé le tendon perforant, en ménageant le perforé.

Ainsi, dans toutes nos expériences, quelle que soit la hauteur à laquelle ils aient été divisés, les muscles fléchisseurs des doigts n'ont pas recouvré leur action, à cause de leurs adhérences consécutives dans les régions pourvues de tissu cellulaire, ou de leur défaut de réunion là où ils sont entourés de gaînes fibreuses synoviales. Il faut remarquer toutefois que le premier resultat, le défaut d'isolement des cicatrices des tendons, ne s'est produit que dans le voisinage de leur section commune, et lorsqu'ils n'etaient pas séparés des parties environnantes par une épaisseur suffisante du tissu cellulaire intact. L'étroitesse de l'espace qui renferme ces muscles, dans le chien, les place sous ce point de vue dans des conditions un peu plus défavorables que chez l'homme, où la largeur de l'avant-bras et le plus grand éloignement des muscles permettent, par exemple, de diviser séparément le radial et le cubital antérieurs, le palmaire grêle, et d'obtenir la réunion isolée de leurs tendons. Mais cette différence n'est presque plus sensible à l'égard des fléchisseurs des doigts, dont la section doit avoir sur l'homme les mêmes effets que sur le chien. Si donc on peut espérer que le fléchisseur superficiel, étant seul coupé, restera isolé du profond, comme cela a lieu dans nos expériences, on ne doit guère compter sur l'isolement complet du premier de ces muscles à l'égard des grand et petit palmaires, divisés en même temps que lui, ni sur la réunion isolée des tendons du sublime, appartenant aux différens doigts. On a pensé pouvoir obtenir cette réunion isolée, en coupant les tendons à des hauteurs différentes le long de l'avant-bras. Il peut y avoir, en effet, plus de chances d'y réussir en procédant ainsi, seulement on est peut-être plus exposé dans ce cas à pratiquer des sections incomplètes, parce que, plus on s'élève, plus les tendons sont entourés de fibres charnues et moins il est aisé de les circonscrire avec exactitude.

Les résultats relatifs à la section du fléchisseur profond, à l'avant-bras, de ce muscle et du sublime dans la paume de la main, du profond sur les phalanges des doigts et des orteils, me paraissent applicables, sans restriction, à l'homme.

Puisque, d'après ces faits, la section simultanée des tendons des fléchisseurs superficiel et profond des orteils abolit à tout jamais le mouvement de flexion des deuxième ou troisième phalanges, il faut examiner, au point de vue des indications curatives, de quelle importance est la perte de ce mouvement comparée aux inconvéniens de la difformité elle-même. Une différence tranchée existe, à cet égard, entre les membres supérieurs et inférieurs. La flexion des phalanges des orteils est en effet peu nécessaire aux fonctions des seconds, uniquement relatives à la station et à la progression. Ces actes sont, au contraire, considérablement gênés par la difformité que constitue la flexion permanente d'un ou de plusieurs orteils, à tel point que l'amputation de ces appendices a été, dans certains cas, réclamée par les malades et pratiquée par les chirurgiens. On n'hésitera donc point, malgré le défaut de reunion ou les adhérences des tendons qui doivent s'ensuivre, à pratiquer la section sous-cutanée des fléchisseurs des orteils affectés de rétention permanente. J'ai fait plusieurs fois cette petite opération, et le succés en a toujours été des plus satisfaisans, malgré l'extension permanente qu'elle entraîne dans les dernières phalanges.

Mais il en est tout autrement aux doigts. Inhabiles à saisir les corps lorsqu'ils sont privés du mouvement de flexion des dernières phalanges, ils deviendraient à peu près inutiles aux malades, si on appliquait à leur flexion permanente l'opération qui convient si bien aux orteils. La section des tendons n'a donc ici d'autre avantage que de donner une meilleure direction au membre ; mais pour peu que, dans sa position vicieuse, la main rende encore des services au sujet, il est clair qu'il a plutôt à perdre qu'à gagner à recourir à l'emploi de la ténotomie. Les moyens mécaniques sont évidemment de beaucoup préferables dans cette circonstance. S'ils échouent on devra renoncer à guérir la difformité. La seule section du fléchisseur superficiel à l'avant-bras, que j'ai dit plus haut pouvoir être tentée, serait en effet inefficace, ou ne pourrait servir que comme adjuvant des moyens mécaniques. Je n'admettrais qu'un seul cas où la section du fléchisseur superficiel et profond pourrait être indiquée ; ce serait celui d'une rétraction extrême, rebelle aux moyens mécaniques, qui, en repliant la main vers l'avant-bras, en enfonçant les doigts dans la paume de la main, donnerait lieu à une difformité très incommode et fort pénible pour le malade, en même temps qu'elle serait accompagnée d'une telle impuissance du membre, que le sujet ne pourrait avoir lieu de regretter plus tard des mouvemens déjà nuls avant l'opération.

Les déductions que je viens de présenter l'ont déjà été en partie d'après les seuls faits observés chez l'homme vivant. J'ai cru néanmoins qu'il y aurait quelque utilité à les établir sur des expérimentations précises faites sur les animaux, genre de recherches qui a l'avantage de pouvoir être éclairé immédiatement par l'anatomie pathologique, et qui n'a pas d'ailleurs pour ces parties les inconvéniens des expériences faites sur l'homme.

M. JULES GUÉRIN : La lecture que vient de faire M. Bouvier exige quelques explications. Pour ma part, j'ai obtenu des résultats differens de ceux qu'il signale. Je demande donc à présenter quelques considérations sur ce sujet au commencement de la prochaine séance.

M. LE PRÉSIDENT : M. Jules Guérin aura la parole au début de la prochaine séance.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ SUR L'ART DE RESTAURER LES DIFFORMITÉS DE LA FACE, SELON LA MÉTHODE PAR DÉPLACEMENT, OU MÉTHODE FRANÇAISE ; par M. SERRE, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Montpellier. — Paris, 1842 ; 1 vol. in-8° ; chez J.-B. Baillière, Germer-Baillière, Fortin Masson et J. Rouvier.

« La méthode italienne et la méthode indienne doivent désormais faire place à la méthode française. » Telle est l'épigraphe que l'auteur a placée en tête de son livre, et jamais, on peut le dire, devise ne fut mieux justifiée par l'esprit général de l'œuvre. Tendances secrètes ou préceptes avoués, développemens théoriques ou exposé de résultats cliniques, tout converge vers le même but, tout annonce et appuie la conclusion finale. C'est donc une apologie, un véritable plaidoyer que nous avons à juger dans cette monographie. Mais, pour le dire tout d'abord, elle ne demeure pas strictement enfermée dans des limites aussi étroites que pourraient le faire pressentir ces paroles. C'est surtout par la comparaison que vaut l'éloge : aussi M. Serre n'a-t-il négligé aucune occasion de mettre la méthode française en rapport avec les autres méthodes autoplastiques ; et il résulte de ce parallèle un traité assez complet sur l'art des restaurations faciales, tableau fidèle des progrès de la chirurgie dans cette branche, et d'autant plus intéressant que, conçu dans un but tout spécial, il devait contenir et contient en effet ce qui manque dans la plupart des ouvrages classiques, je veux dire une appréciation. Mais cette appréciation a-t-elle été constamment juste ? Le souvenir de la conclusion si tranchée que nous avons vue formulée dès l'abord, n'a-t-il point imprimé à la main qui tenait la balance quelques oscillations involontaires ? C'est ce que nous allons examiner, en suivant l'ordre adopté par l'auteur dont le premier chapitre est consacré à des considérations générales sur la valeur relative des diverses méthodes autoplastiques, tandis qu'il étudie ensuite en particulier chaque restauration de telle ou telle partie de la figure.

La première règle, dans toute discussion, est d'établir nettement le point en litige. Adversaires ou défenseurs de la méthode française, c'est donc par une définition exacte de cette méthode qu'il nous faut commencer. Il est même d'autant moins permis de l'omettre ici, que M. Serre ne s'est en aucun endroit catégoriquement expliqué sur les caractères spécifiques qui appartiennent à ce genre d'autoplastie, et en font une méthode à part. Son silence, nous le pensons, n'est qu'une adhésion à la doctrine généralement admise. Aussi ne rencontrerons-nous, sans doute, aucune opposition de sa part, en empruntant les termes de la définition à celui des auteurs modernes, qui a jeté sur l'autoplastie et sur ses différentes idées le coup d'œil le plus sûr et le plus étendu. La méthode française, appelée par M. Blandin (Thèse de concours, 1836, p. 151.) *autoplastie par simple glissement*, a, suivant le professeur, pour traits caractéristiques : « La formation d'un lambeau dont un des bouts fait partie du contour de la solution de continuité qu'on doit réparer ; la dissection de ce lambeau au loin, et son attraction sans rotation ni torsion aucune vers le lieu qu'il doit désormais occuper. » M. Velpeau (MÉDEC. OPÉR. 2me édit. 1839. t. 1, p. 627), n'en donne pas une autre idée. On pratique, dit-il, la méthode française « quand on se borne à décoller les parties tout autour de l'ancienne solution de continuité, afin de pouvoir les allonger, les rapprocher, les découper et les mettre en contact par leur bord libre, sans les renverser ni les tordre. »

Les caractères constitutifs de la méthode étant aussi clairement posés, il devient facile d'en déterminer *à priori* la valeur : car, dans toute science rationnelle, connaître les moyens, c'est prévoir l'effet ; et du moment que les traits spéciaux de ce genre d'opération sont bien déterminés, une conséquence forcée nous en fait immédiatement pressentir les suites soit favorables soit défavorables. Ainsi, et M. Serre lui-même ne pourra le

contester, l'essence de l'autoplastie française étant le glissement, la traction, le déplacement de la peau, il est évident que, postérieurement à l'opération, la peau sera inévitablement et constamment sollicitée à venir reprendre la situation primitive d'où on l'aura éloignée de vive force. Qu'il soit primitif ou seulement consécutif, dû à l'élasticité de la membrane tégumentaire, au mouvement de la partie ou au jeu du tissu de la cicatrice, ce retrait tendra toujours à se produire, parce que les causes qui l'amènent entrent dans la constitution même de la méthode, dépendent des principes qui la régissent, sont, en un mot, aussi inhérentes à cette manière de fermer la perte de substance que l'occlusion de la perte de substance elle-même. Pourquoi donc, s'il en est ainsi, dira quelqu'un, cette rétraction ne s'effectue-t-elle pas constamment ? Pourquoi donc la méthode française, après tout, compte-t-elle cependant des succès entiers, permanens, incontestables ? La difficulté se lève aisément, et c'est ici le cas plus que jamais d'invoquer l'exception à l'appui de la règle. Si, après avoir disséqué, détaché le lambeau, suivant les principes de l'autoplastie française, vous maintenez son bord libre, uni à une surface fixe, à un point d'appui invariable, il est clair que la force de rétraction se trouvera ainsi suffisamment contrebalancée et ne pourra, par conséquent, réaliser ses effets. La peau déplacée n'en subira pas moins une extension plus ou moins considérable, mais cette puissance de rétraction demeurera, si je puis ainsi parler, à l'état de force virtuelle, et l'intégrité des formes persévérera dans la partie restaurée. Placez-vous à présent dans l'hypothèse contraire. Faites, par exemple, servir le bord libre du lambeau à former le contour d'une cavité toujours béante, comme l'est la bouche, ou l'ouverture des paupières. Evidemment alors, la puissance de retrait agira, comme précédemment, en dirigeant son effet du bord libre du lambeau vers son bord resté adhérent ; mais ici, les choses ne se passeront plus de même. Imparfaitement neutralisée, cette force amènera tôt ou tard l'abaissement, ou mieux, la réduction des dimensions du lambeau ; et l'organe qu'il avait servi à créer viendra, par sa déformation secondaire, témoigner de l'imperfection du procédé.

Cette distinction est capitale en autoplastie. Elle établit immédiatement dans les cas de cet ordre deux classes tout à fait opposées. Autant la méthode, improprement dite française (puisqu'elle doit être rapportée à Celse) convient aux uns, autant elle serait condamnable si on voulait l'appliquer indistinctement à tous. Sans vouloir exposer ici des exemples qui trouveront naturellement leur place un peu plus tard, il nous suffira de citer la blépharoplastie et la cheiloplastie parmi les opérations où la méthode par déplacement a une infériorité réelle. Ici même, cependant, il convient encore de s'entendre ; car la distinction que nous avons posée s'adresse aux choses bien plus qu'aux dénominations ; et elle est tellement conforme à la nature des choses, qu'aucun résultat ne saurait trouver en défaut l'explication qui en ressort. Toutes les fois donc qu'on pourra, dans la méthode française, donner une attache fixe au bord libre du lambeau, le succès deviendra assuré, quelle que soit la partie où l'on opère. C'est ainsi que la lèvre inférieure, toujours sollicitée à s'abaisser lorsqu'on l'a formée avec la peau du cou attirée en haut, reste au contraire solidement en place, quand elle a été faite au moyen de deux lambeaux latéraux quadrilatères, réunis entr'eux sur la ligne médiane. Nous pourrions en dire autant de la différence dans les résultats que donnent certains procédés de blépharoplastie, tous néanmoins également nés de la méthode française ; mais ceci reviendra plus naturellement à sa place dans quelques instans.

On voit maintenant dans quelles limites il faut accepter le jugement si favorable que M. Serre porte au sujet de la méthode française. Sans doute, la préférence absolue qu'il revendique pour elle doit, même à ses yeux, rester subordonnée à la possibilité de son application ! Or, n'est-il pas évident qu'une méthode n'est *pratiquement* applicable que lorsqu'elle promet la réalisation entière de l'objet pour lequel on l'emploie ? Si donc il est prouvé, comme nous pensons l'avoir fait, que l'autoplastie par déplacement expose, dans nombre de cas, à n'obtenir qu'un résultat imparfait, son infériorité, dans ces mêmes cas, ne demeurera-t-elle pas un fait avéré ? car ses autres avantages, quels qu'ils soient, pourraient-ils tenir lieu du but qu'on se proposait d'atteindre en opérant ? Sans doute, là où elle est exécutable, la restauration par glissement du lambeau se recommande par d'excellentes raisons. Plus de simplicité dans le manuel, peu ou point de proéminence de la partie créée au-dessus du niveau des parties voisines, ressemblance à peu près complète du nouvel organe avec l'ancien, moins de recoquevillement du lambeau, presque pas de crainte de la gangrène, beaucoup moins de chances fâcheuses à courir, sous le rapport des accidens nerveux et inflammatoires, pas de plaie nouvelle à fermer, comme cela a lieu dans la méthode indienne, tels sont ses principaux avantages, et cette énumération que nous avons pris soin de dresser nous-même, montre assez qu'il n'y a de notre part contr'elle aucun sentiment d'hostilité systématique. Mais, répétons-le encore, pour qu'une méthode opératoire soit admise à entrer en comparaison avec d'autres, il faut d'abord, il faut surtout, qu'elle puisse, aussi bien qu'elles, atteindre le but de l'opération. Hors de là, il n'y a pas de parallèle possible ; et lorsque M. Serre vient nous dire (p. 315) que « vouloir méconnaître la supériorité de la méthode française, ce serait presque soutenir, en d'autres termes, que la ligne droite n'est pas le plus court chemin pour aller d'un point à un autre », nous serions fort en droit de lui répondre par un autre axiome de mathématiques, savoir : qu'on ne peut comparer *que des unités de même nature*, ce qui, en langage chirurgical, signifie *que des procédés également capables de remplir le but*. Mais laissons ces généralités, et abordons des questions plus directement en rapport avec le plan de l'ouvrage qui fait le sujet de cette analyse.

C'est peu en effet d'avoir jusqu'ici cherché à baser sur les seules données du raisonnement les indications et les contr'indications de l'autoplastie dite française. Nous avons trop à cœur de faire connaître en entier le travail de M. le professeur Serre ; nous avons trop à cœur, surtout, d'examiner chacun des argumens qu'il a apportés en faveur de sa méthode de prédilection, pour omettre les considérations de détail qui, dans son ouvrage, se rattachent à chaque autoplastie faciale en particulier, et en font une monographie presque complète de la matière.

Chéiloplastie. — De tous les procédés appliqués à la reconstruction des lèvres, M. Serre n'en conserve, en thèse générale, que deux. L'un ne convient qu'à la lèvre inférieure : il consiste à emprunter à la peau du cou préalablement désignée, un lambeau, en forme de tablier, que l'on relève ensuite pour le ramener au niveau du bord de la lèvre. C'est le procédé de Chopart. L'autre appartient en propre à M. Serre et s'applique à la lèvre supérieure comme à l'inférieure. Son principe est de former la lèvre nouvelle avec deux lambeaux latéraux pris dans les parois buccales. On les détache simplement par la dissection de leur couche profonde, mais l'on peut aussi, en cas de besoin, les rendre plus mobiles en faisant une incision qui divise la joue à partir et dans le sens de la commissure, ou même en joignant à cette première incision une seconde, parallèle à celle-ci, qui longe la base de la lèvre et achève de circonscrire le lambeau que l'on ramène alors plus aisément vers la ligne médiane pour le mettre en contact avec celui du côté opposé.

Nous ne dirons que peu de mots sur le premier procédé. Il est par trop évident qu'un lambeau ainsi attiré par extension des tissus, pour occuper une place où rien ne le retient, tendra constamment à s'abaisser. Aussi l'opération de Chopart n'a-t-elle presque jamais eu des résultats véritablement et définitivement satisfaisans ; et le nombre de ses partisans, ainsi d'ailleurs que M. Rigaud l'a fait voir, la statistique à la main (*Thèse de concours*, p. 127), a-t-il considérablement diminué depuis 1830. M. le professeur Roux lui-même ne put prévenir cet abaissement consécutif de la lèvre chez le malade qu'il opéra en 1825 (V. thèse de M. Blaudin, p. 151). Quant aux deux sujets opérés de cette manière, et dont nous trouvons la figure, après guérison, représentée dans l'atlas annexé à l'ouvrage de M. Serre, nous n'aurions vraiment aucune objection à élever contre un aussi beau résultat iconographique, si l'on s'était un peu moins hâté de le publier. En effet, les deux malades dont il est question ayant quitté leur chirurgien vingt-et-un et vingt-quatre jours après l'opération, il est tout-à-fait impossible de juger du résultat définitif d'après le dessin fait à une époque aussi peu éloignée. Nous n'insisterions donc pas sur ce procédé, si nous n'avions à mentionner deux modifications importantes que M. Serre y a introduites, et que nous ne pouvons d'autant moins passer sous silence, qu'elles sont susceptibles de s'appliquer dans mainte autre restauration. Dans les extirpations de cancers de la lèvre, M. Serre recommande de conserver autant que possible la muqueuse intacte, pour la renverser ensuite en dehors et la coudre avec le bord des parties molles respectées par le bistouri. Quelle que soit l'origine de cette idée pour la priorité de laquelle M. Serre réclame avec vivacité et qui ne nous paraît, à nous, qu'une réminiscence heureuse mais très rapprochée de l'opération de Werneck et de M. Dieffenbach, il n'en est pas moins certain qu'elle constitue un perfectionnement avantageux dans cette branche de la chirurgie, et nous ne comprenons qu'à moitié les objections dirigées par un de nos collègues de la presse médicale contre cette modification. Fort peu *admiratif* de sa nature, comme il le proclame lui-même, le critique trouve que cette dissection de la membrane muqueuse doit être difficile, et il craint en second lieu qu'on ne laisse souvent en place des parties frappées de cancer. Laissons M. Serre répondre à cette accusation que son procédé ne doit pas être aveuglément appliqué dans tous les cas d'extirpation de la lèvre ; et ajoutons seulement qu'un chirurgien capable d'entreprendre la cheiloplastie sera sans doute assez adroit pour savoir disséquer la muqueuse, assez expérimenté pour reconnaître si elle est saine ou cancéreuse. Et cependant, quelque satisfaisante que semble au premier coup-d'œil cette réponse, un doute nous reste malgré nous ; et sans vouloir condamner le procédé en question, sans prétendre sur-

tout que son auteur l'ait jamais appliqué à tort, nous ne saurions trop nous élever contre le principe de parcimonie dans l'ablation des tissus cancéreux sur lequel il repose, et qui a d'autant plus de dangers, que les avantages apparens de ces excisions partielles sont plus susceptibles de séduire et les malades et les chirurgiens. Ce jugement paraîtra un peu sévère; mais on n'oubliera point qu'il ne contient pas une désapprobation; c'est seulement un avertissement pour l'avenir. Nous le donnons même d'autant plus volontiers, qu'un second procédé de M. Serre permettra, dans la plupart des cas, d'arriver au même résultat par une voie plus facile et plus sûre. Après avoir emporté toute l'épaisseur de la lèvre cancéreuse, disséquez dans l'étendue de quelques lignes la muqueuse que vous rabattrez ensuite sur la solution de continuité, pour la fixer par la suture avec le bord saignant de la peau. Le lambeau muqueux ainsi maintenu servira d'ourlet, de doublure naturelle, au bord labial, et préviendra la difformité, sans faire courir au malade aucune chance de repullulation de la maladie primitive.

Ainsi que nous l'avons déjà exprimé, l'idée de prendre le lambeau autoplastique sur les côtés de la face nous semble devoir être généralement substituée aux procédés où la lèvre est reconstruite aux dépens de la peau du cou. Ce mode de chéiloplastie nous semblerait même à l'abri de tout reproche, si l'on pouvait se flatter d'éviter, aussi sûrement que le dit M. Serre, les plis cutanés verticaux qui se produisent alors dans la joue correspondante, par le tiraillement imprimé au lambeau latéral et donnent ensuite à la physionomie un aspect désagréable. L'auteur affirme que ces plis disparaissent peu à peu; et, pour rassurer les chirurgiens sur ce point, il invoque son expérience. Mais nous pourrions, nous aussi, parler par expérience, et le résultat d'une opération que nous avons vu pratiquer à la Salpêtrière sera toujours sous nos yeux, pour nous tenir en garde contre les promesses parfois un peu trop séduisantes du chirurgien de Montpellier. Quant aux opérés dont il montre le dessin en preuve de ses assertions, on sait que les plis dont nous parlons ne se produisent point tant que la peau des parties voisines garde le boursouflement et la tension que lui donne l'inflammation consécutive; et ici encore, il eût été fort important de dire (ce qui manque absolument) à quelle distance de l'opération les malades ont été représentés.

Une partie fort intéressante de cette section de l'ouvrage est celle qui a rapport à la restauration des commissures des lèvres. Rien de plus délicat, rien de moins étudié jusqu'ici que ce genre d'opérations. Les trois observations, relatées par M. Serre, sont surtout précieuses en ce qu'elles contiennent des principes qu'on pourra sans doute utiliser dans la cure du plus grand nombre des difformités de cette espèce. Que le mal résulte d'une ulcération cancéreuse, ou de cicatrices vicieuses, le *modus agendi* est le même. Circonscrivez les parties altérées au moyen de quatre incisions, lesquelles, combinées deux à deux, formeront deux triangles alongés dont la base regarde la bouche, et qui ont leur axe dirigé, l'un transversalement vers le masseter, l'autre verticalement en bas. Une fois l'ablation terminée, on rapproche l'un de l'autre les deux côtés de chaque triangle, et lorsque la réunion s'en est opérée, tout se réduit, en définitive, à deux cicatrices linéaires qui partent de la commissure, l'une tranversale, l'autre verticale.

RHINOPLASTIE. — Il est deux espèces bien distinctes de rhinoplastie: l'une restaure une aile du nez, refait le lobule, forme la sous-cloison; c'est là, on le conçoit bien, le triomphe de la méthode française, et nous ne contesterons pas à M. Serre les avantages qu'elle possède dans ces *raccoutremens* de nez, pour nous servir de l'expression consacrée. Mais la question est tout autre quand il faut attaquer le grand œuvre des autoplastes, et fabriquer de toutes pièces un nez entier. Considérée *à priori*, la chose paraît même impraticable, si l'on se contente de lambeaux latéraux unis sur la ligne médiane; car tout le monde comprendra que le point d'appui fourni par la charpente du nez n'est point assez solide pour ne pas s'aplatir sous la pression que les lambeaux exerceront sur elle en se rétractant. M. Serre a senti l'objection; la manière dont il prétend la tourner le montre assez, et son argumentation, sous ce rapport, est surtout curieuse en ce qu'elle montre combien il a su mettre d'esprit et de connaissances au service d'une mauvaise cause. L'imperfection du nez fabriqué *à la française* étant un fait avéré, constant, il était fort adroit de chercher à faire peser sur toutes les méthodes en général cette défaveur qu'on ne pouvait détourner de la rhinoplastie française. Aussi l'auteur déclare-t-il dès l'abord « qu'il y a de l'exagération dans tout ce que l'on a écrit relativement à la régularité des nouveaux nez, quelle que soit la méthode qu'on adopte..., qu'il en a fait quelques-uns, et qu'il n'a jamais obtenu, sous ce rapport, ce qu'il aurait voulu avoir. » Certes, l'aveu est précieux en lui-même; mais qui ne voit dans ce raisonnement l'abus d'une conclusion tirée du général au particulier? Qu'un nez refait par la méthode de glissement s'aplatisse à la longue et devienne difforme, rien de plus naturel; nous avons prouvé que cela devait être; nous prouverons tout à l'heure que cela est. Mais nier que l'on puisse réussir par des procédés différens, c'est se donner un avantage dont, malgré leur modestie, les partisans de la méthode indienne ne voudront sans doute pas laisser le bénéfice à leur antagoniste. Sans opposer à ses dénégations les relations détaillées de cures obtenues par l'emprunt fait à la peau du front, ou des assertions contradictoires de chirurgiens tout-à-fait compétens, nous nous contenterons de rappeler l'applaudissement unanime qui accueillit M. Blandin, à son argumentation de concours, en 1836, lorsque, à la suite d'une objection semblable à celle-ci, il se borna, pour toute réponse, à montrer au public le moule en plâtre pris sur la figure de l'un de ses opérés. Ce ne sont pas là des allégations d'auteur, c'est un fait que la publicité a sanctionné, et le témoignage de tout un amphithéâtre ne peut être contestable, pas plus qu'il ne saurait paraître suspect!

Malgré toute sa prédilection pour l'une d'elles, M. Serre n'ose cependant pas poser de conclusions au sujet du choix à faire entre la rhinoplastie indienne et la française. Il se contente de dire qu'il l'a faite des deux manières et qu'il a obtenu des succès. Il donne même le dessin d'opérés guéris par la méthode du glissement. Malheureusement, ici encore nous nous trouvons dans l'obligation de protester contre le crayon du dessinateur; car le seul point en litige est de savoir si le nez s'est aplati par la suite, ou s'il a conservé sa saillie normale. Eh bien, par une inadvertance que nous ne voulons pas croire volontaire, tous les sujets qui figurent dans l'atlas de M. Serre sont présentés vus de face; la question reste donc forcément indécise. Du reste, si les planches sont insuffisantes, il est des faits qui peuvent suppléer leur témoignage. Ainsi Gressan, auquel M. Blandin fit un nez avec la peau du front, avait précédemment été opéré, suivant la méthode française, par un chirurgien distingué de Rouen (V, thèse de M. Blandin, p. 195), et le résultat de l'opération fut tel qu'il fallut en faire une seconde. Des faits semblables se sont passés sous les yeux de M. Velpeau (MÉD. OPÉR., p. 649), et M. Signoroni ne paraît pas avoir été beaucoup plus heureux dans ses restaurations (*ibid.*). Nous voyons enfin un échec pareil, et très loyalement avoué il faut le dire, dans le livre de M. Serre, chez un opéré de M. Lisfranc (V. p. 291). Mais il y a plus, et ce n'est pas sans étonnement qu'on reconnaît que le demi-succès obtenu sur ce dernier opéré ne peut même pas être revendiqué par la méthode française. En effet, chez ce malade, on fit éprouver une légère rotation, perpendiculairement à son plan, au pédicule des lambeaux taillés aux dépens des joues; ce qui arrache cette opération à l'autoplastie française proprement dite. Nous pouvons donc tirer hardiment de ces considérations les conclusions suivantes que M. Serre peut-être aura lui-même entrevues, bien qu'elles ne se trouvent pas formulées dans son ouvrage: autant la méthode française convient pour les restaurations partielles de l'organe nasal, autant elle est insuffisante, autant elle doit être proscrite, lorsqu'il s'agit de reconstruire le nez dans sa totalité ou même dans une moitié seulement de sa hauteur.

GÉNOPLASTIE. Il n'est pas de région dans laquelle l'autoplastie par glissement du lambeau trouve plus souvent son application rationnelle, et nous sommes heureux de partager sous ce point de vue les idées de M. le professeur Serre. La laxité des tissus, l'isolement naturel de la paroi buccale, l'étendue dans laquelle on peut faire des emprunts à la peau du voisinage, l'obstacle qu'oppose à la rétraction du lambeau la possibilité de le fixer solidement contre les bords de l'ouverture qu'il est destiné à combler, tout assure ici à la méthode française une supériorité incontestable. Il est des cas cependant (et tout le monde peut en voir actuellement un exemple remarquable à l'Hôtel-Dieu, chez le jeune infirmier auquel M. Blandin est parvenu si laborieusement à refaire un visage à peu près présentable), où la perte de substance est tellement large qu'on doit aller chercher au loin un lambeau capable de la remplir. Il en est encore où les parties voisines sont trop altérées pour qu'on puisse songer, si l'on veut ne passer l'expression, à faire une reprise sur une étoffe en aussi mauvais état. Mais ce sont là des exceptions, et toutes les fois que les deux méthodes sont praticables, c'est évidemment à la française qu'il faut donner la préférence.

Ce chapitre contient plusieurs observations intéressantes de guérisons de brides des joues qui maintenaient les mâchoires immobiles, et on lira avec fruit la description du procédé par lequel M. Serre est parvenu à vaincre l'obstacle, sans crainte de récidive, en réunissant par première intention, à l'aide de la suture, les plaies résultant de l'ablation des cicatrices.

BLÉPHAROPLASTIE.—Ici encore, la distinction par laquelle nous avons commencé cette analyse reparaît plus lumineuse et plus fertile en déductions pratiques; et quelque fastidieuses que puissent sembler de pareilles répétitions, nous ne pouvons renoncer aux considérations intéressantes que fournit, à ce point de vue, l'étude comparative, des procédés autoplastiques. Ainsi en appliquant à la blépharoplastie les règles ci-dessus établies, nous trouverons qu'au lieu d'attirer la peau des environs, qui

ne resterait jamais en place, il vaudra toujours beaucoup mieux remplacer la paupière par un lambeau de forme et de dimensions convenables, taillé à dessein dans les parties adjacentes, et transplanté de manière à ce que nulle puissance ne tende ensuite à le ramener vers sa situation première. C'est, en d'autres termes, la prééminence de la méthode indienne sur la méthode française ; et s'il fallait, après les raisonnemens, apporter des faits pour justifier notre préférence, nous n'aurions qu'à prendre presque au hasard ; et, pour ne parler que des cas appartenant à M. Serre, c'est précisément celui que ce chirurgien « a choisi pour le citer de préférence à tout autre » (p. 403) que nous choisirions, nous aussi, à l'appui de notre thèse. Il s'agit d'une femme chez laquelle une partie de la joue et de la paupière supérieure était occupée par un ulcère cancéreux. Après l'ablation des parties ulcérées, M. Serre tailla, dans l'épaisseur de la joue et au-dessous de la perte de substance, un lambeau carré, adhérent par en bas, auquel il fit subir ensuite un mouvement d'ascension qui l'éleva au niveau de la paupière détruite. Lorsque la malade sortit de l'hôpital, ajoute l'auteur, on voyait à peine sur sa figure 3 cicatrices linéaires. Ce que nous avons vu, nous, sur la planche qui reproduit cette guérison modèle, c'est un abaissement déjà fort sensible de la paupière inférieure. Or puisque, dès cette époque, un crayon qui, s'il devait être suspecté, ne saurait assurément l'être de malveillance, n'a pu dissimuler cette difformité, que dire des suites probables de l'opération dans un temps plus éloigné ; que dire surtout de la méthode qui donne de tels résultats pour ses plus beaux succès? Aussi l'abandon général où elle est laissée, quant à la blépharoplastie, montre assez que nos objections contre sa convenance ont été vérifiées dans plus d'un cas et par plus d'un opérateur.

Ce jugement sur la blépharoplastie par glissement des lambeaux ne peut toutefois s'appliquer à tous les procédés de cette méthode : de même en effet que nous avons vu, dans la cheiloplastie, la formation de deux lambeaux latéraux l'emporter sur l'emprunt fait à la peau du cou, de même aux paupières, le succès est assuré, même par la méthode française, quand on sait en régler l'emploi de manière à contrebalancer les vices qui lui sont inhérens. C'est ainsi que le second procédé de Dieffenbach, où, après avoir régularisé la perte de substance par une incision en V, on dissèque de chaque côté les lambeaux pour les unir sur la ligne médiane, doit donner des résultats incontestablement aussi beaux et beaucoup plus simplement obtenus que tout autre mode opératoire. Pour la blépharoplastie donc, comme dans les autres régions, l'autoplastie française a des inconvéniens qui lui sont propres ; mais là, ainsi que partout ailleurs, on peut arriver, par un choix judicieux du mode d'application, à les atténuer ou à les neutraliser même tout à-fait.

Les remarques précédentes ne concernent que l'autoplastie de la paupière inférieure, car, de l'avis de M. Serre lui-même, la méthode française n'est guère applicable à la restauration de la paupière supérieure. Lorsqu'il est question de suppléer à la destruction de celle-ci, dit le même auteur, c'est aux procédés de M. Fricke et de M. Hysern qu'il faut donner la préférence. Puisque l'occasion se présente de parler du chirurgien espagnol, nous ne laisserons point passer sans réclamer pour un de nos compatriotes une part dans le mérite de ses ingénieuses inventions. M. Hysern part de cette idée que le lambeau destiné à remplacer la paupière supérieure doit être taillé de manière à jouir des mouvemens naturels de la paupière ; et, à cette fin, il cherche à comprendre dans son épaisseur un certain nombre des fibres du muscle orbiculaire. L'indication est excellente assurément, et nous ne contesterons ni sa justesse, ni la priorité du professeur de Madrid. Mais, posé de cette manière, le précepte n'aurait certainement que fort peu de cas d'application; car si la paupière est détruite, on trouvera bien rarement l'orbiculaire intact. D'un autre côté, il est bien certain que les procédés de M. Hysern n'ont été connus en France qu'en 1839, puisque, dans le *texte* de son ouvrage publié à cette époque, M. le professeur Velpeau n'en faisait pas mention. Or, en 1836, nous avons vu, à l'hôpital Beaujon, M. Blandin restaurer une paupière supérieure par un procédé dont nous indiquons ainsi le plan et le résultat dans notre thèse inaugurale. « On a reproché à l'autoplastie de ne rendre aux organes que leur forme, que leur apparence extérieures ; cette assertion, quoique généralement vraie, n'est cependant pas applicable à tous les cas. J'ai vu les mouvemens de la paupière supérieure parfaitement rétablis chez un opéré de M. Blandin, et ce résultat dépendit sans doute de ce que le chirurgien comprit dans le lambeau taillé sur le front une partie des fibres du muscle sourcillier, dont la contraction servit plus tard à remplacer celle de l'orbiculaire dans la paupière de nouvelle formation (*Thèse de Paris* du 18 février 1837). » Ainsi le but indiqué par M. Hysern, M. Blandin l'avait déjà aperçu en 1836. Il l'avait pleinement atteint, comme le montre l'observation précédente, et de plus atteint par un procédé, selon nous, bien supérieur à celui du chirurgien espagnol.

Amené à traiter incidemment des adhérences des paupières avec le globe de l'œil, M. Serre expose les tentatives faites par M. A. Petit et par M. Gensoul pour triompher de cette infirmité, l'une des plus tenaces qui puissent se présenter, et il conclut en disant que la guérison, dans ces cas, est fort difficile à obtenir. Peut être le procédé de M. Amussat pour détruire les adhérences vicieuses, procédé que nous avons déjà annoncé dans une autre circonstance (V. Gaz. Méd. 1842, p. 157), devrait-il être essayé ici. Nous rappellerons aussi à ce sujet l'ingénieux moyen auxquel M. Pétrequin (Gaz. Méd. 1842, n° 12) a dû un succès, et dont l'application est aussi simple que l'idée première en paraît rationnelle.

Parmi les inconvéniens de l'autoplastie dite française il en est un que nous avons jusqu'ici passé sous silence, et peut-être l'aurions-nous involontairement omis jusqu'au bout, si en relisant l'ouvrage de M. Serre nous n'avions vu que ce professeur le range précisément au nombre des avantages de la méthode. Nous voulons parler de l'autoplastie appliquée au traitement des cancers. Laissons poser la question par l'auteur lui-même : « Sans doute, dit-il (p. 60), s'il est un moyen propre à prévenir la récidive du cancer, c'est l'ablation complète de la tumeur et la réunion immédiate des parties que l'on a mises à nu. » C'est tout à fait aussi notre avis ; et, selon nous, le seul avantage de l'autoplastie appliquée au traitement des cancers, est de permettre de remplir plus exactement ces deux conditions. Mais nous ne pouvons plus partager l'opinion de M. Serre, lorsque, au lieu d'emprunter un lambeau aux parties voisines de la tumeur cancéreuse, il se demande (p. 56) s'il n'est pas « à la fois plus simple et plus sûr de circonscrire d'abord celle-ci à l'aide de deux incisions semi-elliptiques, de disséquer à droite et à gauche des lambeaux en rapport avec la perte de substance et de fermer immédiatement la plaie en les rapprochant. » Evidemment, le chirurgien qui a à choisir entre telles ou telles parties pour combler la perte de substance qui résulte de l'ablation d'un cancer, doit surtout être guidé par ce principe, savoir qu'il évitera de prendre celles qu'il faudrait tirailler pour les maintenir en place et celles où la repullulation du mal est le plus à craindre. Or, qui ne voit que ces deux conditions de si fâcheux augure se trouvent justement réunies dans les tissus que la méthode française emploie de préférence pour la restauration? En effet, le tiraillement permanent des lambeaux résulte du principe même de la méthode; et, quant aux dangers de la récidive, c'est un fait de l'expérience la plus vulgaire que les bords de la plaie d'opération y sont particulièrement exposés. Pour ces diverses raisons, nous condamnerions donc sans réserve la méthode française dans le cas d'autoplastie pratiquée à la suite d'une ablation de cancer. La méthode indienne possède au contraire tous les avantages correspondans à ses défauts.

M. Serre, à la vérité, adresse à M. Martinet, fauteur de cette dernière, le reproche d'attendre pour adapter le lambeau que la suppuration s'en soit emparée. Mais il est si facile d'agir autrement et de fermer extemporanément la plaie qu'on vient de faire, que cette objection ne semblera à personne, je crois, un motif suffisant pour abandonner une méthode déjà si féconde en résultats acquis et si riche d'avenir. C'est ainsi, du reste, que M. Blandin l'avait pratiquée en 1831 (V. Thèse citée, p. 256), et que nous lui avons vu nous-même répéter avec succès, en 1836, à l'hôpital Beaujon, pour un cancer du sein, où un lambeau pris sur la paroi abdominale, lui servit à combler immédiatement la perte de substance de la mamelle.

En terminant cette analyse, nous aurions à nous excuser auprès de M. Serre pour la forme un peu trop indirecte peut-être sous laquelle nous avons cru devoir reproduire ses idées, si cette forme même n'emportait avec elle sa justification. L'étendue de notre compte-rendu et la place qu'y occupe l'appréciation montrent assez que, à nos yeux, les opinions du professeur de Montpellier ne sont pas de celles qu'on est libre de laisser passer sans discussion ; et il ne nous saura pas mauvais gré, nous l'espérons, d'une critique toute scientifique, et que l'épigraphe même de son livre semblait d'ailleurs en quelque sorte provoquer.

D.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 42. (TOME X. — 1842.) SAMEDI 15 OCTOBRE 1842.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des Hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des poste et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

ANATOMIE.

SUR LA STRUCTURE CELLULEUSE DES DENTS ET DE LEURS BULBES; SUR LA FORMATION DE L'IVOIRE QUI LES RECOUVRE, ET SUR QUELQUES POINTS D'ODONTOLOGIE. (Extrait d'un mémoire présenté à l'Académie des sciences le 3 octobre 1842; par M. Alexandre Nasmyth, membre du Collége des chirurgiens de Londres.

La structure de toutes les parties de la dent, quelque diversité qu'elles offrent dans leur apparence, repose sur une même base, et suit dans toutes un même mode de développement. Un tissu aréolaire, dont la disposition celluleuse varie suivant les parties, mais dont l'existence est évidente dans toutes, dans l'émail comme dans la pulpe, en forme la trame, le canevas. Telle est la proposition qui me paraît se déduire nécessairement des faits exposés dans le mémoire que j'ai eu l'honneur de soumettre, il y a deux ans, au jugement de l'Académie, conclusions que j'ai peut-être eu tort de ne pas formuler alors d'une manière assez nette.

Qu'il me soit permis aujourd'hui de retracer dans un rapide aperçu les principales phases du travail par lequel le tissu aréolaire est transformé en des parties aussi dissemblables que le sont la pulpe et l'émail, et d'exposer brièvement les principaux résultats de mes recherches sur les formes spéciales sous lesquelles nous retrouvons l'organisation dans les différentes parties dont la dent est composée.

La pulpe est formée de deux tissus différens ; l'un, vasculaire, destiné à fournir les élémens de nutrition et de transformation; l'autre, réticulé, dans les mailles duquel viennent se déposer les sels calcaires qui transforment la pulpe en ivoire. Le premier, ou l'appareil vasculaire, est représenté par des troncs qui se divisent en de nombreux et délicats rameaux, lesquels, arrivés près de la surface de la pulpe, se courbent sous

Feuilleton.

EXAMEN DE LA PHRÉNOLOGIE; PAR M. FLOURENS (1).

Jusqu'ici la phrénologie n'avait pas eu les honneurs d'une réfutation régulière, émanée des hautes régions de la science. Les premiers physiologistes et anatomistes de notre époque, français et étrangers, ont été généralement plus disposés à la dédaigner qu'à la combattre. La plupart ne s'en sont pas occupés du tout, ou se sont bornés à quelques laconiques sentences de condamnation. Ainsi, par exemple, Muller, ayant, dans un traité *ex professo* des fonctions du système nerveux, rencontré sur son chemin la doctrine de Gall, y consacre à peine une page et conclut brusquement « que c'est un tissu d'assertions arbitraires, qui ne reposent sur aucun fondement réel, et qu'il faut repousser du sanctuaire de la science (2). » Cette répugnance des vrai savans à se commettre avec la phrénologie est du reste très concevable. Cette prétendue science étant, depuis un quart de siècle, et presque dès son origine, tombée dans le domaine du grand public, et ayant emprunté les formes du plus vulgaire charlatanisme, il est tout simple que les hommes voués à des travaux scientifiques sérieux ne veuillent ni perdre leur temps à guerroyer contre une chimère, ni compromettre l'autorité de leur nom contre des adversaires du genre de ceux qui se présentent journellement sur ce terrain. Lorsque la phrénologie était représentée par des hommes comme Gall et Spurzheim, elle pouvait obtenir quelque attention, car au mérite d'une sorte d'invention, ces anatomistes joignaient des connaissances et des talens personnels nullement méprisables. Il est même probable que les deux chefs de la doctrine auraient pris une meilleure position dans le monde savant s'ils n'avaient pas tant recherché les faveurs de la multitude, et fait plus de cas de la quantité que de la qualité de leurs partisans. Mais lorsqu'après la disparition des maîtres la phrénologie, descendue dans la foule, n'a plus été qu'une sorte de mystification scientifique, un texte insipide et banal de déclamations, lorsqu'elle n'a plus eu pour adhérens et propagateurs que d'ignorans et plats copistes, les savans ont dû renoncer tout à fait à la suivre dans cette grossière transformation et l'abandonner à son sort. C'est là, en effet, ce qui est arrivé partout. En France cependant un événement tout imprévu et tout exceptionnel vint, dans ces dernières années, relever le système de l'abaissement où la marche naturelle des choses l'avait conduit et lui rendre une partie du retentissement qui avait signalé ses débuts; nous voulons parler de la conversion éclatante de Broussais à la phrénologie. Broussais avait jadis été assez rudement traité per Gall, à l'occasion de son Traité de la physiologie appliquée a la pathologie, où il professait une théorie physiologico-psycologique analogue à celle de Cabanis et s'exprimait avec beaucoup de dédain sur les idées du docteur allemand. Il resta fidèle pendant de longues années à son système propre et surtout à son antipathie pour celui de

(1) In-12. Chez Paulin, rue de Seine, 33.

(2) Physiologie du système nerveux, t. I, p. 417.

forme d'anses anastomotiques, reviennent sur eux-mêmes, puis se réunissent en troncs qui reportent le sang dans la circulation veineuse. Les derniers rameaux de cet appareil vasculaire forment ce qu'on appelle le *système intermédiaire*, dans lequel il est impossible de connaître le point où finit l'artère et où commence la veine.

Depuis que j'ai présenté, en 1840, mon mémoire à l'Institut, j'ai suivi, avec une facilité à laquelle on n'était pas encore arrivé jusqu'alors, les dernières ramifications de ces vaisseaux, à l'aide d'une méthode d'injection que je me propose de faire connaître à l'Académie, dans une communication ultérieure. Plusieurs des préparations que je soumets aujourd'hui à son examen, vues avec le microscope, démontrent toute la richesse et les bornes à la fois de cette circulation spéciale. Dans le point le plus élevé de leur trajet, les parois des vaisseaux capillaires intermédiaires sont en contact immédiat avec les cellules du tissu aréolaire qui les entourent. Bien que le diamètre de ces capillaires soit généralement uniforme, ils présentent cependant quelques dilatations sur les pièces injectées.

Si l'on fait sur une dent une coupe qui comprenne à la fois la pulpe et l'ivoire, on verra que c'est dans les cellules les plus élevées de la première que se décomposent les sels calcaires qui donnent à la portion de la dent où cette opération s'est accomplie la dureté et les autres caractères physiques auxquels elle doit le nom d'ivoire. Plusieurs de mes préparations offrent des exemples remarquables de cette transformation. Quand on examine avec un grossissement de quatre à cinq cents fois les dernières cellules de la pulpe, on y remarque une disposition toute spéciale et qui les fait ressembler aux nervures d'une feuille morte et desséchée.

Si nous examinons une partie de la dent où l'ossification est complète, il est impossible de ne pas reconnaître que l'ivoire a réellement été formée dans la trame que lui a fournie la pulpe. Ces préparations, en effet, nous permettent de distinguer, par la demi-transparence des sels calcaires, non seulement les parois des cellules, qui, formées de matière animale, sont moins transparentes que les parties salines, mais même le corpuscule (*nucleus*) de chaque cellule, lequel, incrusté aussi de matière calcaire, offre des différences remarquables, suivant que la coupe de la dent a été transversale ou longitudinale. Cette disposition m'a amené à expliquer par une illusion d'optique la méprise des observateurs qui, ayant distingué, par la section longitudinale de la dent, des lignes moins transparentes ou noires, avaient cru y reconnaître des *canalicules*, tandis qu'en réalité la présence de ces lignes noires n'est que le résultat de la moindre transparence des corpuscules de matière animale qui, dans la section longitudinale, se trouvent disposés en séries, ou sous forme de chapelet. C'est à ces séries de corpuscules contigus que j'ai donné le nom de *fibres*, parce qu'elle représentent en effet ce que l'on désigne sous ce nom dans les autres appareils ou tissus.

Je ne reproduirai pas ici les preuves que j'ai rapportées dans mon mémoire à l'appui de cette explication; il en est une cependant qui est si frappante, que je vais l'indiquer en peu de mots : si l'on traite par les acides une préparation où se trouvent ces prétendus canalicules, que l'on suppose creusés dans la matière calcaire, et qu'après que toute cette matière aura été détruite, on examine de nouveau la préparation, on reconnaîtra encore la présence de la ligne noire, mais évidemment produite par une série de corpuscules de matière animale.

L'ivoire n'est donc pour moi qu'une portion de la pulpe ossifiée, et dans laquelle la différence de transparence des divers élémens qui la composent permet de distinguer les parois des cellules et les corpuscules que chacune d'elles contient. L'ivoire rentre donc, d'après mes recherches, dans le domaine des lois organiques que Schwann a le premier tracées avec tant d'habileté et que d'autres ont adoptées depuis. Cependant, tout en rendant hommage à l'exactitude et à la grandeur des vues auxquelles s'est élevé le physiologiste allemand, je crois devoir signaler la différence qui existe entre un énoncé général, comme celui de Schwann, et les résultats positifs auxquels m'ont amené des recherches minutieuses sur ce point de la science dont Schwann ne s'est point occupé d'une manière spéciale. Son ouvrage ayant été publié à l'époque où j'adressai mes premières communications au congrès de Birmingham, je n'avais pu en avoir connaissance.

Quant au mode de nutrition et d'ossification de l'ivoire, comme il résulte de mes plus parfaites injections qu'aucun vaisseau sanguin ne pénètre dans cette substance, j'explique ces deux actes fonctionnels par l'exosmose d'un fluide apporté par les vaisseaux sanguins qui se trouvent en contact immédiat avec les parois des cellules.

J'ai fait les mêmes observations et obtenu les mêmes résultats dans l'étude de l'émail et du cément, et, dans ces divers produits, j'ai toujours retrouvé la même organisation celluleuse que dans la pulpe et l'ivoire, mais avec de nouvelles modifications.

La disposition des cellules de l'ivoire, de l'émail et du cément varie dans les différentes séries d'animaux, mais reste la même dans chaque espèce. J'en dirai autant de la direction des fibres de l'ivoire, qui rayonnent vers la surface dans des directions différentes, suivant les diverses espèces d'animaux. L'organisation des différentes parties de la dent offre donc au zoologiste un nouveau moyen pour distinguer les animaux de différentes espèces, et ce moyen n'est pas applicable seulement à celles qui se trouvent actuellement à la surface du globe, mais encore aux espèces dont les restes ont été conservés à l'état fossile. Tout dernièrement j'ai eu l'occasion de faire l'essai de cette méthode, et de reconnaître son utilité par l'examen d'une collection de fossiles apportés d'Amérique en Angleterre par M. Kock.

Ces fossiles, qui semblaient se rapprocher de ceux des mastodontes, avaient été rapportés à une seule espèce. Le professeur Grant, mon ami, ayant cru y reconnaître les restes de cinq espèces différentes, me proposa de les examiner par la méthode dont je viens de parler, et, en effet, l'examen de l'organisation intime des dents de ces fossiles me fit arriver à la même conclusion. J'ai communiqué les résultats de cette investigation à la Société géologique de Londres, dans les *Transactions* de laquelle ils seront probablement publiés, et le professeur Grant se propose de les reproduire dans l'ouvrage qu'il prépare sur ce groupe important d'animaux.

Gall. Dans le livre de *l'irritation et de la folie*, publié en 1820, il donna carrière à cette double conviction avec son énergie et son emportement accoutumés. Dans cet ouvrage, la phrénologie est directement attaquée, expressément et formellement refutée par des preuves tirées de la psychologie, de l'anatomie et de la pathologie. Il faut dire, à la louange de Broussais, qu'il deploya dans cette réfutation une rare sagacité et toucha avec une force et une précision extraordinaires les points décisifs de la question. Ces objections étaient à ses propres yeux tellement invincibles qu'il déclarait *qu'on n'y répondrait jamais*. Qui eût pensé, en lisant cette profession de foi si explicite et si bien motivée, que peu d'années après Broussais serait un disciple fougueux de Gall, enseignerait mot à mot et publiquement la phrénologie et deviendrait le chef avoué de la secte? Ce changement est resté jusqu'ici sans explication; mais quelle qu'en ait pu être la cause, toujours est-il qu'il releva singulièrement les affaires de la phrénologie. Ce fut pour elle une véritable restauration.

L'agitation produite par Broussais attira de nouveau l'attention sur la doctrine de Gall, et ranima la polémique. Dans cette nouvelle phase de son histoire, la phrénologie manifesta, avec plus de hauteur que jamais, et avec le même ridicule, ses prétentions à la suprématie philosophique; elle devint offensive, fit la guerre à la Sorbonne, et s'installa à l'Institut, dans la personne de son nouveau chef. Il est vrai que, Broussais excepté, elle n'a fait aucun prosélyte digne d'être cité, et n'a pu, comme par le passé, que s'étendre sans jamais s'élever. Mais elle a eu pour la première fois la bonne fortune de s'attirer un adversaire assez haut placé dans la science et dans l'opinion pour consoler un peu l'amour-propre des phrénologues, dont les provocations n'avaient rencontré jusqu'ici que des rebuts peu flatteurs.

Nous ne saurions, pour notre part, qu'approuver la démonstration de M. Flourens. Tout en excusant la juste répugnance des savans sérieux à s'immiscer dans les affaires de la phrénologie, leur silence obstiné pouvait être mal interprété. Les phrénologistes ne pourront plus dire que si les hommes les plus célèbres en physiologie et en anatomie refusent de s'expliquer sur la phrénologie, et affectent de la mépriser, c'est parce qu'ils ne veulent pas renoncer à leurs propres erreurs, ni confesser qu'ils ont besoin d'aller à l'école du philosophe allemand; et que c'est une fausse honte et un aveugle orgueil qui les relient. Il y a quarante ans et plus que les phrénologistes emploient cette explication, qu'ils trouvent apparemment très bonne. Ils n'auront plus désormais cette excuse. Et d'ailleurs, s'il est vrai en général que les absurdités scientifiques n'ont pas besoin d'être réfutées, et qu'elles succombent d'elles-mêmes à la longue, toujours est-il que le temps ne fait rien tout seul, et qu'il faut aider un peu la marche de la raison publique. Il est du devoir, et pour ainsi dire dans les fonctions des corps savans et de leurs membres, de faire la police de la science; ils doivent s'opposer, autant qu'il est en eux, à l'établissement des faux systèmes, surtout lorsque ces systèmes tendent à se propager dans la multitude, et sont de nature à avoir de pernicieuses conséquences pratiques entre les mains du charlatanisme. Il est bon et utile, dans ces cas, que les hommes dont la voix a de l'autorité apposent leur *veto*. C'est par tous ces motifs que nous avons accueilli avec satisfaction et reconnaissance le nouvel EXAMEN DE LA PHRÉNOLOGIE, écrit par un secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences.

Personne n'ignore que peu d'hommes en France étaient mieux en mesure que



ÉPIDÉMIES.

DE L'IDENTITÉ DE NATURE DES FIÈVRES D'ORIGINE PALUDÉENNE DE DIFFÉRENS TYPES, A L'OCCASION DE DEUX MÉMOIRES DE M. RUFZ SUR LA FIÈVRE JAUNE QUI A RÉGNÉ A LA MARTINIQUE, DE 1838 A 1841; rapport fait à l'Académie royale de médecine, par M. CHERVIN.

(SUITE. — Voir les numéros 37 et 40.)

Messieurs,

Dans vos dernières séances, nous avons rendu compte d'un mémoire de M. Rufz sur la fièvre jaune qui a régné à la Martinique du mois de septembre 1838 au mois de juillet 1839.

Nous avons l'honneur de vous faire connaître aujourd'hui un nouveau travail de ce laborieux médecin sur la même épidémie. Ce deuxième mémoire embrasse une période de dix-huit mois, du 1er juillet 1839 au 31 décembre 1840. Après vous en avoir présenté une analyse exacte, nous nous livrerons à diverses considérations sur la nature de la fièvre jaune, et nous prouverons, par des faits nombreux et positifs, que cette maladie appartient à l'ordre des fièvres à périodes, dont elle n'est que le plus haut degré. L'examen qui va nous occuper formera la deuxième partie de notre rapport.

DEUXIÈME PARTIE.

M. Rufz donne d'abord deux tableaux qui présentent la mortalité qui eut lieu parmi les Européens dans la ville de St-Pierre du 1er juillet 1839 au 31 décembre 1840. D'après les registres de l'état civil, il en mourut 26 en ville de toutes maladies, et la fièvre jaune enleva dans l'hôpital 34 militaires et marins. Si l'on compare ces tableaux avec ceux des premiers mois de l'épidémie, on sera frappé d'une grande diminution dans le nombre des malades. Mais il ne faut pas oublier que, du 15 juillet au 26 octobre de chaque année, les navires vont hiverner au Fort-Royal. La rade de St-Pierre est alors presque vide. On voit cependant qu'il n'a pas cessé de se présenter quelques cas de fièvre jaune pendant ces mois, mais que leur nombre allait en décroissant chaque jour.

C'est du reste une chose fort remarquable qu'après le retour des navires, en octobre 1839, la maladie n'ait pas repris davantage à St-Pierre, quoiqu'elle ait continué à régner au Fort-Royal. Il en fut de même en 1840.

DE JUILLET A SEPTEMBRE 1839.

En même temps que le nombre des malades diminuait, la maladie perdait aussi de sa gravité; cependant les symptômes étaient les mêmes, mais à un degré moins prononcé; l'amélioration surtout arrivait plus promptement. M. Rufz rapporte plusieurs observations qui font connaître les nuances que présentait la maladie durant cette période. Depuis le 15 septembre, quelques fièvres rémittentes assez graves s'étaient manifestées sur les gens du pays, ainsi qu'il arrive toujours vers la fin de l'hivernage; mais c'est à partir du 1er octobre et dans les mois suivans que la maladie offrit une variété plus marquée.

DU 1er OCTOBRE 1839 AU 1er JANVIER 1840.

Durant cette période, dit M. Rufz, « la maladie prit un caractère d'intermittence bien notable; le sulfate de quinine réussit parfaitement. » Et après avoir donné une observation qui vient à l'appui de ce qu'il avance, notre auteur ajoute les réflexions suivantes.

« Telle n'aurait pas été la marche de la fièvre jaune à une autre époque. Il n'y avait pas dans la maladie ces rémissions suivies de recrudescence, et à cause desquelles j'ai employé le sulfate de quinine, même pendant l'accès; et si l'aphorisme *morborum naturam ostendit curatio* est jamais applicable, c'est assurément à des cas pareils.

« Je rappelle, continue M. Rufz, qu'à cette époque tous les points de l'île étaient infectés de fièvres intermittentes graves; dans le quartier de la Trinité, au vent de l'île, on perdit plusieurs personnes notables. De 12 matelots ainsi traités par moi, jusqu'au 1er janvier 1840, tous plus ou moins gravement atteints, 11 guérirent. Celui qui succomba est le seul à qui le sulfate de quinine n'avait pas été administré par la négligence de la mulâtresse chargée de lui donner des soins; elle omit de lui faire prendre la potion prescrite, et je n'en fus instruit que lorsque les accidens étaient trop avancés pour employer ce remède sans le compromettre. »

M. Rufz donne l'observation de ce malade, suivie de l'ouverture du cadavre, puis il ajoute : « On voit par cette observation que, bien que l'épidémie eût perdu de sa rigueur, çà et là se montraient quelques cas, avec toute la gravité des premiers jours.

» Dans la dernière quinzaine de décembre, 5 hommes du navire marseillais *le Souvenir* furent frappés de la maladie; ils ne furent point traités par le même médecin : 2 le furent à l'hôpital, 3 par deux médecins de la ville. Tous les 5 sont morts. Je ne sais point au juste quelles étaient les médications, mais elles étaient différentes. L'équipage de ce navire en avait opéré le déchargement en plein soleil de midi, fatigue laissée ordinairement à des gens du pays. »

ANNÉE 1840.

Jusqu'alors on ne pouvait douter que l'épidémie allât en décroissant chaque jour. Après le 15 janvier, elle put être considérée comme finie à St-Pierre; mais les choses se passaient bien différemment au Fort-Royal.

Nous avons vu au commencement de ce mémoire qu'en ville comme à l'hôpital de St-Pierre, il y avait de temps en temps quelques morts, ce qui indiquait que le principe épidémique n'était pas éteint, et qu'il agissait de loin en loin, de même à Paris et dans une foule d'autres endroits, longtemps après que le choléra eut cessé, on en voyait de temps en temps quelques cas isolés.

En mars, M. Rufz vit un jeune homme de 19 ans, gravement atteint, qui eut des vomissemens noirs, et qui, traité fort irrégulièrement par toutes sortes de moyens, antiphlogistiques, toniques, purgatifs, antispasmodiques, guérit néanmoins.

Il faut après cela arriver jusqu'en décembre 1840 pour retrouver à St-Pierre deux cas de fièvre jaune. Trois autres cas, fournis par le navire *l'Eucharis*, furent admis à l'hôpital vers la même époque.

M. Flourens de juger la doctrine de Gall. Voué depuis de longues années à l'étude anatomique et physiologique du système nerveux, il s'y est distingué entre les plus habiles par des recherches originales et de belles découvertes. Ses connaissances dans toutes les parties des sciences naturelles lui permettaient de suivre la phrénologie dans ses assertions empruntées à l'anatomie comparative. Doué d'un esprit philosophique, et familiarisé de bonne heure avec les méditations des grands esprits qui ont étudié la science de l'entendement humain, il lui a été facile de se rendre compte de la partie métaphysique du système, et d'en exposer les contradictions et les erreurs. Nous ajouterons enfin que cet écrit, déjà si remarquable par le fond des choses et l'intelligence des questions, ne l'est pas moins par la forme; et si par le choix, la nature, l'abondance des matériaux et le caractère positif des vues, il porte l'empreinte de l'Académie des sciences, il n'est pas moins digne, par la clarté, la précision, la sévère élégance du style, et la distinction toute littéraire du langage, d'être remarqué à l'Académie française.

Le plus grand mérite de ce petit volume est sa brièveté. M. Flourens a pour principe que le secret d'être court, c'est d'être clair. On ne pouvait appliquer avec plus de bonheur cette maxime. Il eût été difficile de condenser en moins de mots la multitude des questions que soulève le système phrénologique, ni de discerner et déterminer avec plus de sûreté et de précision les points de vue fondamentaux impliqués dans cette recherche. L'extrême concision de ce travail en rendrait l'analyse très difficile, sinon même impossible. Nous nous contenterons donc d'en indiquer le plan général, et de nous arrêter sur quelques-uns des points qui nous ont le plus frappés.

M. Flourens examine successivement la phrénologie dans les expositions qu'en ont faites Gall, Spurzheim et Broussais, qui sont en effet les trois seuls représentans sérieux du système en France. Il s'attache particulièrement à Gall, parce que c'est surtout chez l'inventeur qu'il faut chercher l'esprit et la véritable portée de la doctrine. Spurzheim n'a été que l'arrangeur, quelquefois assez infidèle, des idées du maître. Broussais n'a rien ajouté, rien retranché soit dans le fond, soit dans les détails du système primitif, et ce qu'il cherchait dans ce système c'étaient moins ses déterminations positives comme doctrine physiologique, que la conclusion matérialiste qu'il croyait voir au bout, et à laquelle il tenait par dessus tout.

Quant à Gall, M. Flourens montre d'abord que la thèse fondamentale de son système, à savoir que le cerveau est l'organe ou le siége organique de l'intelligence, n'a rien de neuf, quoique Gall ait prétendu donner cette assertion comme une découverte. Sauf quelques exceptions insignifiantes, tous les physiologistes et médecins anciens et modernes ont expressément reconnu le rapport spécial du cerveau avec les manifestations intellectuelles et morales. C'est dans le cerveau que tous ont placé le *siége de l'ame*. Les fonctions du cerveau prises dans un sens général n'étaient donc pas ignorées, comme Gall affecta de le répéter sans cesse. Rien n'était au contraire plus connu et moins contesté.

Il n'en est pas de même de la seconde proposition de Gall consistant à dire que chaque faculté particulière de l'intelligence a dans le cerveau un organe propre. Quoique tojours soupçonnée et admise *à priori* en vertu de l'analogie, la pluralité des conditions organiques conforme à la pluralité des fonctions n'avait jamais été démontrée. Gall a donc le mérite d'avoir plus nettement posé la

QUELQUES REMARQUES SUR LES SYMPTÔMES, LA MARCHE ET LA TERMINAISON DE LA FIÈVRE JAUNE DANS CETTE DEUXIÈME PÉRIODE.

Les symptômes d'invasion de la maladie se déclaraient dans le même ordre et avec la même intensité qu'au début de l'épidémie ; mais au lieu de continuer leur violence, de croître de plus en plus, comme à une autre époque, ou de se changer en des signes plus alarmans encore, tout se civilisait, tout cédait au traitement, et dès le quatrième jour, le malade entrait en convalescence. Néanmoins, de temps à autre il se présentait des cas aussi graves que ceux des mois précédens.

Vers les mois de novembre et de décembre, l'ictère était moins prononcé chez ceux qui succombaient, et dans cette seconde période de l'épidémie, M. Rufz ne l'a pas observé *une seule fois* chez ceux qui guérissaient.

Les hémorrhagies ont aussi été moins fréquentes. Quant à la marche de la maladie, de juillet à septembre, comme on l'a déjà vu, elle va en déclinant, mais sans changer de caractère ; les symptômes perdent seulement de leur gravité. Après le mois de septembre, il y a une modification considérable ; c'est une rémission marquée, quoique de courte durée ; le sulfate de quinine réussit, mais jamais il n'y eut d'intermittence véritable. De 28 malades que traita M. Rufz dans toute cette seconde période, trois seuls succombèrent. Les terminaisons mortelles avaient lieu dans le 1er septenaire et rarement après.

La convalescence fut prompte ; peu de personnes eurent à souffrir des suites de la fièvre jaune. M. Rufz n'a vu aucun cas de rechute ; mais des personnes qui avaient été atteintes cinq ou six mois auparavant de cette maladie furent prises d'affections légères et intermittentes à l'époque où les gens du pays étaient atteints de ces mêmes affections.

Les lésions anatomiques furent les mêmes qu'au début de l'épidémie, et par conséquent nous ne nous y arrêterons point, bien qu'elles soient exposées avec beaucoup de détails par M. Rufz.

Ce médecin s'en réfère, pour les causes de la maladie, à ce qu'il a exposé sur ce sujet dans son premier mémoire. « Le défaut d'acclimatement était, dit-il, toujours la circonstance la plus favorable du développement de la maladie, et il ne se présenta aucun cas favorable à l'opinion de la contagion ; mais, ajoute-t-il, j'ai été confirmé dans l'opinion que dans les lieux où règne la fièvre jaune, il se forme de véritables foyers d'infection. Que faut-il penser du Fort-Royal où persista la fièvre jaune pendant près de dix-huit mois, alors que toutes les parties de l'île ne fournissaient plus de malades ; car, à partir de janvier 1840, presque tous les individus qui furent malades de la fièvre jaune à St-Pierre venaient du Fort-Royal ; cette ville était considérée comme un foyer de la maladie. »

Quant à l'influence des vents sud-ouest, M. Rufz fait remarquer que la maladie ayant duré pendant toutes les saisons, et les vents variant suivant chacune d'elles, il est peu probable que cette circonstance ait eu sur la production de la maladie l'importance qu'on a été tenté d'abord de lui attribuer, et il ajoute que c'est un fait qui mérite d'être soumis de nouveau à l'observation.

Suivant M. Rufz, les observations thermométriques et barométriques n'ont rien offert de particulier ; cependant il y eut plus de sécheresse que dans les années où la fièvre jaune ne régnait point.

Parmi les Européens arrivés depuis quatre ou cinq ans, ce médecin ne trouve qu'un bien petit nombre qui n'aient point subi l'influence épidémique. « Ces *quelques-uns*, dit-il, ne se distinguent de ceux qui ont été atteints par aucunes particularités, mais ils sont tous sobres et rangés. »

TRAITEMENT.

Le traitement de la fièvre jaune adopté par M. Rufz a varié suivant les diverses époques de l'épidémie. Jusqu'au mois de septembre 1839, ce médecin continua à employer la saignée comme moyen principal. De 13 malades qu'il a traités ainsi, 2 sont morts ; mais l'un d'eux était expirant lorsqu'il lui fut confié et ne fut pas saigné. « Ces résultats, dit notre honorable confrère, joints à ceux consignés dans mon premier mémoire, me donnent une grande confiance dans l'emploi de la saignée dans les deux premiers jours du début de la fièvre jaune, à quelqu'époque que ce soit de l'épidémie. »

Après le mois de septembre, M. Rufz joignit à la saignée, le sulfate de quinine à la dose de 2 grammes 40 centigrammes (18 grains) en vingt-quatre heures. Sur 15 malades, il n'eut qu'un seul mort ; mais il fait remarquer très judicieusement qu'il faut tenir compte de ce que l'épidémie était sur son déclin. « Alors, dit-il, tous les médecins de la ville ne perdaient que peu de malades, quoique leurs médications fussent différentes. Mais, ajoute-t-il, de ce que le sulfate de quinine a si bien réussi à la fin de l'épidémie, s'appuyant sur l'aphorisme *morborum naturam ostendit curatio*, faudrait-il employer le même moyen à son début dans les premiers jours, alors que la maladie sévit avec le plus de violence ? Je sais que quelques praticiens (1) ont usé du quinquina et des toniques dès le commencement des épidémies de fièvre jaune et au début de la maladie ; mais j'avoue que les mêmes considérations qui m'ont fait incliner pour la saignée me détourneront d'employer les toniques, à quelque époque que ce soit, sans saignée préalable.

» Je suis cependant, continue M. Rufz, peu partisan de la médecine faite *à priori*, d'après des indications physiologiques seulement, je crois que l'expérience est toujours le meilleur guide, qu'il faut toujours revenir à elle, après les plus beaux raisonnemens. Je crois surtout que l'état actuel de la science n'autorise en aucune maladie les méthodes de traitement exclusives. C'est pourquoi je suis bien loin de blâmer ceux qui essaieront le sulfate de quinine dès le début des épidémies de fièvre jaune ; je serai au contraire fort curieux de voir les résultats obtenus par cette méthode.

» Dans cette disposition d'esprit, on ne sera pas étonné de me voir employer les vomitifs sur deux malades (dont un est mort), bien que, dans mon premier mémoire, j'eusse montré quelque répugnance pour l'emploi de ce moyen... . Le traitement de la fièvre jaune n'est pas assez fixé pour qu'on ne soit autorisé à tenter méthodiquement de toutes les médications. Les vomitifs réussissent fort bien, chez les gens du pays, dans les embarras gastriques avec fièvre, qui ressemblent souvent beaucoup à la fièvre jaune à son début. D'ailleurs, dans une maladie aussi grave que celle-ci, peut-on juger une méthode de traitement par une ou deux pertes seulement ? Quelque moyen qu'on emploiera, ne faudra-t-il point compter toujours sur des pertes ? Le jugement ne saurait donc être établi d'une

(1) Les praticiens qui ont administré le quinquina et les autres toniques dès le début de la fièvre jaune, et sans saignées préalables, sont extrêmement nombreux, comme on le verra plus loin.

---

question, et d'avoir entrepris des recherches directes pour la vérification de cette idée. M. Flourens fait néanmoins observer, à titre de remarque préliminaire, que les phrénologistes commettent une erreur capitale en attribuant à la masse entière de l'encéphale une participation quelconque à la production des phénomènes intellectuels et moraux. Il convient en effet de retrancher de cet ordre de fonctions au moins trois parties, dont l'usage a été directement révélé par ses expériences et celles d'autres physiologistes, à savoir 1° le cervelet, qui règle les mouvemens de locomotion ; 2° les tubercules quadrijumeaux, siége du principe interne du sens de la vue ; 3° la moëlle allongée, siége du principe qui détermine les mouvemens respiratoires. Il ne reste donc pour subvenir aux actes spéciaux de la pensée et du sentiment que le cerveau proprement dit, c'est-à-dire les hémisphères.

En réduisant le champ de la recherche des fonctions particulières spirituelles aux seuls hémisphères, Gall n'est pas moins dans l'erreur. Des expériences directes prouvent en effet que l'on peut retrancher des portions du cerveau sur tous les points de sa surface sans altérer sensiblement la manifestation de la vie intellectuelle ; et qu'en outre lorsque ce retranchement dépasse en profondeur certaines limites, le sentiment, la volition, l'intelligence, s'affaiblissent graduellement et finissent par s'éteindre tout à fait. Il n'y a donc pas des siéges distincts pour les diverses opérations comprises sous le nom générique d'intelligence, et le siége de ces opérations paraît être unique, comme l'intelligence elle-même est une.

M. Flourens combat ensuite avec beaucoup de finesse et de force cette étrange psychologie de Gall qui veut que les actes de jugement, de perception, d'imagination, de souvenir, de raisonnement, qui constituent essentiellement l'intelligence, ne soient que des fonctions secondaires, de simples modes accidentels d'autres facultés, ce qui transforme chacune de ces facultés prétendues fondamentales en autant d'intelligences distinctes, *individuelles* et isolées ; c'est là cette *république ontologique* dont se moquait jadis si bien Broussais. M. Flourens signale surtout la puérilité philosophique de cette méthode qui croit expliquer chaque diversité de talent, d'instinct, de penchant, de goût par l'intervention d'une faculté spéciale, appelée tout exprès pour en rendre compte ; mais, ainsi qu'il le dit très bien, cette *faculté*, introduite comme le *deus ex machina*, n'est qu'un mot ; « c'est le nom du fait, et toute la difficulté reste. » Toute la philosophie de Gall, poursuit M. Flourens, consiste à substituer la *multiplicité à l'unité* physiquement et psychiquement ; de même qu'il divise l'intelligence générale et une en vingt-sept petites intelligences individuelles, il fractionne la masse cérébrale en vingt-sept cerveaux en miniature. Mais, avec ce fractionnement qui lui sert à expliquer *verbalement* quelques phénomènes isolés, il s'ôte la possibilité d'expliquer le phénomène fondamental de la vie morale, l'unité du *moi*. En outre en accordant à ces facultés une existence absolument indépendante, comme celle des sens extérieurs, il ne peut plus logiquement les faire agir les unes sur les autres et l'ordre admirable de l'entendement devient un chaos inintelligible.

Nous laissons de côté les remarques de M. Flourens sur les conséquences pratiques du système qui, selon lui, détruit le libre arbitre et avec le libre arbitre toutes les notions essentielles de la morale.

Après avoir examiné la théorie de Gall sous le rapport purement psychologi-

manière absolue, mais par comparaison; et peut-on dire que, dans l'état actuel de la science, les élémens existent pour établir une bonne comparaison entre les divers traitemens proposés contre la fièvre jaune? Les médecins sont donc libres de tout tenter, mais avec bonne foi et prudence. »

M. Rufz parle ensuite des autres maladies qui régnaient en même temps que la fièvre jaune. « Après, dit-il, les embarras gastriques avec fièvre et sans fièvre, les deux autres maladies dont l'existence nous a le plus frappé pendant le cours de la fièvre jaune ont été l'affection fébrile, particulière aux enfans, et les fièvres intermittentes. » Il traite séparément de chacune de ces affections.

AFFECTION FÉBRILE SUR LES ENFANS.

M. Rufz a parlé assez longuement de cette maladie dans son premier mémoire. Elle offrait, dans cette seconde période de l'épidémie comme dans la première, de grandes ressemblance avec la fièvre jaune des adultes. Elle continua de régner en juillet, août et septembre 1829. En avril 1840, cette affection se reproduisit; elle entraîna beaucoup moins de mortalité. Bien que, dans certains cas, la maladie affectât le type rémittent, le sulfate de quinine fut sans effet. Chez quelques enfans, M. Rufz crut remarquer une disposition aux hémorrhagies. Généralement, dans toute cette seconde période de l'épidémie, cette affection fébrile des enfans fut moins grave que dans la première.

DES FIÈVRES INTERMITTENTES ET RÉMITTENTES.

L'auteur du mémoire s'exprime ainsi sur ce sujet : « Quand je dis intermittentes, c'est pour employer le mot générique. Je ferais mieux d'appeler ces fièvres rémittentes, car ce ne sont pas des intermittences qui en séparent les accès. On ne pourrait leur assigner un type régulier, ni tierce, ni quarte, ni même quotidien. Les accès, dans leur développement, ne suivent point l'ordre accoutumé : frisson, chaleur et sueur; ce sont le plus ordinairement une série d'accidens continus qui s'exaspèrent en certains momens de la journée, et offrent quelquefois une grande gravité. Quelquefois les exacerbations sont précédées d'un léger refroidissement des extrémités, jamais d'un frisson véritable. »

M. Rufz a rangé ces maladies en trois groupes, dont le dernier est formé de ce qu'on appelle dans le pays *mauvaises fièvres*, affections si différentes les unes des autres, qu'il est bien difficile de les rallier ensemble. Aussi, pour les faire connaître, ce médecin en rapporte-t-il trois observations individuelles, puis il ajoute : « Je ferai seulement remarquer que ces graves affections ne sont observées à St-Pierre que depuis que la fièvre jaune règne dans la colonie, que pendant les trois années qui ont précédé l'invasion de cette dernière maladie je n'avais rien vu de semblables. Les quartiers voisins de la ville, comme je l'ai dit, ne sont point sujets ordinairement aux fièvres intermittentes ; mais à cette époque toute l'île était affectée de graves maladies, et dans les quartiers que venait de parcourir M. R. (l'un des sujets des trois observations citées), il y avait eu aussi une mortalité inaccoutumée. »

En rapportant ces trois observations, M. Rufz n'a eu pour but que de donner quelques exemples des affections qui régnaient en même temps que la fièvre jaune. « Notez, dit-il, que ces fièvres pernicieuses, qui attaquent les créoles et les acclimatés, sont au moins aussi graves que la fièvre jaune, et donnent une mortalité au moins aussi considérable; je n'ai vu que peu de malades en revenir. Je n'ai rencontré qu'un seul nègre atteint de ces fièvres et il a succombé. »

Enfin, ce médecin termine son mémoire par le résumé suivant des faits qui se sont présentés à son observation.

CONCLUSIONS.

« Ainsi, dit-il, à partir de septembre 1839 jusqu'au 30 décembre 1840, l'épidémie de fièvre jaune dans la plupart des cas prit une forme intermittente ou rémittente bien prononcée, le sulfate de quinine employé dans ces cas fut efficace.

» Ce changement dans la marche de l'épidémie de *continue* en intermittente a été surtout observé par certains auteurs qui ont écrit le plus récemment sur cette maladie, Thomas à la Nouvelle-Orléans (1), Maher dans sa relation de l'épidémie de la frégate *l'Herminie*. « J'ai eu à traiter, dit ce dernier, en septembre 1838, à la Véra-Cruz, plus de cent cas de *vomito* intermittent (p. 287). » La différence entre les deux phases de la maladie a été tellement marquée, tant sous le rapport des symptômes que sous celui des indications thérapeutiques qu'il serait impossible de les comprendre dans une même description.

» Dans la séance de l'Académie du 3 septembre 1839, poursuit M. Rufz, à l'occasion du rapport sur un travail de M. Maher, par M. Rochoux, il y eut une vive discussion; plusieurs membres, entre autres M. le rapporteur, pensèrent que M. Maher avait confondu souvent des fièvres intermittentes avec la fièvre jaune. M. Chervin intervint alors et dit ces paroles remarquables : « Il est vrai que la fièvre jaune appartient à la famille des fièvres rémittentes et intermittentes, qu'à Savannah comme à Cadix (2), comme dans d'autres localités, l'épidémie débutait par des fièvres intermittentes qui devenaient tout d'un coup excessivement nombreuses; à la fin de l'épidémie, une dégradation analogue avait lieu; à mesure que les cas de fièvre jaune devenaient moins fréquens, on voyait se multiplier ceux de fièvre intermittente (3). »

» Or, c'est précisément, ajoute M. Rufz, ce dont j'étais témoin à la Martinique.... Si les auteurs qui nous ont précédé ont peu insisté sur ce changement de la fièvre jaune de *continue* en *intermittente*, du moins ils l'ont entrevu, car beaucoup ont préconisé l'usage du quinquina (4); peut-être ce fait a-t-il été plus marqué dans l'épidémie actuelle.

» Maintenant, continue M. Rufz, rapprochant ce fait principal, la conversion de la fièvre jaune à une certaine époque de l'épidémie de continue en intermittente avec quelques autres faits signalés dans ce mémoire, tels que la coexistence de fièvres pernicieuses graves sur les naturels du pays pendant la durée de l'épidémie et surtout au commencement et à la

(1) Notre estimable confrère M. le docteur Thomas a parlé, il est vrai, des bons effets obtenus de l'emploi du sulfate de quinine dans la fièvre jaune qui régna épidémiquement à la Nouvelle-Orléans en 1837; mais il soutient en même temps que cette maladie *n'a jamais* aucune analogie ni aucune ressemblance avec les fièvres intermittentes.

(2) Voici comment je m'exprimai sur Cadix : « Dans les localités qui ne sont point sujettes aux fièvres intermittentes, comme à Cadix, par exemple, les épidémies de fièvre jaune commencent ordinairement par des fièvres éphémères ou des fièvres bilieuses de la saison. » (GAZ. DES HÔPIT. du 5 septembre 1839.)

(3) GAZETTE MÉDICALE DE PARIS du 7 septembre 1839.

(4) Nous verrons plus loin qu'ils ont, au contraire, beaucoup insisté sur cette transformation de types.

---

que, M. Flourens passe à la partie anatomique. Phrénologiquement parlant, les facultés sont des organes : il y a autant d'organes que de facultés, car les facultés ne sont autre chose que les fonctions des organes mêmes. Mais ces organes existent-ils? Gall les avait-il vus? Nullement. Il lui a été impossible, non seulement de les montrer, mais même de les définir théoriquement. Son anatomie générale du système nerveux ne donne à cet égard aucune lumière, et il avoue lui-même que l'étude de la structure du cerveau ne lui a rien appris et ne peut rien apprendre à personne sur la nature ou même l'existence de ces organes. L'anatomie étant ici tout à fait muette, Gall a recours, pour déterminer la position de ses organes cérébraux, à l'observation empirique du crâne, c'est-à-dire à la cranioscopie; et pour fonder la possibilité de cette découverte, il est obligé d'entasser supposition sur supposition. Il faut d'abord : 1° que les organes soient situés à la surface extérieure du cerveau, hypothèse qui n'est appuyée sur rien, si ce n'est toutefois sur les besoins du système; 2° que le crâne représente la configuration et les reliefs du cerveau avec une fidélité, une précision et un détail que la moindre connaissance anatomique prouve ne pas exister. Il faut 3° supposer que l'action fonctionnelle de ces prétendus organes est rigoureusement proportionnée en intensité et en énergie à leur volume relatif. Et c'est sur ces hypothèses, toutes plus aventurées les unes que les autres, que la phrénologie prétend avoir démontré matériellement et expérimentalement l'existence de 27 à 35 appareils, aussi distincts de situation, de forme, de volume et de fonctions que les cinq organes des sens! « Tant de confiance étonne, s'écrie ici M. Flourens; on ne connaît rien de la structure intime du cerveau, et l'on ose y tracer des circonscriptions, des cercles, des limites! La face externe du crâne ne représente pas la surface du cerveau; on le sait, et l'on inscrit sur cette face externe 27 noms; chacun de ces noms est inscrit dans un petit cercle; et chaque petit cercle répond à une faculté précise! et il se trouve des gens qui, sous ces noms inscrits par Gall, s'imaginent qu'il y a autre chose que des noms! (P. 72.) »

M. Flourens a parfaitement saisi la divergence des points de vue de Spurzheim et de Gall. Il fait habilement ressortir les contradictions des deux systèmes du maître et du disciple, et montre très bien que, quoique d'accord en apparence sur l'ensemble de la doctrine, ils diffèrent tellement dans leur manière de définir les facultés, d'expliquer leur mode d'action et même sur leur nombre, que si la théorie de l'un est vraie, celle de l'autre doit être fausse, et réciproquement. On ne peut les accorder qu'en disant qu'elles sont fausses toutes deux, ce qui est le parti le plus sûr.

Quant à la phrénologie de Broussais, M. Flourens la traite comme il convenait, très légèrement. Broussais n'a rien fait en ce genre de digne de lui. Il s'est traîné en écolier sur les pas de ses devanciers, et paraît n'avoir embrassé la phrénologie que pour se donner un champ de bataille nouveau après la ruine de ses doctrines médicales.

Malgré la juste sévérité de sa critique, à l'égard du système organologique de Gall et de sa vaine philosophie, M. Flourens sait reconnaître les services qu'il a rendus à l'étude anatomique du système nerveux et du cerveau en particulier. Il ne méconnaît ni le talent observateur de cet homme célèbre, ni le caractère ingénieux de la plupart de ses recherches; il sépare profondément l'homme du système, et tout en rendant hommage aux qualités d'esprit distingué et à la science

fin ; les rechutes chez les Européens primitivement atteints de fièvre jaune, se reproduisant, quelques mois après, sous la forme intermittente bien caractérisée, l'efficacité du sulfate de quinine, pourra-t-on conclure que la fièvre jaune n'est qu'une fièvre intermittente produite par la même cause qui produit les fièvres intermittentes ordinaires; que si au début de l'épidémie cette fièvre est continue, c'est qu'alors l'action du principe générateur de la maladie est si intense qu'elle accélère les accès, les rapproche de façon qu'on ne peut les distinguer les uns des autres? que plus tard, au contraire, le principe étant diminué et ayant perdu de sa force, la forme intermittente est mise à découvert? Cette opinion assurément ne serait pas insoutenable; mais en vérité elle n'est pas assez claire pour être avancée sans hésitation. Les généralisations trop hâtées nuisent aux recherches ; mieux vaut une sage circonspection.

» Telle a été, dit M. Rufz, jusqu'à ce jour, premier janvier 1841, la marche de l'épidémie de fièvre jaune qui éclata à la Martinique en septembre 1838. On a vu que c'est en suivant, pour ainsi dire, jour par jour, cette épidémie qu'on est parvenu à vérifier un fait important, la conversion de cette maladie de continue en intermittente. J'aurai soin, ajoute-t-il, de tenir l'Académie au courant de tout ce qui pourra advenir plus tard. »

Nous venons, Messieurs, de vous présenter aussi exactement qu'il nous a été possible de le faire l'analyse du deuxième mémoire que M. Rufz a adressé à l'Académie touchant la fièvre jaune qui a régné à la Martinique, du premier juillet 1839 au 31 décembre 1840. Nous avons même rapporté souvent les propres paroles de l'auteur pour ne point les affaiblir et vous rendre fidèlement sa pensée. Nous sommes persuadé que vous nous saurez gré d'en avoir usé ainsi, vu la haute importance des questions soulevées par cet honorable médecin.

Comme les observations de M. Rufz ne portent que sur la fièvre jaune qui a régné dans la ville de Saint-Pierre, notre confrère a joint à son mémoire une note fort intéressante que M. le docteur Dutroulau, chirurgien de première classe de la marine au Fort-Royal, a bien voulu lui communiquer, afin qu'on puisse voir la marche de l'épidémie dans cette dernière ville, en même temps qu'elle avait lieu à Saint-Pierre. Nous allons avoir l'honneur de vous faire connaître ce document.

« L'épidémie du Fort Royal, dit M. Dutroulau, mise en parallèle avec celle de Saint-Pierre pendant l'espace de temps qu'embrasse le deuxième mémoire de M. Rufz, a suivi une marche analogue, à l'intensité près. De juillet à octobre les navires du commerce arrivant de Saint-Pierre pour passer l'hivernage dans le cul de sac du carénage ont fourni un grand nombre de malades, sans que cela ait paru influencer en quelque chose le nombre des malades fournis par les casernes. Les navires de guerre situés dans ce même cul-de-sac ont également été frappés de la maladie; il est même à noter que la corvette *la Thisbé* qui avait déjà essuyé l'épidémie de Saint-Pierre l'a contractée de nouveau à ce mouillage et a perdu plusieurs hommes, entre autres son chirurgien-major, M. Delussay. L'autorité se décida alors à envoyer cette corvette au mouillage des trois islets, situé à 2 lieues au vent, dans le fond de la baie et où étaient les autres bâtimens de guerre de la station n'ayant pas une fièvre jaune. L'épidémie cessa peu de jours après à bord de *la Thisbé* (1).

» L'hivernage fini et les bâtimens du commerce partis, la fièvre jaune continua parmi la garnison, mais toujours en diminuant depuis le commencement d'octobre jusqu'à la fin de l'année. Je ne pense pas, dit l'auteur de la note, qu'on doive attribuer cette diminution au départ des bâtimens du commerce; c'est plutôt au changement de saison et de la constitution médicale qu'est due l'apparition des fièvres d'accès en remplacement des fièvres jaunes; pendant le dernier trimestre, en effet, créoles et Européens ont été indistinctement frappés par la fièvre intermittente.

» Dans le fort de l'épidémie, continue M. Dutroulau, les caractères de la maladie ont été les mêmes qu'à Saint-Pierre. Après l'hivernage, elle s'est modifiée, et j'ai observé à l'hôpital plusieurs cas de fièvres pernicieuses simulant la fièvre jaune au début. Je les ai diagnostiqués fièvres pernicieuses, parce que je ne croyais pas alors aux fièvres jaunes rémittentes; l'observation de cette année (1840) m'a fait changer d'avis. »

L'auteur de la note donne ici un tableau de la force des équipages des bâtimens de la station et du nombre des morts pendant l'année 1840. Ce tableau indique la marche de l'épidémie, fait voir la différence de salubrité qui existe entre la station intérieure et la station extérieure, et démontre clairement l'action des causes infectantes dans le développement de la fièvre jaune.

Les caractères anatomiques n'ont pas offert de différence d'avec ceux observés à Saint-Pierre, et ils se sont montrés les mêmes à quelque phase de l'épidémie qu'on les ait observés....

« Les symptômes n'offrent pas non plus de grandes différences à noter; cependant leur gravité a été tout aussi marquée cette année que l'année passée, et l'hivernage a été l'époque où ils se sont montrés les plus intenses; ce qui n'a pas existé pour l'année 1839, où les mois de mars et d'avril ont été les plus funestes.... Pendant les deux derniers mois de 1840, plusieurs cas ont manifestement revêtu le type rémittent, quelquefois même le type intermittent franc. Ces fièvres que j'avais considérées comme rémittentes bilieuses et comme pernicieuses, l'année précédente, ne m'ont plus laissé aucun doute sur leur véritable nature. Sur 30 cas de fièvre jaune, traités par moi pendant les deux mois, 7 ont été intermittens et ont tous guéris par la quinine.

« Je n'ai rien à dire du traitement, ajoute M. Dutroulau, sinon à signaler les funestes effets des émissions sanguines poussées à l'excès. Sur un sujet qui a succombé, j'ai vu faire, dans l'espace de cinq jours, trois saignées du bras, valant 4 kilogr. et demi, et l'application de 750 sangsues; beaucoup d'autres malades ont été traités de même à l'hôpital. Quand on guérit après cela, il est permis de dire que c'est malgré le traitement et non par le traitement.

» Les saignées au début dans les limites convenables, les dérivatifs évacuans et les révulsifs sur les membres, la quinine à dose moyenne dans les cas de rémittence, tels sont les moyens qui m'ont le mieux réussi personnellement. »

M. Dutroulau donne un tableau de la mortalité à l'hôpital du Fort-Royal, pour toute l'année 1840, et d'après lequel la garnison a eu 121 morts, la flotte 61, et divers 11. Il résulte de ce tableau :

1° Que pour la garnison les décès ont été beaucoup plus nombreux pendant les trois mois d'hivernage que pendant les premiers mois de l'année; mais que c'est surtout le mois de novembre qui a été marqué par le plus de mortalité.

(1) Ce fait démontre bien clairement l'existence de l'infection qui cesse dès qu'on s'éloigne de son foyer.

---

du docteur allemand, il est sans pitié pour les erreurs systématiques qui lui ont valu sa renommée.

M. Flourens a ajouté à son EXAMEN, et sous forme de notes, quelques éclaircissemens, la plupart relatifs à l'anatomie, qu'on ne lira pas avec moins d'intérêt et de profit que le reste de son livre.

On s'exposerait à prendre une idée extrêmement imparfaite, et par conséquent injuste, du nouvel ouvrage de M. Flourens, si l'on s'avisait de le juger sur l'informe et très insuffisante indication qui précède. Nous n'avons pu reproduire cette variété d'aperçus; cette abondance de vues fines, délicates, souvent profondes, semées à toutes les pages de cet excellent morceau de critique, ni encore moins ce beau talent d'écrivain, qui double la valeur des idées, en leur donnant tout le relief et l'éclat dont elles sont susceptibles, ce cachet d'art et de goût qui pare la science sans l'affaiblir, et qui, mieux encore que la force des démonstrations, s'empare de l'intelligence en la séduisant.

Nous ne doutons pas que la phrénologie ne trouve à répondre aux argumens de M. Flourens; on répond en effet à tout. Mais ces réponses auront un grand inconvénient, celui de n'être pas lues; tandis que la critique, protégée par la haute renommée scientifique, la position élevée et le beau talent de son auteur, trouvera partout des lecteurs. Ce ne sont pas les objections et les bonnes raisons qui ont manqué jusqu'ici contre l'envahissement de la phrénologie, mais une autorité suffisante pour les faire écouter et les faire valoir. Sous ce rapport, les amis de la vraie science ne pouvaient rien désirer de plus favorable à leur cause que l'intervention du savant secrétaire de l'Académie royale des sciences.

— Les médecins anglais dirigeant les établissemens d'aliénés ont formé entre eux une association pour l'amélioration du sort des malades qui leur sont confiés et pour l'avancement de la science. Ils ont arrêté qu'ils se réuniraient une fois chaque année en aussi grand nombre que possible pour échanger leurs idées, se faire part mutuellement de leurs observations et des résultats de leur pratique.

Deux réunions ont déjà eu lieu. L'une, le 2 novembre 1841, à Nottingham; l'autre, le 2 juin dernier, à Lancaster, et d'utiles réformes sollicitées en vain jusqu'ici ont déjà été obtenues.

Avant de se séparer, les médecins présens à la réunion de Nottingham ont exprimé le vœu de voir des associations semblables se former dans les autres pays et établir entre elles des rapports qui ne pourraient qu'être profitables à la science et à l'humanité. Ils ont pris l'engagement de se faire représenter par l'un d'entre eux à la première réunion de ce genre qui aurait lieu sur le continent, etc.

On réorganise partout aujourd'hui en France les anciens établissemens d'aliénés, et on en crée de nouveaux. Les médecins appelés à les diriger, outre le traitement des malades, sont souvent chargés de l'administration et obligés de renoncer à la clientèle. Ces médecins formeront donc d'ici à quelques années un corps nombreux et spécial, et une association comme celle qui existe en Angleterre deviendrait entre eux un lien utile, en même temps qu'elle pourrait exercer sur l'avenir de la science une heureuse influence.

2° Que pour la flotte ce sont les mois d'août et de septembre qui ont été les plus forts; ce qui est dû uniquement à la présence des bâtimens du commerce qui vont hiverner à cette époque dans le cul-de-sac du port, et, ce qui le prouve, c'est que les bâtimens de l'état, mouillés pendant ce temps aux trois ilets, n'ont pas eu de malades.

3° Que les autres morts appartiennent à des ouvriers français émigrans de l'île de la Trinité, sujets déjà épuisés par une première atteinte de fièvre jaune, ou par des fièvres d'accès contractées dans les colonies anglaises (1).

Enfin, suivant M. Dutroulau, les vents du sud doivent être écartés définitivement comme cause de la fièvre jaune, parce que, appelé à traiter une petite épidémie qui a sévi dans la ville de la Trinité, au vent de l'île, il a pu constater que, pendant toute sa durée, les vents de nord et d'est n'ont pas cessé de régner. Nous ne pensons pas que ce fait isolé puisse faire révoquer en doute l'influence qu'exercent les vents de la partie du sud sur les épidémies de fièvre jaune.

« Un foyer d'infection circonscrit et bien reconnu au Fort-Royal, dit ce médecin, c'est le cul-de sac et l'arsenal. Tous les bâtimens qui y séjournent sont pris de la maladie. Là les vases sont abondantes et la chaleur toujours plus intense qu'ailleurs. Les bâtimens de guerre, qui se tiennent en grande rade et qui vont hiverner aux trois islets, ont très peu de malades. Les goëlettes de la station locale, au contraire, qui vont se réparer dans le cul-de-sac, perdent beaucoup de monde, à quelque époque de l'année que ce soit. »

En présence de pareils faits, qui sont admis à la presque unanimité par les médecins de nos Antilles, et, qui plus est, de toute l'Amérique, comment M. Guyon a-t-il pu publier « qu'aucun d'eux ne paraîtrait avoir songé aux foyers d'infection de leurs confrères européens (2)? »

Il résulte, Messieurs, du mémoire de M. Ruiz et de la note de M. Dutroulau, dont nous venons d'avoir l'honneur de vous rendre compte, deux faits capitaux : la rémittence et l'intermittence qu'a présentées la fièvre jaune au déclin de l'épidémie, et les bons effets du sulfate de quinine administré dans cette circonstance. Ces faits méritent d'autant plus de fixer votre attention que le contraire de ce qu'ils établissent a été soutenu à diverses reprises dans cette enceinte.

Le 14 octobre 1828, M. Gérardin s'exprimait ainsi devant vous : « Depuis longtemps il a été démontré jusqu'à l'évidence que les effluves des marais produisent toujours et exclusivement des fièvres d'accès..... Tous les médecins, au contraire, qui ont eu occasion d'observer la fièvre jaune, sont d'accord qu'elle n'est point une fièvre d'accès. Tous proclament que si, dès le début, on la traite par le quina à hautes doses, ce médicament, loin de contribuer à la guérison, ne fait que précipiter le terme fatal (3). »

Le 16 octobre 1838, le rapporteur de votre commission eut l'honneur de transmettre à l'Académie une communication fort intéressante de M. le docteur Thomas, membre correspondant, concernant la fièvre jaune qui avait régné épidémiquement à la Nouvelle-Orléans, pendant l'été et l'automne de 1837, qui avait été combattue avec beaucoup de succès par le sulfate de quinine (4). M. Gérardin prit la parole et soutint avec force que la maladie traitée par M. Thomas n'était point la fièvre jaune, mais tout simplement une fièvre intermittente, attendu, disait-il, que le sulfate de quinine avait réussi contre cette affection, et que ce remède est constamment nuisible dans la fièvre jaune.

Le 3 septembre 1839, notre collègue revint sur ce même sujet à l'occasion d'un rapport que vous fit M. Rochoux. Il soutint de nouveau avec beaucoup de force que la fièvre jaune ne prend jamais la forme intermittente, qu'elle est toujours continue et qu'elle ne peut jamais céder à l'action du sulfate de quinine (5). MM. Rochoux et Bouillaud exprimèrent la même opinion.

« Est-il vrai, demandait M. Bouillaud, que la fièvre jaune s'offre quelquefois avec le cortège des fièvres intermittentes et qu'elle cède au sulfate de quinine? Non, c'est une erreur. La fièvre jaune est une maladie essentiellement continue comme la fièvre typhoïde, et ce serait à tort qu'on la ferait tantôt intermittente, tantôt continue, tantôt rémittente; ce sont trois types divers qui reconnaissent chacun une condition particulière (6).

Cette distinction dans les fièvres est essentielle, puisqu'elle conduit à un traitement tout à fait différent dans les trois cas. Pour moi, les intermittentes ne sont que de véritables névroses. On chercherait en vain là une phlogose quelconque, tandis qu'il y en a constamment, au contraire, dans les fièvres continues.

» Quant à la question de la contagion, ajoute M. Bouillaud, elle est décidée négativement aujourd'hui; en conséquence, je ne vois pas à quoi pourraient servir les lazarets (1). »

D'après l'opinion formellement émise par nos savans collègues MM. Bouillaud et Rochoux, et par M. Gérardin, l'Académie sentira combien il importe aux intérêts de l'humanité, de la science, et aux relations des peuples entre eux, de savoir si la fièvre jaune n'est que le plus haut degré des fièvres intermittentes et rémittentes, ou si elle est, au contraire, une maladie *sui generis*, produite par des causes spéciales et soumise à des lois particulières dans son mode de développement et dans sa propagation. Nous pouvons affirmer, sans crainte de nous tromper, qu'il n'y a pas de question en médecine qui soit plus digne de fixer l'attention des corps savans que celle que M. Ruiz a soulevée dans son mémoire; c'est pourquoi nous croyons devoir la prendre ici en haute considération. Mais jetons d'abord un coup d'œil sur la manière dont la fièvre jaune a débuté, en 1838, à la Dominique et à la Guadeloupe, deux colonies voisines de la Martinique.

(*La suite à un prochain numéro.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS HEBDOMADAIRES.

I. DUBLIN MEDICAL PRESS.

Les numéros de janvier, février, mars, avril, mai, juin et juillet 1842 contiennent les mémoires originaux suivans : 1° *Anévrisme de l'artère temporale*; par M. Benson. 2° *Luxation de la hanche, réduite par la méthode de M. Colombot.* (Ce mode de réduction a beaucoup de rapport avec celui de M. Desprez, que tous nos lecteurs connaissent. Dans un premier cas, ce procédé resta infructueux, et il fallut recourir au traitement ordinaire; mais, dans le second, il prit, pour ainsi dire, sa revanche, et amena la réduction d'une luxation qu'on n'avait pu guérir par les moyens ordinaires. Les circonstances différentielles de ces deux faits ne sont pas rapportées avec assez de détails pour nous apprendre la raison de cette différence dans le résultat.) 3° *Luxation en arrière de l'extrémité supérieure du radius*; par M. Williams. (Deux exemples de cette luxation, trop peu détaillés pour offrir de l'intérêt. Nous trouvons seulement que, dans un cas où la traction avec flexion de l'avant-bras avait échoué, on est parvenu à réduire, en combinant avec l'effort ainsi dirigé, un mouvement de supination.) 4° *Sur les rapports qui existent entre la symétrie du corps et les maladies*; par MM. Paget et W. Budd. 5° *Accouchement de quatre enfans*; par M. R. Riggs. (Des quatre, deux étaient morts en naissant, les autres moururent peu d'heures après.) 6° *Ablation d'une tumeur adipeuse*; par M. Ferrall. (Rien de nouveau). 7° *Cas de morve dans l'espèce humaine*; par M. Daniel Donovan. 8° *Vice de conformation du cœur chez un enfant*; par M. Smith. 9° *Quelques observations sur l'inflammation diffuse et la fièvre puerpérale*; par M. Kennedy. 10° *Observations sur la première période des affections cancéreuses de la matrice*; par M. Montgomery. 11° *Cas d'hydrophobie, avec remarques cliniques*; par M. Todd. 12° *Cas de maladie considérable du pancréas*; par M. A. Wilson. 13° *Cas de rétrécissement de la trachée*; par M. Workington. (Observation rapportée très brièvement. Le malade avait eu la syphilis. Une dyspnée des plus intenses le fatigua durant les dernières années de sa vie. Il mourut suffoqué par l'introduction d'alimens dans la trachée. Immédiatement au-dessous du cartilage cricoïde, ce canal était réduit au volume d'une plume d'oie.) 14° *Cas de molluscum*; par M. Hargrave. 15° *Fracture*

(1) Ces ouvriers avaient été embauchés en France par des spéculateurs anglais qui leur avaient promis l'existence la plus heureuse dans leurs colonies, où nos malheureux compatriotes n'ont trouvé que la misère, les maladies et la mort. Que leur triste sort serve d'avis à ceux qui pourraient être tentés de faire comme eux.

(2) JOURNAL MÉDICO-CHIRURGICAL, juin 1839, p. 232.

(3) Voyez son RAPPORT A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE SUR UN MÉMOIRE DE M. LE DOCTEUR TOWNSEND, MÉDECIN A NEW-YORK, p. 5.

(4) Voyez la GAZETTE MÉDICALE DE PARIS du 27 janvier 1838.

(5) Voir la GAZETTE DES HÔPITAUX des 5 et 12 septembre 1839.

(6) « A l'égard de l'intermittence et de la rémittence, je partage, dit M. Bouillaud, le sentiment de M. Gérardin. Rapprocher les différens types pour les confondre, c'est tomber dans une hérésie condamnable. » (PROCÈS-VERBAL de la séance et le BULLETIN DE L'ACADÉMIE, tom. IV, p. 115.)

« De telles idées, dit M. Bouillaud, ne peuvent être soutenues aujourd'hui; ce serait une hérésie en pathologie. Cela est d'une grande importance pour le traitement; car, dans les fièvres intermittentes, il n'y a point d'organe enflammé, tout rentre dans l'ordre après quelques heures. Dans les phlegmasies, et notamment dans la fièvre jaune, les choses ne se passent point ainsi; c'est une maladie qui marche, qui a des périodes, mais qui a toujours une certaine durée. » (GAZETTE MÉDICALE DE PARIS du 7 septembre 1839.)

(1) Voyez la GAZETTE DES HÔPITAUX du 5 septembre 1839.

du grand trochanter gauche; par M. Hargrave. 16° *Tableau de 30 cas de tubercules du cerveau chez les enfans*; par M. Hennis Green. 17° *Cas de luxation spontanée et d'ankylose de la première et de la seconde vertèbre cervicale*; par M. Spry. (Le sujet mourut subitement. On trouva une ankylose solide entre les deux vertèbres et un rétrécissement notable de la cavité rachidienne. Il est resté douteux pour les membres de la société si le malade est mort d'apoplexie ou s'il a succombé aux suites de la compression habituelle de la moelle. Quant à nous, la concision du récit de M. Sprey ne nous permet point de décider la question.) 18° *Cas de morve chez l'homme*; par M. Mahood. 19° *Cas d'affection hystérique de l'œil, avec occlusion tenace des paupières*; par M. J. Peebles. (Maladie chronique, se reproduisant depuis longtemps par intervalles, une fois au moins toutes les semaines. Parmi les moyens employés pour faire cesser l'accès, la saignée est celui qui a le plus d'efficacité. La maladie persiste encore aujourd'hui, quoique les attaques soient devenues plus rares.) 20° *Lettre sur la pneumonie*; par M. Macdonnel. 21° *Cas de bec-de-lièvre double*; par M. Houston. (Dans deux cas, M. Houston a réséqué la portion saillante de l'os inter-maxillaire, puis il a réuni par la suture entortillée les deux bords des lèvres, en comprenant entre eux le tubercule cutané médian, procédé bien inférieur à celui de Dupuytren, qui faisait servir ce tubercule médian à la formation de la sous-cloison nasale. Par le procédé qu'a employé M. Houston, le nez est tiré en bas par la traction qu'exerce sur lui la languette moyenne comprise dans la lèvre supérieure; et il demeure toujours plus ou moins épaté, selon que cette languette s'insérait plus ou moins près de son extrémité libre.) 22° *Cas de plaie de tête*; par M. Orr. (Fracture de la voûte et de la base du crâne; extravasation sanguine abondante entre le cerveau et la dure-mère). 23° *Maladie du genou*; par M. Smyly. (La pièce anatomique présentait les altérations d'une tumeur blanche à sa dernière période. La cuisse avait été amputée). 24° *Cas d'amaurose chronique hystérique, avec observations*; par M. Hocken. (Rien d'intéressant.) 25° *Cas d'hydrophobie*; par M. Long. 26° *Ramollissement du cerveau*; par M. Geoghegan. 27° *Gangrène de l'utérus*; par M. Ringland. (Dans deux observations de gangrène de l'utérus, cet accident a été la suite de manœuvres exercées pour terminer l'accouchement ou la délivrance.) 28° *Cas de laryngites traitées par l'opération, avec remarques*; par M. John Wilson. 29° *Cas d'affection hystérique des articulations*; par M. Hemphill. 30° *Maladie encéphaloïde du poumon*; par M. Benson. 31° *Opération du bec-de-lièvre dans la première enfance*; par M. Tonston. (Discussion sans aucun résultat nouveau.) 32° *Forme remarquable de pneumonie*; par M. Kennedy. 33° *Conservation des pièces d'anatomie par le gaz acide sulfureux*; par le même. 34° *Développement subit de tumeurs sous-cutanées, lié avec un état morbide de l'estomac*; par M. Rumley. 35° *Sur une variété d'anévrisme faux*; par M. Liston. 36° *Sur les maladies des yeux comme guide dans l'étude de la pathologie*; par M. Jacob. (Travail de généralités, plein de vues aussi justes qu'ingénieuses, mais qui demanderait plutôt à être traduit qu'analysé.) 37° *Hernie étranglée; péritonite avant l'opération; guérison*; par M. Ferrall. (Aucune circonstance qui soit digne d'une mention particulière). 38° *Cas de développement subit de tumeurs sous-cutanées*; par M. G. Dyas. 39° *Perforation de l'estomac et du duodénum*; par M. Baiobridge. 40° *Etranglement interne d'une espèce rare*; par M. Geoghegan. (L'iléon était étranglé par l'appendice vermiforme qui, uni avec un cordon cellulo-graisseux, formait autour de l'intestin un anneau serré.) 41° *Observations de maladie cancéreuse de la face*; par M. Byron. (Un cas de mélanose de l'œil, pour lequel le globe oculaire fut extirpé avec succès.) 42° *D'une forme de pneumonie insidieuse*; par M. Hemphill. 43° *Formation subite de la cataracte dans les deux yeux*; par M. Martin. 44° *Hernie congénitale étranglée chez un adulte*; par M. Houston. (Observations qui ne contiennent rien de bien nouveau.) 45° *Morve chez l'homme*; par M. Dunne. 46° *Note sur les cas de peste contractée au lazaret de Constantinople*; par M. Pezzoni. 47° *Observations sur les eaux minérales d'Harrogate*; par M. W. Bennett. 48° *Paralysie accompagnée d'une affection des voies urinaires, traitée par le mercure*; par M. Thompson. 49° *Sur l'usage du carbonate d'ammoniaque dans la fièvre*; par M. Skerrett. 50° *Calcul vésical; lithotomie*; par M. Porter. (Enfant de 7 ans; taille latéralisée; calcul du volume et de la forme d'une olive; guérison rapide.) 51° *Cas de tubercule du foie*; par M. Dorbey. 52° *Des calculs urinaires chez le porc*; par M. Colvan. 53° *Observation d'une forme particulière de maladie scrofuleuse des os du tarse, pour laquelle l'amputation a été pratiquée*; par M. Bellingham. (Ramollissement des os, ayant succédé à une ulcération spontanée dans la même région.) 54° *Cas de plaie pénétrante de l'orbite, suivie de mort*; par M. Geoghegan. 55° *Réduction d'une luxation de la mâchoire inférieure 98 jours après l'accident*; par M. D. Donovan. 56° *Observation de jumeaux unis l'un à l'autre*; par M. Skipton. 57° *Ecchymose du jarret, suite de contusion, simulant une déchirure de l'artère poplitée*; par M. Houston. 58° *Cas d'anasarque survenu tout à coup*; par M. Darby. 59° *Cas de rupture de l'urètre et d'extravasation de l'urine, non suivie de gangrène*; par M. Bellingham. (L'urine n'était restée que quelques heures en contact avec le tissu cellulaire des bourses, et fut évacuée par plusieurs incisions. Quoique la gangrène soit ordinairement l'effet du passage de l'urine sur nos tissus, le fait de M. Bellingham n'est cependant pas aussi exceptionnel qu'il semble le croire.) 60° *Cas d'ankylose double de l'articulation temporo-maxillaire*; par M. Healy. 61° *Dépôt de tubercules sur un point de la surface du cerveau*; par M. Robert Dunn. 62° *Note sur un cas de cow-pox pétéchial, avec remarques sur le développement de la diathèse hémorragique*; par M. Gregory. 63° *Fibres musculaires du cœur et de l'œsophage*; par M. G. Gulliver. 64° *Description d'un corps humain trouvé dans un marais*; par M. Allen French. 65° *Autopsie d'un homme tué par la foudre*; par M. Phayre. 66° *Instrumens usités pour l'auscultation*; par M. Williams. 67° *Mémoire sur les tubercules du cerveau chez les enfans*; par M. Hennis Green. 68° *De certains kystes du cou, qui n'ont pas de rapport avec le corps thyroïde*; par M. Phillips. (Il s'agit de la maladie signalée par M. Maunoir, en 1825, sous le nom d'hydrocèle du cou, et bien étudiée depuis par M. O'Beirne, de Dublin. Le present travail n'ajoute rien aux connaissances acquises sur ce sujet; il recommande seulement le traitement par le séton de préférence aux injections irritantes, qui, d'après l'auteur, sont ou dangereuses ou insignifiantes, selon que le liquide employé est trop ou trop peu actif.) 69° *Vice de conformation du cœur, avec une valvule surnuméraire à l'orifice de l'artère pulmonaire*; par M. Thompson. 70° *Ingestion d'une forte dose de sous-acétate de plomb*; par M. Jeffreys. 71° *Sur l'anasarque consécutif à la scarlatine*; par M. Kennedy. 72° *Remarques sur l'entropion, suivies d'observations et de la description du procédé de M. Jacob*; par M. Bellingham. 73° *Cas d'arthrite*; par M. Cormac. 74° *Cas de laryngite aiguë chez un agneau de 2 mois; trachéotomie; guérison*; par M. Sunter.

ANÉVRISME DE L'ARTÈRE TEMPORALE; par M. BENSON.

Sous le nom d'anévrisme de l'artère temporale, M. Benson a communiqué à la Société chirurgicale d'Irlande l'observation qui suit :

OBS. — Un homme de 42 ans, retenu au lit par les suites d'une indisposition qui l'avait beaucoup affaibli, voulut se lever; mais à peine eut-il touché le sol qu'il chancela, et dans la chute sa tête porta contre le mur. C'est la tempe gauche qui avait été contuse, et il s'y déclara une enflure considérable. Lorsque le malade entra à l'hôpital, quatre jours après, la tuméfaction n'avait pas diminué et s'accompagnait d'une coloration jaune noirâtre. Au bout de trois jours, elle parut se circonscrire et prit la forme et le volume d'une noisette. Bientôt le chirurgien y sentit une expansion isochrone aux battemens du pouls, expansion que l'on pouvait arrêter en comprimant l'artère au-dessous de la tumeur. Deux applications de sangsues et des topiques réfrigérans suffirent pour faire disparaître toute pulsation en moins de huit jours, et bientôt il ne resta plus de la tumeur qu'un petit tubercule.

Tous les membres de la Société de chirurgie ont regardé ce cas comme un exemple rare et intéressant d'anévrisme de l'artère temporale. Nous ne saurions, quant à nous, nous prononcer d'une manière aussi affirmative; car, d'un côté, les anévrismes de cette région ont été observés en assez grand nombre (v., entre autres, le fait de M. Houston, GAZ. MÉD., 1839, p. 699), et de l'autre il ne nous est pas suffisamment prouvé qu'il s'agit ici d'un anévrisme. En considérant la nature de la cause et surtout la rapidité avec laquelle la guérison s'est opérée sous l'influence de moyens aussi simples, on ne peut se défendre de l'idée que toute la maladie consistait dans un épanchement sanguin circonscrit et agité par les battemens de l'artère temporale. Loin de nous la pensée de nier un anévrisme par cela seul que la tumeur a disparu sans ligature et sans compression; mais il faut convenir cependant que les circonstances de ce fait plaident fortement contre l'interprétation qu'en a voulu donner M. Benson.

VICE DE CONFORMATION DU CŒUR CHEZ UN ENFANT; par M. SMITH.

Un enfant, dit M. Smith, attira mon attention aussitôt après sa naissance par la coloration de sa peau. Il était bien conformé et paraissait en bonne santé, si ce n'est qu'il était de temps en temps sujet à des accès de dyspnée avec cris, et qu'en même temps la lividité naturelle de sa peau augmentait encore d'intensité. Il mourut subitement à huit mois, et je pus l'examiner librement. Le corps était gras et tuméfié. Le péricarde avait une capacité très grande, due au volume considérable du cœur. L'oreillette et le ventricule droit présentaient une grande étendue et consti-

tuaient la principale partie de cet organe. L'artère pulmonaire manquait, si ce n'est qu'un petit vaisseau, paraissant être son rudiment, allait rejoindre le canal artériel. L'aorte très volumineuse naissait des deux ventricules à la fois. Les branches de la crosse de l'aorte prenaient leur origine comme à l'ordinaire; mais une artère supplémentaire partait de sa surface inférieure et, après un court trajet, se divisait en deux branches qui se distribuaient aux deux poumons. Trois ou quatre petites veines pulmonaires se rendaient à l'oreillette gauche. Le trou ovale était resté ouvert de manière à admettre une plume d'oie. Le ventricule droit était plus grand et ses parois plus épaisses que dans l'état normal; le gauche, au contraire, paraissait avoir subi une réduction dans ses dimensions et sa force musculaire. La cloison interventriculaire n'était point encore fermée.

Les exemples d'anomalies de ce genre ne sont point rares dans la science; mais toutes ne présentent pas la réunion de circonstances aussi intéressantes. On sait que la cyanose, attribuée par les uns au mélange du sang rouge avec le sang noir, est simplement, pour d'autres auteurs, le résultat d'une gêne apportée à la circulation veineuse. Ici, les deux causes existaient; car, d'une part, le sang veineux *pouvait* passer à travers la cloison perforée dans les cavités gauches, et, en outre, ainsi que l'a clairement démontré M. le professeur Ph. Bérard (Dict. de méd., t. viii, p. 227), il *devait* suivre cette direction plutôt que celle des cavités gauches dans les droites à cause du rétrécissement de l'artère pulmonaire. D'autre part, la distension du ventricule droit et l'hypertrophie de ses parois, constatées à l'autopsie, ont un indice certain que le cours du sang veineux avait éprouvé un obstacle notable durant la vie.

Recherches sur l'inflammation diffuse et sur la fièvre puerpérale, par le docteur Kennedy.

Cette communication fait suite à une autre du même auteur sur le même sujet et lui sert de complément. Supposant, comme cela est vrai, que l'inflammation occupe tantôt un tissu, tantôt un autre et même plusieurs tissus à la fois; c'est à l'étude de cette dernière qu'il s'est spécialement livré dans le travail dont nous allons reproduire les principales conclusions, ne pouvant autrement faire connaître la portée de ces recherches qui ont pour but de rapporter à une altération du sang ces inflammations de plusieurs tissus et dont la cause est inconnue, ou fort hypothétique; ainsi, les inflammations qui se développent pendant le cours des fièvres continues, à la suite des fièvres éruptives, et certaines opérations; enfin une foule d'inflammations développées sous l'influence de ce qu'on appelle la diathèse purulente et que l'on attribue si fréquemment à tort à la phlébite quand celle-ci n'est, le plus souvent, qu'un autre effet d'une même cause. Nous regrettons que l'auteur n'ait pas poussé plus loin ces investigations et n'ait pas cherché à déterminer la nature de cette altération. Cependant les généralisations auxquelles il est arrivé nous paraissent mériter quelqu'attention.

1° La maladie appelée *inflammation diffuse* se présente sous plusieurs formes, dont les principales sont : la fièvre puerpérale, la périostite, la synovite, la pneumonie typhoïde et l'érysipèle phlegmoneux;

2° Aucune autre hypothèse que celle qui place l'altération primitive dans le sang lui-même (et qui a été si bien établie par le docteur Fergusson) (1) ne peut expliquer les nombreuses variétés de formes sous lesquelles se présente l'inflammation diffuse;

3° La fièvre qui accompagne le développement de cette maladie sous quelque forme que ce soit peut offrir les caractères typhoïdes, irritans ou inflammatoires pendant toute sa durée, ou ayant pris d'abord le caractère inflammatoire, prendre ensuite la forme typhoïde;

4° Toutes les variétés de cette maladie peuvent être compliquées ou suivies d'épanchemens dans les articulations ou de la désorganisation du tissu cellulaire sur tout autre point du corps;

5° Bien que la maladie soit appelée inflammatoire, il peut se faire des épanchemens secondaires qui n'offrent aucun des caractères des produits de l'inflammation;

6° Cette altération du sang peut être causée quelquefois par la phlébite, mais souvent aussi elle se lie à d'autres causes. Ne voit on pas la fièvre puerpérale précéder l'accouchement; de même qu'on voit souvent des ravages considérables s'opérer dans les organes abdominaux sans qu'aucun signe les annonce;

7° Malgré la confiance accordée au mercure par quelques praticiens (Anglais), dans le traitement de cette maladie, il n'en est pas moins vrai qu'elle se développe même dans des cas où l'économie est sous l'influence du mercure;

8° Lorsque la fièvre puerpérale est épidémique on ne devrait pas attendre que la fièvre fût développée pour traiter les femmes qui en seraient menacées, mais on devrait soumettre à un traitement spécial toutes celles dont la constitution serait affaiblie, ou, ce qui est si fréquent, celles dont l'état moral est fâcheux. Quant aux moyens qu'indique le docteur Kennedy, ils se bornent à une combinaison de blue-pill et d'opium, et à l'usage des eaux gazeuses et des alcalis auxquels on attribue une puissante action sur le sang.

(1) V. Gazette médicale, année 1840, p. 286.

Observation sur la première période des affections cancéreuses de la matrice; par M. Montgomery.

La plupart des femmes, dit M. Montgomery, s'abusent longtemps sur l'existence et les progrès des maladies qui amènent le cancer de l'utérus. Tranquilles sur leur état par cela seul que le flux menstruel est régulier et que la santé générale ne paraît pas troublée, elles attribuent aux rapports sexuels les douleurs passagères qui se font ressentir au-dessus du pubis, dans les reins, les aines et les cuisses, et ne se soumettent à l'examen du médecin que lorsque l'affection cancéreuse a passé à la seconde période.

Un préjugé qui favorise encore cette tendance à la temporisation, c'est qu'elles se figurent que le cancer ne débute jamais avant un certain âge. J'ai cependant vu un cas où la maladie se termina fatalement à trente ans (1). Souvent aussi, c'est à l'incurie du médecin qu'on doit s'en prendre; car, soit par insouciance, soit par une erreur de diagnostic assez commune, ils négligent de porter leur attention sur l'utérus et de l'examiner à l'époque où un traitement actif aurait encore des chances de succès et pourrait prévenir la désorganisation.

Des observations nombreuses ont convaincu M. Montgomery que, dans la grande majorité des cas, il existe un symptôme avant-coureur du cancer utérin. Ce signe est fourni par l'état des glandules ou vésicules, vulgairement nommées œufs de Naboth. En se déposant dans ces follicules et à leur pourtour, la matière squirrheuse donne lieu à une foule de petites indurations comparables dans leur ensemble à de la cendrée de plomb ou à des grains de sable. Plus tard, lorsque leur tuméfaction a augmenté, le col prend un aspect raboteux ou bosselé. Mais ce n'est là néanmoins encore que le premier degré de l'affection carcinomateuse.

On pourrait tirer une objection contre cette doctrine, de ce que le cancer commence quelquefois par le corps de l'utérus, partie dans laquelle il n'y a pas d'œufs de Naboth. Mais l'auteur dit avoir constaté assez fréquemment qu'il s'en rencontre sur la surface interne de la cavité du corps, à une hauteur où on ne soupçonnait pas leur existence (2).

Le traitement de cette altération consiste d'abord en applications de sangsues sur le museau de tanche ou du moins dans le lieu le plus rapproché de cet orifice. On accompagnera cette médication de fomentations émollientes; et parmi ces moyens l'un des plus efficaces est le bain d'eau tiède retenue le plus longtemps possible en contact avec l'organe malade.

Après avoir dissipé la congestion du col de l'utérus, il reste quelquefois à combattre une sensibilité exagérée de la partie. On y remédie en général assez promptement avec des injections d'une solution de nitrate d'argent. Tout effort, tout mouvement brusque doit être évité pendant longtemps avec le plus grand soin, et le régime ainsi que les vêtemens de la malade devront être l'objet de précautions attentives.

Ce cas serait peut-être un de ceux dans lesquels l'extirpation du col se trouverait le mieux indiquée. L'auteur ne conseille cependant pas d'y avoir recours, d'abord à cause des dangers qui l'accompagnent, et ensuite parce que la maladie est curable sans opération.

Telles sont les remarques de M. Montgomery sur la première période du cancer utérin. Généralement fondées sur une observation exacte, elles n'auraient besoin d'être vérifiées par l'expérience que sur un seul point. Nous voulons parler du rôle que l'auteur anglais fait jouer aux œufs de Naboth. S'il est vrai, et généralement reconnu du reste, que le cancer débute le plus souvent par des indurations circonscrites, et peu saillantes de la surface du col, ce serait, je le pense, aller au-devant des faits que de regarder, dans tous les cas, ces indurations comme dues au développement morbide des follicules mucipares de la région. Nous avons souvent trouvé sur le cadavre de femmes âgées une hypertrophie considérable de ces follicules, sans qu'aucune tendance à la dégénérescence cancéreuse ou autre parût menacer de s'établir ni dans leur intérieur ni

(1) C'est là sans doute un cas exceptionnel; mais il n'est pas aussi rare qu'on le pourrait penser. Nous en avons observé quelques-uns tout à fait semblables, en 1835, à la Salpêtrière; et nous nous rappelons, entre autres, une jeune femme qui était arrivée au dernier degré de la cachexie cancéreuse, quoiqu'elle n'eût pas plus de 29 ans.

(2) La même remarque a déjà été consignée par M. Cruveilhier dans son Traité d'anatomie descriptive, v, p. 776.

à leur pourtour. Il faut donc attendre, avant d'admettre les idées de M. Montgomery, le jugement d'une observation plus étendue.

FRACTURE DU GRAND TROCHANTER GAUCHE; par M. HARGRAVE.

OBS. — Sur le cadavre d'une femme âgée, apporté pour la dissection au collége des chirurgiens, on constata les lésions suivantes : Le grand trochanter avait été fracturé à son point d'union avec le col du fémur, et il était remonté dans une étendue de 3/4 de pouce à 1 pouce. Entre lui et le fémur existait une bourse muqueuse bien organisée. Les deux tiers postérieurs du tendon du moyen fessier s'attachaient à la partie du grand trochanter séparée du reste de l'os, le tiers antérieur s'insérant au contraire au fémur. Le petit fessier, le pyramidal, les jumeaux, les obturateurs externe et interne étaient restés fixés au grand trochanter.

Ce fait mérite l'intérêt des chirurgiens à deux titres différens. Signalons d'abord l'existence de cette bourse muqueuse formée, là comme dans tout autre région, sous l'influence des mouvemens répétés qu'imprimaient au grand trochanter les muscles qui étaient restés attachés à sa surface. Là, ainsi que partout où un vide s'établit par l'effet de mouvemens au sein de nos tissus, la succion exercée sur les vaisseaux exhalans avait amené la sécrétion d'une humeur lubréfiante, et consécutivement l'organisation d'une couche séreuse propre à favoriser les glissemens.

Mais le point de vue le plus curieux que présente cette observation est relatif au mécanisme de la rotation du pied en dedans. Parmi les explications proposées pour rendre compte de ce singulier phénomène, la plus rationnelle peut-être est celle de Guthrie qui dit : Le pied se trouve en dedans toute les fois que la direction de la fracture est telle que le fragment supérieur conserve l'insertion des muscles rotatenrs en dehors, et l'inférieur celle des rotateurs en dedans. Mais, objectera-t-on avec raison à cette doctrine, la principale puissance rotatrice en dedans est le faisceau antérieur du moyen fessier dont les deux tiers postérieurs sont au contraire rotateurs en dehors. Ce muscle ne pourrait donc deveuir un agent de rotation en dedans, dans les cas où son tendon demeurerait seul attaché sur le fragment inférieur, puisque ce tendon transmettrait nécessairement en même temps une impulsion de rotation en dehors. Les détails du fait de M. Hargrave répondent d'une manière péremptoire à cette difficulté qui n'était pas sans valeur ; il restera maintenant *anatomiquement* démontré que la disposition réciproque des fragmens et des muscles peut être telle que les puissances rotatrices en dedans trouvent dans leur mode d'insertion et dans celui de leurs antagonistes les conditions les plus favorables pour permettre la déviation du membre dans ce sens.

Une objection pourrait encore arrêter quelques esprits. La direction du membre n'a pas été indiquée dans ce cas ! — Il est vrai que le chirurgien anglais ne donne aucun renseignement sur le sens dans lequel la rotation du pied avait eu lieu durant la vie. Mais ne demandons à cette observation que ce qu'elle peut fournir ; et lorsque tant d'exemples ont établi la possibilité du fait sans en donner l'explication, contentons-nous de trouver dans celui-ci une explication fort rationnelle, sans vouloir la révoquer en doute par cela seul que nous ne savons si le fait a ou n'a pas eu lieu.

CAS DE LARYNGITES TRAITÉES PAR L'OPÉRATION, AVEC REMARQUES; par M. JOHN WILSON.

Nous ne voulons pas rapporter les observations de M. Wilson avec détails ; car les symptômes y sont énoncés d'une manière trop vague pour pouvoir donner une idée de la nature de la maladie. Notre but est seulement d'appeler l'attention sur les indications de la trachéotomie. Dans la discussion qui s'est établie entre les membres de la Société de chirurgie au sujet de cette communication, tout le monde est tombé d'accord sur la justesse de ces deux préceptes : 1° il faut pratiquer l'opération avant que la suffocation soit devenue imminente et ne pas la considérer comme une dernière ressource à laquelle on ne doit recourir qu'en désespoir de cause ; 2° Quelque juste que soit cette première règle, et quoiqu'on doive toujours la suivre lorsqu'on a le choix, il ne faut pas moins se décider à opérer, alors même que l'affection est arrivée à son dernier degré et que le malade a perdu connaissance. MM. Watson et Arnott ont cité des cas où les malades étaient crus morts. Après avoir incisé la trachée, on insuffla de l'air dans les bronches, et on parvint à les sauver.

Ces considérations n'ont rien de vraiment neuf ; elles sont même généralement admises en France. Si nous avons cependant cru utile de signaler l'adhésion unanime qu'elles ont rencontrée au sein d'un des premiers corps savans de la Grande-Bretagne, c'est qu'il nous a semblé que, sans les contester parmi nous, on se dispense cependant assez souvent, dans la pratique, de tenir la ligne de conduite qu'elles tracent.

SUR UNE VARIÉTÉ D'ANÉVRISME FAUX; par M. LISTON.

Les journaux de médecine ont annoncé récemment que M. Liston avait plongé le bistouri dans un anévrisme, croyant ouvrir un abcès, et que le sujet de l'opération était mort. Nous nous empressons de publier l'observation telle qu'elle a été communiquée par l'auteur lui-même à la Société royale de médecine et de chirurgie. Si son aveu confirme une partie des détails publiés jusqu'ici, il suffira aussi, nous l'espérons, pour réduire à leur juste valeur les exagérations et les faux commentaires accrédités par la malveillance jalouse.

OBS. — Un enfant de 9 ans, d'une constitution affaiblie par la maladie, avait eu, il y a deux mois, quelques accès de toux à la suite desquels une tumeur se développa sur le cou, immédiatement au-dessous de l'oreille droite. Elle alla en augmentant jusqu'au jour où il fut admis à l'hôpital du Nord, à Londres, le 20 octobre. On trouva alors une tumeur s'étendant de l'angle de la mâchoire jusqu'à un pouce de la clavicule, et en arrière jusqu'au bord postérieur du muscle sterno-mastoïdien. Proéminente à l'intérieur de la bouche entre les arcades dentaires, elle apportait un obstacle mécanique à la déglutition et à la respiration. On y sentait une fluctuation obscure, et quelques pulsations s'y faisaient aussi percevoir au-dessus du trajet de la carotide ; mais, dans la bouche, elle n'en présentait pas. Croyant que cette tumeur contenait du pus, le chirurgien y fit une petite ponction ; mais un flot de sang artériel s'échappa aussitôt par l'ouverture, et le malade en perdit 120 grammes en quelques secondes. On ferma la solution de continuité avec quelques épingles à bec-de-lièvre, soutenues par la suture entortillée, et l'hémorragie s'arrêta. M. Liston résolut de lier la carotide le jour suivant.

Le lendemain, l'hémorragie n'avait pas reparu, mais la tumeur était tendue. L'opérateur fit une incision parallèle au bord supérieur de la clavicule, et une seconde à angle droit sur celle-ci, dans la direction de la trachée. La carotide, mise à découvert, fut liée à peu de distance de l'innominée. La seule difficulté qu'offrit l'opération vint du peu d'étendue des incisions extérieures, précaution rendue nécessaire par la crainte d'intéresser la tumeur qui faisait saillie en bas. L'enfant se plaignit peu. La tumeur devint bientôt plus petite et plus ferme en même temps ; les mouvemens de la mâchoire, qui étaient auparavant douloureux et bornés, reprirent leur intégrité normale. La nuit fut bonne.

Le 25, on enleva les aiguilles et les bandelettes qui avaient été placées sur la plaie. Le patient paraissait gai et dispos. Les choses allèrent parfaitement bien jusqu'à la soirée du 3 novembre, où un flot de sang sortit tout à coup de la plaie, qui était située à la partie antérieure du cou, et où la ligature restait encore. On parvint à arrêter l'hémorragie par le tamponnement, mais le malade avait perdu une quantité considérable de sang. Le même accident se reproduisit six fois en quarante huit heures, et il finit par mourir exsangue.

A l'autopsie, on reconnut que la ligature avait été placée près de l'origine de l'inominée ; le fil n'était pas détaché, une petite partie du tissu artériel restant encore intact. Il n'y avait pas eu de caillot formé, ou s'il en avait existé dans le principe, le sang l'avait chassé au-dehors. (Le rédacteur du journal ne donne pas la description de la tumeur ; il se borne à dire que M. Liston s'est cru autorisé, par l'inspection de la pièce anatomique, à conclure que la maladie avait été, dans le principe, un abcès chronique scrofuleux ayant ulcéré la paroi adjacente de la carotide, et s'étant ainsi ouvert une communication avec l'intérieur de ce vaisseau.)

Nous sommes heureux de pouvoir ajouter à ces détails, que tous les membres de la Société ont donné leur approbation à la conduite tenue par M. Liston, et au courage avec lequel il est venu lui-même leur présenter l'histoire fidèle de ce cas malheureux. On a parlé d'un bruit de soufflet existant dans la tumeur, a dit M. Bransby Cooper, et l'on a prétendu que ce signe aurait dû mettre le chirurgien en garde contre une méprise. Mais n'est-il pas connu que ce bruit n'est rien moins que pathognomonique d'un anévrisme, et que la compression d'une artère par une cause quelconque suffit pour y donner lieu ? D'ailleurs, le jeune âge du malade, sa constitution scrofuleuse, le développement de la tumeur après une fièvre scarlatine, n'étaient-elles pas des circonstances bien capables d'éloigner l'idée d'un anévrisme.

A propos de ce cas, M. Partridge a fait connaître trois observations d'anévrismes existant chez de jeunes sujets. Il s'agissait, dans l'un d'eux, d'un anévrisme vrai de la carotide interne sur un enfant de 9 ans, qui était traité par M. Hodgson. Dans le second, le malade était un enfant dont l'histoire fut également communiquée à M. Hodgson. L'anévrisme occupait l'artère brachiale. Enfin, le troisième a trait à un enfant de 9 ans, chez lequel la tumeur était située sur la carotide droite. Sa nature était reconnaissable à un bruit de soufflet prononcé et à la réduction de volume qu'on lui faisait subir en la comprimant. Ce malade vit encore aujourd'hui.

FORMATION SUBITE DE LA CATARACTE DANS LES DEUX YEUX; par M. MARTIN.

OBS. — Mary Granl, âgée de 35 ans, femme d'une constitution débilitée, avait passé plusieurs nuits auprès de sa mère infirme, criant et se désolant, lorsqu'enfin, vaincue par la fatigue, elle s'endormit au coin du feu. Lorsqu'elle se réveilla, au bout de quatre à cinq heures, elle reconnut qu'il ne lui était plus possible de

distinguer les objets ; seulement, lorsqu'il fit grand jour, elle parvint à voir le contour du volet de la croisée. Lorsqu'elle appela M. Martin, trois ou quatre jours après, celui-ci reconnut avec surprise que les deux cristallins étaient demi-opaques et étoilés au centre, comme s'ils avaient été dissous par la macération. La malade se plaignait de céphalalgie frontale, de douleurs dans les mâchoires et les épaules, le pouls était à 80, la langue blanche, le ventre resserré. Un traitement composé d'amers, de pilules bleues et vésicatoires aux tempes, dissipa ces symptômes; mais l'opacité des cristallins ne fit au contraire qu'augmenter; et aujourd'hui la malade ne peut plus distinguer les objets extérieurs, quoique la rétine soit parfaitement sensible à l'impression de la lumière.

On ne peut pas, ajoute M. Martin, dire que la vue était déjà altérée depuis quelque temps; car, le matin même du jour où la cécité commença chez cette femme, je l'avais vu s'occuper des soins du ménage sans accuser aucun trouble dans la vision.

On avait déjà vu la cataracte se développer en quelques jours et même en vingt quatre heures (Voy. M. Maunoir, thèse, 1833, p. 27); mais une opacité aussi prononcée frappant les deux cristallins dans l'espace de quatre à cinq heures! voilà assurément un des cas les plus surprenans à enregistrer dans les annales de l'ophthalmologie; car les exemples d'opacification instantanée n'ont guère été observés qu'à la suite de violences traumatiques. Remarquons cependant que beaucoup de circonstances pourraient être invoquées ici pour rendre raison de cette anomalie. La cataracte n'est très souvent qu'un effet de l'exercice trop actif de l'organe de la vision. Or, si nous considérons la constitution affaiblie de notre malade, l'application de la vue sans discontinuité pendant plusieurs jours et plusieurs nuits, la congestion entretenue dans le système vasculaire de l'orbite, par l'action de pleurer, tout, jusqu'à l'exposition prolongée à la lumière d'un foyer, servira, sinon à expliquer le phénomène, du moins à le faire considérer comme un peu moins surprenant qu'il le paraît de prime-abord. Quoi qu'il en soit cependant, en raison des détails et des garantics dont M. Martin l'a entouré, c'est un des faits de ce genre les mieux constatés et les plus curieux que l'on connaisse.

CAS DE PLAIE PÉNÉTRANTE DE L'ORBITE SUIVIE DE MORT; par M. GEOGHEGAN.

OBS. — Un enfant de 4 ans s'amusait à faire tourner un cercle, lorsqu'il tomba, et le bâton pointu avec lequel il le poussait traversa la paupière inférieure et pénétra dans l'orbite, d'où il le retira lui-même, couvert de sang dans une étendue de près de 2 pouces. L'enfant n'éprouva d'abord aucun symptôme fâcheux; mais, au bout de trois heures, il tomba dans un assoupissement léger. Bientôt le délire, puis des convulsions se déclarèrent, et, malgré le traitement le plus actif, il succomba trente-deux heures après l'accident.

AUTOPSIE. — Les enveloppes du cerveau paraissent saines dans toute leur étendue, à part une légère extravasation autour du nerf olfactif droit. La partie orbitaire du frontal offre une fracture. Dans le point correspondant du cerveau, on découvre, à la surface inférieure du lobe antérieur, une déchirure formant l'extrémité d'une plaie qui pénètre en haut et en arrière, passe au-dessus de la scissure de Sylvius, et se termine à la partie inférieure du corps strié. La surface de ce trajet à travers la substance cérébrale était rouge et un peu ramollie. En examinant attentivement le crâne, on reconnut qu'un fragment du bâton, d'un pouce de longueur sur un tiers de pouce d'épaisseur, s'était rompu dans le trou optique et avait pénétré jusqu'au côté externe du nerf de même nom, déchirant en partie l'artère ophthalmique et le nerf pathétique, et touchant presque au bord postérieur de l'apophyse clinoïde.

Nouvel exemple de la gravité et de la marche insidieuse des plaies de l'orbite; nouveau motif pour les praticiens d'apporter la plus grande réserve dans leur pronostic sur cette espèce de lésions dont les auteurs rapportent tant d'histoires semblables à celles-ci pour la bénignité apparente des premières suites, et l'invasion subite des accidens les plus graves, au moment où l'on s'y attendait le moins.

RÉDUCTION D'UNE LUXATION DE LA MACHOIRE QUATRE-VINGT-DIX-HUIT JOURS APRÈS L'ACCIDENT; par M. DONOVAN.

OBS. — Le sujet de cette observation est un homme de 25 ans, qui s'était luxé la mâchoire en bâillant. La maladie fut d'abord méconnue (on l'attribua à l'influence occulte de quelque esprit malin), puis traitée trop timidement; bref, au bout de quatre-vingt-dix-huit jours, il se présentait à M. Donovan avec les symptômes les plus marqués d'une luxation double : face allongée, dépressions prononcées au-devant des oreilles, impossibilité de fermer la bouche, arcades dentaires écartées en avant de plus d'un pouce, prononciation difficile et embarrassée, écoulement involontaire de la salive. Le chirurgien essaya d'abord de réduire ce déplacement par les moyens ordinaires, en pressant sur les dents molaires, tandis qu'il relevait le menton. Mais n'ayant pas assez de force pour vaincre ainsi la résistance qu'opposaient des adhérences aussi anciennes, il confia à un aide vigoureux le soin d'abaisser les dents molaires se chargeant lui-même de porter le menton en haut. Après quelques efforts, il réussit à remettre en place le condyle du côté gauche, non sans faire souffrir aux muscles temporaux une distension douloureuse. La souffrance fut même si forte qu'il fallut différer toute nouvelle tentative jusqu'au jour suivant.

Le lendemain, on essaya le même procédé de la même manière ; mais on n'obtint aucun résultat. M. Donovan songea alors à imiter la conduite d'A. Cooper, et plaçant un bouchon entre les arcades dentaires de son malade au niveau des dernières dents molaires, il le fit ensuite coucher par terre, la tête portant contre le sol. En relevant alors le menton avec force, la luxation du côté droit se trouva réduite, et le malade fut complètement guéri.

L'observation de M. Donovan mérite surtout l'attention, en raison de deux circonstances qu'on trouve bien rarement réunies, l'ancienneté de la maladie et la simplicité de l'appareil qui a suffi pour la guérir. On ne connaissait guère jusqu'à présent que les exemples de réductions obtenues au bout de trente et trente-cinq jours par MM. Asti et Stromeyer; et encore, dans ces deux cas, un instrument particulier avait-il été nécessaire pour opérer de vive force l'écartement des mâchoires. Ici quatre-vingt-dix-huit jours séparaient le moment de l'accident de celui où l'on tenta la réduction, et on a vu que le procédé ordinaire réussit à la produire. Peut-être devrait-on chercher l'explication de ce succès dans la disposition des parties, qui, comme on l'a vo d'après les détails qui précèdent, étaient restées à peu près dans l'état où la luxation les avait placées; et l'on conçoit en effet que les muscles et les ligamens ne s'étant point raccourcis, le condyle ne s'étant point encore creusé une nouvelle cavité, le replacement ait été plus facile que si un commencement de fausse articulation avait eu le temps de se former. A ce compte, la persistance de la difformité serait une garantie de succès, pour les tentatives de réduction faites à une époque avancée; et l'on devrait d'autant plus espérer de leur emploi que les symptômes de la luxation persévéraient encore plus accentués.

ECCHYMOSE DU JARRET, SUITE DE CONTUSION, SIMULANT UNE DÉCHIRURE DE L'ARTÈRE; par M. HOUSTON.

OBS. — Un homme robuste et bien portant reçut sur le dos et sur les jarrets un coup de barre de fer. Au genou droit, cette contusion détermine une rupture du ligament latéral interne avec mobilité excessive des surfaces articulaires.

Du côté gauche (celui à l'état duquel cette communication a principalement de rapport), on trouva, deux heures après l'accident, une tuméfaction de plus d'un pied de longueur, tendue et fluctuante sans grande sensibilité à la pression. C'était évidemment une extravasation de sang survenue récemment. Le creux poplité était mou au centre, et plus ferme et plus résistant à ses limites. Pas de pulsation dans la tumeur; mais les battemens avaient cessé dans les artères tibiales antérieure et postérieure. La partie externe du pied et de la jambe avait perdu toute sensibilité, et le pied était froid et un peu œdémateux. Les symptômes, en un mot, étaient ceux d'une rupture de l'artère poplitée et du nerf sciatique, et aucun des assistans n'osa affirmer que ce ne fut pas là le cas. On jugea cependant à propos d'attendre pour prendre le parti que semblerait indiquer la marche ultérieure du mal, et on se contenta d'applications froides sur la tumeur. Au bout de six heures, elle était restée stationnaire. Deux jours après, sa tension commença à diminuer; le cinquième jour, on put distinguer quelques pulsations dans les artères tibiales, et la sensation de froid se dissipa peu à peu. Enfin, tous les symptômes alarmans cédèrent les uns après les autres, et le malade sortit de l'hôpital, sans que la sensibilité du membre inférieur se fût cependant encore rétablie pleine et entière.

Tous les signes qui avaient tenu les médecins anglais dans le doute dépendaient évidemment de la compression exercée par l'épanchement sanguin sur l'artère poplitée et le nerf sciatique. On voit donc, par cet exemple ajouté à tant d'autres, que la cessation du pouls dans l'artère, au-dessous du point supposé blessé, pourrait, comme les autres signes, induire en erreur, puisqu'elle peut être causée par la compression du vaisseau aussi bien que par sa solution de continuité. Dans des cas pareils, le parti le plus sage est évidemment celui qu'a tenu le chirurgien de Dublin : attendre que la marche ultérieure du mal vienne éclairer le diagnostic; car si la tuméfaction ne fait pas de progrès, il y a de fortes présomptions que l'artère est restée intacte. C'est d'après cet indice qu'il convient ici de diriger exclusivement le traitement; et il devient d'autant plus indiqué de temporiser que la temporisation paraît depuis plus longtemps déjà avoir suffi.

En regard de ce cas où un épanchement fut pris pour un anévrisme, on nous permettra d'en rappeler un où la méprise inverse fut suivie de conséquences bien autrement graves. C'était en 1804, à l'époque du couronnement. Les soldats qui affluaient de toutes parts dans la capitale à marches forcées avaient eu en grand nombre des ecchymoses et épanchemens sous le jarret. Le chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu avait observé plusieurs cas de ce genre, et connaissait parfaitement leur physionomie insidieuse par leur ressemblance avec un anévrisme et leur nature toute bénigne. Il les traitait avec succès par l'incision. Faisant un jour sa visite, accompagné de Dupuytren, un malade se rencontre porteur d'une tuméfaction assez considérable au creux poplité. On demande à Dupuytren son avis. Celui-ci trouvant dans la tumeur un mouvement manifeste d'expansion isochrone aux battemens du pouls, mais un peu déconcerté cependant par l'air d'assurance de son maître, hésite, examine

de nouveau et finit par prononcer le mot d'anévrisme. — Un anévrisme! reprend le professeur; vous êtes encare jeune, man ami! Aussitôt un bistauri est plangé dans la tumeur; un flot de sang vermeil s'en échappe. On voulut comprimer, mais l'hémorragie reparut. L'amputation fut jugée nécessaire, et quelques jaurs après le malade avait succombé.

CAS D'ANKYLOSE DOUBLE DE L'ARTICULATION TEMPORO-MAXILLAIRE; par M. HEALY.

Le cas suivant est sans doute nn des plus dignes de fixer l'attentian parmi ceux de ce genre que la science passède déjà; et la précision des détails ajoute encore à l'intérêt qu'inspire déjà une abservatian aussi curieuse par elle-même. Laissons parler l'auteur.

OBS. — Je rencontrai, à bord de la frégate *Seringapatam*, M. ... Plusieurs années auparavant, il s'était, dans une chute, fracturé la mâchaire inférieure. Il resta fort longtemps en traitement, et lorsqu'il sortit de l'hôpital une adhésion osseuse existait de chaque côté entre la cavité glénoïde et la surface des condyles, de manière à produire l'immobilité complète de l'articulation temporo-maxillaire. Il n'y avait pas de difformité apparente, et quoique les dents fussent en contact permanent et forcé, le malade prononçait très bien et pouvait manger. Sa santé générale était d'ailleurs fort bonne.

J'eus plusieurs occasions de me trouver à table avec lui, et j'en profitai poar observer la manière dont il prenait ses alimens. Il commençait par diviser les morceaux en tranches aussi minces que possible; puis les approchant de sa bouche il les aspirait par un mouvement de succion en les faisant passer à travers le « *campus ubi Troja fuit*, » c'est-à-dire à travers l'espace vide laissé par l'incisive supérieure qui était tombée lors de l'accident. Une fois le morceau introduit dans sa bouche, il lui faisait éprouver une sorte de mastication en le pressant et le coulant avec la langue contre la surfaea interne des mâchoires et la voute palatine.

Ce malheureux n'avait qu'une crainta, c'était da mourir par suffocation, si jamais il venait à avoir des vomissemens. Aussi surveillait-il son régima alimentaire avec une attention toula particulière.

Ce n'est pas là le seul exemple connu d'ankylose temporo-maxillaire; Eustachi, Percy et d'autres auteurs en ont rapporté des cas non moins authentiques. Mais celui dont l'observation de M. Healy se rapproche le plus naturellement est le fait publié par M. Payan dans la GAZETTE MÉDICALE (v. 1841, p. 556), et aù une cause probablement identique avait amené des effets semblables. Dans les deux cas, la perte de quelques dents servait à introduire les alimens, et cette lésion, suite de l'accident primitif, en atténuait ainsi les conséquences fâcheuses. On a proposé pour remédier à cette infirmité une opération semblable à celle par laquelle M. Barlau rendit à un membre inférieur ankylosé la liberté de ses mauvemens. Mais les deux exemples précédens montrent assez que la vie et la santé la plus florissante sont compatibles avec une soudure même complète; et la résection ou l'application de moyens mécanique devraient par conséquent être réservés pour les cas où il serait constaté par l'expérience que le défaut de nutrition met les jours du malade en danger.

ÉTAT D'UN CADAVRE TROUVÉ DANS UNE TOURBIÈRE, par le docteur FRENCH.

Nous regrettons que le fait suivant soit rapporté d'une manière si incomplète; tel qu'il est pourtant il mérite encore d'être publié.

En juillet 1842, des ouvriers occupés à l'exploitation d'une tourbière, rencontrèrent à trois pieds et demi environ de la surface d'abord une tête, puis à une distance de deux pieds un corps mis en double, le tronc étant replié sur les extrémités inférieures. Ce corps ressemblait aux mannequins avec lesquels les professeurs d'accouchement font les démonstrations de leur art, les parties osseuses ayant été entièrement absorbées, à l'exception des suivantes qui ressemblaient à de la gélatine à laquelle on a enlevé toute la matière osseuse: le temporal, les deux maxillaires, les clavicules, la partie supérieure du sternum, quelques côtes, le péroné, une partie du calcanéum et les métatarsiens. Celles du col qui avaient conservé leurs formes avoient la flexibilité de la baleine.

Les dents avaient conservé parfaitement leur forme extérieure, mais elles étaient molles et n'offraient plus de traces d'émail. Le crâne ayant été perforé, le cerveau en était sorti, de sorte qu'on ne put pas l'examiner. Les cheveux étaient tombés; les oreilles externes offraient toute leur intégrité, ainsi que les tégumens de la tête, mais ceux de la face avaient été détruits.

Le bras gauche n'ayant pas été retrouvé on pense qu'il a été séparé du tronc en même temps que la tête. Cette dernière avait été détachée du col dans l'articulation de la première et de la seconde vertèbre; l'apophyse odontoïde était complètement intacte. Les tégumens près des vertèbres offraient une section nette et sans irrégularité.

Une petite partie de l'estomac et les gros intestins faisaient saillie par une ouverture à la partie supérieure de l'abdomen et qui semblait s'être resserrée sur les viscères. Les parties extérieures de la génération indiquaient évidemment que ce cadavre était celui d'un homme.

Les extrémités et le tronc, bien que pliés et comprimés, conservaient une certaine ampleur qui indiquait que le sujet avait été fort et puissant. Les organes thoraciques avaient été détruits entièrement et ne purent être disséqués. Les tégumens et les intestins qui sortaient par l'ouverture indiquée se trouvaient dans leur état primitif. Mais les fibres musculaires, les tendons, les ligamens et les cartilages avaient complètement disparu.

Ce corps avait été préservé de la putréfaction, car il n'y avait aucune trace de gaz, d'odeur fétide, ni de moisissure.

(*La suite au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 10 OCTOBRE.

M. Bégin demande à être porté sur la liste des candidats à la place devenue vacante dans son sein, par le décès de M. le baron Larrey. M. Bégin joint à sa lettre l'exposé de ses travaux et de ses titres, ainsi qu'un mémoire sur l'hémorragie à la suite de l'opération de la taille par la methode périnéale. Ce mémoire a été inséré dans le tome x des MÉMOIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

M. Leymerie écrit également pour se porter candidat à la place vacante par suite du décès de M. Double.

RÉTRÉCISSEMENS DE L'URÈTRE.

M. CIVIALE adresse la lettre suivante:

Monsieur le président,

J'ai l'honneur de mettre sous les yeux de l'Académie un mémoire imprimé, mais non encore publié, sur l'anatomie pathologique des rétrécissemens de l'urètre. Dans ce travail, dont un extrait fut présenté à l'Académie, il y a quelques mois, j'ai examiné trois questions importantes, savoir: Quels sont les états morbides qui constituent les rétrécissemens urétraux? A quels effets matériels ceux-ci donnent-ils lieu, quand on les néglige? A quels désordres exposent, dans le traitement, les préceptes établis par des ouvrages de chirurgie?

Aucune de ces questions n'avait été approfondie jusqu'ici, parce que les faits manquaient. En réunissant ceux qui existent dans les livres, ceux que m'a fournis depuis vingt ans une pratique très étendue, et ceux que j'ai récemment recueillis dans les riches musées de Londres, j'ai pu espérer d'y porter enfin quelque lumière.

1° Généralement on suppose que la lésion organique qui constitue le rétrécissement est une production accidentelle développée à la surface interne du canal dont elle diminue le calibre, et on se propose de détruire cette production. J'ai prouvé qu'au lieu de siéger à la surface du canal, l'altération, quoique variable, suivant les cas, occupe l'épaisseur de ses parois, que la membrane muqueuse la recouvre, et ne diffère même pas sensiblement de ce qu'elle est sur les points non atteints. Cette seule démonstration fait ressortir les vices des méthodes de traitement accréditées, qui ne peuvent détruire la production morbide qu'en détruisant les parois elles-mêmes de l'urètre.

2° Le siége des rétrécissemens n'avait point été déterminé avec précision. On le plaçait surtout à la partie membraneuse de l'urètre. J'ai démontré qu'on n'en rencontre point dans cette partie du canal. D'où il suit qu'en portant sur elle le caustique ou l'instrument tranchant, comme on le fait si souvent, c'est sur les parties saines, et non sur les points malades qu'on agit.

3° Jusqu'ici les mêmes moyens ont été appliqués à tous les rétrécissemens sans distinction de siége. J'ai établi que ceux-ci n'étant pas de même nature au méat urinaire, à la partie spongieuse et à la courbure sous-pubienne, c'est-à-dire dans les trois points où ils se rencontrent le plus souvent, la méthode à suivre ne saurait être la même dans tous les cas.

4° On avait remarqué depuis longtemps que, parvenus à un certain degré, les rétrécissemens urétraux produisent des effets fort différens, même dans des cas en apparence analogues; mais on n'avait pas saisi la cause de cette différence. J'ai fait voir que cette cause tient à l'état auquel passe la vessie, qui tantôt s'atrophie, tantôt s'hypertrophie, distinction de la plus haute importance sous le point de vue du diagnostic et de la thérapeutique, puisque les lésions qui surviennent dans la partie profonde de l'urètre ne sont et ne sauraient être les mêmes dans les deux cas.

5° On pense généralement que les principales altérations organiques existent dans la portion rétrécie de l'urètre. J'ai mis en toute évidence que cette opinion est fausse, que les désordres les plus importans sont ceux qui surgissent derrière la coarctation. Cette donnée a beaucoup de portée; car faire connaître le véritable siége du mal, c'est mettre à même de l'atteindre, ou, s'il est réfractaire, conduire à ne pas tourmenter un malheureux malade par des moyens qui ne font qu'ajouter à ses souffrances quand ils n'abrègent pas ses jours.

6° Ce n'était pas seulement le siége, mais encore la nature des désordres survenus dans la partie profonde de l'urètre, derrière le rétrécissement, qu'il fallait déterminer. C'est ce que je crois avoir fait, en déroulant le long tableau des phlegmasies chroniques qui envahissent cette région du canal, le col et le corps de la vessie, des ulcérations, des abcès, des infiltrations urineuses qui en sont la

conséquence, de l'ampliation des parties membraneuse et prostatique de l'urètro, de la dilatation des conduits prostatiques et séminifères; enfin des états morbides de la prostate et du col vésical, si peu connus jusqu'ici, et pourtant si dignes do l'étro, an raison surtout des changemens qu'ils impriment à la direction du canal excrèteur do l'urine. Les faits que j'ai recueillis ont fait disparaître ce qu'il y avait de plus vague et de plus incertain dans cette importante branche da la pathologie chirurgicalo, et mis sur la vnie de prévenir nu au mois de diminuer les accidens de la pratique ordinaire.

7° Je me suis surtout attaché à faire ressortir les désordres qu'entrainent le cathétérisme et les divers agens curatifs employés contre les rètrécissemens. Il suffit, en effet, de promener ses regards sur les collections de pièces pathologiques pour être frappé de la fréquence des fausses routes au col de la vessie, et dans la partie de l'urètro situéo derriere le rétrécissement, alors mêmo qu'on croirait à l'impossibilité de s'égarer; mais en signalant de tels malhenrs, l'anatomie pathologique enseigne à les prévenir.

PESTE.

M. Eusèba Desalle prio l'Académie d'admettre au concours des prix Monlyon son travail sur la peste. Il ajoute que ses correspondances suivies avec l'Orient lui permettent do corroborer par une observation nouvello et assez large ses premières assertiona touchant la non contagion de la peste et l'inutilité des lazarets.

Les deux dernières années ont été, dit-il, semblables aux quatra nu cinq qui les avaient précédées. La pesto a sévi fort régulièrement dans la Basse-Égyplo et dans la Syrie, malgrè les quarantaines très sévères et malgrè l'organisation à la marseillaise des lazarets de Beyrouth et d'Alexandrie. Au contraire, lo reste de l'empire turc, et notamment Constantinople et Smyrne, ont été exempts de peste, malgré la négligence notoire avec laquelle le système quarantenairo y a été pratiqué. Tout le monde sait, par exemple, que le jeune sultan a toujours fait mettre en liberté tous les quarantenaires, en les assimilant aux prisonniers ordinairos sur lesquels il voulait répandre ses grâces impériales, à l'occasion de quelquo grand événement. Sous le règne de Mahmoud, la quarantaine n'avait reçu qu'une ébauche d'organisation. Ces faits ne démontrent-ils pas avec une nouvelle évidence, ajoute M. Eusèbe Desalle, que l'omnipotence atmosphérique est toujours la condition la plus apprèciable, et même la principale condition de la propagation de la peste. Son origine première est due à l'effet complexe de la condition atmosphérique et des localités.

ACTION ÉLECTIVE DES MÉDICAMANS.

M. Caze, doyen de la faculté do médecine do Strasbourg, écrit pour communiquer à l'Académie le résultat des expériences qu'il a faites sur certaines classes d'agens employés en médecine.

Il conclut 1° que les substances volatiles, introduites dans l'économie, tendent à être éliminées par les organes qui donnent, dans l'état physiologique, des sécrétions gazeuses on des vapeurs, c'est-à-diro par les poumons et par la peau;

2° Que les substances qui renferment des principes identiques à ceux qui font normalement partie d'une sécrétion, sont éliminées par les organes qui président à cette sécrétion.

3° Que les substances qui entrent dans la composition d'un organe, étant données comme médicament, se portent vers ce mêmo organe;

4° Que parmi les matiéres étrangères à la constitution normale des solides et des fluides de l'économie animale, il en est qui obéissent dans leurs actions à ce que l'on pourrait appeler leur caractère chimique général; qu'ainsi les substances acides sont rejetées par les sécrétions acides.

OSSEMENS ANCIENS ET FOSSILES.

M. Gérardin, membro correspondant de l'Institut, lit, en son nom et en celui do M. Preisser, professeur de chimie à Rouen, un Mémoire sur les os anciens et fossiles, et sur d'autres résidus solides de la putréfaction.

Voici les conclusions de ce travail :

1° Dans tous les terrains, les os, au bout d'une période de temps pius ou moins longue, éprouvent des modifications profondes dans leur constitution chimique. Leurs principes changent de rapport; les uns augmentent, les autres diminuent en quantité; certains disparaissent et quelquefois aussi de nouveaux viennent s'ajouter à ceux qui persistaient.

2° Les os résistent d'autant plus longtemps, toutefois, qu'ils sont placés dans des terrains plus secs et qu'ils sont soustraits plus complètement à l'action de l'air et de l'eau. Dans les sols sableux, dans les sols calcaires, ils présentent généralement moins d'altération que dans les sols argileux, toujours plus ou moins humides, au moins dans la première partie de leur épaisseur. Le degré d'altération qu'ils offrent ne dépend en aucune manière de l'âge de la couche minérale dans laquelle ils sont enfouis, mais uniquement des conditions de sécheresse et d'humidité auxquelles ils ont été soumis pendant la durée de leur enfouissement; c'est ainsi que les os fossiles des terrains secondaires sont fort souvent beaucoup moins modifiés dans leur constitution que les os fossiles des terrains plus modernes. C'est encore ainsi que, dans certaines cavernes à ossemens, les os s'y sont conservés presquo intacts, tandis quo, dans d'autres cavernes de terrains do même formation, les os sont fortement altérés, ce qui tient uniquement, commo toutes les circonstances le démontrent, à ce que, dans les premières, une cause quelconque a mis obstacle au séjour de l'eau, tandis que, dans les secondes l'eau a pu y pénétrer et s'y renouveler facilement.

3° L'altération porte principalement sur la matière organique ou le tissu cellulaire conversible en gélatine : elle est quelquefois intacte, mais ordinairement plus ou moins modifiée. Sa proportion est toujours inférieure à cella qui existe dans les os récens; mais cette proportion est elle-même très variable; parfois elle manque complètement. Cela arrivo surtout dans les os qui ont eu lo contact de l'air ou qui ont été enfouis dans des terrains humides, ou traversés par des filets d'eau. L'ammoniaquo provenant do la décomposition d'une partie de la matière organique saponifie le reste et le rend soluble dans l'eau. Cette action, du reste, est d'autant plus lente qu'elle s'exerce sur des os plus compactes et plus épais.

4° Dans les os humains anciennemeol enfouis, aussi bien que dans les os fossiles d'animaux, il y a toujours une bien plus grande quantité de sous-phosphate de chaux que dans les os récens. Dans certaines circonstances, qui ne sont pas connues, ce sel éprouve des modifications curieuses par suite desquelles il se trouve converti en grande partie en phosphate sesquicalcique, qui cristallise en petits prismes sexagones à la surface des os. Cette transformation s'effectue sans perte ni accroissement de principes, et uniquement par un simple changement dans les rapports, ou la position des atômes élémentaires de ce sel, de telle manière que le sous-phosphate des os qui a une composition anormale 8 Ca O, 3 $P^2 O^5$, donne naissance à deux nouvelles variétés plus stables : phosphate neutre et phosphate sesquibasique, dont la production s'explique aisément au moyen do l'équation suivante :



$$8\,CaO,\,3\,P^2O^5 = (2\,CaO,\,P^2O^5) + 2\,(3\,CaO,\,P^2O^5)$$

De plus, nos expériences nous ont démontré que, dans les os récens aussi bien quo dans les os fossiles, la magnésio est toujours combinée à l'acide phosphorique. Il n'y a aucune trace do carbonate de magnésie dans ces deux sortes d'os, comme il est facile de s'en convaincre en la traitant après la calcination par l'acide acétique.

5° Dans les os d'animaux fossiles, il y a toujours plus de carbonate do chaux que dans les os humains anciennement enfouis, et, dans ces derniers, la proportion de carbonate calcaire est généralement plus faible que dans les os récens.

L'abondance de ce sel dans les os fossiles provient-elle d'infiltration calcaire, ou de ce que les animaux antédiluvicos avaient un tissu osseux plus riche en carbonate de chaux que les animaux de l'époque actuelle? C'est là uno question qu'il n'est pas facile de résoudre. Néanmoins, on est porté à admettro que c'est par voie d'infiltration que lo sel calcaire est devenu si prédominant dans les os fossiles.

6° Nous n'avons pu reconnaitro la moindro trace de fluorur do calcium dans les os humains anciennement enfouis, tandis quo nous en avons toujours trouvé dans les os d'animaux fossiles. L'existence de ce sel dans les os récens d'hommes et d'animaux étant plus quo douteuse, et sa présence étant constante dans tous les os fossiles, il faut nécessairement conclure qu'il y parvient par voie d'infiltration du dehors, car la minéralisation ou la fossilisation n'a pas plus le pouvoir de créer des matières minérales de toutes pièces que la force vitale dans les organes vivans.

De la présence constante du fluorur de calcium dans les os fossiles proprement dits, et de l'absence ou de l'extrême rareté de ce sel dans les os récens, on peut tirer un caractèro certain pour prononcer sur l'origine do certains ossemens enfouis dans les cavernes ou dans les couches minérales du sol. Lors donc quo l'analyse démontre dans un ossement inconnu du fluorur do calcium en proportion notable, il y a mille à parier contre un que c'est un os fossile d'animal antédiluvien et non un os humain.

7° La silice et l'alumine qu'on trouve dans beaucoup d'os fossiles ou anciennement enfouis et parfois en très fortes quantités, sont pour ainsi diro étrangères à la constitution des os et viennent manifestement du sol.

8° La coloration de certains os anciennement enterrés ou da quelques fossiles n'est pas toujours due à la même substance. Il y a des os humains dont la bello couleur verte est duo à du carbonate de cuivre. D'autres doivent leur couleur violette ou pourpre à une matière colorante organique. Les os fossiles colorés en bleu, en bleu verdâtre ou en vert, doivent leur teinte à du phosphate de fer.

9° Les concrétions connues des géologues sous lo nom do coprolites sont bien, ainsi que l'avait pensé le professeur Buckland, des excrèmens ou plutôt des excrétions urinaires et fécales des ichtyosaurus et autres grands reptiles fossiles, excrétions analogues aux urines boueuses des serpens et autros reptiles de notro époque, puisque nous y avons trouvé des urates alcalins en proportions très notables, accompagnées do phosphate, do carbonate et d'oxalato de chaux. La composition de ces coprolites les rapproche tout à fait des *guano* des îles do la mer du Sud.

10° La chair momifiée ou plutôt lo dernier résidu de la putréfaction du cadavre, ce qu'on appelle enfin vulgairement le *terreau animal*, renfermo, en proportion très considérable, une matière organique très riche en carbone et en azote, identique par sa propriété et sa composition élémentaire avec l'*acide azulmique* de Polydoro Boullay.

11° Certains os fossiles retiennent une certaine quantité d'eau hygroscopique, on s'exposerait à commettre des erreurs graves dans le dosage de la matière organique, si on calculait la quantité de celle-ci par la perte que les os subissent par la calcination. Cette remarque avait déjà été faite par Berzélius.

MÉTÉOROLOGIE.

M. Demidoff adresse à l'Académie le résumé des observations météorologiques faites à Nijno Taguilsk en Sibérie, pendant l'année 1841 et dans les six premiers mois do 1842, par MM. Théodore Molokoff et Nicolas Popoff.

TEMPÉRATURE DE L'AIR D'APRÈS LE THERMOMÈTRE DE RÉAUMUR.

1841.	Moyenne.	La plus élevée.	La plus basse.
Janvier	— 13 11	— 4 0	— 29 0
Février	— 8 60	+ 4 0	— 26 5
Mars	— 2 90	+ 8 0	— 18 0
Avril	+ 5 16	+ 17 0	— 6 0
Mai	+ 11 96	+ 24 0	+ 1 0
Juin	+ 17 30	+ 29 5	+ 7 0
Juillet	+ 17 90	+ 30 5	+ 9 0
Août	+ 13 36	+ 24 0	+ 4 0
Septembre	+ 2 85	+ 14 0	— 2 0
Octobre	+ 1 65	+ 10 0	— 7 6
Novembre	— 7 56	+ 2 0	— 21 0
Décembre	— 11 4	— 2 5	— 23 0

1842.	Moyenne.	La plus élevée.	La plus basse.
Janvier	— 11 2	— 2 0	— 30 0
Février	— 7 35	+ 2 0	— 23 0
Mars	— 3 87	+ 5 5	— 22 0
Avril	+ 3 92	+ 20 0	— 7 5
Mai	+ 8 58	+ 22 0	— 2 5
Juin	+ 14 63	+ 28 0	+ 2 5

On remarquera non sans étonnement, dans ce tableau, que dans le mois de janvier 1842, par exemple, la température de ce pays a été à 20° au-dessous de 0, et dans le mois de juin de 28° au-dessus de 0, bien que dans ce mois il ait tombé trois fois de la neige.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 11 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BARTHELEMY.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

A l'occasion du procès-verbal, M. LONDE lit une lettre qui lui a été adressée par M. Souty, dont le nom a été cité dans la dernière séance. Ce médecin affirme, en se fondant sur des renseignemens précis recueillis à la Martinique, que sur 200 hommes portés par M. Bertulus sur la liste de ceux admis à l'hôpital comme atteints de la fièvre jaune, 105 n'y sont pas entrés. Il développe ensuite les argumens sur lesquels il s'était déjà appuyé pour réfuter les assertions de M. Bertulus. M. Londe demande que la lettre de M. Souty soit insérée dans le BULLETIN DE L'ACADÉMIE.

M. CHERVIN : J'ai fait un rapport sur le travail de M. Bertulus. Dans mon rapport, j'ai cité cinq fois M. Bertulus, et je n'ai en aucune manière travesti ses idées. D'ailleurs, ceux qui me connaissent savent que je n'ai jamais, par ma conduite envers qui que ce soit, mérité les reproches, et encore moins les injures que M. Bertulus m'a adressés dans sa lettre.

L'Académie décide que la lettre de M. Souty sera insérée dans le BULLETIN.

SUR LE BAUME DE COPAHU.

M. HENRY lit un rapport SUR LA SOLIDIFICATION DU BAUME DE COPAHU ET SUR LE MOYEN DE MASQUER SA SAVEUR ET SON ODEUR.

M. Robin, élève en pharmacie, propose de solidifier cet agent thérapeutique par une petite proportion de chaux vive, et de le faire prendre aux malades sous la forme de capsules recouvertes avec un mélange de sucre et de gomme. M. le rapporteur conclut à ce que des remercîmens soient adressés à M. Robin.

M. GUIBOURT : Je crois qu'il faut blâmer fortement l'idée de M. Robin ; en effet, la chaux qu'il emploie pour solidifier le baume de copahu peut exercer une action nuisible sur l'estomac, tandis que la magnésie, dont on se sert avec succès, est un corps inerte, qui ne présente pas cet inconvénient. Quant au moyen proposé pour masquer la saveur et l'odeur du médicament, je ne le crois pas supérieur à ceux que nous connaissons depuis longtemps.

M. HENRY : Je n'ai pas approuvé l'emploi de la chaux ; j'ai laissé aux médecins le soin d'apprécier si le baume de copahu solidifié par ce moyen n'était pas capable d'exercer de fâcheux effets.

M. NACQUART : Je ne vois pas l'avantage que peut offrir le copahu solidifié ; je pense qu'il vaudrait mieux l'employer en nature. Un médecin faisait-il partie de la commission et a-t-il corroboré par des observations les assertions de M. Robin ? Je dirai en général que l'Académie ne met pas assez de réserve dans l'examen des médicamens nouveaux qu'on soumet à son jugement ; il en résulte soit qu'elle approuve, soit qu'elle désapprouve, que les charlatans abusent du nom de l'Académie, et qu'à l'aide de quelques phrases d'un rapport ils exploitent la crédulité publique.

M. CHEVALLIER : Je partage l'opinion de mon collègue M. Nacquart ; j'ajouterai que les capsules de copahu sont bonnes lorsqu'elles sont fraîches ; mais avec le temps la gélatine qui les recouvre n'est plus dissoute dans l'estomac, et alors elles passent sans avoir été assimilées. Et puis, sous le rapport thérapeutique, le copahu solidifié produit-il les mêmes effets que lorsqu'il est administré à l'état liquide? Il faudrait, je crois, éclaircir cette question par des expériences comparatives. Je dirai enfin qu'on ne sait presque plus maintenant ce qu'on entend par baume de copahu, car il est devenu très rare dans le commerce, et celui qui reste est très souvent falsifié et dénaturé.

M. LONDE : Je ne m'oppose pas à l'adoption des conclusions du rapport de M. Henry. Je veux seulement rappeler que M. Velpeau a souvent administré avec succès le copahu en lavemens et à haute dose ; on peut donc très bien se dispenser dans beaucoup de cas de solidifier le baume de copahu et d'en faire des capsules de telle ou telle sorte.

M. ROYER-COLLARD : Toutes les fois qu'il s'agit d'un médicament nouveau ou d'une modification quelconque proposé pour l'administration d'un agent thérapeutique, l'Académie ne saurait se prononcer avec trop de réserve ; car vous connaissez tous le but auquel tendent la plupart de ceux qui vous adressent des communications de ce genre ; vous savez que le lendemain vous trouverez dans tous les journaux politiques un extrait ou une amplification du rapport que vous aurez fait la veille ; dans l'espèce est-il important de se prononcer ? Je ne le pense pas ; car il y a deux choses à considérer dans le rapport de M. Henry : la question pharmaceutique et la question médicale ; quant à la première, vous voyez combien il est difficile d'être fixé. Relativement à la seconde, je dirai, en général, que nous connaissons très peu l'action des médicamens composés. Sait-on, par exemple, si une petite quantité de chaux ajoutée au copahu ne changera pas les effets du médicament, et ces effets seront-ils identiques sur un certain nombre donné d'individus ? On se propose de masquer l'odeur et la saveur du copahu ; cela est très bien sans doute, mais l'essentiel serait de trouver le moyen de le faire digérer plus facilement. En effet, tous ceux qui ont pris du copahu savent qu'on passerait volontiers sur la saveur et l'odeur de ce médicament si on pouvait éviter les rapports si désagréables qu'il provoque longtemps encore après son ingestion dans l'estomac.

En résumé, considérant d'une part la difficulté de la question, et, d'autre part, l'abus qu'on fait des rapports sur les médicamens, je pense qu'il faut s'abstenir d'un rapport aussi étendu, et se contenter d'une réponse évasive qui n'engagera en rien l'Académie.

M. HENRY : Il s'agissait de donner un avis, et non pas de faire une réponse évasive. J'ai en conséquence formulé mon opinion sur des modifications qui me paraissaient avantageuses.

M. GUIBOURT : C'est un tort de dire qu'il n'y a plus de copahu dans le commerce. Il y a quatre ou cinq espèces d'arbres qui en fournissent, et celui que nous recevons maintenant de la Colombie est encore très bon, quoiqu'un peu différent du copahu qu'on recevait autrefois. Je le répète, l'emploi de la chaux pour solidifier le baume de copahu me paraît blâmable, et j'insiste pour que les conclusions du rapport soient modifiées, d'autant mieux que le procédé pour recouvrir les capsules est si simple et si insignifiant qu'il me semble ne pas mériter l'approbation de l'Académie.

M. HENRY : Sans doute ce n'est pas une découverte que M. Robin a faite ; mais si on a laissé passer le procédé de M. Raquin, pourquoi rejeter celui de M. Robin ?

M. DUPUY : On confond l'effet physiologique et l'effet thérapeutique du copahu. Ce dernier effet est très difficile à apprécier par une foule de circonstances individuelles. Je voudrais donc qu'on terminât le rapport en disant qu'il n'y a rien de nouveau dans les procédés de M. Robin, et qu'ils ne méritent pas l'attention de l'Académie.

M. LAGNEAU : Toutes les questions qui se rattachent au copahu considéré comme médicament sont fort importantes, car nous devons le regarder jusqu'à présent comme le meilleur agent thérapeutique à opposer aux écoulemens blennorrhagiques et leucorrhéiques. Sans doute, il arrive souvent qu'il ne réussit pas, mais alors il faut supposer qu'il a été falsifié. Est-il préférable d'administrer le copahu liquide ou solidifié ? A mon avis, sous la forme liquide il agit mieux ; mais il ne peut être donné sous cette forme à tous les individus, et on sait que les potions de Chopart et de Cadet sont très difficilement supportables. Je crois donc qu'en général l'Académie doit accueillir avec bienveillance toutes les tentatives qui ont pour but de rendre plus facile l'administration de ce médicament, et attendre, pour se prononcer et donner son approbation, que l'expérimentation dans les hôpitaux, faite par un de ses membres, ait permis de constater la valeur des moyens proposés.

M. CHEVALLIER : On a dit qu'on trouvait souvent dans le commerce le copahu pur. Je dirai, moi, qu'on le trouve très souvent mélangé avec de l'essence de térébenthine. Je reviens encore sur ce que j'ai dit, quelle action le copahu a-t-il lorsqu'il est solidifié et lorsqu'il est liquide ? Je désirerais qu'une commission fût nommée pour examiner ce point obscur de thérapeutique. Quant aux conclusions du rapport, il faudrait les formuler ainsi : les modifications apportées par M. Robin à la solidification du copahu, ainsi que le moyen qu'il propose pour recouvrir les capsules, n'offrent rien d'important, rien qui ne soit déjà connu depuis longtemps.

M. GUIBOURT : Je crois que ce qu'il y a de mieux pour envelopper le copahu, c'est de se servir de six parties de jujube et d'une partie de gélatine.

Les conclusions du rapport modifiées par M. Guibourt sont adoptées.

M. ROYER-COLLARD : Je vous ai signalé l'abus que l'on fait des rapports, même défavorables, en mettant sous les yeux du public des phrases qui en dénaturent le sens ; il ne faut donc pas se contenter aujourd'hui de modifier les conclusions, mais arranger votre rapport de telle sorte qu'on ne puisse s'en servir, car autrement vous seriez exposé à voir paraître demain peut-être un nouveau charlatan à côté de tant d'autres.

REMÈDES SECRETS.

M. VILLENEUVE fait plusieurs rapports sur des remèdes secrets.

Les conclusions défavorables sont adoptées.

Une discussion s'élève à l'occasion d'un de ces rapports, beaucoup plus étendu que les autres ; il est relatif à un individu qui prétend avoir découvert un moyen infaillible pour guérir toutes les maladies des yeux, et qui demande pour la seconde fois à M. le ministre l'autorisation de vendre son remède.

M. ROYER-COLLARD : En écoutant le rapport de M. Villeneuve, tout le monde s'est dit qu'il était beaucoup trop long. A cette occasion, voici un journal dans lequel on annonce le remède dont il vient d'être question pour guérir toutes les maladies des yeux, remède breveté, dit-on, après rapport à l'Académie de médecine. Eh bien ! le charlatan dira maintenant qu'il a été breveté après deux rapports, et cependant tous les deux lui ont été défavorables. Où est donc le mal ? il est dans l'obligation où vous croyez être de faire des rapports sur tous les remèdes secrets pour lesquels M. le ministre demande votre avis. Sans doute, il y aura des circonstances où l'Académie ne pourra se dispenser de faire un rapport ; mais il en est d'autres, et en très grand nombre, où, d'après le titre seul du remède secret, par exemple, de celui qui est annoncé comme propre à guérir toutes les maladies des yeux, vous pouvez, vous devez même, pour faire cesser des abus intolérables, répondre simplement à M. le ministre que l'Académie est dans l'impossibilité de faire un rapport. Pourquoi l'Académie de médecine ne ferait-elle pas comme l'Académie des sciences, qui rejette tout ce qu'on lui adresse sur la quadrature du cercle, la pierre philosophale, etc. ; pourquoi ne rejetterions-nous pas aussi sans examen une foule de remèdes insignifians, que dis-je ! absurdes, destinés à tromper le public ; car, vous le voyez, malgré les rapports les plus défavorables,

le charlatan trouve toujours le moyen de placer dans ses annonces le nom de l'Académie.

Je demande donc que, dans un certain nombre de cas, on réponde à M. le ministre que sur tel et tel remède secret il n'y a pas lieu de faire un rapport. (Approuvé.)

M. Moreau : J'appuie autant qu'il est en moi la proposition de M. Royer-Collard. Remarquez avec quelle ruse le charlatanisme exploite le nom de l'Académie. Cela est intolérable. Il faudrait écrire à M. le ministre que des brevets d'invention ne peuvent être accordés pour des remèdes secrets, et l'engager à faire poursuivre les charlatans qui se rendent coupables d'une infraction à la loi, en vendant sans titre, sans autorisation, des médicamens dont la plupart ont été jugés ou nuisibles, ou insignifians par l'Académie.

M. Pariset : La proposition de M. Royer-Collard n'est pas admissible. Il est du devoir de l'Académie de faire un rapport sur les remèdes secrets pour lesquels M. le ministre demande son avis. Il faudrait donc changer nos réglemens. Quant à ce que vient de dire M. Moreau, je répondrai que j'ai assisté à une discussion qui eut lieu entre M. le ministre et la commission des remèdes secrets, représentée par M. Adelon. Il fut démontré qu'on ne pouvait pas refuser un brevet à ceux qui en demandaient, n'importe à quel titre. Mais les brevets accordés pour des remèdes secrets ne mettent pas à l'abri des poursuites auxquelles on peut se livrer envers tout individu qui vend illégalement des médicamens.

M. Moreau : Il y a des lois sur l'exercice de la pharmacie; or, lorsque vous accordez un brevet d'invention pour un remède secret, vous pouvez, dès le jour même, poursuivre, en vertu de la loi l'individu qui a obtenu ce brevet; car il ne le demande que pour vendre et débiter lui-même un médicament. Il me paraît y avoir là un vice dans la législation.

M. Chevalier : Je demanderai qu'à la fin du rapport on engage M. le ministre à poursuivre en vertu de la loi de germinal an XI l'individu qui a fait une annonce dans le journal que vient de nous lire M. Royer-Collard, comme se livrant publiquement à la vente illégale de médicamens.

M. Royer-Collard : Je désire répondre à l'objection de M. le secrétaire perpétuel. Ce serait, a-t-il dit, méconnaître nos devoirs que de ne pas faire de rapports sur tous les remèdes secrets. Ce serait au contraire, à mon avis, remplir nos devoirs aussi dignement que possible en ne nous occupant pas de banalités indignes de l'Académie, et je suis convaincu qu'en expliquant à M. le ministre les motifs d'une décision prise dans ce sens, il ne manquerait pas de l'approuver.—J'ajouterai qu'un corps savant ne peut pas tomber dans l'absurde et discuter sur des choses qui ne sont pas discutables. Est-il possible, par exemple, de discuter la valeur d'un remède qu'on prétend infaillible pour guérir toutes les maladies des yeux? Si l'Académie veut prendre une décision à cet égard, je pense qu'il faudrait écrire à M. le ministre que par suite des abus attachés aux rapports sur les remèdes secrets elle a décidé comme l'Académie des sciences dans diverses questions, que toutes les fois qu'un médicament ou un remède secret lui paraîtrait absurde ou sans valeur, elle répondrait par une formule générale, et sans entrer dans aucun développement. — M. Chevallier s'est mépris : l'Académie ne peut rien faire pour la répression du charlatanisme; elle pourrait tout au plus prévenir M. le procureur-général du délit qui lui paraît patent et l'engager à poursuivre.

M. Renaud : D'après l'article de notre réglement, je pense que l'Académie est libre de répondre à M. le ministre, tantôt par un rapport lorsqu'elle le juge convenable, tantôt par une formule générale, sans cesser pour cela de remplir ses devoirs.

M. Honoré : La question qui s'agite aujourd'hui est fort importante pour l'honneur de l'Académie. Je pense qu'il faudrait en renvoyer l'examen à la commission permanente qui a été nommée, avant de répondre à M. le ministre.

M. Bégin : M. Royer-Collord a comparé l'Académie des sciences à l'Académie de médecine; il n'y a pas similitude complète entre ces deux sociétés savantes. Le ministre demande à l'Académie s'il y a lieu, pour un remède secret, d'appliquer à son inventeur tel ou tel décret; vous ne pouvez pas vous abstenir de répondre dans ce sens.

M. Royer-Collard : Je demande le renvoi à la commission déjà nommée de ma proposition qui consiste à savoir s'il y a toujours lieu de faire un rapport sur les remèdes secrets, et si, dans un certain nombre de cas, il ne faudrait pas se contenter simplement d'une formule générale applicable à tous les remèdes insignifians.

M. Desportes : Vous ne pouvez pas mettre aux voix une proposition qui est en contradiction formelle avec les statuts et les ordonnances de l'Académie.

M. Lagneau : M. Royer-Collard a fait une proposition tendant à détruire l'abus qui existe. Il me semble que puisque le ministre demande l'avis de l'Académie, elle est libre de faire ou de ne pas faire de rapport. Mais si l'on change les usages établis, il faudra faire connaître préalablement votre décision à M. le ministre.

La proposition de M. Royer-Collard est mise aux voix et adoptée.

AFFECTIONS CHLOROTIQUES.

M. le docteur Aug. Poujol, professeur agrégé à Montpellier, lit un mémoire ayant pour titre : Quelle est l'opinion la plus vraisemblable touchant la nature des affections chlorotiques.

Après quelques considérations générales dans lesquelles M. Poujol fait connaître les motifs qui l'ont déterminé à combattre une doctrine émise par un honorable académicien et que la plupart de ses collègues partagent, pour s'efforcer de faire accepter sa théorie de la déferrugination du sang dans la chlorose, l'auteur abordant franchement son sujet expose en quelques mots la théorie de M. Jolly, qui attribue le développement des symptômes chlorotiques à l'asthénie du système nerveux et principalement du système nerveux ganglionnaire.

Puis, comme M. Jolly a invoqué tour à tour à l'appui de son opinion les preuves dites anatomiques et physiologiques et les preuves dites pathologiques et thérapeutiques, M. Poujol en adoptant la même division pour mieux discuter la valeur des preuves combat d'abord cette assertion fondamentale de M. Jolly, que la corrélation du pneumo-gastrique avec le grand sympathique soit indispensable à l'accomplissement de la vie nutritive.

Les raisons qu'il fait valoir pour repousser cette proposition sont, dit-il, d'une part, les cas d'acéphalie et d'anencéphalie dans lesquels la nutrition s'est opérée, malgré l'absence de la huitième paire à son origine; et, d'autre part, ce qui se passe chez les squales, les raies, les lamproies, etc., dont les organes digestifs sont très actifs, et chez lesquels la respiration et la circulation se font bien quoiqu'ils soient dépourvus de grand sympathique, ainsi que s'en est assuré M. Desmoulins. Or au point de vue anatomique l'opinion de M. Jolly ne serait pas fondée.

M. Poujol s'est servi aussi des recherches embryologiques de Rolando, qui a trouvé dans la cicatricule de l'œuf les rudimens des systèmes nerveux, sanguin et digestif, pour établir une indépendance presque absolue de la part de chacun de ces systèmes par rapport à leur développement. Mais comme l'opinion de Rolando, quoique partagée par MM. Cruveilhier et Dubreuil, est repoussée par Delpech et M. Coste qui affirment que le système nerveux est le seul qui apparaisse d'abord, M. Poujol fait remarquer que dans le doute il faudrait s'abstenir, ce qui ne serait pas favorable à la théorie de M. Jolly, déjà fortement ébranlée par les cas d'acéphalie, et les preuves que l'anatomie comparée peut fournir. Ce n'est pas tout, et comme M. Jolly, s'appuyant de l'autorité de Legallois, Dupuytren, MM. Magendie, Breschet et Dupuy, affirme que la section de la huitième paire a pour effet *constant* et *immédiat* d'empêcher l'exercice de la digestion, des sécrétions, de diminuer sensiblement la chaleur animale et de défibriner le sang, c'est-à-dire de suspendre la conversion du sang veineux en sang artériel, M. Poujol établit dans une première section et à l'aide des expériences de MM Leuret, Lassaigne, Sédillot, Brouglon, Magendie lui-même, que la digestion n'est suspendue que consécutivement à l'engouement pulmonaire qui accompagne la section de la huitième paire. C'est du reste l'opinion de M. Bérard, c'était celle de Richerand et de Dupuytren, dont M. Jolly a invoqué le témoignage. Il est vrai, ajoute M. Poujol, que M. Wilson Philip a attribué l'empêchement de la digestion à la cessation de l'influx nerveux, MM. Dumas, Brodie, Tiedemann et Dupuy à l'arrêt de la sécrétion gastrique, MM. Milne Edward, Vavasseur et Breschet à la paralysie de la fibre musculaire de l'estomac; mais sans compter que ces opinions contradictoires se combattent les unes les autres, comme elles sont détruites d'ailleurs par celles de MM. Leuret et Lassaigne, Sédillot, etc, force est de ne considérer les désordres survenus dans les organes digestifs que comme un effet purement secondaire, ce qui est tout à fait contraire à la théorie de M. Jolly.

Secondement, quant aux sécrétions, M. Poujol ne croit pas que la section de la huitième paire ait pour effet constant et immédiat d'en empêcher l'exercice, puisque, d'après les expériences précédemment citées la sécrétion gastrique aurait continué malgré l'ablation d'une partie de ces nerfs. Toutefois, comme il a pensé que M. Jolly pouvait avoir en vue les sécrétions fournies par les organes glandulaires, il a puisé dans les ouvrages de physiologie des preuves non équivoques que certaines de ces sécrétions sont sous l'influence du cerveau, et que quant à celles qui sont plus particulièrement influencées par le grand sympathique, elles n'éprouvent d'autres troubles que ceux qui résultent d'une simple modification de sécrétion. Or qui dit modification ne dit pas empêchement, donc la théorie de M. Jolly, même sur ce dernier point, ne pourrait être justifiée, vu qu'il a prétendu que la section de la huitième paire a pour effet *constant et immédiat d'empêcher* les sécrétions.

L'heure avancée de la séance a forcé M. Poujol de suspendre la lecture de son mémoire intéressant.

La séance est levée à cinq heures.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

HYDRO-THÉRAPEUTIQUE, OU L'ART DE PRÉVENIR ET DE GUÉRIR LES MALADIES SANS LE SECOURS DES MÉDICAMENS, PAR L'EAU, LA SUEUR, LE BON AIR, L'EXERCICE, LE RÉGIME ET LE GENRE DE VIE; par Ch. Munde. — 400 pages in-18. Paris, 1842. Chez J.-B. Baillière, rue de l'École-de-Médecine, 17.

EXPOSITION DES MÉTHODES HYDRIATIQUES DE PRIESNITZ DANS LES DIVERSES ESPÈCES DE MALADIES CONSIDÉRÉES EN ELLES-MÊMES, ET COMPARÉES AVEC CELLES DE LA MÉDECINE ALLOPATHIQUE; par les docteurs H. Heidenham et H. Ehrenberg. — 300 pages in-8°. Paris, 1842. Chez le même.

On n'attend pas de nous que nous présentions ici une analyse exacte de ces deux ouvrages sur une méthode qui a été déjà jugée plusieurs fois dans cette feuille. La méthode hydriatique ne peut être employée

d'une manière exclusive, et d'ailleurs elle est trop opposée à toutes les idées hygiéniques au milieu desquelles nous avons été élevés, et à toutes nos habitudes pour qu'elle ait la moindre chance de succès parmi nous. Quand on pense combien l'usage de l'eau en bains est encore peu répandu en France, quand on se rappelle avec quelle parcimonie les médecins de nos hôpitaux en usent, nous ne di ons pas comme agent thérapeutique, mais comme moyen hygiénique dans le traitement de la plupart des maladies aiguës, on a peu à craindre de voir naître parmi nous un enthousiasme général pour l'usage de l'eau comme moyen exclusif et surtout d'après la méthode de Priesnitz. Ce n'est pas cependant que l'on ne pût trouver d'utiles applications à emprunter pour notre médecine encore si pauvre en moyens thérapeutiques aux méthodes suivies à Graefenberg et à Freiwald. Mais le travail auquel il faudrait se livrer pour faire ce choix ne serait du goût ni de ceux qui ne voient pas de salut hors de l'hydriatie, ni des hommes de l'art pour lesquels le nombre des agens thérapeutiques est déjà beaucoup trop considérable. D'ailleurs pense-t-on que les expériences faites parmi nous et dans les hôpitaux surtout, sur des malades que le travail, les privations, la misère, la débauche quelquefois, la vie énervante des grandes villes, avaient déjà affaiblis avant qu'ils eussent été réellement frappés par la cause morbide, avec les restrictions que nos habitudes, le service des salles entraîneraient, et avec la répugnance que médecins et infirmiers éprouveraient pour cette médication insolite puissent être comparées avec les faits recueillis à Graefenberg. Ces derniers ont presque tous pour sujets des hommes élevés dans l'aisance, venus de toutes les parties de l'Allemagne, de la Hongrie, de la Pologne, et parmi lesquels la sagacité de Priesnitz sait bien faire un choix de ceux qui semblent pouvoir faire honneur à son établissement, tandis qu'il congédie tous ceux qui lui paraissent au premier coup-d'œil sérieusement et profondément malades. « Je m'attendais, dit le docteur Ehrenberg, à trouver à Graefenberg une réunion des maladies les plus rares et les plus graves, et, de tous côtés presque, je n'apercevais que des corps robustes, des visages frais; en un mot, des hommes qui semblaient braver l'habitude que j'ai de juger l'état intérieur de l'organisme d'après son apparence extérieure. Il me fallut plusieurs mois pour en découvrir qui présentassent des marques d'une profonde atteinte portée à leurs fonctions vitales. »

Le premier de ces deux ouvrages ne peut nous arrêter un seul instant. M. Munde ne l'a point écrit, dit-il, pour les médecins mais pour les personnes étrangères à l'art médical, pour leur donner la facilité de se soulager elles-mêmes dans une foule de circonstances, sans avoir besoin de recourir au médecin ni à l'apothicaire. Cette citation doit suffire pour faire connaître le travail de M. Munde; nous ajoutons pourtant encore que fidèle interprète de Priestnitz il se borne à exposer sa méthode thérapeutique et à enregistrer ses hauts faits sans le moindre mot de critique ni de doute sinon contre les disciples qui se sont séparés du maître.

Au nombre de ces derniers, nous trouvons les auteurs du second ouvrage, les docteurs Heidenham et Ehrenberg. Loin d'être enthousiastes de Priesnitz, ils ne s'occupent de lui qu'à l'occasion de la méthode qu'il a mise en vogue et dont non seulement il n'a pas compris la portée ni saisi la valeur, mais qui, entre ses mains, a déjà éprouvé de nombreuses modifications. Dans les écrits de ces deux médecins qui, bien que rédigés sous l'influence d'idées toutes différentes de celles qui nous préoccupent habituellement, n'en portent pas moins le cachet de connaissances physiologiques étendues et d'une saine observation, cette méthode a une tout autre portée que dans la pratique du paysan Priesnitz: attribuant l'essence de toutes les maladies à une accumulation de substances impropres à la nutrition, il croit qu'il suffit d'éliminer ces dernières pour rétablir l'harmonie dans l'action des organes, et s'imagine qu'il y arrive en agissant spécialement sur le tégument externe; théorie déjà émise tant de fois, et d'où ont découlé des applications si nombreuses et si variées. Pour MM. Heidenham et Ehrenberg, les divers élémens dont se compose la méthode hydriatique ont pour effet de produire sur l'organisme une action bien plus énergique que celle des agens hygiéniques ordinaires, d'activer l'absorption, de relâcher et de tonifier tous les tissus quand ils ont assez de force pour la supporter, de modifier la vitalité et de donner enfin une force toute nouvelle aux organes. Pour eux, la méthode hydriatique représente des influences hygiéniques élevées ou point de se trouver au niveau des altérations qu'elles sont appelées à combattre.

Aussi distinguent-ils avec soin les maladies où elle peut être appliquée de celles où elle serait nuisible. Voici quelques-unes de ces indications; elles ne seront pas sans intérêt pour ceux qui savent que les pathologistes allemands accordent beaucoup moins d'importance que nous aux lésions locales comme point de départ de tous les phénomènes fébriles, et donnent une grande part dans cette production à des causes générales. Ils pensent donc que cette méthode doit être surtout efficace contre les maladies chroniques, dans lesquelles il y a indubitablement altération générale de la masse des humeurs, comme les cachexies, les scrofules, la syphilis, la chlorose, le rhumatisme chronique et la goutte, soit que ces affections attaquent un système organique tout entier, ou qu'elles se présentent sous une forme purement locale. On traite également avec avantage par la même méthode un grand nombre de maladies des organes digestifs, et spécialement celles qui sont accompagnées d'un état pléthorique de la veine-porte, comme les hémorrhoïdes, l'hypocondrie, les phlegmasies chroniques qui n'ont pas encore amené une altération considérable dans le tissu des organes, l'irrégularité de la sécrétion du canal intestinal et du foie, la diarrhée et la constipation habituelles. Parmi les maladies des viscères de la poitrine, les congestions qui dépendent des irrégularités de la circulation, et les catarrhes chroniques dus à un excès habituel de la sécrétion muqueuse des voies aériennes, cèdent très bien à l'eau.... Les congestions au cerveau, notamment quand elles sont sympathiques, disparaissent sous l'influence du traitement hydriatique, celui-ci faisant cesser la maladie de laquelle elles dépendent; mais les lésions organiques de l'encéphale ne sont pas moins rebelles à ce traitement qu'à tout autre quel qu'il soit. La méthode hydriatique triomphe sûrement et promptement des anomalies du flux menstruel qui ne tiennent pas au mauvais état des organes. Elle a surtout un grand empire sur les maladies du système nerveux, auquel elle fait subir de si fortes secousses. Aussi, Priesnitz réussit-il dans les paralysies partielles, les névralgies, la sciatique, le tic douloureux, l'amaurose commençante, et un certain nombre d'affections spasmodiques.

Tels sont à peu près les cas dans lesquels la méthode employée à Gaeffenberg a eu le plus de succès; mais il n'en est plus de même des maladies aiguës inflammatoires ou non inflammatoires; elles s'y rencontrent fort rarement, et MM. Heidenham et Ehrenberg proclament hautement les mauvais effets de cette médication dans ces cas, dans ceux de fièvre intermittente, dans les inflammations du tissu cellulaire et dans les affections éruptives aiguës; ce qui n'empêche pas qu'on n'ait raconté à Graeffenberg comme une rareté que Priesnitz avait guéri la rougeole en huit jours avec de l'eau. Au reste, il n'est pas nécessaire d'aller au fond de l'Allemagne pour trouver de semblables observations; n'avons-nous pas vu nous-mêmes, il y a quelques années, un médecin, après avoir fait trois ou quatre saignées à un malade atteint d'une fièvre scarlatine, se vanter, en montrant aux élèves qui l'entouraient la peau blanche de son malade, qu'il avait, par la nouvelle méthode, guéri une scarlatine en quatre jours! Il est vrai que le malade resta ensuite dans un état adynamique d'où sa forte constitution lui permit de sortir, mais après une longue maladie.

Avant de quitter l'*exposition des méthodes hydriatiques*, nous devons signaler à l'attention des lecteurs la partie la plus intéressante de cet ouvrage; c'est le chapitre dans lequel le docteur Ehrenberg examine à quelles causes l'établissement de Graefenberg est redevable de sa grande renommée. Après avoir expliqué les motifs qui l'amenaient auprès de Priesnitz, il décrit la manière dont il fut reçu de lui, la consultation donnée au malade qu'il amenait pour le soumettre à son traitement, les soins qu'il en reçut, le régime auquel il fut soumis, et dont les résultats furent si peu satisfaisans, qu'il ne tarda pas à quitter Priesnitz et Graefenberg pour Freiwalde. C'est là en effet que Weiss, qui avait fait, il paraît, quelques études vétérinaires, et qui est d'une ignorance moins profonde que le premier fondateur de la méthode hydriatique, a fondé un établissement rival, où l'affluence est pourtant moins grande qu'à Graefenberg. Il y a donc déjà, parmi les hydrosudopathes, un schisme véritable: d'un côté sont les priestniziens, et les weissiens de l'autre, et dans les deux camps on emploie l'eau presque exclusivement. On lira avec intérêt de nombreuses anecdotes qui font connaître les deux hommes autour desquels s'opère tout ce mouvement; elles donnent au travail de MM. Heidenham et Ehrenberg une valeur réelle, puisqu'elles permettent de juger, non seulement les méthodes de Graefenberg et de Freiwalde, mais les hommes qui ont créé ces méthodes et ceux sur lesquels elles sont appliquées.

G.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (*Gazette de santé* et *Clinique des Hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

ÉPIDÉMIES.

DE L'IDENTITÉ DE NATURE DES FIÈVRES D'ORIGINE PALUDÉENNE DE DIFFÉRENS TYPES, A L'OCCASION DE DEUX MÉMOIRES DE M. RUFZ SUR LA FIÈVRE JAUNE QUI A RÉGNÉ A LA MARTINIQUE, DE 1838 A 1841; rapport fait à l'Académie royale de médecine, par M. CHERVIN.

(SUITE. — Voir les numéros 37, 40 et 42.)

DU DÉVELOPPEMENT PROGRESSIF DE LA FIÈVRE JAUNE EN 1838.

« Pendant la dernière partie de l'année 1837, dit le docteur Imray, et le commencement de 1838, une fièvre intermittente régna épidémiquement dans la ville du Roseau et ses environs, avec une extension très extraordinaire (*to a very unusual extent*), se bornant néanmoins presque exclusivement aux créoles blancs et de couleur... Tant que cette fièvre conservait le type intermittent, il n'y avait rien à craindre; mais, dans un ou deux cas, elle devint fatale, en prenant la forme la plus grave de la fièvre rémittente bilieuse. » Vers le milieu d'avril, cette maladie fut remplacée par une fièvre continue qui présentait les caractères les plus graves de la fièvre jaune, et n'épargnait point les personnes qui avaient résidé plusieurs années entre les tropiques, ni même les créoles (1). Mais une chose digne de remarque, c'est que « aucun cas n'eut lieu, excepté dans la ville du Roseau et ses environs (2); » c'est-à-dire dans les localités où avait régné la fièvre intermittente qui avait précédé.

Les choses se passèrent à la Guadeloupe d'une manière à peu près analogue. M. le docteur Cornuel, président du conseil de santé, les expose ainsi qu'il suit.

« Depuis le commencement du mois de mai, les nombreux cas d'affections de mauvais caractère que nous avions remarqués, soit dans les habitations particulières, soit dans les hôpitaux, nous avaient donné l'éveil et nous avaient fait croire à la possibilité d'un nouveau développement du typhus d'Amérique parmi nous.

» Le deuxième trimestre de 1838 avait été signalé par de nombreuses fièvres typhoïdes et pernicieuses, et par des dysenteries typhoïdes quelquefois accompagnées de symptômes de choléra-morbus. Certaines fièvres typhoïdes avaient présenté un ou plusieurs des caractères par lesquels on distingue la fièvre jaune, et bien que l'absence de quelques-uns d'entre eux nous portât à ne point encore admettre l'existence de cette redoutable pyréxie, cependant il était assez naturel de penser que des changemens notables s'étaient opérés dans la constitution atmosphérique,

(1) Voyez THE EDINBURGH MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL, vol. LIII, pages 78, 79.

(2) In the island of Dominica no case occurred, but in the town of Roseau and its neighbourhood. (Vol. cité, p. 93.)

Feuilleton.

CHRONIQUE.

Si parmi nos lecteurs il s'en trouvait, ce qui est très possible, d'assez méchamment organisés pour regretter l'absence de l'épithète qu'on joint d'ordinaire au mot chronique, nous les prévenons que dans ce qui suit il n'y a rien qui convienne à leurs instincts pervers. Nous n'avons pas à leur offrir pour le moment la plus petite médisance; et si nous ne les régalons pas plus souvent de ce mets savoureux, c'est qu'en ne voulant que médire, ce qui est très permis, on s'expose à calomnier, ce qui est très défendu. Le présent feuilleton court donc le risque d'être parfaitement ennuyeux. Il ne contient que des faits vrais, quant aux choses, et des éloges pour les personnes.

Le conseil des hospices a adopté le 12 de ce mois un nouveau règlement relatif aux formalités à suivre dans les concours pour la nomination des élèves internes et externes des hôpitaux, en médecine, en chirurgie et en pharmacie, des pharmaciens des hôpitaux, des médecins du bureau central, et pour la distribution des prix d'externat et d'internat en médecine, et d'internat en pharmacie. La principale disposition de ce règlement, celle qui en caractérise l'esprit et la tendance consiste dans l'établissement d'un concours préalable d'*admissibilité* destiné à faire un premier choix parmi les candidats, et à n'admettre au concours définitif que ceux qui auraient le mieux mérité dans cette première épreuve. Cette mesure est générale; elle s'applique à tous les concours des hôpitaux. Elle paraît avoir été en grande partie suggérée par la considération des difficultés matérielles d'exécution, résultant de la multiplicité des concours et surtout du nombre toujours croissant des concurrens. L'encombrement est devenu tel qu'il y aurait à craindre que bientôt les médecins, chirurgiens et pharmaciens des hôpitaux ne pussent suffire à la tâche. Nous sommes portés à croire que ce motif n'a pas été le seul, et qu'on a pu être dirigé dans cette réforme par le désir louable d'obvier à certains abus dont quelques concours récens ont offert des exemples trop frappans pour être méconnus. Plusieurs des dispositions particulières du nouveau règlement paraissent en effet, sinon conçues directement dans ce but, du moins assez propres à le réaliser. Il est, au reste, très difficile de juger *à priori* la valeur d'un procédé quelconque en matière de concours. C'est à l'expérience à prononcer définitivement sur les résultats qu'on peut en espérer. La pratique d'une méthode y fait toujours découvrir ou des avantages ou des inconvéniens qu'on était loin de prévoir. Tout ce que nous pouvons dire sur le règlement actuel, c'est qu'il paraît évidemment inspiré par des vues de libéralité et de justice auxquelles on ne peut que rendre hommage, et que si l'œuvre de l'administration est exposée, comme toute œuvre humaine, à encourir peut-être plus tard des reproches, les intentions de ses auteurs sont bonnes et à l'abri de tout soupçon.

Passons maintenant aux détails relatifs à chaque espèce de concours.

Pour les nominations des membres du BUREAU CENTRAL, quel que soit le nombre des candidats, il n'y en aura que cinq d'admis à concourir, s'il n'y a qu'une

et que, si leur viciation venait à faire de nouveaux progrès, c'était peut-être le typhus ictérode que nous verrions apparaître (1). »

Ainsi, en mai et en juin, il se présenta seulement des cas douteux; mais, le 3 juillet, la maladie se montra avec des symptômes si prononcés, qu'il ne fut plus possible de se méprendre. Cela se passait à la Basse-Terre.

A la Pointe-à-Pitre, l'épidémie fut également précédée de nombreuses fièvres intermittentes et rémittentes qui résistaient longtemps au sulfate de quinine, ce qui porta MM. les docteurs Amic et Fazeuille, médecin et chirurgien en chef de l'hôpital militaire, à penser que les miasmes, qui plus tard donnèrent naissance à la fièvre jaune et aux fièvres rémittentes pernicieuses, n'avaient pas encore tout le degré d'énergie nécessaire à leur développement, et qu'ils ne produisaient que la fièvre intermittente (2). Les cas de fièvre dite typhoïde furent aussi très nombreux à la Pointe-à-Pitre, particulièrement chez les enfans, dont beaucoup furent victimes; et cette fièvre parut être, à nos deux honorables confrères MM. Amic et Fazeuille, « le résultat d'un empoisonnement miasmatique exerçant son action sur la membrane gastro-intestinale (3). » La fièvre jaune éclata à la Pointe-à-Pitre le 27 juin, à bord du navire l'*Adolphe*.

Nous allons voir qu'à la Martinique cette maladie suivit dans son développement une marche analogue à celle qu'elle avait suivie à la Dominique et à la Guadeloupe.

« Dès le 23 septembre 1838, dit M. le docteur Catel, qui était alors médecin en chef de l'hôpital de St-Pierre, nous vîmes la gastro-entéro-céphalite s'aggraver. A mesure que nous avancions vers la fin de ce mois, déjà elle se montrait plus rebelle à la médication ordinaire, et nous étions obligés d'insister davantage sur les émissions sanguines locales et générales. C'est ainsi que nous parvînmes jusqu'au mois d'octobre sans rencontrer un symptôme de fièvre jaune, quoique nous fussions bien convaincus que nous combattions cette maladie; mais elle n'était pas encore arrivée au degré qui constitue le typhus ictérode, puisque les signes caractéristiques de cette maladie, l'ictère, les hémorragies, la suppression des urines et le vomissement noir ne s'étaient point offerts à l'observation. En effet, nous avions déjà annoncé, dans notre état de situation de septembre, que: *sous la double influence de la haute température et des phénomènes météorologiques observés pendant ce mois, les maladies fébriles avaient pris un caractère d'intensité peu ordinaire* (4). »

Dès le 16 septembre, on avait cependant reconnu un cas de fièvre jaune sur un militaire; mais la maladie se montra peu grave dans le principe, car, au 15 octobre, on n'avait encore perdu à l'hôpital que 4 malades sur près de 100 qui avaient été admis; mais elle ne tarda pas à s'aggraver.

M. Rufz nous informe de son côté que, pendant que les choses se passaient ainsi dans la garnison de St-Pierre, on observait dans la ville des embarras gastriques, des fièvres éphémères mal déterminées, et, qui plus est, des fièvres graves qui ne s'étaient jamais offertes à son observation depuis trois ans qu'il exerçait la médecine dans cette localité. Trois cas de ces fièvres de mauvais caractère eurent lieu dans sa pratique, vers le milieu de septembre, et il les considère comme des fièvres pernicieuses pseudo-continues qui avaient une certaine analogie avec la fièvre jaune, qui éclata bientôt après. « Dans ces trois cas, dit M. Rufz, il est hors de doute que le sulfate de quinine ait produit de bons effets. » Ce médecin cite le cas de M. Virginy, qui succomba à une fièvre continue qui, dans les dernières heures, prit le caractère de fièvre algide. Les faits de ce genre durent être assez nombreux.

En même temps que M. Rufz recueillait les observations que nous venons de citer, il voyait trois ou quatre cas d'affections continues à leur début se prolonger sous forme intermittente et exiger l'emploi du sulfate de quinine, chose rare à Saint-Pierre.

Chez quelques enfans, comme chez quelques adultes créoles, la maladie présenta, pendant le cours de l'épidémie, un type intermittent, c'est-à-dire qu'après un accès qui durait 24 à 48 heures, il y avait apyrexie notable, suivie de quelques accès moins forts, et le sulfate de quinine arrêtait la fièvre.

D'autre fois il y avait un véritable accès, au point de faire croire que la maladie commençait; puis le malade n'éprouvait rien pendant un ou deux jours, et la fièvre reparaissait ensuite et suivant son cours. Ces faits dénotent bien le génie intermittent.

Enfin, avant que la fièvre jaune éclatât épidémiquement au Fort-Royal, au Marin et dans la ville de la Trinité, il régnait des fièvres graves dans les autres parties de l'île, fièvres qui offraient, suivant les informations obtenues par M. Rufz, une grande ressemblance avec celle de Saint-Pierre, c'est-à-dire avec la fièvre jaune. Nous trouvons dans la situation de l'hôpital du Marin, pour le mois d'octobre 1838, 47 fièvres intermittentes avec la remarque suivante: « Sur plusieurs de ces malades le caractère pernicieux a menacé de se prononcer. Chez 2 l'affection se rapprochait beaucoup de la fièvre jaune; il y avait ictère général. » Ainsi l'on voit que l'épidémie préludait de loin, et que les maladies ordinaires prenaient graduellement les formes de la fièvre jaune.

Voilà ce qui se passait avant l'épidémie et pendant son cours; examinons maintenant quelle a été la marche de la maladie au déclin de cette même épidémie. Parlons d'abord de ce qui a eu lieu à Saint-Pierre.

Depuis le 15 septembre 1839, quelques fièvres rémittentes assez graves s'étaient montrées sur les gens du pays, comme il est ordinaire à cette époque de l'année; mais à partir du premier octobre et dans les mois suivans la maladie se présenta sous une forme nouvelle; elle prit et conserva jusqu'à la cessation, vers le milieu de janvier 1840, le type rémittent bien prononcé, et le sulfate de quinine réussit parfaitement. Néanmoins il se présenta encore de temps à autre des cas de fièvre jaune fort graves qui annonçaient que l'influence épidémique n'avait pas entièrement cessé. Mais vers le milieu de janvier 1840 l'épidémie put être considérée comme à peu près terminée à Saint-Pierre. Elle continuait au Fort Royal où elle s'était manifestée beaucoup plus tard.

M. Rufz nous dit dans son premier mémoire « qu'il a peu fait usage du sulfate de quinine, et que dans le petit nombre de cas où il l'a tenté il y a eu balancement de succès et d'insuccès; » et il nous annonce dans le second « qu'il est bien loin de blâmer ceux qui essaieront ce remède dès

(1) RAPPORT A M. LE MINISTRE DE LA MARINE, en date du 26 juillet 1838.

(2) Voyez la RELATION MÉDICALE DE DEUX ÉPIDÉMIES DE FIÈVRE JAUNE, etc, par M. Maher, p. 40.

(3) RAPPORT A M. LE MINISTRE DE LA MARINE, en date du 14 septembre 1838.

(4) Voir son RAPPORT à M. le ministre de la marine SUR L'ÉPIDÉMIE DE FIÈVRE JAUNE QUI A ÉCLATÉ A ST PIERRE-MARTINIQUE, DANS LES PREMIERS JOURS DU MOIS D'OCTOBRE 1838.

---

place vacante, huit s'il y a deux places, dix s'il y a trois places, et s'il y a plus de trois vacances on ne gardera jamais que trois candidats par place. C'est le concours d'admissibilité, ouvert d'abord entre tous les candidats inscrits, qui désignera les cinq, huit ou dix candidats seuls admis à se présenter au concours definitif. L'épreuve pour l'admissibilité consistera 1° en une conférence clinique pendant laquelle le candidat examinera et interrogera deux malades pendant vingt minutes; 2° en une consultation orale de vingt minutes sur l'un de ces malades; 3° en une consultation écrite sur l'autre malade pour la rédaction de laquelle il sera accordé trois heures. Cette consultation sera lue en séance le jour suivant. Une épreuve particulière d'opérations sur le cadavre sera exigée des candidats en chirurgie.

La nomination des pharmaciens des hôpitaux sera faite d'une manière analogue

La distribution des PRIX DES INTERNES aura lieu de la manière suivante. Chaque élève devra, sous peine de déchéance, présenter le premier août un mémoire de quatre vingts pages au plus, sur un sujet de son choix, mais relatif cependant aux observations qu'il aura recueillies personnellement dans le courant de l'année, observations qu'il pourra joindre à l'appui des propositions consignées dans son travail. Ce sera là l'épreuve unique du concours d'admissibilité pour le prix, et c'est sur l'examen des mémoires que douze candidats seulement seront admis à prendre part au concours définitif, tous les autres restant éliminés. Cette épreuve, empruntée aux usages des concours pour les prix académiques, pourrait facilement être illusoire, si on n'avait pas établi des formalités propres à en garantir la sincérité et l'équitable exécution. Il a été décidé que le premier août, le jour même où les candidats produiront leurs dissertations, le jury, composé de sept membres, se partagera les mémoires par parties égales pour procéder ensuite à leur examen pendant les mois d'août, de septembre et d'octobre. A la fin de ce dernier mois chacun des membres du jury fera sur les mémoires qui lui ont été confiés un *rapport écrit* contenant un jugement développé et motivé. Enfin, on a ajouté comme condition d'impartialité et de bonne justice, cette clause que les mémoires ne seront pas signés par leurs auteurs et porteront une simple épigraphe. On voit que la conséquence de cette espèce d'épreuve et des précautions dont on l'entoure sera d'arriver à ce résultat que le droit de concourir soit adjugé, non à des individus, mais à des ouvrages. Nous ne savons pas si tel a été le but de l'administration, mais on peut se demander si ce résultat, bien qu'équitable en principe, est bien celui qu'on a eu primitivement en vue en instituant ces récompenses. Il est évident que dans ce mode de procéder, on fait abstraction de tous les genres de capacité et de mérite des élèves, pour ne prendre en considération que l'instruction scientifique et le talent littéraire. Le zèle, l'assiduité, l'habileté pratique sont mis de côté. Comment d'ailleurs s'assurer que les ouvrages présentés sont le fruit des seules méditations de leurs auteurs présumés? On peut donc craindre que cette élimination provisoire ne mette hors de cause plus d'un élève très capable et que sur les douze admis à concourir il n'y en ait aussi plus d'un qui ne devra ce privilége qu'au hasard d'une composition heureuse ou même à des secours étrangers. Ces observations que nous ne donnons pas comme définitives, nous semblent cependant, jusqu'à nouvel ordre, susceptibles d'être prises en considération.

Les deux concours pour la NOMINATION DES INTERNES et pour le PRIX DES INTER-

le début des épidémies de fièvres jaune et qu'il serait au contraire fort curieux de voir les résultats obtenus par cette méthode. » Ainsi l'expérience n'a pas été défavorable à cet anti-périodique.

M. Dutroulau nous dit d'un autre côté qu'après l'hivernage de 1839, la fièvre jaune fut modifiée au Fort-Royal, et qu'à l'hôpital de cette ville il observa plusieurs cas où cette maladie présenta le type rémittent, ce qui le porta à la regarder comme une fièvre pernicieuse.

Pendant les deux derniers mois de 1840, plusieurs cas de fièvre jaune revêtirent de nouveau manifestement le type rémittent, et quelquefois même le type intermittent franc. Ces fièvres que M. Dutroulau avait considérées comme des rémittentes bilieuses ou pernicieuses l'année précédente, ne lui laissèrent plus aucun doute sur leur véritable nature. Sur 30 cas de fièvre jaune qu'il eut à traiter pendant ces deux mois 7 furent intermittens et tous guérirent. Dans la dissertation que ce médecin a publiée, en 1842, sur l'épidémie qui nous occupe, il est beaucoup plus explicite qu'il ne l'avait été dans sa note.

« De novembre en mai, dit-il, la fièvre jaune prend aussi le type intermittent, d'autant plus important à reconnaître que le traitement à opposer doit être plus efficace.... Il n'y a rien d'ailleurs de régulier dans le retour des accès, et il est impossible de dire à quel type on peut préférablement rapporter ces fièvres. Sur 32 cas qui me sont particuliers, une moitié au moins n'ont offert que de six à douze heures d'apyrexie, les accès durant de vingt-quatre à quarante heures; dans un quart, le type a été quotidien, irrégulier, après un premier accès de deux ou trois jours; dans l'autre quart enfin, l'intermittence n'a été marquée que par des sueurs froides, et la dépression du pouls avec fréquence durant quelques heures; dans tous les cas, les accès ont été plus longs que l'intermittence. Le premier accès était semblable à la première période de la fièvre jaune continue; ce n'était qu'au second ou troisième accès que se montrait l'ictère. Jamais il n'y a eu de vomissemens noirs; des accidens nerveux se sont montrés dans trois cas au deuxième accès (1). »

M. Dutroulau parle ensuite des bons effets du sulfate de quinine dans la fièvre jaune, surtout lorsque sa forme est franchement intermittente, et il s'appuie sur sa propre expérience et sur celle de M. Rufz, à Saint-Pierre, et de MM. Souty, Aubry et Gayot, au Fort-Royal (2). M. Souty, qui est chirurgien-major de la marine, se trouvant en ce moment à Paris, a bien voulu nous remettre la note suivante sur cet important sujet :

« J'ai eu occasion, dit-il, dans ma pratique au Fort-Royal (Martinique), de 1839 à 1842, d'administrer avec succès le sulfate de quinine à des sujets atteints de la fièvre jaune, notamment à des marins du commerce qui contractaient la maladie dans le bassin du carénage. J'ai été conduit à l'emploi de ce remède d'abord par le souvenir des heureux résultats qu'en obtenait, en 1826, M. Lefort, premier médecin en chef de la colonie, et ensuite par les considérations suivantes :

» 1° La fièvre jaune sévit exclusivement pendant les saisons et dans les localités où règnent les fièvres d'origine miasmatique, rémittentes ou intermittentes, simples ou pernicieuses, qui sont combattues avec succès par le sulfate de quinine.

» 2° Il est très ordinaire pour le médecin attentif à noter les phénomènes de la maladie de trouver dans cette fièvre des rémittences et des intermittences, particulièrement dans le principe et au déclin des épidémies.

» 3° Dans la fièvre jaune, il y a, il est vrai, des congestions sanguines sur divers organes, mais il n'y a pas d'inflammation proprement dite, faisant la base, le caractère essentiel de la maladie. Dans le début les saignées sont favorables contre ces congestions ou contre l'intoxication miasmatique; mais il est très dangereux de ne considérer la fièvre jaune que comme une simple phlegmasie gastro-intestinale, parce qu'alors le seul traitement antiphlogistique est adopté dans toute son énergie, et que l'on perd ainsi la précieuse action anti-septique et anti-périodique du sulfate de quinine, dont l'emploi est, à mon avis, trop restreint dans la thérapeutique du typhus ictérode. »

Quant à M. Catel, il s'exprime ainsi sur le point qui nous occupe: « Rien n'est plus curieux, rien n'est plus intéressant pour le médecin, que l'étude des causes et des maladies, surtout aux approches et au déclin des épidémies. Cette étude montre comment ces grands fléaux qui portent la mort et la désolation parmi les populations s'établissent et se propagent; on voit dans ces circonstances les maladies ordinaires s'aggraver, à mesure que les causes générales acquièrent par leur durée l'intensité nécessaire, et l'on arrive ainsi par degré au moment où l'épidémie éclate. Vers la fin de l'épidémie, on voit la maladie perdre de son intensité et reprendre la forme et le caractère des maladies ordinaires.

» Nous avons observé en décembre (1840), ajoute M. Catel, beaucoup d'hommes qui présentaient encore à leur entrée à l'hôpital les symptômes de la fièvre jaune à son début, et chez lesquels une simple saignée suffisait pour faire disparaître tout ce qui appartenait à cette maladie et la transformer ensuite en fièvre intermittente, maladie qui dominait alors au Fort-Royal (1). »

M. Catel cite l'exemple d'une transformation inverse qui eut lieu en octobre 1840, et qui sans être rare est assez remarquable :

Un soldat, âgé de 23 ans, était atteint d'une gastro-entérite qui avait marché lentement jusqu'au quatorzième jour et qui sous l'influence excitante du sulfate de quinine se convertit brusquement en une fièvre jaune bien caractérisée, qui devint promptement mortelle. « Cette observation, ajoute M. Catel, est fort importante en ce sens qu'elle établit que la gastro-entérite, soit continue, soit rémittente ou intermittente, est la racine de la fièvre jaune elle-même sous l'influence des causes générales (2). »

Les faits que nous venons de rapporter, d'après MM. les docteurs Rufz, Dutroulau, Souty et Catel, tendent manifestement à établir que la fièvre jaune appartient à la famille des fièvres intermittentes et rémittentes dont elle n'est que le plus haut degré. Les observations faites à la Guadeloupe conduisent à la même conclusion.

Pendant que les Européens étaient en proie à la fièvre jaune dans cette colonie, on observait chez les créoles des fièvres intermittentes pernicieuses dont plusieurs étaient mortelles (3). Or ces fièvres avaient évidemment une cause commune, et elles ne différaient entre elles qu'à rai-

(1) Thèse citée, p. 26.
(2) Thèse citée, p. 36 et 39.

(1) Situation de l'hôpital du Fort-Royal pendant le premier trimestre de 1841.
(2) Situation de l'hôpital du Fort-Royal pendant le 4e trimestre de 1840.
(3) Rapport de M. Cornuel, président du conseil de santé, en date du 21 août 1838.

seront réunis en l'avenir à un seul, qui est réglé comme il suit : Après avoir entendu la lecture de la composition écrite de tous les concurrens, le jury choisira un nombre d'élèves triple de celui des places d'interne vacantes; ces élèves prendront seuls part à l'épreuve orale, et c'est par conséquent parmi eux exclusivement que seront pris les vainqueurs. Cette épreuve définitive terminée, le premier interne nommé aura le premier prix de l'externat, le deuxième le second prix et ainsi de suite. Les externes de deuxième et de troisième année seront tenus de concourir sous peine de déchéance, ceux de première année sont libres de ne pas se présenter.

Le résultat de cette innovation est d'abord la suppression d'un concours, résultat favorable en ce qu'il allége beaucoup la charge excessive imposée annuellement aux médecins d'hôpitaux et ensuite de permettre d'examiner plus rigoureusement les épreuves et de conduire à des choix mieux motivés. Les concurrens auront en outre dans la lutte un double stimulant.

Les dispositions de ce règlement sur les concours seront exécutoires à dater du 1er janvier 1843.

Une autre affaire non moins grave a occupé dans ces derniers temps les délibérations de l'administration des hospices. On sait que Montyon a légué aux hôpitaux une somme considérable, dont le testateur lui même a déterminé l'emploi. Tout individu resté cinq jours au moins dans un hôpital devait en sortant recevoir immédiatement un franc, et ultérieurement, soit en argent, soit en secours de toute nature, les moyens de subsister pendant sa convalescence. Cette disposition d'abord religieusement observée était sujette à des abus qui ne tardèrent pas à se produire. On s'aperçut bientôt que bon nombre d'individus n'entraient à l'hôpital que pour en sortir au bout de cinq jours et recevoir cette minime somme d'un franc, laquelle était immédiatement consommée au cabaret le plus voisin de l'hôpital. De proche en proche cet abus s'étendit, et le nombre des malades ou prétendus malades augmenta à tel point que l'administration ne pouvant plus tolérer ce désordre, sollicita du conseil-d'état une interprétation du legs-Montyon plus conforme aux intérêts de l'humanité, à la justice, et à la volonté du testateur. Il fut donc décidé, que les secours ne seraient pas donnés à tous les malades sortans indistinctement; mais que chaque convalescent serait examiné séparément, visité à domicile et secouru suivant ses besoins constatés. Conformément à cette décision, maintenant encore en vigueur, le jour même de la sortie d'un malade ou le lendemain au plus tard un délégué de l'administration procède à sa visite et vient en rendre compte immédiatement à une commission spéciale présidée par un membre du conseil des hospices. Des secours soit en nature soit en argent, qui s'élèvent quelquefois jusqu'à 20, 25 et 30 francs sont sur-le-champ votés et distribués au plus tard dans les deux jours. Telle est la marche suivie en ce moment. Long-temps elle a paru satisfaire à toutes les exigences raisonnables, mais depuis peu elle a été l'objet d'une critique et d'une opposition assez vives pour remettre encore une fois en question le mode d'emploi du legs-Montyon et pour que le conseil municipal de la ville de Paris ait cru devoir s'en occuper d'une manière particulière. Voici comment :

Effrayé du nombre toujours croissant des malades, de l'encombrement des

son de la prédisposition des individus. D'ailleurs MM. les membres du conseil de santé nous disent eux-mêmes que « contre l'opinion de M. Rochoux, la fièvre jaune leur a fourni des exemples multipliés du type intermittent (1). » Et suivant M. le docteur Cornuel, « lorqu'on observait des symptômes de périodicité, le sulfate de quinine était employé souvent avec succès (2), » après l'usage des émissions sanguines et des autres antiphlogistiques.

M. le docteur Vanauld, médecin en chef de l'hôpital de la Basse-Terre, « en effet administré le sulfate de quinine après l'emploi des saignées, suivant la méthode de M. Lefort, et il se loue beaucoup des avantages qu'il en a retirés. « Le sulfate de quinine a, dit-il, produit des cures dignes d'être relatées (3). »

De son côté, notre honorable collègue, M. Keraudren, s'exprime ainsi à l'occasion de l'épidémie qui nous occupe. « On a trouvé, dit il, tant d'analogie entre la fièvre jaune et les autres maladies fébriles qui règnent dans les Antilles, on a vu si souvent ces dernières passer à l'état de fièvre jaune, qu'on a été porté à les croire d'une origine commune et à les traiter, au moins sur le déclin, par les mêmes moyens. C'est ce dont les rapports des médecins des colonies pourraient fournir plus d'un exemple (4).» M. l'inspecteur du service de santé de la marine a raison : les rapports des médecins des colonies fournissent de nombreuses preuves de l'origine commune des fièvres dont il s'agit.

M. le docteur Camescasse, chirurgien de première classe de la marine, qui a observé l'épidémie de la Guadeloupe, en 1838, « a remarqué, dit M. Maher, que fort souvent la fièvre jaune se présentait dès l'invasion, avec des caractères très prononcés d'adynamie ; que c'était surtout alors que la forme intermittente se caractérisait le mieux, et que le sulfate de quinine constituait la meilleure méthode thérapeutique (5). »

M. Joubert, qui fut chargé du service médical à Marie-Galante, dans l'épidémie de fièvre jaune, à la fin de 1838, a constaté l'intermittence dans cette maladie et administré le sulfate de quinine avec succès (6).

En septembre 1838, M. le docteur Maher observa, à bord de la frégate *l'Herminie*, des intermissions chez beaucoup d'individus présentant les symptômes de la fièvre jaune. « J'ai eu à traiter, dit-il, pendant ce mois, plus de cent cas de *vomito* franchement intermittens, et des circonstances favorables m'ont permis d'étudier fructueusement ce nouveau type de la maladie (7). » Dans ce cas-ci, comme dans les précédens, le sulfate de quinine fut donné avec succès.

Enfin, au rapport de M. Bertulus, l'épidémie qui régna à bord de la corvette *la Caravane*, après son départ de la Martinique, le 14 avril 1839, se montra sous trois types différens : d'abord sous le type intermittent, puis sous le type rémittent, et enfin sous le type continu. « Dès notre départ de la Martinique, dit ce médecin, l'hôpital du bord avait été encombré de malades atteints de fièvres intermittentes, qui avaient une grande tendance à devenir pernicieuses. Ces malades guérirent cependant tous (1). A mesure, continue M. Bertulus, que les miasmes s'accumulèrent à bord de *la Caravane* et que leur énergie s'accrut, les accès devinrent plus graves ; ils finirent par prendre le caractère pernicieux. Parmi les soldats qui furent atteints de fièvre pernicieuse, deux succombèrent au troisième accès et offrirent à la fois *l'ictère et le vomissement noir*... La maladie passa alors sur les matelots ; mais je n'observai chez ces derniers ni fièvre intermittente simple, ni accès pernicieux ; 116 d'entre eux eurent la fièvre jaune ; chez sept ou huit, elle offrit le type rémittent, mais chez tous les autres, elle affecta une marche continue (2). »

Il est bon de dire que les soldats étaient acclimatés par un assez long séjour dans les colonies et que les matelots ne l'étaient pas. Voilà la raison de la différence de type chez les hommes soumis à l'action de la même cause. Il est, du reste, assez ordinaire que les épidémies de fièvre jaune s'annoncent à bord des bâtimens, comme à terre, par des pyréxies d'un degré inférieur ; c'est ce qui eut lieu, en 1817, à bord de la gabarre *l'Infatigable*, dans les Antilles (3), et, en 1837, à bord du brick canonnière *la Malouine*, sur les bords de la Casamance, à la côte d'Afrique (4), et ce qui s'est présenté sur beaucoup d'autres bâtimens.

Au surplus, M. Bertulus nous dit que « l'observation l'a conduit à penser que la fièvre jaune n'est que le plus haut degré de la fièvre pernicieuse. J'ai l'intime conviction, ajoute-t-il, qu'on pourrait toujours recourir aux anti-pyrétiques dans le traitement de la fièvre jaune, s'il était possible de ne jamais perdre les malades de vue et les observer avec attention (5). »

Les faits que nous venons d'exposer tendent à établir :

1° Que les épidémies de fièvre jaune commencent par des pyréxies d'un degré inférieur, qui vont en s'aggravant ;

2° Que, durant le cours de ces épidémies, la maladie revêt, dans certains cas, le type rémittent et même le type intermittent ;

3° Que, vers la fin de ces mêmes épidémies, la fièvre jaune va en déclinant et se présente de nouveau sous la forme rémittente et intermittente ;

4° Que le sulfate de quinine est administré avec succès dans les cas où la maladie prend un type périodique ;

5° Enfin, que, pendant que les sujets non-acclimatés sont en proie aux ravages de la fièvre jaune, les anciens résidens et les créoles eux mêmes éprouvent des fièvres intermittentes et rémittentes plus ou moins graves, et que, dans certains cas, ils sont même atteints d'une fièvre jaune moins intense, à marche généralement moins rapide, et que quelques médecins ont nommée fort improprement *fièvre typhoïde*.

Les faits d'où découlent ces corollaires sont corroborés par des mil-

(1) Rapport sur les maladies observées a l'hôpital pendant le 3e trimestre de 1840.

(2) Rapport sur la fièvre jaune de la Basse-Terre, en date du 21 septembre 1838.

(3) Jour. médico-chirurgical, 1839, juin, p. 231.

(4) Extrait d'une Note annexée au Rapport du conseil de santé de la Guadeloupe pour le 2e trimestre de 1840.

(5) Relation de deux épidemies de fièvre jaune, etc., p. 287.

(6) Ouvrage et endroit cité.

(7) Ouvrage et endroit cité.

(1) De l'importation de la fièvre jaune en Europe, p. 35.

(2) Observations sur les causes et la nature de la fièvre jaune.

(3) Voir le Rapport de M. le docteur Fleury, de Rochefort, qui était alors chirurgien-major de ce bâtiment.

(4) Voir sur ce sujet M. Dupuis, Annales maritimes, 1838, *sciences et arts*, tom. II, p 640 et suivantes, M. Menu Desables, même tome, pag. 920 et suivantes, et enfin Thenenot, Maladies des Européens dans les pays chauds. Paris, 1840, p. 24.

(5) Quelques mots sur les maladies pestilentielles en général et sur la fièvre jaune en particulier.

---

hôpitaux et des dépenses dont la ville est surchargée, le conseil municipal a, l'été passé, à l'occasion d'un rapport sur le budget des hospices, qui ne s'élève pas à moins de 12 millions, émis le vœu que M. le préfet de la Seine avisât aux moyens de distribuer *autrement* le fonds Montyon. Le motif allégué en faveur de cette mesure était que c'est l'appât de la somme promise à la sortie qui encombre les hôpitaux. On proposait en outre, pour obvier à ces abus, de charger les *bureaux de bienfaisance* de la répartition d'une forte partie du secours Montyon, qui, étant alors distribué aux malades à domicile, ne serait plus pour une multitude d'individus l'amorce qui les fait affluer aux hôpitaux ; et on se flattait d'obtenir par ce moyen une notable diminution des malades, et par suite des dépenses. Pour bien comprendre l'intervention des bureaux de bienfaisance dans cette affaire, il faut savoir que les bureaux ne reçoivent aucune subvention sur le fonds Montyon, qui est entièrement et exclusivement affecté aux malades *sortant des hôpitaux*, et non à d'autres. Ces raisons prévalurent, malgré l'opposition de quelques membres, parmi lesquels nous aimons à compter en première ligne M. Orfila, qui, comme médecin et doyen de la Faculté, se trouve mieux en position qu'aucun autre de faire valoir, tant dans le conseil municipal que dans le conseil des hospices, les intérêts de la science et de l'art. Il fut objecté à la mesure proposée qu'elle était fondée sur la supposition très fausse que l'encombrement des hôpitaux résulte du mode de distribution actuel du legs Montyon, et que cet accroissement de la population hospitalière dépend en fait de causes toutes différentes : d'abord, de la disparition du préjugé qui faisait considérer le recours à l'hôpital comme une chose honteuse et dégradante ; ensuite de la conviction très raisonnable, qui s'établit de plus en plus dans le peuple, qu'on est mieux soigné et mieux traité dans un hôpital que chez soi, et surtout enfin de l'augmentation de la population parisienne en général, et spécialement de la population ouvrière, par suite des travaux des fortifications et autres, qui amènent à Paris une foule d'hommes qui, isolés, étrangers et sans famille, n'ont d'autre ressource, en cas de maladie, que l'hôpital. Au lieu de ces espérances illusoires de l'abaissement du chiffre des malades, il faudrait plutôt construire sans délai de nouveaux hôpitaux, ou agrandir les anciens, car, si on n'y avise, on ne tardera pas à être débordé par les besoins ; c'est une nécessité du temps, à laquelle il faut se soumettre. Que signifient, d'ailleurs, ces secours à domicile en comparaison des secours assurés aux malades dans ces établissemens si bien organisés, et dont les ressources sont maintenant si bien appréciées par le peuple ? Et que peut-on raisonnablement attendre de quelques faibles dons, immédiatement absorbés, et qui n'empêcheront pas les malades de venir en définitive mourir à l'hôpital ? Les secours à domicile ne retiendront jamais chez eux les malheureux auxquels on les destine ; ils seraient toujours trop insuffisans pour les éloigner des hôpitaux ; et fonder de vaines espérances d'économie sur ce moyen, c'est se livrer à une illusion qui peut avoir de graves conséquences.

Tel est l'état de cette importante question. Nous souhaitons qu'elle soit résolue dans le sens et l'esprit de la fondation Montyon, c'est-à-dire que la distribution de ce fonds continue à rester à la charge de l'administration des hospices, qui en fait l'usage le plus convenable et le plus utile.

La grande question des *autopsies* n'est pas non plus, comme on le croit généralement, terminée. On se rappelle les débats suscités par l'arrêté du conseil des



liers de faits analogues, qu'il nous serait impossible d'exposer ici, mais que nous pourrons invoquer au besoin.

En 1839, le rapporteur de votre commission eut l'honneur de lire devant l'Académie la première partie d'un mémoire sur L'ORIGINE ET LA NATURE DE LA FIÈVRE JAUNE (1), mémoire dans lequel il démontre que les épidémies de cette maladie qui ont eu lieu dans le midi de l'Espagne, depuis l'année 1800, ont toujours commencé par des pyréxies d'un degré moins élevé, lesquelles ont été s'aggravant avec plus ou moins de rapidité, et ont fini par présenter l'ensemble des symptômes qui caractérisent la fièvre jaune.

Nous pourrions présenter ici un travail analogue sur les épidémies de fièvres jaunes qui ont eu lieu dans l'Amérique du Nord et dans l'Amérique équinoxiale; mais cela nous mènerait beaucoup trop loin. Nous nous bornerons à dire qu'à leur déclin les épidémies de fièvre jaune suivent partout une marche inverse à celle qu'elles ont suivie dans leur développement; la maladie perd graduellement de son intensité; ses symptômes les plus saillans s'effacent peu à peu, et au bout d'un temps plus ou moins long, on n'observe plus que les maladies ordinaires de la saison dans leur état de simplicité. Cette dégradation de la fièvre jaune est bien plus sensible hors des tropiques qu'entre ces cercles, par suite de l'abaissement plus marqué de la température qui a lieu dans les climats tempérés. En voici quelques exemples.

Suivant le docteur Spinosa, dans les épidémies de Ste-Croix de Ténériffe, en 1810 et 1811, « on observa qu'à mesure que l'hiver approchait et que le temps rafraîchissait, la fièvre jaune prit le type intermittent (2). » On observa également que chez les personnes qui se réfugièrent de la ville de Ste Croix à la Laguna, qui est un endroit plus élevé et beaucoup plus frais, la fièvre jaune « se changea en fièvre intermittente (3). »

Suivant le docteur Moultric, en 1748, la fièvre jaune régnait à Charleston, dans la Caroline du Sud; des pluies survinrent vers le milieu du mois d'août, l'air en fut rafraîchi, ce qui adoucit la maladie et la changea en fièvre périodique (4).

En 1798, la fièvre jaune régna avec beaucoup de malignité dans une partie de Boston, jusque vers le milieu d'octobre, époque où elle fut complètement arrêtée par une pluie d'orage. « Après cette pluie, le type de la maladie changea entièrement; le fièvre bilieuse automnale ordinaire lui succéda et fut très meurtrière (5). »

Au rapport du docteur Davidson, dans l'épidémie de la Nouvelle Orléans, en 1819, « la fièvre jaune changea de type et perdit de sa malignité après le commencement du temps frais qui eut lieu vers le 8 octobre, et elle revêtit davantage la forme rémittente et intermittente... Dans ces cas, le quinquina et les autres toniques furent employés avec succès (1). »

En novembre 1820, le rapporteur de votre commission vit la fièvre jaune qui sévissait alors à Savannah, dans l'état de la Géorgie, sous le type continu, revêtir les types rémittent et même intermittent dès les premiers froids. Tous les médecins de cette ville furent témoins de ce fait (2).

Nous pourrions citer ici des milliers d'exemples de ces transformations de types au déclin des épidémies de fièvre jaune, si les bornes d'un rapport le permettaient. Nous dirons seulement qu'après avoir observé les épidémies de cette maladie dans le midi de l'Espagne, en 1800, 1801, 1803 et 1804, le docteur Arejula s'exprimait ainsi qu'il suit sur le point dont il s'agit :

« La terminaison de notre fièvre rémittente en intermittente, comme cela avait lieu chez quelques sujets, tout à fait au déclin de l'épidémie, était un présage que la maladie allait se terminer... C'est là une règle qui ne manque jamais; *y es una regla que no falta jamas* (3). » Il est bon de dire que c'est ainsi que ce médecin classe leur fièvre jaune. Après en avoir exposé les symptômes avec détails, il ajoute : « C'est pourquoi elle mérite sans doute le nom de fièvre rémittente; *por lo que merece sin duda el nombre de calentura remitente* (4). »

La conversion de types dans les fièvres d'origine paludéenne, et par conséquent dans la fièvre jaune est un fait connu depuis longtemps, et qui a été signalé par une foule d'observateurs, particulièrement par les médecins qui ont exercé dans le midi de l'Europe, dans le sud des Etats-Unis d'Amérique, dans les régions équinoxiales des deux continens, et récemment dans le nord de l'Afrique. Ces fièvres se présentent d'abord sous la forme d'intermittentes simples; plus tard, elles montrent plus de gravité, prennent dans certains cas un caractère pernicieux et offrent dans d'autres un type rémittent. Enfin lorsque l'épidémie est parvenue à son *summum* d'intensité; lorsque le *malaria* est dans toute sa force, elles revêtent fréquemment le type continu. Puis à mesure que la saison avance et que la température s'abaisse, la maladie suit une marche rétrograde, elle va en s'atténuant peu à peu et finit par revenir à son type primitif et disparaître à peu près complètement dans la saison froide.

Eh bien! peut-on dire que ces trois types, intermittent, rémittent et continu « reconnaissent chacun une cause particulière? » Non certainement; ils ne reconnaissent qu'une seule et même cause, le *malaria*; mais dans différens degrés de concentration, ainsi que l'indiquent les diverses phases par lesquelles passe la pyréxie durant le cours de l'épidémie.

On vous a dit que « la fièvre jaune est une maladie essentiellement continue. » Si la chose est ainsi, comment se fait-il que beaucoup de médecins, qui l'ont observée sur différens points du globe, l'aient désignée sous les noms de *fièvre jaune rémittente*, de *fièvre rémittente bilieuse*,

(1) Cette lecture eut lieu dans les séances du 16 novembre, du 1er et du 10 décembre 1839.

(2) MÉMOIRE SUR LA FIÈVRE JAUNE QUI RÉGNA EN 1810 ET 1811 DANS QUELQUES POINTS DES ILES CANARIES, ET PRINCIPALEMENT A STE CROIX DE TÉNÉRIFFE, p. 29.

(3) Même ouvrage, p. 8 et 28.

(4) TRAITÉ DE LA FIÈVRE JAUNE, traduit par Aulagnier, p. 25.

(5) ... After this rain, the type of the disease was wholly changed. The common bilious autumnal fever succeded, and was considerably mortal. (BROWN'S TREATISE ON THE NATURE, ORIGINE AND PROCESS OF THE YELLOW FEVER AT BOSTON, in 1798, p. 26.

(1) It assumed more of the remitting and intermitting form of fever... In these cases bark and other tonics were used with benefit. (Memoire lu à la Société physico-médicale de la Nouvelle-Orléans, le 8 février 1820.)

(2) Voir THE REPORT TO THE CITY COUNCIL OF SAVANNAH ON THE EPIDEMIC DISEASE OF 1820, by William R. Waring, p. 8.

(3) BREVE DESCRIPCION DE LA FIEBRE AMARILLA, etc., p. 227.

(4) Même ouvrage, p. 139

hospices, qui interdisait toute autopsie non autorisée formellement par la famille du mort, et qui avait motivé la démission de M. Orfila. On sait que le préfet de la Seine avait provisoirement suspendu l'exécution de cet arrêté, en attendant la décision du ministre. Le ministre, en ayant délibéré, reconnut explicitement, dans une lettre adressée au conseil, le droit et la nécessité scientifique de faire ouvrir les cadavres. Il déclarait ne pas approuver l'arrêté du conseil, avec invitation d'en présenter un autre. Cependant il ajoutait que, dans le cas de réclamation des parens, les sujets ne pourraient être ouverts, à moins que l'autopsie ne fût nécessitée par un *intérêt public*. En rédigeant le nouveau réglement, le conseil des hospices interpréta cette clause restrictive dans un sens si étroit, qu'elle équivalait à peu près à l'interdiction absolue ordonnée par son premier arrêté. Ainsi, on voulait que l'autopsie des *cadavres réclamés* ne fût faite que sur ordre direct du procureur du roi ou du préfet de police, ou lorsque les chefs de service soupçonneraient une cause de mort violente. C'était, comme on voit, interdire le droit d'autopsie pour le simple *intérêt scientifique*. Une nouvelle lutte s'engagea. Elle fut vive, et cette fois encore le membre du conseil chargé de la partie médicale succomba. Mais il s'adressa sur-le-champ au ministre, qui, en renvoyant le réglement à l'administration des hospices, lui donnait son approbation, à condition cependant qu'il serait ajouté aux cas déjà définis où l'ouverture des sujets est permise malgré la réclamation des familles, celui où elle serait exigée par un *intérêt scientifique* grave. Ainsi modifié, cet article du réglement sera soumis d'abord à la commission qui a traité l'affaire jusqu'à présent, puis au conseil. Qu'en adviendra-t-il? C'est ce qu'on ne peut guère prévoir. On assure que deux des trois membres de la commission s'opposeront à la rectification demandée par le ministre; de nouveaux débats vont s'ouvrir; ils ne seront sans doute pas moins animés que les précédens. Mais nous aimons à espérer que, grâce à l'intervention de M. Orfila, qui a, dans cette question, si dignement soutenu les intérêts de la science, qui sont aussi en définitive ceux de l'humanité, le conseil le ministre reculeront devant une mesure inspirée par des sentimens respectables sans doute, mais peu d'accord avec l'esprit de notre temps, et dont la stricte exécution porterait un coup mortel aux études médicales.

Avant de quitter l'administration des hospices, nous devons signaler une de ses décisions récentes, plus satisfaisante de tout point que celle des autopsies. On se souvient peut-être que M. Seguin, jeune philantrope, qui s'est voué à l'éducation et à l'instruction des enfans frappés d'idiotie, avait proposé de soumettre à sa méthode un certain nombre de sujets tirés des hôpitaux. Le conseil des hospices, sur le rapport de M. Orfila, accueillit sa demande. On lui confia douze enfans, âgés de huit à seize ans, logés à l'hospice des Incurables, dont l'état d'idiotie réputé incurable fut constaté. Aucun ne savait ni lire, ni écrire; plusieurs balbutiaient à peine quelques mots, d'autres n'émettaient que des sons inarticulés; quelques-uns étaient épileptiques, trois ou quatre avaient des mouvemens convulsifs continuels. Après une année de soins, M. Seguin a présenté ces enfans à une commission, composée de MM. Fouché, Halpher et Orfila. Il a été reconnu que tous savaient lire, qu'un certain nombre savaient écrire en copiant; que presque tous parlaient distinctement et que leur réponses étaient justes; quelques-uns pouvaient faire l'addition, la soustraction et même la multiplication. Physiquement ils avaient également beaucoup gagné, de sorte que ces enfans

de *fièvre rémittente maligne*, etc., etc? Comment se fait-il qu'une foule d'hommes éclairés et d'observateurs distingués aient signalé des rémissions et même des intermissions dans une maladie qui serait essentiellement continue?

En Espagne, où la fièvre jaune est généralement regardée comme une maladie *sui generis*, beaucoup de médecins assurent néanmoins avoir observé des rémissions bien marquées. Tels sont entre autres les docteurs Arejula, Florès, Gonzalez, Balmis, Velasquez, Sarravia, Lafuente, Genebriera, Mellado, Mociño, Lagasca, Mendoza et Arruti.

Arejula et Balmis considèrent la fièvre jaune du midi de la Péninsule comme une fièvre rémittente. Suivant Lagasca, « elle a la plus grande analogie avec les fièvres intermittentes pernicieuses (1); » et d'après Arruti elle offre un caractère analogue à celui des fièvres intermittentes, présentant des intervalles presque d'apyrexie; *presentando ciertos ratos casi de apirexia* (2). Les officiers de santé en chef de l'armée française en Espagne écrivaient au ministre de l'intérieur, le 9 février 1812, en parlant de la fièvre jaune qui venait de ravager le royaume de Murcie: « qu'elle avait adopté le type rémittent ou intermittent propre aux maladies endémiques du pays (3). »

Enfin, la fièvre jaune que notre collègue M. Bally éprouva à Barcelone, en 1821, présenta des rémissions caractérisées (4), et M. Audouard cite des faits analogues observés dans la même épidémie (5).

Presque tous les médecins des Etats-Unis de l'Amérique du Nord ne regardent la fièvre jaune qui règne dans ce pays que comme le *maximum* des fièvres rémittentes bilieuses automnales de ces contrées, et ils admettent qu'elle peut se présenter dans certains cas sous le type rémittent et même sous le type intermittent; les médecins anglais qui exercent dans les Antilles professent généralement la même opinion sur la nature de la fièvre jaune qui se montre si souvent dans ces îles.

Nous nous bornons à énoncer ces faits sans chercher à les prouver; cela nous mènerait beaucoup trop loin; mais nous tenons à faire voir que bon nombre de médecins français ont observé des rémissions dans la fièvre jaune des régions équinoxiales, c'est-à-dire dans les lieux où cette maladie atteint son plus haut degré d'intensité et se présente plus particulièrement sous le type continu.

(*La suite à un prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

NOTE SUR LE TRAITEMENT DES FRACTURES COMMINUTIVES, PAR SUITE DE COUPS DE FEU, OCCUPANT LE QUART SUPÉRIEUR DU FÉMUR; par le docteur OLLAGNIER, chirurgien militaire.

Il est généralement reconnu aujourd'hui que les fractures comminutives par suite de coups de feu réclament l'amputation du membre lorsque l'étendue des désordres ne permet pas de s'en tenir à la résection des fragmens. Cette pratique a été sanctionnée par l'expérience des chirurgiens qui ont exercé, soit aux ambulances actives, soit dans les grands hôpitaux. Mais lorsqu'on réfléchit au peu de succès que présente la désarticulation de la cuisse, on se demande si cette thérapeutique est applicable aux fractures comminutives du quart supérieur du fémur. Plusieurs chirurgiens, effrayés avec raison des dangers de cette opération, ont même préféré, quelle que fût l'étendue des désordres des parties osseuses, abandonner la guérison aux ressources de la nature. Sans prétendre que cette conduite doive être toujours imitée, il faut avouer néanmoins qu'elle a été quelquefois suivie de succès.

Parmi les fractures de ce genre qui se sont présentées depuis une douzaine d'années, et qu'on a traitées avec ou sans opération, je citerai les cas suivans; on pourrait en trouver un plus grand nombre dans les archives de la science, mais ils ne donneraient pas plus de valeur aux propositions que je cherche à établir.

Un chirurgien-major de l'armée du Nord, M. Létulle, a amputé dans l'articulation coxo-fémorale un blessé, qui a succombé après dix-huit jours de traitement.

M. Huttin n'a pas été plus heureux dans deux opérations semblables qu'il a pratiquées devant Constantine. Je me rappelle qu'un nouveau cas de fracture du quart supérieur du fémur s'étant offert dans son service à l'hôpital de Bône, en 1837, il a préféré tout attendre des efforts de l'organisme. Cette amputation a échoué une fois entre les mains de M. Fenin, ordinairement si heureux dans sa pratique. M. Baudens a réussi auprès d'un blessé qu'il n'a pas été amputé immédiatement, et qui a guéri après avoir donné les plus grandes inquiétudes.

Il y a quelques mois, un chirurgien d'ambulance a cru devoir en venir à cette dernière ressource pour un cas de fracture du fémur dans lequel la balle avait enlevé une des parties latérales du col et ouvert l'articulation coxo-fémorale. L'opérateur ayant trouvé que les parties molles antérieures avaient été trop dilacérées, pour concourir à la formation du lambeau, l'a taillé aux dépens des parties postérieures de la cuisse. Le résultat a été malheureux, le malade a succombé trois jours après l'opération. Un huitième cas de fracture comminutive par suite de coup de feu, s'est présenté à l'hôpital de Mustapha; mais les accidens inflammatoires ont marché avec trop de rapidité pour permettre de tenter l'ablation du membre. Je donnerai plus bas cette observation, intéressante sous le point de vue du diagnostic, ainsi que celles de deux autres blessés qui ont guéri en conservant leur extrémité inférieure.

Je ne parle pas du succès obtenu par M. Sédillot, ne voulant traiter ici que des fractures comminutives, par suite de plaies d'armes à feu. On voit que sur dix cas de ce genre, l'opération a été pratiquée six fois, et n'a réussi qu'une seule; tandis que dans les quatre autres cas, on s'en est tenu à la réduction de la fracture; et deux fois cette méthode conservatrice a été couronnée de succès.

Je crois ces deux dernières observations assez intéressantes pour mériter d'être publiées avec quelques détails. J'ai recueilli la première dans le service de M. Pointis, ex-chirurgien en chef de l'hôpital de Bougie. La seconde m'a été communiquée par M. Rietschell, alors chirurgien en chef de l'hôpital de Douéra.

(1) JOURN. GÉNÉR. DE MÉDECINE, etc., t. LXIX, p. 412.

(2) TRATADO DE LA FIEBRE AMARILLA QUE HA REYNADO (EN 1823) EN LA BANDA DE SAN JUAN DE LA VILLA DE PASSAGE, p. 33.

(3) Voir DU TYPHUS D'AMÉRIQUE, par M. Bally, p. 95.

(4) Voir l'observation de sa maladie dans l'HISTOIRE MÉDICALE DE LA FIÈVRE JAUNE, etc., p. 195.

(5) RELATION HISTORIQUE ET MÉDICALE, etc., p. 67 et 276.

---

qui n'étaient qu'un embarras pour la maison, lui rendent aujourd'hui des services. Le conseil, considérant ces résultats, a décidé que M. Seguin, qui jusque-là n'avait été qu'autorisé à faire des essais, aurait la mission expresse de les continuer sur une plus grande échelle, et serait dans cette vue logé, nourri et indemnisé par l'administration. Un crédit spécial sera demandé pour cet objet au conseil général du département. Nous ne doutons pas, et nous souhaitons que le conseil s'associe à une œuvre de si grand intérêt.

Pendant qu'elle encourage ainsi les tentatives thérapeutiques sur les jeunes idiots, l'administration des hospices serait, d'après certains bruits, moins bien disposée à l'égard des fous adultes. Elle aurait, dit-on, ordonné une enquête au sujet des moyens employés dans quelques maisons d'aliénés pour le traitement moral de la folie. On sait que parmi ces moyens figurent la musique et des spectacles. On a probablement fort exagéré les inconvéniens ou même les abus qui seraient résultés de ces essais. Nous ne connaissons aucun fait positif à l'appui des réclamations qui ont couru dans le public. Il n'y a donc pas lieu de croire que l'enquête dont il s'agit ait un but hostile. Elle n'a pas pour but de constater des faits présumés répréhensibles, mais seulement d'éclairer officiellement l'administration sur ce qui se pratique dans des hôpitaux confiés à sa surveillance. Il serait à regretter que les essais de traitement moral, reconnus de tout temps comme si efficaces, ne pussent être poursuivis avec l'extension que des hommes assurément fort habiles leur ont donnée dans ces derniers temps, uniquement parce que certains inconvéniens, connus ou à connaître, en seraient la suite. Mais nous le répétons, il n'y a rien de bien sérieux dans tout cela.

Ce qui est plus sérieux, et sérieux à en frémir, c'est le danger où se trouve au moment où nous parlons notre savante Académie de médecine. Tout le monde sait qu'elle est fort mal logée, mais on ne sait pas qu'elle est à la veille de n'être pas logée du tout. Depuis des années, tous ses efforts pour obtenir du domaine un local tout fait ou de l'état des fonds pour en construire un ont été vains. Son bail expire dans neuf mois. Si à cette époque son féroce propriétaire juge à propos de lui faire vider les lieux, la voilà littéralement sur le pavé. Ira-t-elle, comme les anciens sages, se réunir dans le jardin d'Académus au Luxembourg ou au Tuileries? Sous la latitude de Paris cette méthode est impraticable. Hâtons-nous de rassurer le public. L'Académie, suivant toute apparence, obtiendra des chambres prochaines, par l'intermédiaire du M. le ministre de l'instruction publique, une somme suffisante pour acquérir un hôtel digne d'elle, si elle ne préfère acheter celui de la rue de Poitiers, dont elle n'occupe qu'une partie, et où elle pourrait se faire une meilleure place. Nous saisissons cette occasion d'avertir les futurs architectes de la salle des séances que nous y sommes, nous journalistes, très mal à l'aise, et nous les prions d'y aviser.

Voici encore une bonne nouvelle pour l'Académie. La prochaine élection devant avoir lieu dans la section de physique et de chimie médicales, on a assuré que M. Dumas se mettrait probablement sur les rangs. Cette candidature ne provoquerait probablement pas de grands débats.

On annonce la création d'une ou de deux chaires à la Faculté de Strasbourg. Il n'y a de certain que la chaire de médecine opératoire. Les fonds en seront demandés au budget. Quant à l'autre chaire, soit de pathologie générale, soit de clinique interne, il n'y a rien de décidé, pour cette année du moins.

Obs. I. — M. B...., capitaine au 59e de ligne, reçut au débarquement de Bougie, le 29 septembre 1833, une balle tirée presqu'à bout portant, qui, après avoir traversé la cuisse gauche et fracassé le fémur au niveau du grand trochanter, fut se loger dans la cuisse droite. Cet officier avait 43 ans, il était d'une bonne constitution et n'avait jamais éprouvé d'affections vénériennes. Une nombreuse réunion de chirurgiens eut lieu, et le résultat de la consultation fut que la désarticulation coxo-fémorale étant aussi grave que les suites d'une pareille lésion il valait tout autant l'abandonner aux ressources de la nature. Le membre fut donc placé dans un appareil modérément serré, afin de ne pas gêner le développement de l'inflammation, et l'on prescrivit des évacuations sanguines pour modérer la violence de la fièvre traumatique. Le quatrième jour, l'appareil fut levé, et l'on reconnut auprès de la plaie d'entrée la présence d'une collection purulente située profondément. On pratiqua un large débridement qui donna issue au liquide et permit de faire l'extraction de nombreuses esquilles. Cette plaie fut recouverte d'un pansement simple, et le membre, placé de nouveau dans un bandage de Scultet, fut maintenu au moyen de fanons de paille. Pendant les trois premières semaines, on eut à combattre des accidens inflammatoires généraux et locaux. Bientôt la fièvre devint moins forte; une diarrhée lui succéda; on parvint à s'en rendre maître. La plaie, qui de temps en temps donnait issue à des esquilles et à une suppuration abondante mais de bonne nature, n'était pansée que le plus rarement possible.

Après trois mois de traitement, la consolidation commença à s'établir, et vers la fin du cinquième mois elle était parfaite. Les mouvemens de flexion de la jambe pouvaient s'exécuter, mais l'ankylose s'était emparée de l'articulation coxo-fémorale. La cuisse repoussée en dehors par le coussinet et le fanon internes était arquée en ce sens, et il était facile de constater que la consolidation s'était effectuée au moyen d'une esquille intermédiaire, longue de 3 pouces environ, soudée, d'une part, avec le fragment supérieur; de l'autre, avec le fragment inférieur de l'os.

Dans le courant de mars, le capitaine B.... se promenait avec des béquilles, malgré un raccourcissement assez prononcé du membre, et il ne tarda pas à s'embarquer pour rentrer dans ses foyers.

Obs. II. — Le nommé Blanc, cavalier au premier régiment de chasseurs d'Afrique, est entré à l'hôpital de Douéra le 7 septembre 1836. Il avait reçu le même jour une balle qui avait fracturé le fémur au niveau du grand trochanter. L'exploration, à l'aide du doigt introduit dans la plaie, permettait de constater la fracture, ainsi que la présence de petites esquilles. Des mouvemens de rotation imprimés à la totalité du membre faisaient sentir de la crépitation dans la partie supérieure de la cuisse. Le pied était couché sur son bord externe.

Cette fracture si fâcheuse par sa position était simple en elle-même, et malgré l'avis de plusieurs chirurgiens qui proposaient l'amputation, le membre fut placé dans l'appareil de Desault. Il ne survint aucun accident. Vers le premier octobre, la balle parut dans le scrotum; elle était comme enkystée dans les lames du tissu cellulaire, qui ne présentait aucune trace de suppuration. On la retira par une ouverture faite avec le bistouri. La tuméfaction céda dans le courant de ce mois, et l'on put sentir l'extrémité du fragment supérieur saillant en avant. La consolidation avait commencée; le pied et le genou gardaient leur rectitude; le pli de l'aine étant douloureux et excorié, je retirai dans les premiers jours de novembre l'attelle externe, dont la pression avait déterminé une fusée de pus le long de la partie correspondante du membre. Dans le courant de janvier, une nouvelle collection purulente se forme; l'ouverture en est pratiquée le 28 du même mois, et elle donne issue à une grande quantité de liquide de bonne nature, dont l'abondance diminue vers les premiers jours de février. Il n'est point sorti d'esquilles. Le doigt introduit dans la plaie ne sent aucun corps étranger. L'extrémité du fragment supérieur qui faisait saillie en avant s'est arrondie; la cuisse est légèrement courbée en arrière; il n'existe aucun autre déplacement. Le grand trochanter et le pied ont conservé leur position. La consolidation semble parfaite, et vers la fin de février tous les mouvemens du membre sont recouvrés.

Blanc n'a éprouvé aucun accident interne pendant cette longue et abondante suppuration. Il est pâle et amaigri; j'ai toujours pu lui donner des alimens.

Il a été évacué sur Alger en mars 1837. Il se promenait en s'appuyant sur des béquilles.

La plaie d'entrée était fermée depuis longtemps; celle que j'avais faite pour donner issue au pus l'était également. J'ai appris que ce blessé avait été, dans une contre-visite, proposé pour les invalides.

Ces deux observations prouvent que la désarticulation de la cuisse n'est pas indispensable à la conservation d'un blessé atteint, par suite de coups de feu, d'une fracture comminutive du quart supérieur du fémur. On pourrait probablement s'appuyer sur plusieurs autres exemples de ce genre pour renoncer à une pareille mutilation, lorsque les vaisseaux et les nerfs principaux du membre n'ont pas été intéressés, et que les parties molles n'ont pas été assez dilacérées, pour faire craindre le développement de la gangrène. Un de mes collègues, M. le docteur E. Collin, m'a dit avoir été témoin de deux guérisons semblables, obtenues en 1836, à l'hôpital d'Oran, sur des blessés de la Tafna. Ces observations n'ayant pas été recueillies, je regrette de ne pouvoir les produire : elles ajouteraient un grand poids à la proposition que je viens d'avancer.

Il est une autre opération qui me paraît offrir plus de chances de succès que l'extirpation de la cuisse, et qui n'a pas été souvent pratiquée, moins peut-être à cause de la difficulté qu'elle présente que parce qu'elle laisse des doutes sur le rétablissement des fonctions du membre. Je veux parler de la résection du fémur au-dessous du grand trochanter. Elle ne demande qu'une simple incision suivant la direction des muscles de la hanche, et conserve à l'économie un membre, dont l'ablation apporte les plus grands troubles dans les fonctions de l'innervation et de la nutrition. On l'exécute assez facilement sur le cadavre, d'après le procédé de White, indiqué dans le manuel opératoire de M. le professeur Velpeau.

Le malade est couché sur le côté sain : une incision qui s'étend depuis le milieu de l'espace compris entre l'épine iliaque antéro supérieure et le grand trochanter, jusqu'à quatre travers de doigt au dessous de cette éminence, met largement à nu l'articulation et la portion d'os à enlever. Après avoir divisé le moyen et le petit fessiers, ainsi que la portion du vaste externe qui se fixe au-dessous du grand trochanter, on débride transversalement, à la direction de ses fibres, l'aponévrose *fascia lata*, qui par sa tension gênerait les manœuvres du couteau. On coupe les attaches musculaires qui se fixent à l'éminence et à la cavité trochantérienne. On isole la tête de l'os des parties environnantes; puis on ouvre l'articulation avec précaution, dans la plus grande étendue possible. La luxation en haut et en dehors est alors praticable; il suffit, pour la déterminer, de passer un bras au-dessous de la partie supérieure et interne de la cuisse, et de ramener en même temps le genou avec force en avant et en dedans. On divise le ligament rond, le reste de la capsule, et à l'aide d'une scie quelconque on termine l'opération.

Mais ce n'est pas ainsi qu'on agirait à la suite d'une fracture. Je crois qu'après avoir mis à nu, par l'incision préliminaire, l'articulation ainsi que le siége du mal, ce qu'on aurait de mieux à faire ce serait d'enlever d'abord les esquilles, de réséquer ensuite le fragment inférieur, puis terminer par l'ablation du bout supérieur. Pour cela, il suffirait de diviser les parties molles qui y adhèrent, en disséquant de son extrémité libre vers l'articulation, et d'ouvrir enfin la capsule, comme cela se fait pour la résection du col de l'humérus.

Cette incision sur les parties latérales de la hanche, prolongée seulement jusqu'au grand trochanter, me paraît offrir un bon moyen de diagnostic pour les cas où il est impossible d'apprécier par les signes connus la longueur du fragment supérieur. On comprend, en effet, qu'il est important de savoir si la fracture existe au dessous ou bien au dessus du grand trochanter; car, dans le premier cas, si elle est de nature à réclamer l'amputation, il suffit de la pratiquer dans la continuité; tandis que dans le second cas, la gaîne ligamenteuse et le périoste peuvent être déchirés, et le col ainsi que la tête de l'os ne recevant plus une nutrition suffisante à la consolidation, deviennent des corps inertes qu'il est plus avantageux d'enlever. L'incision dirigée avec la précaution nécessaire pour ne pas intéresser la capsule permet d'explorer avec facilité le col du fémur et d'apprécier l'étendue des désordres. Si l'on croyait pouvoir s'en tenir à la résection, l'incision serait prolongée jusqu'au point indiqué ci-dessus. Si la lésion indiquait la désarticulation de la cuisse, on l'exécuterait d'après le procédé préconisé par M. Baudens, en faisant pénétrer le couteau par cette incision, ce qui ne nuirait en rien au résultat. Si enfin on croyait pouvoir conserver la partie supérieure du fémur, cette plaie ne serait qu'une complication de peu d'importance, et l'on s'en tiendrait à l'amputation dans la continuité, opération qui a eu, en Afrique comme partout ailleurs, bien plus de succès que la désarticulation.

Voici un cas dans lequel il n'a pas été possible de déterminer la longueur du fragment supérieur.

Obs. III. — Un soldat, blessé par imprudence, entre à l'hôpital de Mustapha, cinq heures après l'accident. Il est atteint d'une fracture comminutive du quart supérieur du fémur par suite d'un coup de feu. Le chirurgien traitant croit pouvoir, sans danger, différer l'opération jusqu'au jour suivant. Il se contente de débrider la plaie et de placer le membre dans un bandage contentif.

Le lendemain, appelé avec plusieurs de mes confrères pour donner mon avis sur le traitement à employer, je constate les désordres suivans : la plaie d'entrée est située à quatre travers de doigt du pli de l'aine, un peu en dehors du trajet des vaisseaux. L'exploration avec le doigt fait reconnaître une fracture comminutive, avec dilacération des chairs par de nombreuses esquilles; le membre est considérablement tuméfié, et les mouvemens imprimés sont très douloureux. Le gonflement inflammatoire, la position du fragment supérieur, empêchent de sentir le grand trochanter, de sorte qu'au milieu des esquilles plus ou moins longues, il est impossible de savoir si la fracture existe au dessus ou au-dessous de cette éminence. On remarque en outre une odeur particulière que plusieurs attribuent à la décomposition du sang contenu dans les pièces d'appareil. M. J. Cloquet se trouvait alors à Alger. On désira s'éclairer de ses conseils, et on le pria d'assister à une consultation qui aurait lieu dans la journée. M. Cloquet voulut bien se rendre à cette invitation, et il fit à ce sujet, devant une nombreuse réunion d'officiers de santé militaires, une leçon de clinique écoutée avec le plus grand intérêt par tout le monde, mais surtout par ses anciens élèves, heureux d'entendre sur cette plage éloignée, la parole féconde du savant professeur. M. Cloquet, après avoir attentivement examiné le malade, trouva que l'opération ne présentait plus assez de chances de guérison. Depuis le matin, la gangrène s'était développée dans la plaie, et la fièvre de résorption se manifestait par des symptômes évidens. Il ajouta même que le malade serait mort le lendemain, ce qui eut lieu comme il l'avait prédit.

L'autopsie fit reconnaître que la fracture existait au dessous du grand trochanter, de sorte qu'on aurait pu s'en tenir à l'amputation dans la continuité, si au lieu de délibérer si longtemps, on avait procédé la veille à l'opération. Effectivement, dans une leçon qu'il fit en Afrique, pendant son inspection médicale à l'hôpital du Dey, le baron Larrey, que nous écoutions alors pour la dernière fois, nous disait avec cette vieille expérience, acquise sur tant de champs de bataille, et par l'observation de tant de faits que ces opérations n'offrent jamais plus de chances de succès, que lorsqu'elles sont pratiquées immédiatement après l'accident.

De tout ce qui précède, on peut conclure :

1° Que les fractures comminutives du quart supérieur du fémur, occasionnées par la balle, ne sont pas toujours mortelles, lorsqu'on cherche à conserver le membre;

2° Que cette dernière méthode compte depuis une douzaine d'années plus de succès que la désarticulation de la cuisse;

3° Que la résection de la partie supérieure du fémur est facilement praticable lorsque l'os est brisé;

4° Que quelquefois dans ces fractures, il est impossible de déterminer la longueur du fragment supérieur, ainsi que la nature et la gravité des désordres qui existent du côté du col; qu'alors on peut éclairer le diagnostic, en pratiquant une incision de trois pouces sur les parties latérales de la hanche.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS HEBDOMADAIRES.

(Suite.)

II. LONDON MEDICAL GAZETTE.

DES DIMENSIONS NORMALES DU CŒUR CHEZ L'ADULTE; par le docteur RANKING.

Il n'est pas toujours facile de décider à l'inspection si le cœur est à l'état normal ou s'il a un léger degré d'hypertrophie ou d'atrophie, et les recherches de MM. Bouillaud et Bigot n'ont pas fait disparaître tous les doutes sur ce point. Celles qu'expose ici l'auteur de cette communication, et que nous allons faire connaître, bien que reposant sur un plus grand nombre d'expériences, sont loin pourtant d'offrir une base aussi solide qu'on pourrait le désirer, les mesures n'ayant été prises que sur 25 cas pour l'homme et sur 17 pour la femme. Mais ces 32 cas eux-mêmes paraissent avoir été choisis sur plus de 100, dans lesquels le cœur avait été mesuré exactement, mais dont on rejeta tous ceux où il y avait la moindre trace d'altération organique, ou dont les sujets avaient offert pendant la vie quelques troubles dans les fonctions du cœur.

Voici la manière dont l'auteur dit avoir prisses mesures. Le cœur étant vidé avec soin et la graisse superflue enlevée, on prenait la circonférence à la base, qui est la portie la plus épaisse. La longueur de l'organe répond à une ligne s'étendant du point où l'aorte sort de la base à un autre point, sur une surface perpendiculaire à la pointe de l'organe. L'épaisseur des parois ventriculaires a été prise à un pouce environ de l'origine des vaisseaux, le seul point où il n'existe pas de colonnes charnues. L'épaisseur du septum était prise au centre de cette cloison. La circonférence des orifices aortiques et pulmonaires était prise en étendant ces vaisseaux sur une table, après les avoir séparés des parties voisines, et sur une ligne correspondant à l'attache des valvules semi-lunaires. L'épaisseur des oreillettes n'a pu être mesurée, tant elle offre de variations sur chaque point on on l'examine. De même encore on n'a pas déterminé la capacité des différentes cavités du cœur, par l'impossibilité de le faire avec quelque exactitude.

Les cœurs qui ont fourni ces mesures avaient tous appartenu à des adultes de l'âge de 25 ans à 65; en moyenne 39 ans pour les hommes et 34 pour les femmes. Aucun de ces sujets ne s'éloignait, pour la taille, de celle qui est la plus commune.

CIRCONFÉRENCE DU CŒUR. — Sa moyenne a été, sur les 15 cœurs d'hommes, de 9 pouces 27/48; le maximum étant 11 pouces 18/48, et le minimum 8 pouces 16/48. Sur les 17 cœurs de femmes, la moyenne a été de 8 pouces 13/48, le maximum étant 10 pouces 24/48, et le minimum 7 pouces 21/48. Suivant M. Bouillaud, la moyenne est, pour les deux sexes, de 8 pouces 3/4.

LONGUEUR DU CŒUR. — La moyenne a été, chez l'homme, de 4 pouces 16/48, le maximum étant 4 pouces 36/48, et le minimum 3 pouces 40/48. Chez la femme, la moyenne était de 3 pouces 24/48, maximum 4 pouces 21/48, minimum 3 pouces 12/48. M. Bouillaud donne comme moyenne, pour les deux sexes, 3 pouces 10/48; Meckel la porte à 4 pouces.

ÉPAISSEUR DU VENTRICULE GAUCHE. — La moyenne, chez l'homme, est de 23/48 de pouce (maximum 33/48, minimum 21/48); chez la femme, la moyenne est 23/48 (maximum 30/48, minimum 15/48). M. Bouillaud donne, pour cette mesure, la moyenne 30/48, ce qui paraît trop fort, même pour l'homme. M. Bigot, de son côté, donne des mesures inférieures à celles de l'auteur anglais (16/48 de pouce), différences qui ne peuvent être expliquées qu'en supposant que les mêmes points n'ont pas été mesurés.

ÉPAISSEUR DU VENTRICULE DROIT. — Moyenne chez l'homme : 8/48 de pouce (maximum 11/48, minimum, 6/48); chez la femme, moyenne 6/48 (maximum 9/48, minimum 5/48). M. Bouillaud donne à cette épaisseur 10/48, chez les deux sexes; les résultats de M. Bigot se rapprochent davantage de ceux de l'auteur anglais 8/48 de pouce chez l'homme, et 6/48 chez la femme.

ÉPAISSEUR DE LA CLOISON INTERVENTRICULAIRE. — Chez l'homme, la moyenne est de 22/48 de pouce (maximum 31/48, minimum 17/48); chez la femme, la moyenne est 6/48 (maximum 27/48, minimum 13/48). Meckel et M. Bouillaud donnent à cette cloison 44/48; les mesures de M. Bigot se rapprochent assez de celles du docteur Ranking.

DIMENSIONS DE L'ORIFICE AORTIQUE. — La moyenne est, chez l'homme, de 2 pouces 31/48 (maximum 3 pouces 22/48, minimum 2 pouces 14/48); chez la femme, la moyenne est de 2 pouces 22/48 (maximum 2 pouces 44/48, minimum 2 pouces 6/48). M. Bouillaud donne à cet orifice 2 pouces 24/48, tandis que M. Bigot lui donne 3 pouces 3/4 chez l'homme, et 3 pouces 1/8 chez la femme.

CIRCONFÉRENCE DE L'ARTÈRE PULMONAIRE. — Près de son origine, et chez l'homme, la moyenne est de 2 pouces 34/48 (maximum 3 pouces 12/48, minimum 2 pouces 23/48); chez la femme, elle est de 2 pouces 24/48, (maximum 3 pouces 12/48, minimum 2 pouces 12/48). M. Bouillaud donne à cet orifice 2 pouces 28/48, tandis que M. Bigot lui donne 4 pouces 6 lignes chez l'homme, et 4 pouces chez la femme, dimension que l'auteur anglais dit n'avoir jamais rencontrée dans aucun cœur.

CIRCONFÉRENCE DE L'ORIFICE AURICULO-VENTRICULAIRE DROIT. — La moyenne est, chez l'homme, de 4 pouces 35/48 (maximum 5 pouces 36/48, minimum 4 pouces 8/48); chez la femme, elle est de 4 pouces 8/48 (maximum 5 pouces 8/48, minimum 3 pouces 18/48).

CIRCONFÉRENCE DE L'ORIFICE AURICULO-VENTRICULAIRE GAUCHE. — La moyenne est, chez l'homme, de 3 pouces 45/48 (maximum 4 pouces 24/48, minimum 3 pouces 13/48); chez la femme, elle est de 3 pouces 22/48 (maximum 4 pouces 18/48, minimum 2 pouces 36/48). M. Bouillaud donne à la circonférence de cet orifice 3 pouces 10 lignes.

Voici quelques conclusions générales qu'on peut tirer de la comparaison de ces mesures.

1° Le cœur de l'homme est plus gros, sous tous les rapports, que celui de la femme.

2° La longueur du cœur normal doit être, à sa circonférence, un peu au-dessous de ce que 1 : 2.

3° L'épaisseur des parois du ventricule droit est à celle du ventricule gauche à peu près comme 1 : 3; suivant Laennec, elle est comme 1 : 2; d'après M. Cruveilhier, comme 1 : 4; et Sœmmering, comme 1 : 3.

4° L'artère pulmonaire est un peu plus grosse que l'aorte.

5° L'orifice auriculo-ventriculaire droit est beaucoup plus large que le gauche, la différence s'élevant à près d'un pouce chez les deux sexes.

L'auteur termine son mémoire par l'indication des mesures qu'il a trouvées pour les différentes parties du cœur dans des altérations de diverse nature de cet organe; mais comme on ne peut rien établir de fixe à cet égard, nous ne reproduirons pas ces chiffres. Nous nous bornerons à dire, en opposition à l'opinion généralement reçue sur l'atrophie du cœur chez les sujets qui meurent phthisiques, que sur 7 malades de ce genre (4 hommes et 3 femmes), dont il a mesuré exactement le cœur, il n'a observé chez aucun que cet organe fût au-dessous, pour le volume, du minimum qu'il a trouvé chez chaque sexe.

DU TRACHINO SPIRALIS; CONDITIONS DANS LESQUELLES IL A ÉTÉ OBSERVÉ JUSQU'ICI; par le docteur WATSON.

Ce parasite de l'homme ayant été surtout observé en Angleterre, nous croyons devoir reproduire ce qu'en dit le docteur Watson dans ses LEÇONS DE MÉDECINE.

Ce parasite microscopique qui se trouve quelquefois par myriades dans les muscles du corps humain a été décrit pour la première fois, en 1835, par le professeur Owen. M. Wormald, démonstrateur d'anatomie à St-Barthélemy, lui ayant envoyé une portion d'un muscle humain qui paraissait composé de molécules détachées, comme s'il eût été près de tomber en pourriture, M. Owen trouva que chacune des petites taches était un petit kyste renfermant un ver cylindrique extrêmement petit, roulé sur lui-même en spirale deux fois ou deux fois et demie. Le ver n'a pas,

lorsqu'il est déroulé et étendu, plus de 1/30 de pouce en long et 1/700 de pouce en diamètre, et conséquemment ne peut être vu d'une manière satisfaisante sans l'aide du microscope. Le plus grand axe du kyste qui le renferme est étendu entre les fibres musculaires et parallèlement à elles. Depuis cette époque, M. Owen a recueilli quatorze exemples de cette même production. Ce qu'il y a de plus curieux dans l'histoire de ce parasite que l'on trouve en si grande quantité au milieu des muscles où sa présence devait déterminer de la douleur, de la faiblesse ou au moins de la gêne, c'est qu'on n'a rien observé pendant la vie des sujets qui ont offert ces animalcules après leur mort qui pût se rapporter à leur présence. Tout ce qu'on a pu constater sur les conditions où ils se montrent le plus fréquemment se réduit jusqu'à ce moment aux points suivans :

1° Les muscles volontaires sont les seuls où l'on trouve ces parasites et en bien plus grand nombre dans les muscles superficiels que dans les muscles profonds. Le grand pectoral, le long dorsal et les autres grands muscles en contiennent ordinairement de grandes quantités. On les a aussi trouvés dans les muscles de l'œuf et même dans ceux qui appartiennent aux petits os de l'oreille et dont nous ignorons entièrement les fonctions. On les rencontre encore dans le diaphragme, dans les muscles de la langue et du larynx, dans ceux du voile du palais, dans le constricteur du pharynx, dans l'élévateur et dans le sphincter de l'anus, enfin dans les muscles de l'urètre. On ne les a pas encore trouvés dans les tuniques musculeuses de l'estomac, des intestins et de la vessie ni dans les muscles du cœur. M. Owen a fait, à cette occasion, l'intéressante remarque que tous les muscles qui sont infectés par le trichina sont tous caractérisés par la disposition en faisceaux, tandis que les muscles de la vie organique dans lesquels ce parasite n'a pas été trouvé sont tous composés, à l'exception du cœur, de fibres lisses, non groupées par faisceaux, mais unies à la manière d'un réseau.

2° Il paraît aussi, d'après les cas où l'on a observé jusqu'ici ces entozoaires que leur présence dans le corps n'est favorisée ni par l'âge ni par le sexe, ni par aucune forme morbide spéciale; on les a vus compliquant le cancer de la verge, les tubercules des poumons, l'adynamie causée par de longues ulcérations des jambes, la phthisie pulmonaire aiguë, l'anévrisme de l'aorte, le collapsus à la suite d'une fracture comminutive de l'humérus et la diarrhée; on les a observés également dans les muscles d'un homme qui, au milieu de toutes les apparences d'une belle santé, mourut à la suite d'une fracture du crâne.

DU POULS DANS LES MALADIES DU COEUR; par le docteur J. HOPE.

Ce travail qui a été probablement l'un des derniers dont s'est occupé le célèbre auteur du TRAITÉ DES MALADIES DU COEUR mérite sous ce point de vue et aussi par sa tendance réellement progressive de fixer l'attention. Des trois parties dont il se compose, nous ne pouvons cependant analyser que les deux dernières, la première étant consacrée à la critique de divers travaux publiés sur les maladies du cœur avant et depuis son travail, tant en Angleterre qu'en France, et considérés exclusivement sous le rapport de l'étude du pouls dans les maladies du cœur; mais nous résumerons d'une manière suffisante cette partie, en disant qu'il y prouve que la plupart des auteurs avaient méconnu et même nié l'influence directe et réelle des affections du cœur sur les variétés du pouls, sans excepter même l'ouvrage de M. Bouillaud qui ne parut que quatre ans après la première édition de celui de Hope.

La seconde partie contient le développement de la proposition suivante: *Les principales maladies du cœur déterminent dans le pouls des caractères qui leur correspondent.*

L'auteur s'attache d'abord à combattre l'opinion émise par la plupart des auteurs qui se sont occupés de l'étude des maladies du cœur que c'est tout au plus si on peut établir d'une manière générale qu'il existe des lésions aux valvules, sans qu'il soit possible de spécifier par le pouls le point sur lequel elles existent, soutenant qu'on peut aller plus loin et même indiquer la valvule qui est le siége de la lésion. « En juin 1825, dit-il, je reconnus la régurgitation qui s'opère par la valvule mitrale et son murmure caractéristique; phénomènes qui jusqu'alors avaient été méconnus, ce qui avait empêché Laënnec et ses disciples de distinguer les lésions des valvules mitrale et aortiques. Cette découverte me mit à même de constater que le pouls qui correspond à la régurgitation mitrale, lorsqu'elle est considérable, est éminemment faible, petit, intermittent, irrégulier et inégal, et m'amena aussi à la confirmation d'une observation que j'avais faite quelque temps auparavant, savoir : que la petitesse, la faiblesse et l'irrégularité du pouls, enfin son identité avec le pouls de la régurgitation, forment le caractère spécial de l'obstruction de la valvule mitrale, causée par la transmission incomplète du sang et conséquemment l'insuffisance de la stimulation du ventricule gauche. Je reconnus en outre comme exception à la loi générale que, quand la régurgitation avec la contraction n'est pas considérable, le pouls peut ne pas être matériellement changé, bien que la lésion de la valvule puisse être très prononcée.

» La connaissance de la régurgitation et de la contraction par la valvule mitrale et du pouls qui leur correspondent m'a aussi amené à éviter une erreur dans laquelle est tombé Corvisart, qui est encore généralement répandue, et d'après laquelle le pouls dans le rétrécissement de l'orifice aortique conserverait un certain degré de dureté et de tension, mais jamais de plénitude ni de régularité; cette irrégularité permanente et invariable devant suffire seule, dans l'opinion des auteurs, pour fournir le diagnostic précis du rétrécissement de l'orifice aortique. Or ce pouls, bien qu'imparfaitement décrit, est pourtant celui qui accompagne réellement le retentissement et la régurgitation mitrale; car j'ai prouvé ailleurs que la petitesse et l'irrégularité invariable et permanente du pouls ne se rencontrent avec le resserrement de l'orifice aortique que quand cet orifice est extrêmement resserré, réduit à une simple fente, et qu'alors il n'y a ni dureté ni tension qui sont incompatibles avec les autres caractères.

» La découverte de la régurgitation par la valvule mitrale m'a également amené à prévoir et plus tard à constater dans les valvules semi-lunaires une régurgitation semblable, et qui avait échappé à l'attention de tous les auscultateurs. Aussi, j'annonçai, en 1831, qu'on murmure peut accompagner le second bruit du cœur, lorsqu'il se fait un regorgement par les valvules aortiques, et dont on peut reconnaître le siége à ce qu'on l'entend plus fort et plus superficiel au niveau de ces valvules.

» En 1833, 34 et 35, à l'époque où je me livrais à l'étude des causes du second bruit du cœur, j'acquis une connaissance plus complète de la régurgitation aortique; je la créai artificiellement chez l'âne, et reconnus que le pouls qui lui correspond est un des plus remarquables et un des plus faciles à apprécier de ceux que l'on trouve dans les maladies du cœur. le pouls (*jerking*), pouls que l'on observe si prononcé dans les cas où les artères ne sont pas remplies, comme à la suite des hémorragies, de l'anémie, Et, en effet, on aurait pu prédire que ce pouls doit accompagner la régurgitation aortique pus qu'elle empêche les artères d'être maintenues pleines. » Après ces différentes assertions que nous avons présentées sans leurs développemens, l'auteur en fait l'application au diagnostic des différentes affections du cœur. Voici les plus importantes de ces applications, qui pourront, il est vrai, être réclamées par d'autres observateurs.

1° Les murmures du cœur et des artères qui ne se lient pas à une altération organique ne sont pas non plus le résultat du spasme, comme l'avait dit Laënnec, mais bien des frictions et des vibrations du sang, lorsqu'il est en trop petite quantité ou trop aqueux.

2° Il a été démontré, par de nombreuses expériences, qu'ont répétées les comités de l'Association britannique de Dublin et de Londres, que le second bruit du cœur est produit par le claquement des valvules semi-lunaires au moment où elles se ferment, et que le premier bruit est dû en partie à l'extension subite des valvules auriculaires et des tendons des piliers, et en partie à la violente extension des parois musculaires au moment où les valvules se ferment.

3° Ayant établi que le second bruit était produit par les valvules semi-lunaires, M. Hope tira de ce fait un moyen facile de distinguer si une maladie a son siége dans les valvules aortiques ou pulmonaires. Comme le bruit de chacune de ces valvules, à l'état normal et morbide, se propage dans l'artère correspondante, on peut entendre parfaitement le bruit des valvules pulmonaires à environ deux pouces de l'artère pulmonaire à gauche, et celui des valvules aortiques à deux pouces et plus à droite de l'aorte; le bruit de chaque paire de valvules s'entendant sur chacun de ces deux points, distant de celui de l'autre paire, ce qui n'a plus lieu quand le stéthoscope est appliqué directement au niveau des valvules. Cette méthode a, en outre, l'immense avantage de placer l'auscultation si loin des valvules mitrales et tricuspides, que les murmures dont elles sont le siége peuvent difficilement y être entendus, et on peut assurer qu'un murmure fort, rapproché, entendu à deux pouces de l'aorte ou de l'artère pulmonaire, est produit dans les valvules semi-lunaires, ou dans les troncs artériels correspondans et non dans les valvules auriculaires.

De même aussi, pour explorer les bruits normaux ou morbides des valvules auriculaires, Hope recommande de ne pas appliquer l'oreille sur le point même où sont ces valvules, comme on l'a fait jusqu'ici, mais sur celui où le cœur vient frapper les parois du thorax, et qui présente un milieu solide pour la transmission du bruit. Ce point est un peu au-dessus du sommet, et à gauche ou à droite, suivant que l'on désire explorer l'une ou l'autre des deux valvules.

4° La clef ou le ton des murmures dépend surtout de la profondeur au-dessous de la surface à laquelle ils sont produits; ceux qui sont produits près de la surface étant sur une clef plus élevée, et *vice versâ*; mais la force du courant qui produit le murmure exerce aussi une influence

sur lui; un courant fort l'élève légèrement, tandis qu'un courant faible l'abaisse notablement.

Les bruits produits à l'orifice ou dans l'artère pulmonaire, étant superficiels, sont sur la note la plus élevée, et peuvent être comparés au souffle de la lettre *e*, et quelquefois de l'*s*. Les bruits produits dans l'aorte ascendante, sur les points où elle s'approche du sternum, ont ordinairement le même caractère.

Les bruits de l'orifice aortique, étant plus profondément situés, sont d'une note plus bas, et ressemblent au souffle de l'*r*.

Les bruits produits par la régurgitation aortique et pulmonaire, par des courans rétrogrades plus faibles, sont ordinairement d'un ton plus bas et se rapprochent du son de la diphthongue composée *aou*, et le claquement de la valvule, lorsqu'on l'entend, peut rappeler le mot *pas*, fortement accentué, *pâs*.

Les bruits produits par la valvule mitrale venant d'un point encore plus éloigné de la surface sont encore plus bas et se rapprochent assez du son du mot *who* (prononcez *hhou*). Cependant, ce bruit peut s'élever un peu plus quand le courant est très fort, comme dans le cas d'une violente régurgitation mitrale, ou baisser encore davantage quand le courant est extrêmement faible. Les bruits de la valvule tricuspide sont un peu plus élevés que ceux de la valvule mitrale, parce qu'ils sont un peu moins profonds.

Tout bruit continu du cœur peut être doux (bruit de souffle) ou dur (bruit de râpe). Les bruits musicaux du cœur ne sont que le résultat d'une configuration accidentelle d'une lésion des valvules, qui présente les conditions dans lesquelles les vibrations musicales sont produites.

Partant donc de ce point qu'on peut arriver au diagnostic de l'état des valvules, M. Hope pense qu'on peut s'élever de là à l'étude des pouls qui correspondent aux différentes affections de ces valvules; c'est ce qu'il dit avoir fait d'après l'observation de plus de 8,000 cas qui se sont présentés pendant trois ans à la consultation de l'hôpital St-Georges, et sur lesquels il a pris des notes. Du résumé de toutes ces notes, qu'il offre ici d'une manière bien sommaire, il résulte que le pouls offre 13 caractères différens, qui se retrouvent à la fois et chez l'homme en santé et chez l'homme atteint d'une affection autre que celle du cœur, et dans les maladies de cet organe. Nous allons consacrer une note à chacun de ces points, en indiquant très sommairement les conditions dans lesquelles on les observe.

1° Pouls fort (incompressible). Constitution vigoureuse réagissant sur la contractilité du cœur et des artères.

État du cœur. Ce même pouls peut être produit même chez un individu faible par une hypertrophie simple du ventricule gauche; dans les cas où l'hypertrophie est très prononcée, le pouls est à la fois prolongé, parce que le ventricule très épaissi se contracte lentement.

2° Pouls fort et large. La force du pouls dépend des conditions déjà indiquées, sa largeur de la taille de l'individu, d'un état de pléthore qui distend le calibre des vaisseaux.

État du cœur. Ce pouls, mais plus prolongé, est produit par l'hypertrophie avec dilatation du ventricule gauche. Cependant certaines causes débilitantes, et faciles à apprécier, peuvent neutraliser l'énergie contractile du cœur.

3° Pouls large et mou. La mollesse est le résultat de l'affaiblissement de la constitution.

État du cœur. Ce pouls est produit par la dilatation avec hypertrophie du ventricule gauche, la dilatation prédominant sur l'hypertrophie.

4° Pouls dur. Ce pouls caractérise surtout l'inflammation et la fièvre ardente (synoque), et présente quelques variétés suivant le siége de l'inflammation et l'état des forces des malades.

État du cœur. Ce pouls s'observe dans l'hypertrophie simple et l'hypertrophie avec dilatation, lorsqu'une cause excitante vient accélérer la circulation.

5° Pouls bondissant. Ce pouls grand, subit, mais sans la force et l'incompressibilité du pouls dur, s'observe pendant les exercices violens, les palpitations nerveuses, le rhumatisme, etc.; confondu avec le pouls dur, il mène à de graves erreurs dans l'emploi de la saignée, qui détermine quelquefois des accidens fâcheux.

État du cœur. Quand le pouls large de la dilatation simple est accéléré, il imite alors parfaitement le pouls bondissant.

6° Pouls filiforme. Ce pouls est regardé comme caractéristique de l'entérite.

État du cœur. L'hypertrophie avec contraction du ventricule gauche détermine un pouls petit, fort, tendu, qui devient dur en s'accélérant. Si cependant la capacité du ventricule est considérablement diminuée, le pouls reste faible et petit, ce qui a fait nier à quelques observateurs le fait général de la force du pouls dans l'hypertrophie.

7° Pouls prolongé; lent. Ce pouls s'observe dans la stupeur, le coma; il est plein et lent dans l'apoplexie, et est comprimé dans la commotion cérébrale.

État du cœur. L'hypertrophie, et surtout l'hypertrophie avec dilatation, produisent cette lenteur par le temps considérable que met le ventricule épaissi à se vider complètement.

8° Pouls palpitant. C'est le pouls de l'anémie, le produit d'un sang trop abondant ou trop aqueux.

État du cœur. Ce pouls est produit par le regorgement du sang dans le ventricule gauche, par les valvules aortiques et par le passage du sang de l'aorte par une ouverture anévrismale dans l'un des ventricules ou dans l'artère pulmonaire, lésions qui ne permettent pas aux artères d'être remplies et distendues. Quand le regorgement du sang est très libre, le tressaillement de l'artère peut être plus prononcé que celui du pouls hémorragique ou anémique le mieux caractérisé. Ce caractère du regorgement aortique, qui a été jusqu'ici complètement négligé par les auteurs, paraît à M. Hope avoir une grande valeur, et l'a rarement induit en erreur. On le distingue de celui de l'anémie, en ce qu'il est souvent lent et naturel, tandis que, dans l'anémie, il va constamment de 90 à 130.

10° Pouls petit, faible et fréquent. Est commun dans un grand nombre d'états morbides divers.

État du cœur. Ce pouls s'observe dans les palpitations produites par la dilatation, le ramollissement et l'hypertrophie avec contraction très prononcée.

11° Pouls vermiculaire. Est l'indice d'un grand épuisement ou d'une agitation nerveuse.

État du cœur. S'observe dans les mêmes conditions que le suivant.

12° Pouls intermittent, irrégulier, inégal, petit et faible.— Ce pouls s'observe dans la dyspepsie avec état nerveux, et surtout chez les sujets goutteux et bilieux, et peut aussi être le résultat d'un simple trouble nerveux.

État du cœur. Ces différens caractères du pouls se rencontrent presque toujours, et à un degré très prononcé, dans le rétrécissement avancé de la valvule mitrale et dans le retour du sang qui s'opère par elle. L'auteur dit les avoir observés également dans un cas de rétrécissement des valvules aortiques si considérable que l'ouverture qu'elles laissaient avait à peine le calibre d'une plume d'oie. Quand le rétrécissement est peu avancé, le pouls conserve ordinairement sa régularité, tout en perdant de son volume et de sa force. Il dit aussi avoir souvent remarqué ces irrégularités du pouls, très prononcées dans des cas de rétrécissement chronique avec dilatation. On observe quelquefois, dans la dernière période de la dilatation et même de l'hypertrophie, une intermittence médiocre avec irrégularité et l'inégalité du pouls, et alors ces troubles sont l'effet de l'affaiblissement nerveux. On les observe aussi, et à un haut degré, dans la péricardite avec épanchement, dans la cardite, dans l'endocardite, et enfin lorsque se forment subitement des polypes dans les maladies du cœur.

L'intermittence ne dépendrait, d'après le docteur Hope, le plus souvent que de ce que, sur deux battemens du cœur, l'un serait trop faible pour pousser le sang jusqu'au poignet, et, dans ces cas, l'oreille appuyée sur la région précordiale reconnaît que le nombre des battemens du cœur est plus élevé et souvent double.

Pouls petit et faible. Ce pouls s'observe chez les individus à constitution faible et aux cœurs à minces parois. Quelquefois il coïncide avec une pléthore externe et l'obésité.

État du cœur. Ce pouls s'observe dans les dernières périodes de la dilatation avec atténuation des parois du cœur, dans le ramollissement du cœur, et dans l'hypertrophie avec contraction extrême du ventricule gauche.

De la propriété qu'a l'iode de produire l'inflammation des articulations; par le docteur Winn.

Parmi les effets que produit l'administration de l'iode sur l'économie, celui dont il est question dans cette communication est l'un des plus rares et conséquemment l'un des moins connus. Déjà, il y a neuf ans, le docteur Balmanno de Glascow avait appelé l'attention de l'auteur sur un cas de ce genre et dont le sujet qui était soumis à un traitement par l'iode avait présenté pendant le cours de ce traitement un gonflement des articulations des doigts. Un fait semblable s'est offert récemment à l'auteur; c'est le cas d'un malade, âgé de 20 ans, qui avait offert les symptômes d'une hémoptysie avec inflammation superficielle et indolente de la gorge et qui fut soumis à un traitement par l'iodure de potassium pour cette dernière affection. Le traitement réussit, mais avec cette particularité que, à mesure que l'état de la gorge s'améliorait, l'articulation du poignet offrait un gonflement plus prononcé avec les autres symptômes de l'in-

flammation, et que le poignet revint à son état normal aussitôt que l'iode eut été cessé. Or, comme les mêmes accidens se représentèrent toutes les fois qu'on employa l'iode, l'auteur fut porté à les attribuer à l'action de ce médicament. Le docteur Jervis avec lequel il se trouvait en consultation pour ce jeune homme lui dit avoir observé un cas tout à fait analogue.

MORT PRODUITE PAR UNE ACCUMULATION DE POIS DANS LE GROS INTESTIN; par M. JOHNSON.

Le fait suivant est un exemple remarquable d'obstruction intestinale par une cause mécanique qui interrompit à la fois le passage dans l'intestin et l'urètre.

OBS. — J. Lindburg, âgé de 60 ans, ouvrier, est apporté à l'hôpital le 27 juin, souffrant depuis le 22 d'un embarras intestinal, dont il rapporte la cause à ce qu'il avait mangé une très grande quantité de pois le 21, et ayant une rétention complète d'urine depuis le 24. Depuis le 22, il avait eu de fortes douleurs abdominales, des vomissemens bilieux et une constipation qui n'avait cédé à aucun moyen purgatif. Il était tellement affaibli qu'il mourut pendant qu'on le portait sur un fauteuil vers le lit qui lui était destiné.

AUTOPSIE. La vessie est extrêmement distendue, remplissant tout le petit bassin et montant jusqu'à l'ombilic. L'estomac est à l'état normal et contient environ une once de liquide. Les intestins grêles sont distendus par des gaz ainsi que le colon qui contenait en outre une quantité considérable de matière féculente. La cause de cette obstruction est dans le rectum qui contient plus d'une pinte de pois gris. Ils avaient été avalés secs et presque sans être mâchés, et n'avaient éprouvé d'autre altération qu'une augmentation de volume produite par l'humidité qu'ils avaient absorbée; quelques-uns étaient mêlés au milieu des matières fécales du colon; mais le plus grand nombre s'étaient accumulés dans le rectum où ils formaient une masse solide qui occupait toute la cavité pelvienne. Cette masse avait repoussé en haut la vessie et la prostate et comprimé l'urètre, de manière à rendre impossible l'évacuation de l'urine. Ce ne fut même qu'avec beaucoup de peine qu'après la mort on fit pénétrer le cathéter dans la vessie, et il en éprouva une sensation comme s'il y avait un rétrécissement du canal de l'urètre bien qu'il n'y eût rien de semblable.

RECHERCHES SUR LA NATURE DE CERTAINES AFFECTIONS ASSEZ FRÉQUENTES ET QUI SONT CARACTÉRISÉES PAR LA PRÉSENCE DE L'OXALATE DE CHAUX DANS L'URINE; par M. GOLDING BIRD.

Jusqu'ici on avait regardé comme extrêmement rares les dépôts d'oxalate dans l'urine, et la plupart des chimistes avaient en vain cherché ces dépôts dans les urines de sujets qui avaient offert des couches d'oxalate de chaux; déjà à l'époque de la publication de son travail (HOSPITAL GUYS HOSPIT. REPORT., n° 14, v. GAZETTE MÉDICALE,), l'auteur doutait de l'exactitude de cette opinion; depuis lors les nombreuses recherches qu'il a répétées sur l'urine de plusieurs centaines de malades différens lui ont démontré qu'on rencontre fréquemment l'oxalate de chaux dans l'urine, en petits cristaux octaèdres bien formés, chez des sujets qui ont éprouvé certaines indispositions caractérisées par une grande irritabilité nerveuse. Avant de pouvoir compléter ses recherches, il en soumet le résultat au public, pour que ces mêmes recherches soient répétées dans d'autres localités et qu'on puisse s'assurer si la présence de l'oxalate de chaux se lie aux causes d'affaiblissement toujours si fréquentes dans les grandes villes, car il n'hésite pas à avancer comme le résultat de celles qu'il a faites à Londres que *l'oxalate y est plus fréquent dans l'urine que les dépôts de phosphate terreux.*

Voici le procédé qu'il emploie pour le démontrer. Il fait reposer de l'urine rendue à la suite d'un repas dans un vase en verre et pendant plusieurs heures; puis décante les cinq sixièmes de l'urine, et met une portion du reste dans un verre de montre qu'il place au-dessus d'une lampe, ayant soin de le tourner diversement pour donner un mouvement rotatoire au fluide, au fond duquel se déposent les cristaux d'oxalate s'il y en a. Après avoir laissé le liquide en repos pendant une heure ou deux, il en retire la plus grande partie avec une pipette et la remplace par de l'eau distillée. On voit alors une poudre blanche très brillante qui, examinée au microscope, offre des cristaux d'oxalate de chaux formés en octaèdre avec leurs angles et leurs bords très aigus.

Ce qui est remarquable, c'est que ce sel ne se précipite jamais sous forme d'un dépôt distinct, restant pendant plusieurs jours répandu dans le liquide, bien qu'il y soit quelquefois en assez grande quantité pour que chaque goutte de l'urine placée sous le microscope paraisse remplie de ces cristaux; mais s'il s'y trouve une substance capable de fournir un noyau, l'oxalate se dépose autour en masse peu cohérente et parfaitement transparente. Si ce sel, même en grande quantité, échappe à la vue le plus ordinairement, c'est parce que sa force de réfraction est à peu près la même que celle de l'urine.

Ces cristaux inaltérables dans l'acide acétique et la solution de potasse se dissolvent très facilement et sans effervescence dans l'acide nitrique. Quand on les laisse sécher sur un verre et qu'on les examine ensuite, chacun d'eux ressemble à deux tubes concentriques ayant leurs angles et leurs côtés opposés dont l'intérieur est transparent, tandis que l'extérieur est noir. On dirait un cube transparent dans une enveloppe noire; ils offrent de grandes variétés dans leur volume et varient, par exemple, en longueur, depuis $\frac{1}{750}$ de pouce jusqu'à $\frac{1}{5666}$.

L'auteur décrit ensuite l'état de l'urine qui n'offre rien de très spécial sous le rapport de la couleur, de la pesanteur. Les échantillons les plus lourds contiennent cependant le plus d'oxalate, et l'urée est plus abondante dans les urines où il y a le plus d'oxalate.

COMPLICATION DE L'OXALATE DE CHAUX AVEC LES AUTRES DÉPÔTS. — Le tableau suivant fait connaître les plus importantes de ces complications sur 85 cas.

Oxalate seul et sans mélange avec aucun autre dépôt dans…		43 cas.
—	mélangé avec l'urate d'ammoniaque dans…	25
—	— le simple phosphate…	4
—	— phosphate déposé par la chaleur…	8
		85

Dans aucun cas, l'acide oxalique n'a été trouvé à l'état pur dans l'urine.

Dans aucun cas, l'oxalate de chaux n'a été trouvé avec le sucre, bien que l'auteur s'y attendît, d'après les rapports qui existent entre ces deux substances. Il n'a donc jamais trouvé d'oxalate de chaux dans l'urine diabétique.

Un phénomène que manifeste constamment l'examen microscopique de l'urine oxalique, c'est la présence d'une très grande quantité d'écailles de l'épithélium; les cas où on n'observait pas ces dernières étaient très peu nombreux, et il suffisait à l'auteur de voir un dépôt d'épithélium pour lui faire soupçonner la présence de l'oxalate de chaux. La forme de ces écailles n'a le plus souvent subi aucune déformation; elles conservent leur forme ovale présentent un point circulaire à leur centre, et appartiennent à la variété qui a été décrite sous le nom d'*epithelium nucleatum*.

Bien que cet oxalate fût répandu dans toute l'urine, cependant lorsqu'il y avait assez de mucus pour produire un nuage assez dense, on distinguait entre ses mailles le sel, sous forme de points brillans, et quand ce sel était mêlé à quelque autre matière de nature à déposer, cette dernière entraînait toujours une grande quantité de l'oxalate.

ORIGINE DE L'OXALATE DE CHAUX. Il est impossible de ne pas être préoccupé des rapports physiologiques qui existent probablement entre l'acide oxalique et le sucre. Quand on pense au rôle important que joue ce dernier principe dans l'économie, et à la facilité avec laquelle le sucre et ses analogues chimiques, tels que la fécule, la gomme, la fibre ligneuse, sont convertis en acide oxalique, sous l'influence des agens chargés d'oxigène, et quand on remarque l'analogie des symptômes que détermine la présence de l'acide oxalique avec ceux du diabète, on est porté à croire que la source de l'oxalate de chaux doit être rapportée au sucre, et se trouve réellement dans les organes digestifs; et cependant l'absence complète d'urée dans l'urine diabétique, tandis que ce principe est très abondant dans l'urine oxalique, ne permet pas de rapporter ces deux productions à une même origine. Quelle est donc en définitive l'origine de l'oxalate de chaux? L'auteur, s'appuyant sur des cas qu'il dit faire partie de son mémoire et qu'il n'a pas encore publiés, prouve que la présence de l'acide oxalique coïncide constamment avec un trouble des organes digestifs, et surtout de l'estomac, du duodénum et du foie, et que la quantité de cet acide produit est évidemment sous le contrôle du régime, certains alimens déterminant immédiatement l'excrétion de quantités considérables de cet acide, tandis que d'autres, en diminuent ou en empêchent complètement la production. Ces circonstances, avec l'amaigrissement, qui est si prononcé dans cette maladie, prouvent que, quel que soit l'agent immédiat qui fait arriver l'acide oxalique aux reins, la première cause doit être rapportée aux fonctions digestives et assimilatrices. Si ensuite on se rappelle qu'un excès d'urée et quelquefois d'acide urique accompagne le développement de l'acide oxalique, on sera porté à croire que ces deux sécrétions anormales sont produites par la même influence morbide; puis, si on fait attention aux rapports chimiques si remarquables qui existent entre l'urée, l'acide urique et l'acide oxalique, et la facilité avec laquelle la première se transforme en acide, n'est on pas en droit de regarder cette maladie comme une forme d'azoturie dans laquelle la chimie vitale du rein a transformé une partie de l'urée en acide oxalique? Cette manière de voir paraît à l'auteur recevoir un nouvel appui de ce qu'il a observé de l'histoire, des symptômes et de la marche de la maladie, en opposition avec les changemens éprouvés par l'urine pendant le traitement.

Les recherches de Liebig et Wohler ont démontré avec quelle facilité l'acide urique se change en acide oxalique, sous l'influence des agens oxidans, et ont établi le rapport qui existe entre l'urée et l'acide oxalique;

car si on admet, comme on le fait généralement aujourd'hui, que l'urée existe dans le sang et que le rein est chargé de l'en séparer, il suffit de supposer à l'organe une certaine influence désoxidante et décomposante pour expliquer la transformation de l'urée en oxalate d'ammoniaque. On sait que, sous l'influence d'une dépression exercée sur tout le système nerveux ou sur la partie seulement qui préside aux fonctions des reins, comme pendant la fièvre adynamique typhoïde d'un côté, et de l'autre à la suite de coups sur l'épine ou de fractures de la colonne vertébrale, cette décomposition s'opère et l'urine se charge de carbonate d'ammoniaque, d'après une nouvelle disposition des élémens de l'urée, un atôme d'urée et deux atônes d'eau étant transformés en deux atônes de carbonate d'ammoniaque. Si ensuite on suppose que l'influence déprimante soit moins énergique, on verra alors un atôme d'urée et deux atômes d'eau prendre un atôme d'oxigène, et se transformer en deux atômes d'oxalate d'ammoniaque, sel dont l'auteur a démontré l'existence dans l'urine, et qui se transforme bientôt en oxalate de chaux par la double décomposition qui s'opère entre les sels calcaires et l'acide oxalique.

On ne peut donc pas penser, dit M. Bird, que l'oxalate de chaux soit produit aux dépens de la matière sucrée qui se forme dans l'appareil digestif, mais bien le regarder comme le résultat d'un nouvel arrangement des élémens de l'urée qui, sous l'influence de la maladie, s'est formée en grande quantité dans l'économie.

DE L'INFLUENCE DE LA CIRCULATION DES ARTÈRES CORONAIRES SUR LES MOUVEMENS DU CŒUR, par le docteur ERICHSEN.

Depuis longtemps déjà on a apprécié l'influence de la circulation artérielle sur les muscles volontaires, et on sait que la ligature de l'artère principale d'un membre entraîne, pour quelque temps, la perte du mouvement volontaire de ce membre; en seroit-il de même pour les muscles dont l'action ne serait point sous l'influence de la volonté? Aucune expérience ne le démontre encore, bien qu'on trouve çà et là quelques preuves que cette opinion a été adoptée à diverses reprises. C'est ainsi que le docteur Marshall Hall dans la leçon gultonienne qu'il a faite cette année sur les rapports mutuels entre l'anatomie, la physiologie, la pathologie et la thérapeutique, a dit que la mort subite était fréquemment le résultat de l'interruption de la circulation dans les artères coronaires; mais l'expérience directe n'avait pas encore été employée; voici celle qu'a faite le docteur Erichsen. Sur un chien qui vient d'être tué par la section de la moelle et sur lequel la respiration est entretenue, par un moyen artificiel il met le cœur à découvert aussi vite qu'il lui est possible, passe au-dessous des artères coronaires et aussi près que possible de leur origine une ligature de soie qu'il lie, puis remet le cœur en place, le recouvre de parois thoraciques et continue la respiration artificielle. Cette opération, que les mouvemens rapides du cœur gênent beaucoup (de 90 à 100 par minute), ne peut être achevée que six minutes environ après la mort de l'animal. Les mouvemens du cœur ne tardent pas ensuite à s'arrêter, bien que la respiration artificielle ne soit pas discontinuée. Voici l'intervalle qui s'écoule entre l'application de la ligature et la cessation de ses mouvemens dans sept expériences faites sur deux chiens et cinq lapins.

1re Exp.	Les battemens du cœur cessent complètement			21	min.	après la ligature.
2e Exp.	—	—	—	3	—	—
3e Exp.	(sur un lapin ainsi que les suivantes.)			24	—	—
4e Exp.	—	—	—	22	—	—
5e Exp.	—	—	—	21	—	—
6e Exp.	—	—	—	31	—	—
7e Exp.	—	—	—	22	—	—

Or, quand on tue un chien ou un lapin par la section de la moelle, que l'on continue la respiration artificielle et qu'aucune opération n'est pratiquée sur le cœur, les battemens de cet organe durent pendant une heure ou une heure et demie; la différence entre la durée des mouvemens dans les deux cas paraît, à l'auteur, ne pouvoir être expliquée que par la suspension de la circulation dans les artères coronaires.

M. Erichsen ne s'est cependant pas dissimulé qu'ayant probablement compris les veines coronaires dans les ligatures qu'il avait appliquées sur les artères, on pourrait expliquer la cessation des battemens du cœur par la congestion veineuse du tissu musculaire du cœur. Voici l'expérience par laquelle il croit avoir écarté cette difficulté. Sur un lapin chez lequel l'opération avait été conduite comme dans les cas précédens, il fit plusieurs ouvertures, à l'aide d'une petite lancette, aux veines coronaires qui auraient été comprises dans la ligature et étaient fortement distendues; mais les battemens, au lieu de se prolonger, cessèrent quatre minutes après la ponction des veines, douze minutes après la ligature des vaisseaux et dix huit minutes après la mort de l'animal.

L'auteur conclut de cette expérience et des précédentes que la cessation des mouvemens du cœur est l'effet de la suspension de la circulation dans les artères coronaires; d'où il résulte que l'augmentation de cette circulation devrait aussi augmenter et prolonger la contractilité du cœur. Et, en effet, c'est ce qu'il a prouvé par une expérience dans laquelle les artères coronaires ayant été laissés intactes ainsi que les veines, une ligature fut appliquée sur l'aorte au point où elle sort du cœur. Bien que la respiration artificielle ne fut continuée que pendant dix minutes, cependant l'impulsion du cœur prit une grande force et les battemens, après avoir été très fréquens et très violens, ne cessèrent que plus d'une heure et quart après l'application.

Ces diverses expériences, auxquelles nous attachons moins de valeur que leur auteur, peuvent être de quelqu'utilité pour expliquer les causes de la mort dans certains cas d'affection du cœur. Toute circonstance qui peut s'opposer au passage du sang dans les artères coronaires, soit directement, comme dans l'ossification de leurs parois, soit indirectement, lorsqu'ils ne reçoivent pas une assez grande quantité de sang, comme dans le cas d'obstruction extrême ou d'une lésion des valvules mitral s et aortique ou retour du sang peuvent amener une terminaison funeste.

(La fin au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 17 OCTOBRE.

THÉRAPEUTIQUE.

M. Ducaos lit un mémoire intitulé : ÉTUDE DES PLEXUS ET DES DISPOSITIONS PLEXIFORMES DU SYSTÈME NERVEUX SOUS LE POINT DE VUE DE LA THÉRAPEUTIQUE.

RÉSECTION DES AMYGDALES.

M. LEROY-D'ÉTIOLLES écrit à l'Académie la lettre suivante :

La communication dont je viens entretenir l'Académie n'est pas d'une haute importance, cependant elle n'est pas sans utilité; elle est relative à des moyens de rendre plus facile la résection des amygdales, et de faire que cette petite opération soit pratiquée par les mains les moins exercées, et plus rapidement qu'elle ne peut l'être par le chirurgien le plus habile, faisant usage du simple bistouri. Un grand nombre d'instrumens ont été imaginés dans ce but; le meilleur est celui de M. Fanestock; son usage est devenu fréquent; cependant, tel que son auteur l'avait créé, il laissait quelque chose à désirer, car lorsque l'amygdale est tant soit peu volumineuse, la superficie seulement est enlevée. Pour engager davantage la glande dans la lunette destinée à la réséquer, M. Velpeau a transporté sur cet instrument la broche à bascule que j'avais jointe aux ciseaux à double faucille de M. Cloquet. Cela ne suffisait pas encore, parce que la broche ne pouvait traverser que la portion déjà en saillie dans la lunette. Il fallait, pour rendre cet instrument tout à fait usuel, attirer plus énergiquement la portion tuméfiée de la glande, et la forcer à s'engager. C'est l'effet que produit l'érigne à bascule que j'ai adaptée à l'instrument de M. Fanestock.

SONDES.

M. BONNOURS écrit qu'il a imaginé de recouvrir les sondes et les bougies élastiques avec un enduit formé par de la gomme arabique. Cette substance lui paraît être préférable à celles qu'on emploie encore actuellement.

SUR LES DENTS.

M. RETZIUS adresse un MÉMOIRE SUR LES DENTS. Nous allons donner une analyse de ce travail.

D'après l'auteur, les dents de l'homme et des mammifères sont composées en général de trois substances : l'ivoire, l'émail et la matière corticale. Ces trois substances se trouvent également dans les dents de plusieurs amphibies et poissons.

L'ivoire contient des tuyaux et des cellules qui communiquent entre eux. Ces deux formations sont identiques avec celles des petits canaux et cellules qui forment une partie importante de l'organisation des os. Les tuyaux de l'ivoire s'ouvrent vers la cavité de la pulpe dentaire, en sortent en rayons dans les rameaux; souvent parallèles entre eux, ils jettent de tous côtés des ramifications ultérieures beaucoup plus subtiles qui forment entre elles de nombreuses anastomoses réticulaires et aboutissent dans des cellules. L'épaisseur des tuyaux principaux varie de 1/400 jusqu'à 1/1000 de ligne. Cette épaisseur devient de plus en plus faible pour chaque division que ces tuyaux subissent et les ramifications les plus subtiles sont plusieurs fois plus petites. Les cellules, ainsi que les ramifications les plus subtiles, disparaissent enfin, et de même que les parties entourantes, elles sont pénétrées d'un liquide limpide; il est fort probable que les cellules et canaux que présente le microscope ne forment qu'une petite partie de ceux qui existent réellement dans la masse qu'on examine. L'ivoire, ainsi que l'avancent le baron Cuvier et plusieurs autres savans, se dépose par couches autour de la surface de la pulpe, de manière que la couche extrême se forme d'abord, et ainsi de suite. Pendant la déposition de ces couches, se forment ainsi d'abord les cellules extrêmes les plus rapprochées, puis les aboutissans périphériques des tuyaux. Pendant l'accroissement des couches nouvelles se continuent ainsi les troncs des tuyaux, de manière que les continuations du même tuyau dans les couches diverses forment un canal sans interruption. Mais il paraît que les nombreuses ondulations parallèles qu'ils présentent naissent pendant les passages de ces tuyaux d'une couche à l'autre. Pour ce cas, on est porté à supposer dans la pulpe un mouvement périodique par lequel les tuyaux naissans s'approchent pendant un certain temps de l'extrémité de la couronne d'une dent, et pendant un autre temps vers l'extrémité de sa racine; ces mouvemens périodiques dans la pulpe ont été de plusieurs espèces; les ondulations les plus subtiles et les plus nom-

breuses doivent leur origine à des mouvemens périodiques d'une assez courte durée. De même les *serpentemens* étendus dont chaque tronc d'un tuyau complet ne présente que quelques-uns, accusent d'autres changemens périodiques dans la position de la pulpe, changemens qui se sont exécutés dans des intervalles de temps plus longs, tandis que les mouvemens plus petits qui ont produit les courtes ondulations se sont continués sans interruption. Une telle régularité appartient proprement à l'ivoire, qui est formé lorsque la dent sort de la gencive. L'ivoire qui se forme après ce temps perd cette régularité chez l'homme et plusieurs animaux, au point que les tuyaux, dans les extrémités des racines et dans la masse de l'ivoire qui remplit l'extérieur de la cavité de la pulpe montrent les flexions les plus irrégulières et les plus inégales. La formation de l'ivoire se rapproche de la structure ordinaire de l'os. Cette ressemblance entre l'ivoire et l'os est plus grande au microscope qu'on ne le croirait au premier abord. Cependant la plus grande différence se trouve dans la formation elle-même. Dans l'ivoire, c'est la couche extrême qui se forme d'abord, tandis que, dans l'os, la couche extrême autour de chaque filet médullaire se forme en dernier.

Lorsqu'on regarde certaines dents de lait prêtes à tomber, elles présentent un aspect tel qu'on les croirait avoir subi par la pression de la dent remplaçante une résorption ou consomption dans l'extrémité de la racine. La couronne de la dent naissante paraît être imprimée dans cette extrémité de la dent de lait. J'ai examiné avec attention la chose et je suis parvenu au résultat précis qu'il existe aussi quelquefois une véritable érosion de la racine des dents de lait, laquelle érosion provient du contact de la follicule qui enveloppe la dent qui pousse. Probablement cette follicule produit, au point de son contact, les sucs qui ont le pouvoir d'absorber ou de dissoudre la racine des dents de lait.

L'émail présente une construction beaucoup plus simple sans vaisseaux soit sanguins soit osseux. Sa structure ressemble assez à celle de la lentille cristalline. Ainsi l'émail a probablement besoin pour sa sustentation, d'une humeur organique qui, je suppose, conduite dans les tubes de l'ivoire, lui est apportée par les minces parois membranées qui probablement entourent les divers filets. Chez quelques animaux l'émail ne se forme pas seulement au dedans du follicule dente, mais se dégage aussi pendant toute la vie d'un petit organe annulaire qui, près du fond de l'alvéole, entoure l'extrême racine de la dent.

La substance corticale se trouve aux dents de la plupart des mammifères et même à celle des amphibies et des poissons. Elle se distingue partout par la richesse prédominante des cellules et des tubes osseux assez peu continus pour la plupart, assez minces et souvent tous irréguliers. Chez quelques animaux (l'éléphant, le cheval, le bœuf) elle se forme, ainsi que le revêtement extérieur de l'émail, principalement au dedans du follicule dentaire encore fermé, mais aussi chez des animaux, elle s'engendre pendant toute la vie de la membrane qui au dedans de l'alvéole entoure la partie incluse de la dent. Tandis que l'ivoire, comme on le sait, se forme en couches du dedans au dehors, de manière que la plus large et la plus extrême se dépose d'abord, le dépôt de la substance corticale a lieu dans une direction opposée. Ici les couches les plus intérieures et les plus rapprochées à la surface de la dent se forment d'abord et les extérieures ensuite. La substance corticale n'a aucune ressemblance avec le tartre. Une des meilleures preuves de la nature du tartre d'être une concrétion véritable, c'est son abondance sur les dents artificielles.

Sur la demande de MM. Flourens et Serres, le mémoire de M. Retzius est renvoyé à la commission qui a été nommée pour examiner le travail de M. Nasmyth.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 18 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BARTHELEMY.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

ÉLECTIONS.

M. Villeneuve : Une élection devant avoir lieu par suite du décès de MM. Planche, Manry et Robiquet, la commission nommée pour examiner dans quelle section devra avoir lieu une nomination, m'a chargé, comme son rapporteur, de vous proposer de choisir un membre pour la section de physique et de chimie médicales.

M. Mérat : Plus nous approchons du terme où l'Académie sera réduite à 100 membres, plus il y a de difficultés pour les nominations à faire. Si vous placez un membre de plus dans la sections de physique, quand l'Académie sera réduite au pair, il y aura d'autres sections qui seront incomplètes.

M. Villeneuve : Je faisais partie de la minorité de la commission. J'ai voté pour que la nomination prochaine eût lieu dans la section de pathologie médicale.

M. Delens : Au premier coup d'œil, la nomination proposée dans la section de physique et de chimie paraît rationnelle; mais remarquez quelle est la constitution de l'Académie, la physique et la chimie n'occupent dans vos discussions qu'une faible place; sans doute il faut des chimistes et des physiciens dans toute société savante constituée comme la nôtre; mais je pense qu'ils sont assez nombreux, et que la prochaine nomination aurait dû avoir lieu dans la section de pathologie médicale, relativement plus faible en nombre que la section de physique et de chimie.

M. Tuillaye : Personne ne conteste l'importance de la section de pathologie médicale. Mais je dirai que depuis dix ans on n'a pas fait un seul remplacement dans la section de physique et de chimie. Voilà l'un des motifs qui ont décidé la commission en faveur de cette section.

M. Rochoux : C'est une singulière position que celle d'un rapporteur combattant lui-même son rapport. Ce que vient de dire M. Tuillaye est de toute évidence. Sans doute la seule section de pathologie médicale est relativement plus faible que la section de physique et de chimie; mais remarquez que les membres des sections d'anatomie pathologique et d'anatomie viennent en aide à la section de pathologie médicale et peuvent s'occuper des mêmes travaux. Je pense donc que vous vous éloigneriez du but de votre institution en nommant un membre dans une autre section que celle de physique et de chimie.

M. Chevallier : Je demande que la nomination prochaine ait lieu dans la section de physique et de chimie. Les pertes que cette section a faites depuis quelques années sont nombreuses, et plusieurs des membres qui la composent ne peuvent plus faire de rapports. En outre, lors de la division de l'Académie en sections, on a placé dans la section de physique des membres qui se sont très peu occupés de physique et de chimie.

M. Chervin parle dans le même sens que M. Chevallier.

M. Cornac : Je viens, comme membre de la majorité de la commission, expliquer les motifs qui nous ont déterminés à vous proposer de nommer un membre dans la section de physique et de chimie. Nul doute que si l'Académie eût dû être réduite prochainement à 100 membres, il aurait fallu nommer dans une autre section; mais remarquez que, pour atteindre ce chiffre, encore trop fort de 42, il faudra qu'il meure 126 membres. Nous ne pouvons donc pas espérer que la section de physique sera assez heureuse pour ne pas perdre un des 10 membres qui la composent; il faut donc penser à l'avenir, d'autant plus que nous avons même dès à présent plusieurs nominations à faire dans la section de pathologie; il en est de même des autres sections. D'après ces motifs, la commission, après avoir discuté, a passé au scrutin et sur 9 membres, 6 ont voté pour que la prochaine nomination eût lieu dans la section de physique et de chimie.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

TÉNOTOMIE DES FLÉCHISSEURS DE LA MAIN ET DES DOIGTS.

M. Jules Guérin : A la fin de l'avant dernière séance, M. Bouvier a lu une note et présenté des pièces destinées à éclairer quelques questions relatives à la section des tendons des muscles fléchisseurs de la main et des doigts. Avant d'entrer dans l'examen de cette communication, je prie l'Académie de me permettre de lui présenter quelques remarques préliminaires; elles auront pour but, et j'espère, pour résultat, de bien préciser le caractère de la discussion, et d'élever tout de suite une question, en apparence personnelle, à une question de principe et de doctrine.

L'Académie sait que, depuis quelques années, la ténotomie a pris un très grand et très rapide développement. Après être restée près de deux cents ans stationnaire, cette méthode, bornée d'abord à un ou deux tendons isolés, s'est étendue tout à coup à presque tous les tendons et muscles du corps humain. Au milieu de ce concours d'efforts, auquel ont pris part un grand nombre de chirurgiens de diverses parties de l'Europe, on a pu distinguer deux manières de voir différentes, deux doctrines, si je puis m'exprimer ainsi. Dans l'une, on part de l'idée que le plus grand nombre des difformités articulaires sont le produit d'une seule et même cause, d'un seul et même fait, de la rétraction musculaire; c'est-à-dire de cet état des muscles anciennement contracturés et restés courts après la guérison de la contracture. Ainsi ramenées à une seule origine, toutes les difformités articulaires qui ne sont pas le produit d'affections des os, de violences extérieures, sont donc les mêmes, sur quelque point du squelette qu'on les observe, depuis les pieds jusqu'à la tête. Qu'il s'agisse de pied-bot, de déviations des genoux, de difformités des hanches, de la colonne, du col, des yeux, du bras, de l'avant bras ou de la main, c'est toujours le même fait diversifié à l'infini par les circonstances secondaires du siége ou autres, mais toujours le produit de la rétraction musculaire différemment distribuée et combinée dans les muscles. Pour cette doctrine, la ténotomie n'est qu'une conclusion, un corollaire aussi général que ses prémisses. Destinée à suivre la rétraction dans tous les muscles où elle se présente, elle constitue un système rationnel d'opérations, exactement parallèle au système étiologique dont elle émane. — La seconde doctrine, au contraire, ne veut point de théorie ou ne s'en préoccupe pas. Elle s'attache exclusivement à l'expérience. Pour elle, les difformités des différentes brisures du squelette sont des produits différens de causes presque toujours différentes. Elle ne voit dans la ténotomie qu'un moyen auxiliaire de se débarrasser chemin faisant des obstacles qui s'opposent au redressement des difformités. Ainsi, tandis que, pour la première, les circonstances anatomiques qui résultent de la différence du siége ne sont que des circonstances secondaires, auxquelles elle s'efforce d'assouplir et d'adapter ses procédés, la seconde considère ces différences comme capitales, comme primitives, s'arrête devant elles comme devant des obstacles souvent insurmontables. Tandis qu'aux yeux de l'une, les insuccès, les échecs résultant de ces difficultés secondaires ne sont que des sources d'efforts et d'enseignement à mieux faire; aux yeux de l'autre, ce sont des motifs de s'abstenir et de ne pas aller plus loin. Ces deux doctrines peuvent avoir leurs inconvéniens, comme elles ont leurs avantages. L'ardeur du progrès de l'une peut conduire à des tentatives téméraires, à des résultats hasardeux. L'excès de prudence de l'autre est susceptible d'arrêter le progrès, de le faire rétrograder même. C'est sans doute la crainte des inconvéniens de la première qui a inspiré la communication de mon honorable collègue, et c'est pour combattre les tendances exagérées de la seconde que j'ai cru devoir y répondre.

M. Bouvier a eu pour but d'établir, par des expériences sur des chiens, que la section des tendons fléchisseurs de la main et des doigts pour remédier aux difformités de ces parties, est une méthode inopportune, inutile et inséparable d'inconvéniens graves, c'est-à-dire de la perte du mouvement des parties par suite d'adhérences vicieuses ou de non réunion des tendons divisés. Ses expériences sont au nombre de quatre. Dans la première, il a divisé au niveau du poignet le cubital antérieur, les grand et petit palmaires, le fléchisseur superficiel des doigts. Le résultat a été la réunion des tendons en une substance commune intermédiaire, formant une seule masse pour les trois muscles dont l'action isolée a été ainsi abolie. Dans la seconde, les mêmes tendons, plus le fléchisseur profond, ont été divisés encore au poignet, et le résultat a été le même que dans la précédente, fusion des cicatrices, plus, adhérences de la masse commune au cubitus et perte du mouvement propre et même collectif des muscles divisés. Dans une troisième expérience, M. Bouvier a divisé deux des tendons du fléchisseur profond au niveau des secondes phalanges. Le résultat a été dans un cas la non réu-

nion des bouts tendineux restés flottans dans leur gaîne; dans l'autre, la non réunion encore des deux bouts divisés, mais l'un resté libre, l'autre ayant contracté des adhérences avec l'extrémité inférieure du tendon du fléchisseur superficiel. Enfin, dans une quatrième expérience, communiquée il y a un an à l'Académie, M. Bouvier avait fait la section des tendons fléchisseurs superficiel et profond sur le métacarpe, dans le point qui répond à la paume de la main, chez l'homme, et il a constaté la réunion des tendons, mais l'adhérence de toutes les cicatrices entre elles et avec les os; d'où, abolition presque complète du mouvement. Le résultat final de toutes ces expériences est donc la perte du mouvement par suite d'adhérences et de fusion des cicatrices, ou de non réunion des tendons divisés.

Pendant que M. Bouvier se livrait ainsi à des expériences sur les *animaux sains*, pour démontrer l'inutilité et l'inopportunité de la ténotomie appliquée aux fléchisseurs de la main et des doigts, de mon côté je pratiquais les mêmes opérations sur *l'homme* pour remédier aux difformités résultant de la rétraction des muscles fléchisseurs de la main et des doigts, et j'avais le bonheur d'arriver à des conclusions fort différentes. Sans entrer ici dans tous les détails que l'on trouvera dans un mémoire spécial que j'ai rédigé sur cette question, je me borne à extraire de ce mémoire le relevé numérique de mes opérations et des résultats qu'elles ont produits. 1° J'ai divisé au poignet neuf fois le grand palmaire, cinq fois le petit palmaire, huit fois le cubital antérieur; et dans chacune de ces sections, j'ai obtenu la réunion distincte des bouts divisés avec conservation du mouvement, et sans adhérences capable d'entraver ce dernier. 2° J'ai divisé trois fois le fléchisseur propre du poignet; deux fois j'ai réussi complètement; une fois il n'y a pas eu de réunion, probablement par rupture de la cicatrice, et la perte du mouvement s'en est suivie. 3° J'ai divisé deux fois le fléchisseur superficiel des doigts au poignet; réunion sans adhérences vicieuses et conservation du mouvement distinct de chaque tendon. 4° Trois fois j'ai fait la section du long fléchisseur du pouce au niveau de la seconde phalange; deux fois avec un résultat complet; l'autre fois la réunion n'a pas eu lieu. Dans ce cas, il y avait une paralysie presque complète de tous les muscles; le défaut de vitalité des parties ne s'est-il pas opposé au travail de régénération et de cicatrisation? 5° Sur seize sections de tendons du fléchisseur superficiel dans la paume de la main, treize fois la division a eu lieu sans intéresser le profond, et la réunion s'est opérée sans adhérences vicieuses et avec conservation du mouvement; trois fois la section a compris involontairement le tendon profond; des adhérences vicieuses ont aboli presque complètement le mouvement de la phalangette correspondante, mais les autres mouvemens des doigts ont été conservés quoique bornés. 6° J'ai fait quatre sections des tendons superficiels au niveau de la première phalange; deux fois la réunion s'est opérée, mais avec des adhérences telles que le mouvement n'est plus que rudimentaire. Les deux autres fois, la réunion n'a pas eu lieu. 7° J'ai fait onze sections des tendons du fléchisseur profond au niveau des phalangines; six fois la réunion s'est opérée, dont quatre fois avec conservation d'un mouvement presque normal, et deux fois avec conservation d'un mouvement limité; cinq fois la réunion ne s'est pas opérée et le mouvement a été complètement aboli.

Tels sont les résultats que j'ai obtenus jusqu'ici. Ils sont bien propres à infirmer les conclusions des expériences de M. Bouvier. Mais il ne suffit pas de les énoncer. En attendant qu'ils aient été constatés et vérifiés, en attendant que l'expérience des autres leur ait donné, en les reproduisant, toute l'autorité qu'on ne manquera pas de leur contester, jusque-là nous croyons devoir discuter comparativement les résultats de M. Bouvier et les nôtres, afin de montrer comment nous avons fait pour réussir, et comment devront faire ceux qui voudront réussir après nous, en évitant les écueils dans lesquels est tombé M. Bouvier.

Et d'abord, il n'est pas inutile de montrer l'origine et les phases diverses par lesquelles ont passé successivement les convictions de notre honorable collègue.

Dans une première communication, faite à l'Académie le 1er septembre 1840, M. Bouvier avait cherché à établir que la section des tendons fléchisseurs ne pouvait pas avoir lieu au niveau des phalanges, mais seulement dans la paume de la main et au poignet. Une année environ après, M. Bouvier a présenté le résultat d'expériences faites sur un chien et desquelles il concluait, en modifiant sa première opinion, qu'il fallait renoncer à la section des tendons fléchisseurs, aussi bien au niveau de la paume de la main qu'au devant des phalanges, restreignant le champ de ces sections au poignet seulement. Plus tard enfin, M. Bouvier est arrivé, toujours par des expériences sur les chiens, à conclure que la section des tendons au-devant des phalanges, à la paume de la main et au poignet, donne à peu près les mêmes résultats, c'est-à-dire l'abolition du mouvement par suite d'adhérences des cicatrices, ou de non réunion des tendons. Vous le voyez, Messieurs, chaque année à peu près a fourni une nouvelle édition des convictions de M. Bouvier. Examinons donc si la troisième a de meilleures bases et a plus de chances de durée que les premières.

M. Bouvier a fait des expériences sur les animaux, et ses expériences ont été conçues et exécutées en vue de prouver que toujours la section des tendons du poignet, de la main et des doigts, donne lieu tantôt à des adhérences vicieuses, tantôt à la non réunion des bouts divisés, et toujours à l'abolition plus ou moins complète du mouvement. Qu'on le remarque bien, ces expériences, au nombre de quatre seulement, ont été faites à un point de vue systématique, et non dans le but de savoir ce qu'il en adviendrait, et jusqu'à quel point elles pourraient éclairer la ténotomie de la main. Et, en effet, M. Bouvier ne s'est pas occupé de la différence qu'il y a entre des expériences faites sur des animaux et l'homme, sur des animaux exempts de difformités et sur des membres humains difformes; et il a conclu de ces quatre expériences, pratiquées sur des animaux sains, à l'homme difforme, c'est-à-dire d'un cas particulier à la généralité des cas observés sur l'homme. Cette première remarque suffirait pour montrer le peu de rigueur de l'argumentation de M. Bouvier. Je veux bien croire que ce cas particulier pour moi constitue peut-être un cas général au point de vue de la pratique de M. Bouvier, c'est-à-dire qu'il opère constamment chez l'homme comme il a opéré sur les chiens, et qu'il a toujours sur les chiens et sur les hommes les mêmes résultats. Mais sa manière de faire, quelque identique qu'elle soit dans tous les cas, sur l'homme comme sur les animaux, ne constitue toujours qu'un cas particulier en regard de la pratique des autres ténotomistes; et à ce point de vue, je crois pouvoir répéter qu'il n'a pas été fondé à conclure des résultats de ses expériences personnelles sur les animaux et de sa pratique chez l'homme à la pratique et aux résultats de tous les opérateurs. Voyons donc comment se conduit M. Bouvier pour obtenir toujours ou des adhérences, ou des non réunions de tendons, et finalement la perte du mouvement des muscles divisés; et comment, au contraire, il convient d'agir pour éviter ces inconvéniens. Je crois devoir faire remarquer d'abord, pour atténuer l'apparence de blâme qui pourrait résulter de cette comparaison, que les principes de la ténotomie n'ont encore été régulièrement posés nulle part; chacun se dirige à peu près suivant ses instincts plus ou moins heureux. On ne peut donc imputer à blâme à M. Bouvier d'avoir été moins bien inspiré dans cette circonstance que dans d'autres; et nous n'avons d'autre but, en commentant sa manière de procéder, que de faire ressortir celle qui produit et explique des résultats plus favorables.

Commençons par les tendons du poignet.

M. Bouvier fait la section du cubital antérieur, des deux palmaires et du fléchisseur commun superficiel au même niveau; il y ajoute aussi, dans un cas, le fléchisseur profond. La section comprend, et comprend nécessairement les tendons, leurs gaînes, le tissu cellulaire et les petits vaisseaux environnans; et le résultat de cette plaie commune, grande, profonde, c'est la fusion des cicatrices et leur adhérence entre elles et même à l'os. A nos yeux, ces résultats sont la conséquence forcée des conditions dans lesquelles M. Bouvier a opéré, et de la manière dont il a opéré. Pour s'en convaincre, il suffit d'indiquer les circonstances et les procédés opératoires qui produisent des résultats opposés. Lorsque j'opère la section des tendons du poignet, j'ai affaire à des muscles rétractés, c'est-à-dire raccourcis, tendus, isolés les uns des autres. La tension a pour effet de les soulever des plans profonds, de les placer en relief; j'augmente encore cette tension et ce soulèvement, en faisant contracter volontairement chaque muscle à diviser. Or, ces diverses circonstances ont pour effet 1° d'isoler successivement les tendons; 2° de les détacher des vaisseaux et nerfs qui les avoisinent à l'état normal; 3° de favoriser leur section nette, à l'exclusion des parties environnantes. Et cette section je la fais plutôt en pressant qu'en sciant, comme on diviserait une corde de violon tendue, à travers une petite ouverture de la gaîne, ou en n'intéressant que faiblement cette dernière. Enfin, je fais mes sections à des hauteurs différentes. Eh bien! non seulement M. Bouvier n'est pas dirigé par ces principes; il n'a pas recours à ces précautions; mais il lui est impossible de les appliquer sur un chien exempt de difformités. D'abord les tendons ne sont pas raccourcis, par conséquent ils ne peuvent être tendus qu'en renversant les articulations. Si M. Bouvier n'a pas recours à cette pratique pour les tendre, il est obligé de les diviser relâchés, en sciant, et de diviser à la fois les tendons, leurs gaînes, le tissu cellulaire, les vaisseaux, tout enfin, jusqu'à l'os. Si, au contraire, il cherche à tendre les tendons en renversant les articulations, il les applique fortement contre les plans auxquels ils correspondent; partant point d'isolement, point de soulèvement, et nécessité de tout diviser comme dans le premier cas, pour arriver à une section complète. M. Bouvier a objecté que la section des tendons du poignet, pratiquée à des hauteurs différentes, ferait courir le risque de rencontrer des fibres charnues et de n'opérer que des sections incomplètes; mais M. Bouvier, dont la doctrine le conduit à confondre, comme chose indifférente, la condition du muscle sain avec celle du muscle rétracté, n'a pas pris garde à un effet important de la rétraction sur la texture des muscles. Or, je crois avoir démontré, par des observations sans nombre, que tout muscle rétracté est plus ou moins passé à l'état fibreux: la partie tendineuse ou fibreuse s'étend donc aux dépens de la partie charnue, et cette circonstance, comme on le voit, facilite singulièrement la section des tendons du poignet, comme celle de tous les autres tendons, à différentes hauteurs, sans s'exposer à ne faire que des sections incomplètes. On le voit donc, en opérant sur des chiens, M. Bouvier s'est trouvé dans des conditions toutes différentes de celles où l'on pratique la ténotomie chez l'homme, et dans ces conditions il n'a pu employer que des procédés vicieux, et non les procédés réguliers, qui assurent des résultats opposés aux siens, et expliquent bien ceux que j'ai obtenus.

Passons aux tendons de la main.

Je reconnaîtrai d'abord qu'il existe des difficultés bien plus grandes à la main qu'au poignet, soit qu'on divise les tendons au niveau du métacarpe, soit qu'on les divise au niveau des phalanges; difficultés qui rendent bien compte des résultats divers et des insuccès auxquels ont donné lieu ces opérations pratiquées chez l'homme. Ici l'observation clinique paraîtrait d'accord avec les expériences sur les animaux, et M. Bouvier pourrait invoquer à l'appui de ses conclusions la pratique et l'opinion de quelques chirurgiens très connus. Il y a donc là un nouvel ordre de choses à examiner.

En ce qui concerne les faits cliniques, MM. Stromeyer et Dieffenbach avaient déjà plusieurs fois pratiqué sans succès, deux fois chacun, si ma mémoire ne me trompe, la section des tendons de la main. Plus récemment, j'ai pratiqué la même opération sur un jeune professeur de chirurgie de St-Pétersbourg, et cette opération, qui a eu quelque retentissement, a paru offrir le même résultat. Postérieurement, MM. Hippolyte Larrey et Bonnet, de Lyon, ont également échoué dans leurs tentatives, et M. Bonnet, en rapportant l'insuccès qui lui est propre dans son TRAITÉ DES SECTIONS TENDINEUSES, regarde comme impraticable la section des tendons de la main. Voilà donc des faits cliniques et des opinions respectables en faveur des résultats fournis par les expériences de M. Bouvier, et des conclusions qu'il en a tirées. Mais, que font ces résultats négatifs, ces insuccès, devant un cas positif de succès? Or, nous l'avons dit, nous en comptons plusieurs qui sont incontestables. Et d'abord, rétablissons en passant, à l'égard du cas de M. Doubowitski, les circonstances qui ont été altérées, et qui l'ont fait invoquer contre nous, alors que mieux connu et plus rigoureusement interprété, il eût pu témoigner en notre faveur. En effet, il est positif, il est avéré que trois et huit jours après la section des tendons fléchisseurs profonds et superficiels, le mouvement des doigts et des phalanges était rétabli. Plusieurs chirurgiens distingués, français et étrangers, qui avaient assisté à l'opération, ont constaté ce fait

à diverses reprises. Parmi eux, je citerai notre honorable collègue M. Amussal, dont j'ai invoqué, il y a quelques jours encore, les souvenirs, et qui m'a affirmé se rappeler parfaitement le fait en question. L'ami particulier de M. Doubowitski, M. le docteur Zablotski a fait, il y a quelque temps en public, la même déclaration. La perte du mouvement des doigts, chez M. Doubowitski, a été, suivant moi, le résultat de la rupture des cicatrices, par suite d'efforts de redressement trop brusques et trop considérables. Or je me suis assuré, par des expériences directes, que la rupture des cicatrices tendineuses, à une époque voisine de l'opération, a pour résultat d'empêcher la réunion des tendons, pour peu surtout que les bouts soient maintenus séparés ; à cette époque, en effet, la substance de nouvelle formation n'est pas encore arrivée à une organisation assez avancée, assez vasculaire, pour que ses deux extrémités divisées fournissent le fluide nécessaire à la réunion, à la soudure. J'ai donc pu invoquer cette cause pour expliquer la perte du mouvement des doigts chez M. Doubowitski, postérieurement à l'époque où j'en avais constaté et fait constater le rétablissement. Quoi qu'il en soit de cette circonstance j'ai obtenu chez le même sujet le succès le plus complet, de la section de tous les muscles fléchisseurs de la main au niveau du poignet, c'est-à-dire réunion sans adhérence vicieuse et rétablissement comme à l'état normal (ce sont les expressions de M. Doubowitski lui-même) des mouvemens de flexion et d'extension du poignet dans tous les sens.

Ce que j'ai dit précédemment de la différence des conditions où M. Bouvier et moi avons opéré, en ce qui concerne les tendons du poignet, s'applique aux tendons de la paume de la main. Point de rétraction, pas de tension, division impossible des tendons, ou division inévitable de toutes les parties; pour conséquence obligée, section simultanée des deux ordres de tendons qui se correspondent, et finalement fusion et adhérence des cicatrices. Voici comment je procède pour arriver à d'autres résultats. Si j'ai affaire à la rétraction du fléchisseur superficiel seulement, je mets le profond dans le relâchement par la flexion des troisièmes et des deuxièmes phalanges. S'il y a rétraction simultanée du superficiel et du profond, je commence par faire la section des tendons profonds au niveau des phalangines. Dans l'un et l'autre cas, je place ainsi les tendons fléchisseurs profonds dans le relâchement, du moins relativement aux fléchisseurs superficiels. J'accrois la tension et le soulèvement de ces derniers au moyen de la contraction volontaire du muscle. Je les divise alors des parties superficielles aux parties profondes, en pressant plus qu'en sciant ; mon instrument s'arrête aussitôt que le premier obstacle est vaincu, ou bien son action s'émousse contre les tendons profonds qui sont relâchés au milieu des parties molles environnantes. Et qu'on ne conteste pas la possibilité de ce résultat; qu'on ne dise pas, comme on l'a dit, que la section et la cicatrisation du tendon ne peuvent pas se faire sans adhérence avec le tendon sur lequel il glisse habituellement ; non seulement j'ai obtenu rigoureusement ce résultat dans un assez bon nombre de cas, mais la première expérience de M. Bouvier renferme à cet égard un renseignement précieux. Il divise les tendons du fléchisseur superficiel au poignet; la masse des cicatrices était immédiatement appliquée sur les tendons du profond, et cependant, dit M. Bouvier, les *tendons divisés n'étaient point adhérens au fléchisseur profond dont le jeu était resté libre*. Qu'a-t-il fallu pour obtenir ce résultat inespéré? Que le bistouri de M. Bouvier s'arrêtât par hasard assez tôt pour ne pas intéresser la surface des tendons du fléchisseur profond. Eh bien ! ce que M. Bouvier a fait une fois sans le vouloir et par hasard, nous voulons le faire toujours, nous le faisons sciemment, et nous en avons érigé la pratique en principe. Ainsi, quand nous faisons la section du fléchisseur superficiel, soit à la paume de la main, soit au poignet, tous nos efforts, toutes nos précautions, tous nos mouvemens tendent à ne pas aller au-delà du but ; nous ne voulons couper que le tendon, notre ténotome va le chercher dans sa gaîne, il le divise au milieu des nerfs et des vaisseaux, du tissu cellulaire, qu'il épargne, et il s'arrête au moment où l'obstacle est franchi ; et s'il arrive que par maladresse nous dépassions le but, nous n'en accusons que notre maladresse, et non notre méthode et nos principes. M. Bouvier ne raisonne ni n'agit de la même manière, témoin le résultat de sa quatrième expérience. Non seulement il a divisé d'un seul coup les deux tendons superficiel et profond, au niveau de la paume de la main, mais il a divisé toutes les parties sous-jacentes jusqu'à l'os, et la cicatrisation commune adhérait profondément à ce dernier. Or cette adhérence implique la cause qui l'a produite.

Reste la section des tendons du fléchisseur profond au niveau des secondes phalanges. Cette opération est, sans contredit, la plus délicate, la plus ardue de toutes celles que nous venons d'examiner. Il est inutile d'entrer dans de grands détails pour démontrer que M. Bouvier ne s'est pas entouré et n'a pu s'entourer sur le chien des précautions qui nous font réussir chez l'homme ; et je ne puis que répéter, qu'en faisant comme il a fait, il a dû avoir les résultats qu'il a obtenus. Ce que j'ai dit précédemment des conditions des adhérences des cicatrices suffit pour expliquer le mécanisme des mêmes adhérences, suites de la section des fléchisseurs profonds au niveau des phalangines. Rappelons seulement que nous avons fait quatre fois cette section sans adhérence appréciable. Et si la manière dont nous procédons pour obtenir ce résultat (tension et soulèvement du tendon, section nette et isolée de sa corde, en épargnant le plus possible sa gaine), si, dis-je, toutes ces précautions ne suffisaient pas, nous pourrions trouver parmi les résultats imprévus des expériences de M. Bouvier un nouvel auxiliaire bien propre à montrer que la section des fléchisseurs profonds n'est pas absolument inséparable de l'adhérence du tendon divisé avec sa gaine. Une fois, en effet, M. Bouvier a constaté que les deux bouts du tendon fléchisseur profond flottaient non réunis dans leur gaine, *mais exempts de toute adhérence*. Dans ce cas encore l'instrument de M. Bouvier a produit accidentellement un résultat dont nous avons cherché à généraliser la condition, à la réduire en principe, et autant que faire se peut nous arrivons à nous y conformer. — Terminons par l'examen des circonstances qui peuvent amener le défaut de non réunion des tendons du fléchisseur profond divisé au niveau des deuxièmes phalanges. Cet accident résulte du trop grand écartement immédiat des bouts tendineux. Voici le mécanisme, suivant lequel il nous paraît se produire. Ou bien, il s'interpose une certaine quantité de synovie dans l'intervalle qui sépare les deux extrémités trop écartées du tendon ; ou bien cet intervalle reste vide et les deux faces correspondantes de la paroi interne de la gaine s'appliquent l'une contre l'autre sous l'influence de la pression extérieure. Le résultat est le même dans les deux cas, c'est-à-dire occlusion du canal au passage de la matière de la cicatrice. Or que convient-il de faire pour prévenir cette occlusion? maintenir pendant quelque temps après l'opération les deux bouts divisés assez rapprochés pour permettre l'affrontement de la matière versée par chacun d'eux. Eh bien ! c'est ce que n'ont pas fait les opérateurs qui ont échoué sur l'homme, et c'est surtout ce que n'a pas fait et n'a pu faire M. Bouvier sur les animaux ; les premiers parce qu'ils ont la coutume irréfléchie d'étendre immédiatement les doigts, se préoccupant plus de voir disparaître la difformité que d'assurer la conservation du mouvement ; le second, parce qu'il est impossible de remplir rigoureusement sur les animaux les conditions nécessaires pour éviter un trop grand écartement des tendons divisés. En effet, je préviens cet accident en maintenant pendant quelque temps les doigts fléchis, et surtout en invitant l'opéré à s'abstenir de tout effort de contraction musculaire qui aurait pour résultat de provoquer le retrait du bout tendineux correspondant à la partie contractée du muscle. Cela étant, peut-on obtenir d'un chien qu'il ne contracte pas les muscles dont les tendons auront été divisés? De même qu'on n'avait pas pu profiter sur ces animaux du bénéfice de la contraction volontaire, quand elle eût été utile pour ajouter à la tension et à la saillie des tendons à diviser, de même on n'a pas pu l'empêcher, quand sa cessation momentanée eût été favorable à la réunion des mêmes tendons divisés. C'est encore là, comme on le voit, une nouvelle et dernière conséquence de la différence qui existe entre les expériences sur les animaux et les opérations corrélatives chez l'homme.

En résumé, de la discussion à laquelle je viens de me livrer, je crois pouvoir tirer les conclusions suivantes.

1° La section sous-cutanée des grand et petit palmaire, du cubital antérieur, du fléchisseur propre du pouce, du fléchisseur commun des doigts, pratiquée au poignet à différentes hauteurs, constitue une ressource utile et presque toujours efficace pour combattre les difformités, suite de la rétraction de ces muscles, tout en permettant de conserver leur mouvement isolé et collectif.

2° La section sous-cutanée du fléchisseur superficiel dans la paume de la main du fléchisseur profond au niveau des secondes phalanges, n'est pas moins convenable et efficace pour combattre la flexion permanente des doigts et des phalanges ; cette opération n'expose pas nécessairement à la perte du mouvement des parties.

3° Ces conclusions également appuyées sur les faits cliniques, sur les considérations anatomiques et physiologiques, ne peuvent être infirmées en aucune façon par les expériences sur les animaux sains, parce que ces derniers ne sont ni dans les conditions où la ténotomie est appliquée chez l'homme, ni dans les conditions où cette méthode opératoire peut être appliquée régulièrement.

M. Bouvier : L'argumentation que vous venez d'entendre a pris les choses de très loin, et je ne sais si je dois la réfuter dans ce qui a rapport aux deux doctrines qu'on vient de poser en présence l'une de l'autre. Sur ce point comme sur beaucoup d'autres, je me bornerai à des dénégations plutôt qu'à des raisonnemens. Quant aux deux doctrines il n'est pas exact de dire que l'une découle de l'empirisme, et que dans celle-ci qu'on me fait adopter les tendons sont considérés seulement comme des obstacles. Nous savons tout aussi bien que M. Guérin remonter aux causes des maladies, et pour les difformités comme pour les autres affections chirurgicales, l'étiologie fait la base des indications thérapeutiques; en résumé, nous raisonnons aussi bien dans une doctrine que dans l'autre. On a dit que j'avais fait mes expériences dans le but de prouver telle et telle chose; cela est fort adroit, parce qu'en s'exprimant ainsi, on a cherché à prouver que j'avais des idées préconçues; mais on ne s'est pas aperçu qu'aussitôt après, on me faisait un reproche tout opposé relativement à la modification de mes idées sur la ténotomie. Quand j'ai fait mes expériences je voulais voir quels en seraient les résultats, et malgré moi j'ai été amené par elles et par elles seules à des conclusions défavorables sur la ténotomie appliquée aux tendons de la main. J'aurais été enchanté d'avoir d'autres résultats que des résultats négatifs; puisque l'orthopédie se trouve privée, à mon avis, d'une opération qui si elle eût donné les résultats heureux qu'elle annonçait aurait agrandi beaucoup le champ de la thérapeutique active des difformités. Quant au reproche qu'on m'a adressé d'avoir changé d'opinion, en fait de science, ce reproche pourrait s'adresser autant à d'autres qu'à moi seul. C'est à peu près ce qui arrive à tout le monde, à tous ceux qui étudient. Mais les modifications successives de mes idées n'ont en aucune manière influé sur ma pratique, car je n'ai rien osé, j'ai pensé qu'il était préférable d'attendre, et ce n'est pas ma faute si j'ai cru voir que la ténotomie avait des limites plus restreintes que celles qu'on voudrait lui imposer ; enfin, ce n'est pas ma faute si la ténotomie appliquée aux tendons de la main a été jusqu'à présent plutôt nuisible qu'utile.

J'arrive à rétablir les faits ; car, à dessein ou involontairement, pour rendre la critique plus facile, on exagère presque toujours les idées de celui que l'on veut combattre. Remarquez bien que je n'ai pas dit d'une manière absolue que les choses devaient se passer sur l'homme comme sur le chien, et quant à l'isolement du tendon que l'on veut diviser, je l'ai indiqué comme la circonstance la plus favorable pour s'opposer aux adhérences vicieuses. Messieurs, on a commencé par énumérer combien de fois on avait pratiqué la section des tendons de la main, et on a dit que, dans quelques cas, il y avait eu perte de mouvemens. Il y a donc là des faits qui concordent avec les miens. Pour les autres qui ont été cités comme des cas de succès, je m'attendais à des preuves plus évidentes ; or je dirai, sans inculper personne, que les opérateurs sont disposés en général à se faire des illusions. J'aurais attaché pour ma part beaucoup plus de prix à un seul fait bien constaté qu'à tous ceux dont on vous a fait l'énumération. Il faut donc être très réservé sur l'appréciation de faits contradictoires à ceux qu'on trouve dans les auteurs et aux conclusions auxquelles m'ont conduit les expériences que j'ai pratiquées. Au reste, MM. Doubowiski, Stromeyer, Dieffenbach, Bonnet, ont

cit des faits qui me paraissent venir à l'appui de mes idées. La question des faits me paraissant tranchée, je passe à la partie dogmatique de mon argumentation.

L'heure avancée de la séance ne permet pas à M. Bouvier de continuer la discussion. L'Académie décide qu'elle sera continuée à la prochaine assemblée. M. Bouvier aura la parole immédiatement après la lecture du procès-verbal.

— M. Marcellin Fauraytier communique à l'Académie de nouveaux instrumens pour la suture des fistules vésico-vaginales et du voile du palais. (Nous en rendrons compte dans le prochain numéro.)

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ DE MÉDECINE PRATIQUE DE JEAN-PIERRE FRANK; traduit du latin par J.-M.-C. GOUDAREAU, docteur en médecine, membre de plusieurs sociétés savantes; revu et corrigé, augmenté des observations et réflexions pratiques contenues dans les INTERPRETATIONES CLINICÆ de J.-P. Frank, et précédé d'une introduction par F.-J. DOUBLE, membre de l'Institut de France, de l'Académie royale de médecine, etc. — 2 vol. grand in-8° Paris, J.-B. Baillière, libraire de l'Académie royale de médecine, rue de l'École-de-Médecine, 17; Londres, chez H. Baillière, 219, Regent-Street.

Le traité de médecine pratique de J. P. Frank, résultat de cinquante années d'observation et d'enseignement public dans les chaires de clinique des universités de Pavie, Vienne et Wilna, a été composé, pour ainsi dire, au lit du malade. Dès son apparition, il a pris rang parmi les livres qui doivent composer la bibliothèque du médecin praticien, à côté des œuvres de Sydenham, de Baillou, de Van Swieten, de Stoll, de De Haen, de Cullen, de Borsieri, etc. L'auteur, libre de toute influence doctrinale, décrit les maladies telles qu'il les a vues; appréciant les diverses méthodes de traitement il insiste sur celles qui lui ont paru les meilleures, celles dont il a obtenu le plus de succès, et n'admet qu'avec réserve les moyens qui n'ont pas reçu la sanction répétée de l'expérience. Son travail s'adresse donc à ceux qui, faisant abstraction des systèmes, ne recherchent dans la médecine que ce qu'elle renferme de vrai, d'utile, de positif, et n'attachent d'importance qu'au but qu'elle se propose, la guérison des maladies.

Pour donner une juste idée du TRAITÉ DE MÉDECINE PRATIQUE de J. P. Frank, par une comparaison facile à saisir des lecteurs français, nous dirons qu'il est en médecine ce qu'est en chirurgie le traité des maladies chirurgicales de notre Boyer : c'est le résumé de la pratique d'un médecin consommé; c'est le *Compendium du médecin praticien*; c'est un traité général composé de plusieurs chapitres formant autant de traités spéciaux où l'auteur expose avec simplicité, sans théorie, sans trop d'érudition, ce qu'une longue expérience lui a appris sur les causes, les symptômes, la marche et le traitement de chaque maladie.

VARIÉTÉS.

— On lit dans le SUN : « Deux officiers qu'on a crus avoir été tués lors de la retraite de Caboul, les docteurs Cambell et Brice, ont échappé à la mort. Le premier se trouve parmi les prisonniers envoyés dans les montagnes et le second avec les ôtages anglais qu'on a gardés à Caboul. Le docteur Cambell doit la vie à un acte de dévouement qui mérite d'être connu. Au moment où l'on se disposait à commencer cette désastreuse retraite, il fut décidé par le sort lequel des médecins aurait à rester à Caboul avec les malades et blessés. Le sort étant tombé sur un homme marié, le docteur Cambell s'avança et s'offrit à le remplacer, ce qui fut accepté avec une vive reconnaissance. En faisant ses adieux à ses collègues et aux autres officiers du corps, ceux-ci ne purent lui cacher leurs craintes sur sa sûreté personnelle, et qu'après leur départ sa mort leur paraissait à peu près certaine. Le contraire a eu lieu; ils ont été presque tous massacrés en se retirant, tandis que le docteur Cambell, qui est resté, vit encore. »

— Extrait d'un rapport de M. le général Changarnier, en date du 21 septembre 1842, au sujet du combat de Saouk-el Sebt des Beni-Chaïb :

« MM. Calmet, chirurgien aide-major du corps des zouaves, et Raichon, chirurgien aide-major au 6e chasseurs d'Orléans, me sont signalés comme ayant rendu des services hors ligne.

» MM. les officiers de santé ont montré leur dévouement ordinaire, en pansant les blessés au milieu du feu le plus vif. » (*Bulletin des officiers de santé.*)

— M. le docteur Marchal, chirurgien aide-major aux compagnies de sous-officiers vétérans, est chargé de la rédaction des Mémoires de médecine militaire, pour ce qui regarde la chirurgie, en remplacement de M. le docteur Bégin.

— Au moment de la reprise des études, nous appelons l'attention de nos confrères des départemens sur l'*école préparatoire de médecine* de M. le docteur Ratier. Cette institution mérite toute confiance; elle existe depuis plusieurs années; elle a déjà rendu de grands services. M. Ratier s'est non seulement dévoué à son œuvre, mais il y a apporté des idées nouvelles et fécondes sur la meilleure manière d'étudier les sciences médicales. Indépendamment des soins de famille que les jeunes gens destinés à l'étude de la médecine reçoivent dans l'école préparatoire de M. Ratier, ils trouvent donc dans son expérience éclairée le meilleur guide à suivre pour régler et distribuer de la manière la plus profitable leur temps et leurs études.

Voici une lettre que M. Ratier adresse à ses confrères de la capitale; nous pensons bien faire en la portant à la connaissance de nos confrères des départemens.

Monsieur et très honoré confrère,

Je viens rappeler à votre souvenir et recommander à votre bienveillance l'*école préparatoire de médecine* que j'ai fondée il y a déjà sept ans.

Vous êtes plus que personne en état d'apprécier vous-même et de faire comprendre aux familles qui pourraient réclamer vos conseils, les avantages d'un pareil établissement.

M'étant dévoué à cette œuvre d'une manière complète, je fais tous mes efforts pour répondre à la confiance des médecins auxquels je m'adresse spécialement.

J'ai l'honneur d'être, etc. RATIER,

25 bis, rue de l'Arbalète.

Paris, le 24 septembre 1842.

— M. le Préfet de police a fait afficher dans Paris une nouvelle ordonnance, datée du 15 septembre, qui réglemente la profession d'équarrisseur. Ils auront désormais des voitures fermées de manière à ne jamais laisser voir leur contenu; elles seront aussi construites de façon à ne laisser tomber aucun liquide. Les animaux destinés à l'équarrissoir ne pourront être entrés dans Paris. Aucun animal ne pourra être abattu dans Paris. Les équarrissoirs seront situés hors barrière. Tous les animaux morts dans l'intérieur de la capitale seront enlevés de nuit, entre minuit et six heures du matin. Les animaux reconnus atteints de maladies contagieuses ne pourront, sous aucun prétexte, stationner dans la ville. Enfin, à toute réquisition, les équarrisseurs devront enlever les animaux morts, en se conformant aux prescriptions qui précèdent.

Le même magistrat vient de rendre un arrêté réglementaire qui intéresse à un très haut degré les propriétaires des maisons, les chefs d'établissemens, les boutiquiers, etc., qui se servent du gaz pour l'éclairage. Cet arrêté indique tous les soins et toutes les petites précautions qu'il faut avoir pour la surveillance des appareils d'éclairage, afin de parer aux accidens.

L'arrêté dont il s'agit prescrit notamment d'aérer et ventiler avec soin les lieux éclairés, d'avoir des robinets qui ferment avec précision; de graisser souvent ces robinets; d'avoir, outre les robinets, des becs isolés, un robinet principal qu'on ferme d'abord quand on veut faire cesser l'éclairage.

Dès qu'une odeur de gaz se fait sentir dans un appartement, il faut ouvrir sur-le-champ les portes et les croisées, et donner simultanément avis du fait au constructeur d'appareils à l'administration du gaz.

Enfin, quand une fuite de gaz vient à s'enflammer, on parviendra à l'éteindre en mouillant un linge et en l'appliquant avec prestesse sur la fuite enflammée.

Pour que les personnes qui s'illuminent par l'effet du gaz n'oublient pas ces sages prescriptions, il est enjoint aux compagnies de les faire imprimer au dos des quittances mensuelles des abonnés.

— Une famille de paysans, habitans de la commune de Clermont, près Toulouse, avait été victime d'un empoisonnement par les escargots. Le médecin qui a soigné les empoisonnés a communiqué les détails qui suivent au *Journal de Toulouse*.

« D'après ce que je recueillis sur les circonstances qui avaient précédé la maladie, sur celles qui l'avaient accompagnée, et d'après les symptômes dont j'étais moi-même le témoin, je n'eus pas de peine à reconnaître un empoisonnement de la nature de ceux qui sont occasionés par les végétaux appelés en médecine poisons narcotico-âcres, tels que la belladone, la jusquiame, la pomme épineuse, etc. Il ne resta plus aucun doute dans mon esprit sur la cause de cette terrible maladie, après que j'eus appris que les limaçons dont on avait fait usage avaient été recueillis dans des buissons de redoul, en patois roudou (coriaria myrtifolia). Tout le monde sait que les feuilles et les jeunes pousses de cette plante sont un poison pour les animaux domestiques qui les broutent, et qu'elles les tuent, après leur avoir occasionné des vertiges et comme des attaques d'épilepsie; mais ce qu'on ne sait pas, c'est que la chair de ces animaux peut causer les plus grands dangers et donner même la mort. Les accidens tels que celui dont je viens d'être le témoin sont rares; mais il est assez fréquent de voir chez nos paysans des indispositions occasionnées par les escargots; cela vient de ce qu'ils les mangent immédiatement après les avoir recueillis. On devrait, à l'exemple des anciens Romains, ne servir ces animaux sur les tables qu'après les avoir gardés pendant six mois ou un an, en leur donnant pour nourriture du son et du serpolet. C'est encore un moyen de les manger plus gras et plus savoureux. »

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 44. (TOME X. — 1842.) SAMEDI 29 OCTOBRE 1842.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des Hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

DE L'EMPHYSÈME QUI SUCCÈDE BRUSQUEMENT A LA RUPTURE DE L'UN DES POINTS DES VOIES AÉRIENNES; DE SON SIÉGE ET DE SES TERMINAISONS; par M. Depaul, docteur en médecine, ancien interne des hôpitaux, chef de clinique d'accouchement de la Faculté.

Quoique très compliqué dans ses détails, on peut se faire une juste idée de l'appareil respiratoire en le comparant avec Mayow à une vessie renfermée dans un soufflet, dont les parois suivraient très exactement les mouvemens de l'instrument et qui communiquerait avec l'extérieur à l'aide d'un long tube; si l'acte de la respiration s'accomplit avec régularité; si l'introduction de l'air ou sa sortie ne sont troublées par aucun obstacle, et si d'ailleurs aucune altération de tissu n'a diminué la force de résistance normale des voies aériennes; celles-ci supportent sans dommage dans toute leur étendue la pression de l'air qui les pénètre et résistent sans peine à l'action nécessaire à son expulsion. Mais qu'une oblitération plus ou moins complète survienne dans un point de leur trajet, qu'elle dépende de la présence d'un corps étranger, de l'occlusion spasmodique ou volontaire de la glotte, de la bouche et des narines, elles pourront se rompre dans leurs différens points; l'air pourra passer dans les parties voisines, et de là s'étendre plus ou moins loin.

Quelle que soit en effet la cause de l'effort, ses principaux phénomènes consistent dans des modifications des actes de la respiration, qui ont pour but de fournir un point d'insertion solide aux muscles qui, de la poitrine, vont se rendre, soit au tronc soit aux membres supérieurs. Les recherches de MM. Bourdon et J. Cloquet nous ont appris ce qui se passe alors. Après l'introduction d'une quantité d'air plus grande que d'habitude dans la cavité thoracique, la partie supérieure du larynx se ferme d'une manière convulsive. Bientôt les contractions des muscles abdominaux refoulent les organes placés derrière eux vers la cavité de la poitrine; mais le fluide qui distend les poumons et qui se trouve emprisonné par la contraction de la glotte arrête bientôt le diaphragme qui, dès ce moment, est placé entre deux forces agissant en sens inverse. La diminution de la cavité abdominale ne peut continuer dès lors qu'aux dépens du refoulement du périnée et surtout de la pression qui agit sur les divers canaux ou organes creux en rétrécissant leurs cavités par l'expulsion partielle ou complète des corps qu'ils renferment; mais on comprend que cette diminution a des limites, et que bientôt l'air pressé de toutes parts dans les conduits aériens doit réagir sur tous les points en vertu de son élasticité et tendre à s'échapper dans toutes les directions; le plus souvent c'est l'ouverture supérieure du larynx qui s'entr'ouvre et qui lui offre de la sorte une voie naturelle. Ces différens phénomènes peuvent se succéder pendant plus ou moins longtemps jusqu'à ce qu'en-

Feuilleton.

GALERIE DES CÉLÉBRITÉS MÉDICALES DE LA RENAISSANCE.

André Vésale.

L'éclatante initiative du professeur italien Mundini de Luzzi, lequel au 14e siècle, à l'université de Bologne, chose inouïe jusqu'alors dans les mœurs du moyen-âge, avait pu disséquer publiquement deux cadavres humains; au 16e siècle, les investigations anatomiques beaucoup plus satisfaisantes de Marc-Antoine de la Torre, de Gabriel Zerbi, de Béranger de Carpi, de Jacques Dubois, autrement dit Sylvius, etc.; tout cela pâlit et s'efface à l'aspect des travaux d'André Vésale. C'est qu'en effet pour attacher un nom, pour l'imprimer au drapeau d'un mouvement scientifique quelconque, il ne suffit pas de se prévaloir de découvertes partielles, de recherches plus ou moins heureuses, plus ou moins fécondes, mais lourdes et grossières dans leur traduction extérieure, il faut encore appuyer ses prétentions sur un ordre entier d'idées, sur un ensemble solide de matériaux dont l'unité se révèle à l'esprit avec simplicité, méthode et précision. A ce titre seulement la postérité, ce juge en dernier ressort, ce tribunal infaillible qui n'obéit qu'au divin sentiment de la justice, la postérité vous inscrit à jamais sur les premiers feuillets de son livre d'or. D'ailleurs, André Vésale n'est point un de ces génies débiles repoussant avec humeur et par esprit de système tout ce qui s'écarte des opinions vulgaires, un de ces savans routiniers dont la constance du travail et la discipline du caractère constituent presque le seul mérite. Il a mieux que ces qualités, il est du nombre *de ces héros*, pour nous servir des expressions de Fontenelle, *qui sortent tout formés des mains de la nature*. Il apporte en naissant l'étincelle du feu sacré, privilége imposant sans lequel les efforts les plus opiniâtres de la volonté humaine se reconnaissent eux-mêmes impuissans et vaincus. Astre éclatant de la lumineuse pléiade des Paracelse, des Fernel, etc., il est animé de l'esprit révolutionnaire de l'époque, ce souffle orageux qui va déracinant toutes les ronces, toutes les épines dont le champ de la science était depuis si longtemps encombré. En un mot, cédant au besoin irrésistible de puiser sa force en soi même, de marcher au gré et sous la seule inspiration de son propre génie, il arbore le premier en anatomie l'étendard périlleux de l'indépendance.

Il était Brabançon, né à Bruxelles, en 1514, mais sa famille, de race allemande, tirait son origine de la ville de Wesel, appartenant au grand duché de Clèves. Dans cette famille, où l'exercice de la médecine se transmettait de génération en génération, plusieurs noms s'étaient rendus célèbres. Un trisaïeul d'André, Pierre Vesale, avait commenté Avicenne au 15e siècle. Un bisaïeul, Jean, professeur à l'université de Louvain, s'honorait du titre de médecin de Marie de Bourgogne, fille de Charles-le-Téméraire. Son aïeul, Everard, était auteur de nombreuses études exégétiques sur les livres de Rhazès et les aphorismes d'Hippocrate. Enfin, son père avait la charge d'apothicaire de l'empereur Charles-Quint.

Michel-Ange à peine adolescent, sculptait déjà toutes sortes de figurines dans la boutique du tailleur de pierre, mari de sa nourrice; Titien, chez le maître d'e-

fin une résistance extérieure soit vaincue ou une fonction difficile accomplie; mais dans quelques cas et peut être sont-ils moins rares qu'on ne se l'imagine, des ruptures ou de simples fissures sont la conséquence de la succession de ces actes violens. Une route insolite s'offre à l'air qui s'y engage avec d'autant plus de facilité qu'elle est plus large, qu'elle permet une communication plus facile avec le tissu cellulaire extérieur, et que surtout les efforts qui l'ont produite se prolongent pendant longtemps encore.

D'une autre part, la gravité d'une semblable lésion est bien plus en rapport avec l'importance des organes sur lesquels elle agit qu'avec son étendue. Les détails et les observations de ce travail ont pour objet de démontrer la vérité de ces différentes assertions.

Mais avant d'aller plus loin, je dois ajouter que la théorie de l'effort, précédemment rapportée, n'est pas toujours complètement applicable. L'occlusion des voies respiratoires s'établit assez souvent par le rapprochement des lèvres, l'application du voile du palais contre l'ouverture postérieure des fosses nasales, et quelquefois par le pincement volontaire de leur ouverture antérieure; le passage à travers le larynx demeurant alors complètement libre, et les surfaces sur lesquelles peuvent se produire les déchirures dont j'ai parlé se trouvant de beaucoup agrandies. C'est ainsi, par exemple, que, pendant l'action de se moucher, on a pu voir l'air s'introduire dans les conduits lacrymaux, déterminer leur déchirure et occasioner un emphysème plus ou moins étendu aux paupières et aux régions supérieures du visage. M. le docteur Carré en a rapporté un exemple remarquable dans les MÉMOIRES DE MÉDECINE MILITAIRE. Chez un homme, observé par Dupuytren, et chez lequel les parois osseuses des sinus frontaux avaient éprouvé une perte de substance, on voyait la région frontale devenir emphysémateuse chaque fois qu'il se mouchait. Mais ce sont là, on le comprend, les formes les moins graves de la lésion qui nous occupe. Les médecins militaires, et ceux surtout qui sont chargés de l'examen des conscrits dans les conseils de révision, connaissent un genre de fraude, qui consiste à se pratiquer une ou plusieurs piqûres à la face interne de la joue, et à se livrer ensuite à de violens efforts d'expiration, la bouche et les narines étant fermées. La partie correspondante du visage devient alors presque toujours emphysémateuse, et on pourrait s'en laisser imposer par un examen superficiel. Le plus souvent, toutefois, les parois de la cavité buccale sont complètement soustraites à l'action expansive de l'air, qui trouve une issue facile par la bouche ou les narines. La lésion se manifeste alors au dessous de la glotte; le larynx, la trachée, ses divisions, et les vésicules pulmonaires surtout peuvent en devenir le siége.

Lorsque la tumeur emphysémateuse apparaît au-devant du col, il n'est pas toujours facile de déterminer quel est le point des voies respiratoires qui a été lésé, si l'on s'en rapporte toutefois à sa circonscription, à son peu de gravité et à la facilité avec laquelle elle disparaît, on trouvera de puissans motifs pour supposer qu'il est le résultat d'une éraillure de la trachée, ou peut-être dans quelques cas plus rares du larynx. Plusieurs observateurs ont rappelé des faits de ce genre, et se sont arrêtés à cette explication, plutôt à cause de la marche et des limites de l'emphysème que parce qu'ils avaient constaté, par l'examen direct, la voie nouvelle à travers laquelle l'air avait pu s'infiltrer. En effet, j'ai vainement cherché un exemple de cette nature dans lequel, la malade ayant succombé, on ait pu trouver le point qu'occupait la fissure. Voici comment s'exprime M. le docteur Ménière, dans le résumé qu'il donne de trois faits qui se sont présentés à lui (MÉMOIRE SUR QUELQUES CAS RARES D'EMPHYSÈME, DÉPENDANT DE CAUSES DIFFÉRENTES. ARCHIVES, mars, 1829) : « Sur trois femmes en couche qui m'ont offert ce phénomène, deux avaient de 35 à 37 ans, l'autre en avait 29, toutes trois accouchant pour la première fois. Le travail fut long et difficile, autant par l'étroitesse des organes génitaux que par le volume de l'enfant... Aucune des trois malades ne s'est aperçue de l'accident, aucune n'a ressenti de douleurs dans la poitrine ni dans la trachée. La tumeur, rapidement accrue, a causé à peine un peu de gêne; elle n'a pas envahi le visage et s'est bornée à occuper la plus grande partie de l'espace compris entre les sterno-mastoïdiens. Il n'y a pas eu de changement de couleur à la peau; sa résolution s'est opérée avec rapidité; le troisième ou le quatrième jour, il n'en restait plus de traces. Aucun médicament n'a été mis en usage. »

On trouve dans DEGADAS (DE MEDIC. Y CIRURG. PRAT., n° 4, t. VII) l'observation suivante :

« OBS. I. — Une jeune femme, de dix-neuf ans, d'un tempérament sanguin et très irritable, fut atteinte d'une péripneumonie aiguë dans les premiers jours du huitième mois de sa grossesse. Le 2 septembre 1819, septième jour de sa maladie, les douleurs de l'accouchement se firent sentir, et pendant plus de 4 heures elles furent accompagnées de cris très forts. Peu de temps après, une tumeur se manifesta à la partie supérieure de la poitrine.

» Un médecin, appelé 12 heures après la sortie de l'enfant, constata l'état suivant : la tête était d'un volume énorme, la figure offrait une couleur violacée, ainsi que le cou, qui était considérablement tuméfié; la poitrine et les membres l'étaient également, et dans toutes les parties le gonflement offrait les caractères de l'emphysème; l'oppression était si forte que la suffocation semblait imminente à chaque instant. Deux larges saignées furent pratiquées dans l'espace de quatre heures. Bientôt la respiration devint moins laborieuse; en même temps l'emphysème diminua, le crâne et la face reprirent leur volume et leur couleur habituels. Cependant on dut encore recourir à plusieurs saignées et à des applications de sangsues. Le 10 septembre, 8 jours après l'accouchement, le cou était encore assez gonflé pour que la peau qui le recouvrait se trouvât de niveau avec celle du visage; la poitrine et les membres étaient encore développés quoiqu'à un moindre degré. Un large sinapisme, des compresses imbibées de vin aromatique furent appliquées, et le 12 septembre, l'emphysème avait complètement disparu. »

L'observation qu'on va lire, et qui a été publiée en 1784 dans MEDICAL COMMUNICATIONS, vol. I, p. 176, avait été communiquée au docteur Simmon par le docteur Blaud, médecin accoucheur du dispensaire général de Vinsminster, qui s'exprime en ces termes :

« OBS. II. — Mme J. Ismay, femme d'un horloger, demeurant à Londres (Chancery Lane), jeune, forte et bien portante, vit, pendant un accouchement long et pénible, qui exigea de violens efforts, se développer un emphysème dans le tissu cellulaire sous-cutané du visage, du cou et de la partie supérieure du tronc. Le gonflement des paupières était tel que la malade ne put les ouvrir pendant quelque temps. La tuméfaction générale offrait une surface considérable, dont le centre correspondait à l'articulation de la clavicule droite avec le sternum. On ne s'aperçut de l'accident que le jour qui suivit l'accouchement. Mais la nature de la tumeur ne fut pas un instant douteuse. Une crépitation manifeste existait dans toute son étendue; cependant cette femme n'éprouva aucune douleur, et l'emphysème avait complètement disparu au bout de dix à douze jours. »

Mon excellent ami le docteur N. Guéneau de Mussy m'a communiqué deux cas intéressans, observés par lui, et qui se rattachent à mon sujet. Je regrette que les limites de ce travail ne me permettent pas de les trans-

---

cole où il apprenait à lire, tapissait les murailles de têtes de vierges qu'il coloriait avec du jus d'herbes; Jacques Callot, encore en robe, dessinait le portrait des matamores, des pèlerins, des mendians, des saltimbanques, en un mot, faisait déjà la charge de tous ces types bohémiens, dont son burin fantastique devait rendre plus tard avec une si grande vérité les physionomies équivoques et les oripeaux grotesques; André Vésale lui, commençant ses études classiques à l'université de Louvain, disséquait les taupes, les grenouilles, les rats, les chats, les chiens, tous les animaux sauvages ou domestiques qui tombaient sous sa main : tant il est vrai, dans beaucoup de cas du moins, que l'enfant révèle l'homme.

De l'université de Louvain, il se rendit à l'Université de Paris; car au seizième siècle, comme au moyen-âge c'était la reine des écoles, la plus célèbre, la plus brillante parmi toutes. Chaque étranger venait y demander, qu'on nous passe l'expression, le coup de polissoir, venait y recevoir le baptême de l'intelligence, monopole qu'elle conservera longtemps encore.

Or, au Collége de France, ce monument grandiose qui remplaçait tout nouvellement alors les bouges infects de la rue du Fouarre et de la place Maubert, fréquentés jadis par les Dante, les Pétrarque, les Boccace, les Albert-le-Grand, les Thomas d'Aquin, etc.; au Collége de France deux hommes illustres auxquels s'attacha successivement Vésale, en qualité de disciple, professaient la médecine et la langue grecque. L'un, ex-magister de village, traducteur infatigable des œuvres d'Hippocrate, de Galien, d'Arétée, de Polybe, de Rhazès, d'Avicenne, etc., était Gonthier d'Andernach; l'autre, fils d'un pauvre ouvrier en camelot des environs d'Amiens, connaissant l'hébreu comme Vatable son maître, le grec comme Lascaris son ami; de plus, orateur accompli, parlant et écrivant la langue de Cicéron presqu'à l'égal de Cicéron lui-même, se nommait Jacques Dubois, autrement dit Sylvius. Par une coïncidence assez singulière, parmi les nombreux étudians du Collége de France, il y en avait alors quatre qui, destinés à une vie glorieuse, devaient terminer leurs jours d'une façon tragique : Torquato Tasso, qui mourut de chagrin et de folie dans un cloître; Ramus, eventré au massacre de la Saint-Barthélemy; Michel Servet, au milieu des flammes; enfin André Vésale, d'inanition dans l'île de Zanthe, comme nous le dirons plus loin. En vertu du nœud secret des esprits faits pour se comprendre, à la faveur de la sympathie spontanée des ames sujettes aux mêmes infortunes, Vésale se trouvait uni avec ces trois hommes illustres d'une amitié assez étroite; il portait notamment une affection toute particulière à Michel Servet, qu'il avait connu au cours d'anatomie de Gonthier d'Andernach, dont ils étaient tous deux les prosecteurs. Quoique passagère, cette étreinte ne fut pas inutile à la science; elle eut sans contredit une influence fort salutaire sur la grande découverte physiologique qui devait immortaliser le nom du martyr candide immolé par la vengeance du cruel Calvin.

En dépit des blessures profondes que son amour-propre d'auteur devait inévitablement subir, et malgré les torts de Vésale à son égard, Gonthier d'Andernach en se voyant dépassé par son élève, ne lui retira nullement les bénéfices de son crédit, les bonnes grâces de sa faveur. Philosophe, il se résigna facilement à son sort; homme honnête et rempli d'indulgence, il pardonna bien vite la manifestation d'un mouvement d'orgueil trop ordinaire à la naïveté de la première jeunesse.

Tout le contraire arriva de la part de Jacques Dubois qui, depuis quelques modifications introduites par lui dans l'enseignement de l'anatomie, et en raison surtout de l'importante substitution des cadavres humains aux cadavres de porcs

scrire en entier, avec les réflexions dont leur auteur a cru devoir les accompagner, et je me borne à un résumé très court.

« Obs. III. — Une femme septuagénaire était à l'infirmerie de la Salpêtrière sans autre maladie qu'un léger embarras gastrique, un vomitif fut administré, qui détermina de grands efforts, et cette femme succomba quelques heures après, au milieu d'une dyspnée intense.

» Je ne trouvai, pour expliquer la mort rapide de cette malade, que les lésions suivantes : les poumons, très volumineux, remplissaient le thorax, et ne s'affaissèrent point à l'ouverture de cette cavité ; ils offraient un emphysème considérable ; cet emphysème avait surtout son siége dans le tissu interlobulaire, paraissait récent, et des bulles nombreuses soulevaient la plèvre. »

« Obs. IV — Le 18 janvier 1837 fut reçu à l'Hôtel-Dieu un homme âgé de 34 ans, d'une constitution athlétique, et qui avait toujours joui d'une excellente santé. La veille de son entrée, travaillant dans un atelier de fonderie, au moment où des métaux étaient en fusion, il fut enveloppé par une atmosphère épaisse et irritante et pris immédiatement d'une quinte de toux des plus violentes. Dès ce moment, une dyspnée intense se manifesta, et quelques heures après il s'aperçut d'une tuméfaction siégeant dans la région du cou.

» A son entrée à l'hôpital, la percussion et l'auscultation firent facilement reconnaître que les poumons étaient emphysémateux dans la plus grande partie de leur étendue ; le cou était tuméfié, ainsi que la région supérieure et antérieure du thorax, et par la pression, on déterminait une crépitation manifeste dans ces parties. A cela se joignaient toutes les autres modifications qui appartiennent aux troubles profonds de la respiration ; on pratiqua une large saignée ; 30 sangsues furent appliquées, et on promena des cataplasmes sinapisés sur les extrémités. Le lendemain, une amélioration marquée existait ; elle continua les jours suivans, et le huitième, le malade voulut sortir, il était presque entièrement rétabli. »

Dans tous les faits que je viens de rappeler, si ce n'est dans celui qui est relatif à la femme septuagénaire qui mourut à la Salpêtrière après l'administration d'un vomitif, l'emphysème, quoique très étendu, s'est terminé par la guérison des malades ; mais aussi, dans ces différentes circonstances, ou bien la lésion existait en dehors des poumons, ou bien, après avoir commencé dans ces organes, elle avait pu s'étendre au tissu cellulaire environnant. Au contraire, dans l'une des observations que je dois à M. Guéneau de Mussy, l'air n'avait pas franchi l'enveloppe séreuse des organes respiratoires, et la mort ne tarda pas à survenir. Il en fut de même dans l'observation qui m'appartient et que je vais rapporter maintenant.

EMPHYSÈME PULMONAIRE SURVENU PENDANT LE TRAVAIL DE L'ACCOUCHEMENT, ET AYANT DÉTERMINÉ LA MORT ; RÉTRÉCISSEMENT DU BASSIN ; ENFANT HYDROCÉPHALE ; APPLICATION DE FORCEPS.

Obs. V. — La nommée Brout, domestique, âgée de 32 ans, entra le 22 mai 1824 à la Clinique d'accouchement ; cette femme, d'une taille au-dessus de la moyenne (1 mètre 60 centimètres), avait toujours joui d'une excellente santé. Rien, dans son extérieur, ne pouvait faire naître l'idée d'une déformation du bassin. La colonne vertébrale paraissait parfaitement conformée. Les membres étaient longs et droits, la marche régulière ; enfin, j'ajouterai que, treize ans auparavant, une première grossesse conduite à terme s'était terminée par la naissance facile d'un gros enfant, que la menstruation s'était régulièrement rétablie depuis cet accouchement, et que la santé s'était maintenue parfaite.

Lorsque la femme Brout entra dans notre service, une seconde et dernière grossesse touchait à son terme ; toutefois, je ne pus obtenir aucun renseignement précis sur la dernière apparition des règles, et je dus à cet égard m'en *rapporter* au dire de la malade, qui s'accordait assez bien avec le développement de l'utérus. Aucun accident sérieux n'était venu troubler le cours de la gestation ; toutes les fonctions s'étaient régulièrement accomplies jusqu'à la fin ; elle conservait à peine le souvenir de quelques vomissemens qui s'étaient reproduits à de longs intervalles.

Cependant, le 22 mai dans la matinée, sans cause appréciable, n'éprouvant encore aucune douleur, elle sentit du liquide s'écouler par la vulve ; bientôt après apparurent quelques contractions utérines douloureuses, de l'eau continua à s'échapper en petite quantité, mais d'une manière constante. Les mouvemens de l'enfant, qui avaient été bien distinctement perçus toute la nuit, cessèrent avec la rupture des membranes pour ne plus reparaître.

Lorsque la femme Brout fut soumise à mon examen, le 22 mai dans la soirée, l'état que je viens d'indiquer persistait ; cependant le travail avait fait peu de progrès, le col était effacé, mais offrait à peine la dilatation nécessaire pour l'introduction du doigt. L'eau qui s'écoulait n'offrait rien de particulier. Je pus entendre le souffle utérin ; mais ce fut en vain que je cherchai à plusieurs reprises les pulsations fœtales ; la partie que l'enfant présentait était à peine engagée dans le détroit supérieur ; cette circonstance, et surtout l'altération dont le crâne était le siége, expliquèrent plus tard les difficultés qui se présentèrent pour le diagnostic. L'état général de la femme était d'ailleurs assez satisfaisant, et rien n'appela notre attention sur une lésion des organes circulatoires ou respiratoires.

Aucun changement remarquable ne survint la nuit suivante, ni dans la matinée du 23. Des contractions utérines peu énergiques, mais très douloureuses, se succédèrent à des intervalles assez rapprochés (toutes les quinze ou vingt minutes).

Ce ne fut que vers midi, le 23 mai, que le travail sembla se déclarer régulièrement. Bientôt après, la tête descendit dans l'excavation, poussant au-devant d'elle l'orifice utérin, encore incomplètement dilaté. Je revis cette femme à cinq heures du soir, ses douleurs se succédaient régulièrement et avaient pris le caractère des douleurs expulsives ; cependant l'orifice utérin n'offrait qu'une dilatation de 6 centimètres environ ; il était souple, mince et appliqué contre une partie lisse et arrondie, jouissant, quoique dure, d'une élasticité singulière ; aucun espace membraneux ne se présentait au doigt dans l'aire qu'il pouvait parcourir. J'expliquai cette circonstance en admettant une infiltration abondante dans le tissu cellulaire placé sous la peau du crâne ; on verra plus tard qu'elle était due à une toute autre disposition. L'état général était bon, et je partis avec la conviction qu'une terminaison heureuse ne se ferait pas longtemps attendre.

A dix heures et demie du soir, la dilatation était complète ; une demi-heure après, la tête était descendue au bas de l'excavation et se montrait à la vulve. Appelé à minuit à la salle des accouchemens pour assister une autre femme dont le bassin était rétréci ; j'examinai de nouveau celle-ci et je constatai les circonstances suivantes. La tête, profondément engagée, apparaissant entre les grandes lèvres, demeurait complètement immobile, malgré les contractions utérines les plus énergiques, secondées par les plus violens efforts ; elle remplissait si exactement cette partie du canal, que, tout en admettant son volume peu ordinaire, je fus conduit à soupçonner une déformation du détroit inférieur ; j'examinai donc avec plus de soin, sous ce rapport, et j'acquis bientôt la certitude que l'arcade pubienne n'avait ni sa forme, ni ses dimensions ordinaires.

Pendant ce temps, et d'une manière assez brusque, l'état général de cette femme s'aggrava singulièrement, sa respiration devint courte et pénible, le pouls petit et extrêmement fréquent (il battait 140 fois par minute), sa figure s'était colorée et avait pris une teinte violacée ; elle accusait une violente céphalalgie et demandait à grands cris qu'on la débarrassât ; elle était en proie à la plus vive anxiété.

Dans cet état de choses, je crus devoir sans perdre un instant faire cesser des conditions devenues si rapidement fâcheuses, et j'eus recours à une application de forceps. L'introduction de l'instrument fut faite sans qu'aucune difficulté sérieuse se présentât ; mais il n'en fut pas de même de l'extraction de la tête ; les plus vigoureux efforts devinrent nécessaires de ma part pendant un quart d'heure ; alors seulement j'eus la sensation d'une résistance vaincue ; et bientôt après une tête volumineuse dépassa la vulve ; elle était atteinte d'hydrocéphaloïde. J'en ferai connaître plus tard les dimensions.

La délivrance fut naturelle. Une tisane de gomme et des cataplasmes sinapisés furent prescrits à cette femme lorsqu'on l'eut reportée dans son lit.

---

substitution pour laquelle il avait fait de si louables efforts, se considérait comme une des premières autorités de la science. Du reste, cet homme d'un mérite incontestable, ce professeur d'un si grand talent de parole, était le type de toutes les passions mesquines, égoïstes, anti-sociales. Il était le repaire de l'envie, de la haine, de la cupidité, de l'avarice. Cette dernière passion dépassait chez lui toutes les bornes connues. — Non content de se mal vêtir, de nourrir de pain noir son maigre et piteux domestique, il ne faisait jamais de feu l'hiver sous le prétexte de l'insalubrité d'un calorique développé par artifice. Or, au milieu des plus fortes rigueurs du mois de janvier, quand le vent et la neige glaçaient ses malheureux serviteurs blottis au fond de leurs mansardes, devinez comment ce grave personnage s'y prenait pour échauffer quelque peu ses membres grelottans ? O Molière, que n'étais-tu là ! combien ton Harpagon se trouve encore inférieur à la réalité ! Eh bien ! il jouait au ballon, montait et descendait les marches de son escalier les épaules surchargées d'un fardeau, et cependant c'était le plus riche des médecins de son temps : il possédait trois hôtels dans Paris.

Lors de la démolition de celui qu'il habitait vers le haut de la rue St-Jacques, en 1616, on trouva une quantité prodigieuse de pièces d'or enfouies au pied d'une muraille. Aussi, à la nouvelle de sa mort, les pauvres étudians qu'il avait tant rançonnés durant sa vie, ceux surtout qu'il avait expulsés sans honte de sa maison pour cause de retard dans le paiement du tarif énorme de ses leçons, ne se firent pas faute de satires et d'épigrammes. On dit que le jour même de son inhumation, il y en eut un qui attacha le distique suivant à la porte de l'église où l'on célébrait ses funérailles :

Sylvius hic situs est, gratis qui nil dedit unquam
Mortuus, et gratis quod legis ista dolet.

Quelle distance entre lui et son collègue du Collége de France, le malheureux Ramus qui distribuait tous ses émolumens à ses disciples ! Action noble, généreuse, dont les ingrats et les barbares ne se souvenaient pas sans doute, en traînant le cadavre ensanglanté de leur illustre maître dans la boue des rues de Paris, le 24 août 1572, au tintement lugubre des cloches de Saint-Germain-l'Auxerrois.

Au surplus, on ne saurait assez blâmer la conduite de Dubois à l'égard de Vésale. A l'instant où il vit son étoile affaiblie s'éclipser tout-à-coup derrière l'auréole naissante de son jeune disciple, il n'est sorte de désagrémens qu'il ne lui suscita, genre de persécutions qu'il ne lui fit endurer. Le prétexte de cette guerre discourtoise était la querelle à l'ordre du jour concernant la supériorité des anciens sur les modernes ; problème sans solution alors, et contre lequel tant de lances se rompaient de toutes parts.

Admirateur fanatique, partisan quand même des ouvrages anatomiques de Galien, Jacques Dubois ne faisait point preuve en cette circonstance d'un esprit judicieux et solide, d'une philosophie rigoureuse et profonde. Ses ouvrages anatomiques fourmillent d'erreurs, comme chacun sait ; erreurs inévitables sans doute, car, quoi qu'en ait dit Riolan, le médecin de Pergame n'avait jamais pu disséquer que des singes, des chevaux et des bœufs. Aussi, fort de son génie d'observation, confiant en son besoin impérieux d'exactitude et de précision, Vésale terrassait-il son adversaire à l'aide d'argumens tirés, non plus de l'anatomie des animaux, mais bien de l'étude attentive des organes de l'homme. Néanmoins, au lieu de se rendre à l'évidence, au lieu de se reconnaître loyalement vaincu, Jacques Dubois bataillait toujours et le plus souvent avec des armes peu faites, il faut l'avouer, pour en imposer aux violentes attaques de son vainqueur.

Le lendemain à huit heures et demie elle fut trouvée dans l'état suivant : Le pouls était petit et fréquent (130 pulsations), la peau humide et peu chaude cependant, la respiration fréquente et anxieuse, le visage un peu moins violacé que la veille; le ventre était à peine développé, un peu douloureux dans la région hypogastrique; quelques caillots et du sang liquide en quantité convenable s'étaient écoulés par la vulve. L'urine avait été rendue volontairement. La poitrine était très sonore dans toute son étendue. Le bruit respiratoire s'entendait peu; aucune expectoration n'avait lieu.

On continua les cataplasmes sinapisés, l'eau de gomme et la diète. Le soir, le pouls était devenu plus fréquent (140), toujours très petit ; la respiration plus laborieuse ; une vive douleur était survenue dans la région épigastrique. Vingt sangsues y furent appliquées. Cet état fâcheux s'agrava pendant la nuit. Le lendemain matin, je trouvai la malade agonisante ; le visage était fortement violacé, les extrémités froides; la peau recouverte d'une sueur froide aussi. La malade n'entendait plus et ne reconnaissait personne. Toute la journée on eut recours à des sinapismes promenés en différens points du corps. Mais l'agonie se prolongea jusqu'à neuf heures du soir, époque à laquelle la mort survint.

Autopsie 32 heures après la mort.

Décomposition générale peu avancée, quoique la température soit très élevée. La rigidité cadavérique existe à peine.

Abdomen. La cavité péritonéale contient quelques grammes de sérosité très légèrement sanguinolente; le péritoine d'ailleurs n'offre aucune apparence d'inflammation ; il est pâle dans toute son étendue.

Le foie et les reins n'offrent d'autre altération qu'une coloration un peu plus foncée que d'ordinaire, ce qui tient à la présence d'une quantité assez notable de sang noir.

L'utérus est plus volumineux dans tous les sens que d'habitude. Son fond dépasse l'ombilic de deux travers de doigt. Rien à l'extérieur n'indique que son tissu soit malade; il est ferme et crie sous le scalpel. Il n'y a de pus ni dans ses veines ni dans ses lymphatiques ; mais son épaisseur est considérable ; elle offre 4 centim. vers le fond, et va en diminuant à mesure qu'on se rapproche du col où elle n'a plus que 14 millim. La surface interne de cet organe est noirâtre, recouverte par du sang d'une odeur assez fétide qui forme une couche mince et uniforme au-dessous de laquelle les tissus ont leur densité naturelle.

Le col dans toute sa longueur et dans toute son épaisseur est noirâtre et comme contus ; d'ailleurs il n'est le siége d'aucune déchirure. Cette coloration se prolonge à toute la surface interne du vagin et me paraît tout à fait indépendante d'un état gangreneux.

L'ovaire, du côté droit, plus gros et plus arrondi que celui du côté opposé, est évidemment le siége d'une congestion inflammatoire qui a pénétré toute son épaisseur. L'ovaire gauche, au contraire, est blanchâtre, plus dense, plus aplati, et offre un corps jaune assez développé sur un point très voisin de sa surface.

Le foie, les reins, les vaisseaux du ventre ou du bassin ne sont le siége d'aucune altération ; il en est de même des ganglions lymphatiques.

Thorax. Rien d'extraordinaire au cœur. Les deux ventricules sont assez fortement contractés ; le gauche est complètement vide ; le droit renferme un très petit caillot noirâtre.

La surface interne des plèvres est lisse et polie. Il n'y a ni épanchement ni adhérences.

Les poumons remplissent très exactement la cavité de la poitrine; leurs bords antérieur sont saillans et recouvrent presque entièrement le cœur ; ils s'affaissent à peine sous l'influence de la pression atmosphérique, et malgré leur volume ils sont d'une légèreté remarquable ; leur coloration extérieure est d'un rose foncé, à l'exception toutefois du lobe inférieur droit qui est complètement décoloré, blanchâtre. La moitié inférieure de chacun de ces organes offre à sa surface une innombrable quantité de petites bosselures arrondies d'un centimètre de diamètre, formées par du tissu pulmonaire raréfié par l'air. Bien différentes cependant de ces ampoules formées par le soulèvement de la plèvre et qu'il est si commun de rencontrer à la suite de l'emphysème chronique, elles sont séparées par des sillons, au fond desquels sont rangés linéairement des vésicules remplies d'air, placées sous la plèvre, d'un volume inégal, et dont la plus grosse se rapproche à peine d'un petit grain de chenevis. Au centre le tissu pulmonaire renferme plus d'air que d'habitude ; celui-ci paraît contenu en grande partie dans le tissu cellulaire et se déplace facilement par la pression.

Les vaisseaux renferment très peu de sang.

Les bronches examinées dans leurs différentes ramifications ne présentent aucune altération. Elles contiennent une très petite quantité d'écume blanchâtre.

Le système veineux intra-crânien est gorgé de sang noir. La substance cérébrale est saine dans tous ses points.

Le sang contenu dans les vaisseaux des différentes parties du corps est noirâtre, liquide, comme huileux.

Description du bassin après préparation et dessiccation. Les os envisagés d'une manière générale sont aussi développés que dans un bassin normalement conformé. L'aspect de leur tissu aussi bien que leur épaisseur rappellent les conditions de la femme la mieux développée. Toutes les altérations consistent dans des déformations des os qui entrent dans la composition de ce canal. Je vais d'abord les examiner sur chacun d'eux isolément. Nous verrons plus tard l'influence qu'elles exercent sur l'ensemble du bassin.

1° Sacrum. A sa base et transversalement, cet os offre un diamètre de 11 centimètres. Il a dans le même point d'avant en arrière 7 centimètres. De son sommet à sa base, en mesurant en ligne droite, il présente 9 cent. 1/2 seulement; on trouve 13 cent. 1/2, au contraire, en suivant sa concavité. Cette énorme différence se rattache à une courbure exagerée qui frappe de prime-abord, soit qu'on cherche à l'apprécier par sa face antérieure, soit qu'on veuille s'en faire une idée par le degré de convexité qui la traduit à la face postérieure. Elle est telle d'ailleurs que sa partie moyenne est séparée de la tangente par un intervalle de 4 centimètres. Les articulations avec le coccix, les os iliaques et la colonne vertébrale n'offrent rien de particulier.

2° Coccix. Comme le sacrum, cet os présente une courbure plus grande que d'habitude.

3° Os coxaux. Leur partie supérieure est plus droite et rappelle la conformation normale de l'homme; on dirait qu'elle a subi une pression d'avant en arrière, et il en est résulté que les fosses iliaques sont plus étroites que d'ordinaire et qu'elles tendent à représenter une gouttière verticalement placée.

Les branches horizontales du pubis, les parties qui leur font suite et qui correspondent à la cavité cotyloïde, ont une direction presque rectiligne.

Les branches ischio-pubiennes sont plus rapprochées que dans un bassin bien conformé. La gauche est moins courbée que celle du côté droit. Voici les dimensions de l'arcade qu'elles circonscrivent. On pourra mieux juger de ce qu'elles ont d'irrégulier. Au milieu de sa hauteur, elle présente 5 centi. 3 millim., et 8 centim. seulement à sa base. Le corps du pubis à 4 centim. dans le sens vertical.

Examinons maintenant la disposition générale de ce bassin. Sa portion abdominale est régulière, mais elle s'éloigne de la conformation qui caractérise le bassin de la femme et rappelle bien mieux celle qui appartient à l'homme. Elle a, du milieu d'une crête iliaque à l'autre, 24 centimètres, 21 centimètres d'une épine antéro-supérieure à l'autre, et 18 centim. 1/2 d'une épine antéro inférieure à la correspondante.

Le détroit supérieur, large en arrière, rétréci en avant, a la forme d'un cœur de cartes à jouer. Son diamètre transversal est de 12 centim., l'antéro-postérieur de 9 centim. et les obliques qui sont égaux ont 11 centim.

Le détroit inférieur qui présente à peu près la forme ordinaire a considérablement perdu quant à ses dimensions. Le diamètre transversal n'offre que 8 cent.; l'antéro-postérieur que 7 cent. 1/2. L'oblique droit a 8 cent., et le gauche 7 cent. 1/2 seulement.

Enfin, j'ajouterai pour terminer (et cette circonstance ne devrait pas être perdue de vue, si nous cherchions à remonter jusqu'à l'origine des altérations du bassin que je viens de décrire) que l'articulation du corps de la dernière vertèbre lombaire avec celui de l'avant-dernière est complètement enkylosée.

Voici les dimensions de la tête qui renfermaient plus de 400 grammes de sérosité verdâtre, et dont le cerveau était réduit à quelques lambeaux très minces.

Quelques traits, entre mille autres, vont donner un échantillon de la portée de sa logique. — Il s'agissait d'une question ostéologique, du nombre exact des pièces du sternum. Dubois, toujours d'après Galien, en accordait sept; Vésale, lui, en admettait trois à l'état adulte. Or, loin de répondre à cette assertion d'une manière spécieuse, loin de justifier le médecin de Pergame, dont au demeurant la proposition était fondée à l'égard du sternum considéré chez le fœtus, écoutez l'étrange raisonnement du premier : « A l'époque où vivait Galien, dit-il, les hommes avaient sept pièces au sternum, parce que les os de ces hommes étaient plus épais et plus longs; mais de nos jours, dans ce siècle de Pygmées, il est possible qu'ils n'en aient plus que trois (1). »

— A propos des grandes courbures de l'humérus et du fémur, courbures imaginaires rejetées avec opiniâtreté par Vésale, sa réplique est tout aussi singulière: « Si, dit-il, les os en question sont aujourd'hui rectilignes, il faut en accuser non pas l'inexactitude de Galien, mais bien l'étroitesse des habillemens consacrés chez les peuples modernes. »

Malgré la subtilité de toutes ces raisons, de quel côté se rangeaient les rieurs ? C'est ce que chacun devinera sans peine.

Cependant Jacques Dubois ne se contentait pas toujours de ces argumens inoffensifs, à travers lesquels naïvement, honnêtement, du moins, quoique d'une façon vague, il rendait hommage à la sagacité de son adversaire. Quand il était au bout de sa pâle et défaillante logique, quand il n'avait plus à faire valoir la moindre objection d'un caractère sérieux et digne, il recourait à l'invective personnelle, il se défendait à l'aide d'une plaisanterie déplacée.

(1) Sylvius Calumn. de puls., p. 84.

— *Vesalium non esse*, disait-il souvent, *sed vesanum* ; pitoyable calembour, dont le mordant, si toutefois mordant il y a, retombait tout entier sur le compte du mauvais plaisant qui touchait alors de si près aux écarts de la folie.

Quoi qu'il en soit, à Paris, André Vésale se livrait aux études anatomiques avec une ardeur sans pareille. Que de fois il faillit éprouver d'interminables tracasseries, subir de sévères punitions, perdre son repos, sa liberté en allant déterrer des cadavres au cimetière des Innocens et ravir les criminels au gibet de Montfaucon ! Un soir qu'il revenait d'une de ces périlleuses expéditions, riche de quelques débris d'organes à moitié putréfiés, il fit la redoutable rencontre d'une bande de Molosses affamés, qui fondirent tout à coup sur lui et qui l'auraient certainement mis en lambeaux sans son courage et sa présence d'esprit à toute épreuve.

A Louvain, il avait déjà compromis sa vie d'une façon bien plus terrible. Dans tous les états soumis au joug de la domination espagnole, par un reste des préjugés du moyen-âge, la profanation des cadavres humains, qu'ils fussent ensevelis ou non, était encore considérée comme une sorte de sacrilége passible des rigueurs de la peine capitale. Or, tandis que les étudians de la célèbre université flamande s'abandonnaient au repos ou dissipaient les heures de la nuit dans les tavernes, emporté par sa passion pour l'anatomie, Vésale endossait un ample pourpoint, quittait furtivement son logis, franchissait plus secrètement encore les portes de la ville, et se dirigeait à travers des sentiers solitaires, guidé seulement par la lueur des étoiles, jusqu'auprès du tertre aride, qui servait à l'exécution des criminels. Une fois là, il grimpait jusqu'au haut du gibet, et détachant ou brisant les chaînes de fer dont les anneaux retenaient les suppliciés à l'instrument de supplice, en dépit du coup de bec des corbeaux et des serres du

Diamètres	Occipito-frontal	12	centimètres.
	— mentonnier	15	—
	Sous-occipito-bregmatique	11	—
	Bi-pariétal	10	—
	Bi-temporal	8	—
	Fronto-mentonnier	6	—
	Vertical	10	—
Circonférences.	Occipito-frontale	27	centimètres.
	— mentonnière	41	—
	Bi-pariétale	33	—

La suture sagittale a 2 centim. en largeur dans sa moitié postérieure, et 1 seulement dans sa moitié antérieure.

La suture fronto-pariétale a 2 centim. dans presque toute son étendue.

La suture lombdoïde offre une étendue de 3 cent. dans la même direction.

Les fontanelles se continuent sans ligne de démarcation avec les sutures précédemment indiquées.

Cette observation me paraît intéressante au point de vue de l'obstétrique, tout aussi bien que de la pathologie médicale. Le mémoire remarquable qui vient d'être lu à l'Académie de médecine par M. le docteur Prus a remis à l'ordre du jour la question de l'emphysème pulmonaire. Le fait que je viens de relater me semble confirmer les idées nouvelles émises par ce médecin au sujet d'une maladie déjà si laborieusement étudiée cependant par d'habiles observateurs, et il empruntera, j'espère, quelque intérêt de plus à la circonstance.

Il résulte des recherches de M. Prus que le siége de l'emphysème pulmonaire est dans le tissu cellulaire intervésiculaire, interlobulaire et sous-pleural; que l'emphysème pulmonaire peut déterminer une mort prompte et même subite; sous ce double rapport, l'observation de la femme Brout me paraît devoir être rangée à côté des dix faits qui ont servi de base à ce travail.

En effet, notre malade, à aucune époque de sa vie, n'avait éprouvé le moindre accident qui pût faire soupçonner une lésion même légère des organes respiratoires. A son entrée à l'hôpital, et pendant la plus grande partie du travail, la respiration se maintint libre et facile; mais on a vu par quel concours malheureux de circonstances les dernières périodes de la parturition furent rendues difficiles. D'une part, une déformation du détroit périnéal; de l'autre, une exagération des dimensions de la tête par l'accumulation d'une grande quantité de sérosité dans le crâne. Plus de trois heures se passèrent en vains efforts; malgré leur énergie, ils restèrent chaque fois impuissans.

Est-il besoin maintenant d'entrer dans de longues explications pour faire comprendre l'origine des lésions constatées à l'autopsie dans les deux poumons? Il suffit de songer à l'action violente à laquelle doivent être soumises les vésicules pulmonaires, surtout quand une femme de courage appelle à son secours toutes les ressources de son énergie, comme on le voit souvent à la fin de la parturition, pour admettre sans difficulté la déchirure d'une ou de plusieurs de ces vésicules, et le passage de l'air en quantité variable dans les parties voisines. Nul doute que les choses ne se soient passées de la sorte chez la malheureuse dont j'ai tracé l'histoire; quel médecin, se livrant à la pratique des accouchemens, n'a redouté dans plus d'un cas une semblable terminaison? Et n'est-on pas en droit de s'étonner de ce qu'on l'observe si rarement?

Mais, d'une autre part, la rareté des faits de cette nature que possède la science ne pourrait elle s'expliquer par une fausse interprétation des phénomènes observés pendant la vie, et par une appréciation inexacte des lésions anatomiques? Une altération soupçonnée échappe rarement à l'investigation; mais il n'en est pas de même de celle qu'on est accoutumé à regarder comme infiniment rare. Que d'illusions ont entraîné les idées préconçues! Que de lésions, même graves, sont restées cachées dans les tissus, par cela seul que l'attention n'était pas suffisamment en éveil!

Que de fois peut-être la mort survenue pendant le travail, ou très peu d'heures après la délivrance, et vaguement expliquée par un épuisement des forces, ou par une perturbation profonde du système nerveux reconnaissait pour cause un semblable désordre!

Mais, dans le cas qui a été soumis à mon observation, l'emphysème pulmonaire a-t-il bien réellement causé la mort? Si on fait attention à l'étendue de l'altération qui avait également envahi les deux poumons, au degré qu'elle avait atteint, à la nature des symptômes observés pendant la vie, à l'absence de toute autre lésion un peu sérieuse, la réponse, ce me semble, ne saurait être douteuse; l'état inflammatoire de l'ovaire droit est incapable de rendre compte d'une fin aussi rapide; enfin, je dois ajouter pour que mon observation ne puisse rien perdre de sa valeur, que lorsque la femme Brout vint à la Clinique, l'état sanitaire de nos salles était excellent, et qu'on ne pourrait invoquer ici l'influence de certaines conditions générales dont nous ignorerons sans doute longtemps la nature, mais que trop souvent nous sommes appelés à constater par leurs effets dans les maisons d'accouchement.

Quant à la déformation dont le bassin était le siége, elle m'a paru curieuse à plus d'un titre, et je regrette de ne pouvoir entrer dans une discussion qui ne serait pas sans intérêt; mais, je l'ai déjà dit, je me suis imposé des limites que je ne veux pas dépasser, me réservant d'ailleurs d'examiner une autre fois, sous ce point de vue, le fait que je viens de rapporter.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS HEBDOMADAIRES,

(SUITE.)

III. PROVINCIAL MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL.

Les cahiers d'avril, mai, juin et juillet 1842 sont composés des articles originaux suivans : 1° *Perforation d'une bronche; mort subite;* par M. Taylor. 2° *Cas important de médecine légale; mort par suite de blessures; rupture d'un anévrisme de l'aorte dans la bronche gauche.* (La rupture fut déterminée soit par les coups reçus, soit par l'état de colère où était le blessé. Quoi qu'il en soit, il y avait cinq minutes au moins qu'il avait échappé à ces mauvais traitemens, lorsqu'il mourut subitement en rendant des flots de sang par la bouche. L'autopsie fit reconnaître la communication indiquée entre l'aorte et le tube aérien.) 3° *Histoire d'une fièvre puerpérale qui a régné à Doncaster;* par M. Horrs. 4° *Oblitération spontanée de l'artère axillaire;* par M. W. Oke. (Cas de gangrène, dite sénile, des doigts.) 5° *Accouchement prématuré artificiel;* par M. Brame. (La femme avait eu déjà six accouchemens que

---

vautour, il désarticulait soit une tête, soit un bras, soit une cuisse, qu'il avait grand soin de dérober sous les plis de son pourpoint en rentrant dans la ville, aux premières lueurs du jour. De cette étrange façon, et avec les ossemens disparates d'une foule de criminels, il était parvenu à fabriquer plusieurs squelettes, trophée rare et précieux dont il aima toujours à se servir depuis pour ses démonstrations anatomiques, comme le vieux soldat s'énorgueillit de porter l'épée témoin des dangers de sa première victoire. Mais ses excursions nocturnes et mystérieuses au gibet de Louvain ne tardèrent pas à s'ébruiter. Ignorée jusque-là, la nouvelle en parvint bien vite au grand justicier de la ville, qui se disposait à commencer une instruction éclatante, quand, averti à temps, Vésale eut la sage précaution de se rendre à Paris en faisant disparaître aux yeux des magistrats le corps du délit, c'est-à-dire en emportant secrètement avec lui toutes les pièces de ses inestimables squelettes. Sans cette précaution et quelques jours plus tard, ce grand homme aurait peut-être été brûlé sur le théâtre même de ses exploits scientifiques et dévoré par les oiseaux de proie, auxquels il avait ravi tant de dépouilles.

Un tel zèle annonçait une vocation bien manifeste; un tel courage n'admettait point de doute à l'égard des destinées irrésistibles de cet homme. En effet, il devint bientôt le premier anatomiste de son époque. Il était si exercé, si habile dans les détails de sa science favorite, que, les yeux bandés, au rapport de l'historien De Thou, et sans jamais se tromper, il désignait sur-le-champ le nom de tous les os qu'on soumettait à son toucher.

Sujet de l'empereur d'Allemagne, et conséquemment forcé de quitter la France, en 1535, à l'occasion de la guerre qui venait d'éclater entre Charles-Quint et François I[er], Vésale profita de cette circonstance pour revenir à Bruxelles. L'année suivante, il fit des cours d'anatomie à l'Université de Louvain, où il reçut les ovations les plus brillantes. Puis de là, passant en Italie, il professa avec autant de célébrité dans les principales villes universitaires et académiques.

Durant son séjour à Venise, il eut le bonheur de faire la connaissance d'un homme, dont l'immense talent ne contribua pas peu, il faut le dire, à l'éclat et à l'extension de ses succès. Merveilleuse, féconde union des arts et de la science! Les peintres du siècle de Léon X venaient de s'enflammer d'un amour tout particulier, amour bien mérité, du reste, et bien favorable aux progrès de la peinture, les peintres du siècle de Léon X, disons-nous, venaient de s'enflammer d'un amour tout particulier pour l'étude de l'anatomie humaine. Léonard de Vinci dessinait les planches de l'*anthropotomie* de Marc-Antoine Della Torre, Michel-Ange exécutait celles d'un livre analogue, de son ami Colombus. Cette union précieuse était même si intime qu'on voyait des artistes marcher sur les brisées des professeurs d'anatomie et ceux-ci se poser en rivaux des premiers à l'égard de leur culte, de leur admiration pour le *beau*. Raphaël d'Urbin, par exemple, se livrait à la composition d'un traité de myologie humaine et comparée, tandis que de son côté, Francesco Fusconi, le médecin des papes Adrien VI, Clément VII et Paul III, celui qui se vantait publiquement d'avoir plus de charme à sauver un seul cheveu de la tête de Benvenuto Cellini, que de bonheur à conserver la vie de tous les cardinaux romains, tenait, à ce qu'on assure, avec beaucoup d'habileté, le ciseau de Phidias; tandis que du sien, un des premiers et des plus illustres partisans du mercure dans le traitement des maladies vénériennes, Jacques Béranger de Carpi, qui possédait une si magnifique collection de statues antiques

l'étroitesse de son bassin avait forcé de terminer par l'embryotomie. M. Brame ponctionna les membranes au milieu du huitième mois avec une plume taillée en pointe.) 6° *Cas de fracture du col du fémur;* par M. Bulley. (La fracture siégeait à la base du col, et le fragment supérieur s'était engagé dans un intervalle existant entre le corps de l'os et le grand trochanter qui en avait été détaché par une seconde fracture. Cette disposition, que M. Bulley croit très rare, a été observée assez fréquemment en France.) 7° *Cas de lenteur extraordinaire du pouls, suivi de remarques;* par M. Peacock. 8° *Observation d'urine albumineuse;* par M. Malden. 9° *Cas de tétanos traumatique traité avec succès par le sesqui-carbonate de fer;* par M. Woollam. 10° *Histoire d'une maladie épidémique qui a sévi parmi les enfans;* par M. Hindle. 11° *Cinq cas d'inspiration croupale, observés sur des enfans de la même famille;* par M. Toogood. 12° *Pneumonie typhoïde;* par M. Newbold. 13° *Défense de la vaccine contre les attaques de M. Brown;* par M. Newnham. 14° *Visite à l'hôpital d'aliénés de la province;* par M. Adam Hunter. 15° *Sur l'identité du cow-pox et du small-pox;* par M. Muhry. 16° *Cas de prostration des forces survenue sans aucune cause apparente;* par M. Edw. Hocken. 17° *Traitement de la blennophthalmie;* par M. Morgan. (Il recommande des injections entre les paupières répétées très fréquemment d'abord avec de l'eau froide, puis avec une solution faible de sulfate de zinc. Au reste, dit-il, elles agissent moins par la nature de leur composition que par leur action mécanique, en enlevant le pus irritant de la surface oculaire.) 18° *De la propagation de la fièvre puerpérale;* par un *amicus candoris.* 19° *Sur la bronchorrée æstivale ou fièvre des foins;* par M. Wakefield Scott. 20° *Cas d'accouchement laborieux, avec remarques;* par M. Niven. 21° *Cas de disposition générale aux hémorragies;* par M. Hunt. 22° *Sur les contusions des muscles;* par M. W. Allison. 23° *Sortie spontanée de calculs urinaires et salivaires;* par M. Windsor. (L'auteur rapporte en abrégé tous les cas de ce genre venus à sa connaissance.) 24° *Cas de fièvre avec hémorragie intestinale abondante, causée par une grande anxiété morale;* par M. W. England. 25° *Luxation du tibia en arrière;* par M. Rose. (Luxation complète du tibia en arrière du fémur; la réduction se fit sans peine, et, grace à un traitement anti-phlogistique assez modéré, la malade put, *au bout de peu de semaines,* dit l'auteur, se servir de son membre.) 26° *Cas d'imperforation du vagin;* par M. Jamesson. 27° *Trois cas d'empyème ou d'abcès de la plèvre;* par M. Oke. 28° *Sur la luxation du genou;* par M. J. Toogood. 29° *Luxation incomplète du genou;* par M. Pitt. (Luxation incomplète des os de la jambe en dehors; la malade a guéri.) 30° *Sur la cure radicale des hernies;* par M. Bennett Lucas. 31° *Inflammation du poumon;* par M. Fletcher. 32° *Cas de maladie cancéreuse très étendue;* par M. Blakiston. 33° *Observation de fracture des cinquième et sixième vertèbres cervicales;* par M. Baker. (Le malade survécut cinq jours. A l'autopsie, on trouva la moelle ramollie et diffluente.) 34° *Calcul urinaire enkysté chez un enfant;* par M. Vale. (Il s'agit d'une enfant de 3 ans. Une double incision fut faite sur les côtés du vagin, et on parvint à extraire la pierre après avoir broyé son enveloppe avec les tenettes. La malade guérit.) 35° *Pneumatose traumatique;* par M. Edw. Jones. (Emphysème considérable développé à la suite d'une fracture de côtes, et guéri sans incisions, par des applications froides et toniques.) 36° *Amputation de la jambe au-dessous du genou, avec quelques remarques sur un nouveau procédé pour cette opération;* par M. Th. Green. (La modification de M. Green n'a rapport qu'à l'amputation à un seul lambeau postérieur. Au lieu de le tailler par ponction et de dedans en dehors, il propose de couper d'abord la peau; puis, dans un second temps, les muscles, de dehors en dedans, et au niveau de la rétraction des tégumens); 37° *De l'emphysème pulmonaire comme cause de mort;* par M. Hunt. 38° *Des tumeurs produites par la dilatation des veines abdominales sous-cutanées et tenant à une maladie du foie;* par M. Peacock. 39° *Dégénérescence cartilagineuse et perforation de l'estomac;* par M. Kennion. 40° *Fracture spontanée du fémur;* par M. Toogood. (L'auteur cite deux cas de fractures spontanées survenues chez des personnes où il existait une paralysie des membres inférieurs. Chez toutes deux, la consolidation s'obtint après un traitement fort long. L'une des malades avait en même temps des tumeurs carcinomateuses au sein. La fracture de cuisse doit-elle être regardée comme un effet du cancer? et le fait même de sa consolidation obtenue, malgré une pareille complication, ne serait-il pas un argument contre cette hypothèse?) 41° *Luxation du fémur avec fracture de la cavité cotyloïde;* par le même. 42° *Cancer lardacé du crâne;* par M. Baker. (Vaste tumeur qui a déterminé la mort par compression du cerveau.) 43° *Exposé des résultats obtenus de cent opérations de strabisme;* par M. Estlin. (Statistique beaucoup trop abrégée pour pouvoir être consultée utilement. On s'en convaincra en apprenant que la seule indication employée pour désigner les résultats est celle-ci: guérison satisfaisante, guérison très satisfaisante, amélioration mais nécessité d'opérer l'autre œil, récidive, strabisme externe succédant au strabisme interne opéré, etc.) 44° *Cas de conicité de la cornée, traitée par l'opération de la pupille artificielle et ensuite par l'extraction du cristallin;* par M. Walker. 45° *Maladie du cœur avec atrophie du poumon;* par M. Russell. 46° *Anévrisme de l'aorte;* par M. Fletcher. 47° *Deux cas de laryngite striduleuse mortelle, avec autopsie;* par M. Ryland. 48° *Sur les avantages de l'acide benzoïque dans certaines maladies des voies urinaires;* par M. Soden. 49° *Tumeur de l'ovaire mettant obstacle à l'accouchement;* par M. Edwards. (On fit à la tumeur une ponction par le vagin; mais comme elle était multiloculaire, il fallut ouvrir et vider plusieurs kystes les uns après les autres. On termina par la version.) 50° *Luxation du fémur dans l'échancrure sciatique chez un enfant;* par M. Hawkins. (L'enfant avait 7 ans 1/2; la réduction se fit sans beaucoup de difficulté.) 51° *Cas d'amputation de la jambe pour une gangrène non limitée;* par M. Toogood. (Il s'agissait d'une gangrène survenue chez un jeune homme de 18 ans, à la suite de blessures. On amputa la jambe très près du genou, la gangrène cessa de faire des progrès et le malade guérit.) 52° *Rétrécissement cancéreux du rectum pour lequel on a pratiqué un anus artificiel à la région lombaire;* par M. Jukes.

HISTORIQUE D'UNE ÉPIDÉMIE DE FIÈVRE PUERPÉRALE A DONCASTER, DANS LA PRATIQUE D'UN SEUL MÉDECIN; par M. STORRES, médecin.

Nous allons reproduire presque textuellement les paroles de l'auteur qui, après avoir rapporté successivement onze observations de fièvre puerpérale (dont sept se sont terminées par la mort), observées par lui-même dans sa pratique, signale la cause à laquelle il croit devoir attribuer ces divers et graves accidens:

---

de tableaux des grands maîtres, de chefs-d'œuvre d'orfèvrerie, Jacques Béranger de Carpi s'efforçait de faire honneur au pinceau de Raphaël. Du reste, pour le dire en passant, il était difficile d'aller plus loin que ce dernier dans la passion des arts du dessin; dur, intraitable quand il s'agissait du prix de ses honoraires stipulés et exigés d'avance, il dépensait noblement et sans regret pour satisfaire sa passion, les trois ou quatre cents écus provenant de la bourse de chaque grand seigneur qu'il guérissait du mal de Naples, au moyen des fumigations mercurielles. Benvenuto Cellini, auquel il rendait souvent visite dans sa boutique de Rome, Benvenuto Cellini ciselait pour lui, à un prix énorme, ses bassins d'argent les plus beaux et les plus élégans, ses vases d'or les plus admirables et les plus merveilleux. Il y a mieux, pour se procurer le moindre objet d'art, tout ou peu s'en faut, lui semblait bon, juste, licite en fait de ruses, d'intrigues, d'abus de confiance.

— Un jour qu'il était mandé à Rome pour donner des soins à un célèbre sculpteur atteint d'une syphilis constitutionnelle, son premier soin, en entrant dans la demeure de l'artiste, fut de s'enquérir avec détail de tous les objets d'art qui garnissaient les rayons de son atelier. Or, comme le malade, se conformant aux habitudes du médecin, en venait à débattre d'avance le montant de ses honoraires:

— Vous êtes artiste, *signor*, dit Béranger de Carpi; en conséquence, n'ayez point d'inquiétude, car vous aurez toujours droit à une considération, à une faveur de ma part.

— Malgré cela, illustre et généreux *maëstro Jiacomo*, reprit le statuaire, allons au fait, convenons positivement de la somme; combien exigez-vous de moi?

— De l'argent, mon ami, fi donc! Oh que les merveilles de votre art seraient bien plus capables d'acquitter votre dette! Cette tête de *faune* que j'aperçois ici causerait surtout tant de plaisir à mon cœur enthousiaste!

— Y pensez-vous, messire, moi vous livrer ma statue antique, mon plus beau marbre de Paros; moi me séparer d'un Praxitèle, d'un Phidias, peut-être! Ce serait à coup sûr m'arracher l'existence.

— Voulez-vous donc la perdre au milieu des tourmens les plus horribles? Si tel est votre dessein, malheureux, soyez satisfait; et à ces mots Béranger de Carpi de se disposer à quitter le logis.

— Grâce, pitié pour une pauvre victime; prenez tout, excepté ma statue favorite.

— Point de traitement de ma part sans le *jeune faune* dont je vous parle.

L'artiste, qui voulait guérir de son mal, fut obligé de subir les cruelles et inflexibles conditions du chirurgien.

De son côté, Vasari assure que le cardinal Colonna fut contraint de faire présent à Béranger de Carpi d'un magnifique tableau de Saint-Jean, peint par Raphaël, afin de le décider à lui donner des conseils.

Le grand coloriste de l'école vénitienne, Titien, lui, auquel il ne manquait qu'un peu plus de correction dans le dessein pour être le roi des peintres comme il était le peintre des rois, Titien, selon Moehsen, esquissa de concert avec un de ses élèves, Jean de Calcar, les admirables planches qui ornent l'ANATOMIE de Vésale. La faveur était immense sans doute, mais la plume du savant se montrait digne du crayon de l'artiste. Du reste, Titien appréciait parfaitement lui-même la valeur du jeune anatomiste son collaborateur; car dès qu'il eût achevé les portraits

« Pendant tout l'hiver de 1840-41, les érysipèles, la fièvre typhoïde et une scarlatine de mauvais caractère furent extrêmement communs à Doncaster, et surtout l'érysipèle qu'on n'y avait jamais vu aussi grave ni aussi général. On n'avait pas de souvenir que la fièvre puerpérale y eût jamais régné épidémiquement. Dans la nuit du 7 janvier, qui fut la plus froide de l'hiver et pendant laquelle le thermomètre descendit plus bas qu'il ne l'avait fait depuis plusieurs années, j'accouchai madame Downes (c'est la première observation qu'il a rapportée) de son dixième enfant. Le travail avait été un peu difficile, et avant la délivrance quelques frissons qu'on attribua à l'intensité du froid s'étaient fait sentir; le 9 au matin, nouveau frisson, avec douleur abdominale très vive, pouls très fréquent et tous les symptômes d'une fièvre puerpérale très grave. Mort le 12 janvier.

» Le matin du 13, j'accouchai madame Boyd à 4 milles de Doncaster; au bout de 50 heures, frissons violens, etc. Mort le 17 janvier. (C'est la deuxième observation.)

» Le même jour (13 janvier), j'accouchai à Doncaster madame Briggs, jouissant d'une très belle santé. Le 17 elle tombe malade et meurt le 22. (Troisième observation.)

» Madame Berry accouche à Doncaster le 24. Le 25 elle tombe malade, et ne guérit qu'après une longue et dangereuse fièvre puerpérale. (Quatrième observation.)

» Madame Hird, accouchée de son quatrième enfant le 8 février, est prise le 12 des symptômes ordinaires mais moins graves, et entre en convalescence le 17. (Cinquième observation.)

» Madame Bullos, accouchée le 12 février, est frappée le 14, et meurt le 16. (Sixième observation.)

» Madame Pearson accouche le 19 février de son septième enfant, entre les mains de mon ami M. Lonley. Je la visite quelques heures après; elle allait bien. Je revins le 21, la fièvre était déclarée; le 24 la malade n'était plus. (Septième observation.)

» Madame William est accouchée par moi de son quatrième enfant le 24 février; le 25 elle tombe malade, et le 27 elle était morte. (Huitième observation.)

» Pendant le même espace de temps (du 8 janvier au 26 février), j'accouchai 16 autres femmes chez lesquelles il n'y eut aucun accident. Aussitôt que je vis les trois premiers cas se déclarer, je changeai tous mes vêtemens et employai les moyens que je croyais pouvoir empêcher cette effrayante propagation. Je fis de même après le quatrième cas, et à chaque cas nouveau j'ajoutai quelques nouvelles précautions que mon anxiété me suggérait. Jusqu'alors j'avais cru à l'existence d'une épidémie, et je pensais que mes confrères devaient éprouver les mêmes accidens que moi. Je résolus alors de quitter la ville pour quelque temps, espérant que le changement d'air me débarrasserait du poison qui, je le voyais évidemment, s'était attaché à moi. Je m'absentai le premier mars et revins le 16 avec de nouveaux vêtemens et ayant pris toutes les précautions possibles, telles qu'ablutions, etc.

» Le 21 mars, j'accouchai madame Wilson à Doncaster, mère de neuf enfans. Le 22, à minuit, elle est prise des premiers accidens et meurt le 25. (Neuvième observation.)

» Le 22, au matin, avant que madame Wilson ait éprouvé le frisson initial, j'accouchai madame Boskes à Doncaster; elle alla bien jusqu'au 25; mais ce même jour elle fut prise des accidens ordinaires et mourut le 27.

» De nouvelles réflexions et un nouvel examen me firent trouver ce que je regarde comme la cause de cette série de malheurs; c'est un cas qui, dès le commencement, avait offert tous les caractères d'un érysipèle gangreneux de la jambe chez une très forte femme et ma voisine. J'avais été appelé auprès d'elle la veille même, et au soir du jour où j'accouchai M[me] Downe (1[re] obs.), je m'y trouvai avec une dame qui, comme voisine, m'assista aussi la nuit suivante, pendant la couche de cette dernière. Or, bien que cet érysipèle ait promptement perdu le caractère gangreneux, il y eut des abcès qui se succédèrent pendant assez longtemps, et qu'il me fallait ouvrir de temps en temps pour donner issue au pus fétide qu'ils contenaient. J'ouvris le dernier de ces abcès le matin même du jour où j'accouchai l'avant-dernière des victimes de cette déplorable série. Cet abcès, que je ne vidai pas complètement, contenait une pleine cuvette de pus fétide. A partir de ce moment, je cessai de donner des soins à cette malade, que je confiai à un confrère, malgré les soins duquel elle ne fut guérie complètement qu'au bout de plusieurs mois. Bien que j'eusse fait, le 22 et le 24 mai, trois autres accouchemens sans accident, je ne voulus plus m'exposer à causer de si grands malheurs. Je renonçai à la pratique pendant un mois, et quand je la repris, je n'éprouvai plus d'accident, et pourtant, le 11 juin, le plus avancé de mes élèves, que j'avais envoyé auprès de la femme aux abcès, ou voulant pas y aller moi-même, pour lui appliquer un bandage sur la jambe, ayant été de là à la maison de travail pour y accoucher une femme; cette malheureuse fut prise, au bout de deux jours, d'une violente inflammation, qui ne céda qu'après avoir gravement compromis les jours de la malade.

Or, comme si les faits précédens n'étaient pas assez frappans et ne fournissaient pas une explication suffisante, l'auteur fait voir, par des faits empruntés à ses souvenirs, que plusieurs des victimes dont nous avons indiqué l'histoire ont été exposées elles-mêmes à l'influence de personnes affectées d'érysipèle gangreneux, et il cite en outre des cas de personnes qui, quoique affectées de fièvre puerpérale, ont été prises, l'une d'une pleurésie typhoïde, deux d'une fièvre typhoïde, et une d'une pleurésie avec inflammation phlegmoneuse et suppuration profonde.

Ces faits ont-ils besoin de commentaires? Nous ne voulons même pas, de peur d'en affaiblir l'effet, résumer quelques observations que l'auteur présente à la fin, sur le traitement de cea accidens graves. Tout ce que nous pouvons dire, c'est que des faits analogues, bien que moins nombreux et moins lugubres, ont été observés et publiés par plusieurs accoucheurs célèbres de l'Angleterre, et que pour eux la contagiosité de la fièvre puerpérale est à peu près démontrée.

Pourrait-on douter de l'authenticité de la courageuse confession du médecin de Doncastre? Un correspondant anonyme cite, dans le numéro suivant du même journal, un fait semblable, où le même accoucheur avait eu à la fois jusqu'à six fièvres puerpérales dans sa pratique.

CAS DE LENTEUR EXTRAORDINAIRE DU POULS, SURVENUE SUBITEMENT ET DURANT JUSQU'A LA MORT, SUIVI DE RÉFLEXIONS; par M. PEACOCK.

OBS. — M.... étant arrivé à l'âge de 60 ans, sans avoir éprouvé d'indisposition notable, bien qu'ayant mené une vie très active et surtout servi dans l'armée pendant 28 ans, éprouva une attaque considérée comme d'apoplexie, et pour laquelle il fut saigné avec succès. Cependant son pouls conserva une fréquence et offrit des intermittences qu'il n'avait pas pendant la santé. Au bout de deux ans, au moment où il faisait un petit effort il se sentit pris de faiblesse et perdit con-

---

de Charles-Quint, de François I[er], de Soliman, de Paul III, de Philippe II, etc.; il se mit à commencer ceux de Vésale, de l'Arioste et de l'Aretin : l'aristocratie du talent lui paraissant propre à marcher de pair avec l'aristocratie de la naissance (1).

Ce fut en 1543, à Bâle, chez Opprin, successeur de Jean Froben et rival d'Alde Manuce, que s'imprima le grand ouvrage DE HUMANI CORPORIS FABRICA, aux vives acclamations de tous les amis de la science, qui saluaient en lui une merveille, *un nouveau monde*, pour nous servir des expressions de Sénac.

C'était en effet toute une révolution dans l'anatomie que cet ouvrage d'un jeune homme de vingt-huit ans; car, outre la découverte des vaisseaux spermatiques, celle de la voûte à trois piliers, celle du septum lucidum, etc., qu'on y trouvait parfaitement établies, toutes les descriptions de Vésale portaient l'empreinte d'un soin extrême et d'une fidélité inconnue à ses prédécesseurs. Mais ce n'était pas encore tout. Il s'agissait, et c'est là où se révèle d'une façon si éclatante le génie de ce grand homme, il s'agissait de débrouiller le chaos des détails anatomiques, d'y introduire une lumière vive et régulière, une méthode simple et invariable, en un mot de remonter de la diffusion stérile de l'analyse à la concentration féconde de la synthèse. Les anciens, comme on sait, ne s'étaient soumis à aucune règle précise dans l'exposition des faits anatomiques. Ils ne se doutaient nullement que, pour être étudié avec fruit, chacun des grands départemens de l'organologie humaine doit occuper un échelon distinct et spécial dans la hiérarchie intérieure que toute science positive comporte. Vésale devait admirablement combler ces lacunes. En conséquence il s'occupe, d'abord de la charpente de son édifice, de l'ostéologie; puis il traite successivement de la syndesmologie, de la myologie, de l'angéiologie, de la névrologie, de la splanchnologie, c'est-à-dire qu'il crée l'ordre de superposition, le procédé topographique qui simplifie et facilite à un si haut degré l'étude de l'anatomie descriptive ou de conformation. Il y a plus, sans parler de l'anatomie comparée, dont il cherchait aussi à dévoiler les mystères, il posait les rudimens de l'anatomie de texture : il distinguait déjà la fibre musculaire de la fibre tendineuse, celle-ci de la nerveuse, et parmi les élémens de cette dernière considérée dans le cerveau, la substance corticale de la substance médullaire.

Cet immortel ouvrage, que Vésale avait dédié à Charles-Quint, lui valut aussitôt la protection de ce monarque; il fut appelé à sa cour en qualité de premier médecin, et dès lors sa réputation fut à son apogée.

MICHÉA.

(La suite au prochain numéro.

(1) Ce portrait de Vésale, légué par le baron Portal à l'Académie de médecine, se voit aujourd'hui dans la salle publique des séances, derrière le fauteuil du président.

— Le ministre de la guerre vient de souscrire, pour être placées dans les bibliothèques du conseil de santé et des hôpitaux militaires, aux ANNALES DE L'ANATOMIE ET DE LA PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES, que publie M. Pigné, conservateur-adjoint du muséum-Dupuytren.

naissance. Lorsqu'il revint à lui il se sentit dans un état de faiblesse et de langueur qui dura quelque temps et remarqua que son pouls battait 25 ou 30 fois par minute, degré de fréquence qu'il a constamment conservé depuis. Dans les circonstances les plus ordinaires, le pouls battait 28 fois par minute; mais lorsqu'il y avait quelque cause débilitante, comme un excès de fatigue, il ne battait que 20 fois; dans une occasion, on ne compta que 18 battemens. Quand le ralentissement est aussi prononcé, M.... éprouve une grande faiblesse avec menace de syncope puis sensation d'un afflux vers la tête. Quand, au contraire, il est soumis à une cause excitante, telle qu'un exercice violent, l'usage un peu libre du vin, et plus fréquemment une émotion morale, le pouls augmente de fréquence et arrive à 32 ou 34 battemens par minute avec sensation d'oppression et de fièvre.

Pendant les trois premières années, les attaques de syncope avaient persisté, puis elles cessèrent; la santé était bonne, les forces étaient revenues, et bien que M..., eût six pieds (anglais) de hauteur il était parfaitement droit et pouvait se livrer aux exigences d'une vie active. L'examen de la région du cœur n'indiquait rien d'anormal dans cet organe; les bruits et l'impulsion correspondaient exactement aux battemens du pouls; la respiration était normale, et il n'y avait aucun signe d'affection cérébrale.

En 1840, il éprouve pendant quelque temps de nouvelles faiblesses qui l'empêchent de se livrer à ses exercices ordinaires; puis cet état s'améliore, et la santé fut bonne pendant une grande partie de l'année 1841 jusqu'au moment où ayant été pris subitement d'une attaque de syncope, il expira à l'instant même. Il n'a pas été possible de faire son autopsie.

Cette observation intéressante l'est encore plus si on la rapproche des cas analogues que M. Mayo a réunis dans un travail spécial publié en 1828, et dans lequel il distribue les cas de lenteur du pouls en deux classes; ceux où cet état était sinon congénial au moins assez ancien pour qu'on ignorât l'époque de son développement, et ceux où cet état semblait être le résultat d'une affection cérébrale, d'un affaiblissement général, d'une sympathie avec les organes digestifs, ou d'une atrophie du cœur dépendant de l'ossification des artères coronaires avec ou sans dilatation passive. Nous ne continuerons pas cette analyse du travail de M. Mayo dont il nous suffit d'avoir indiqué la portée.

CAS DE TÉTANOS TRAUMATIQUE TRAITÉ AVEC SUCCÈS PAR LE SESQUI-CARBONATE DE FER; par M. WOOLLAM.

L'efficacité des préparations de fer contre les affections névralgiques est un fait bien établi. L'observation suivante montre les propriétés du même agent dans un cas de tétanos; et quoique la maladie fût très récente au moment où on commença le traitement, l'amélioration fut si rapide qu'on ne peut guère se refuser à en attribuer une partie au médicament.

Obs. — Un homme de 44 ans eut le gros orteil écrasé par une roue de charrette. Soigné d'abord par M. Woollam, il cessa de le voir pendant huit jours; et lorsqu'il fit, au bout de ce temps, rappeler son médecin, celui-ci le trouva frappé d'emprosthotonos, pouvant à peine avaler, les mâchoires serrées et n'admettant dans leur intervalle qu'une petite cuiller. Pouls à 108, transpiration abondante, yeux hagards, contenance anxieuse. (Calomel, 30 centig.; huile de castor, 60 grammes.)

Le soir, pas d'amélioration, quoique l'effet purgatif se soit opéré. (Sesquicarbonate de fer, 2 drachmes, à prendre toutes les heures.)

Le lendemain, 18 avril, pas d'amendement; on continue le fer, en augmentant la dose. Le soir, la respiration est plus libre. (Même traitement.)

Le 19, le malade avait mieux, parle plus distinctement, et peut se retourner dans son lit. On continue le traitement en portant la dose à 60 grammes en deux heures. On administra cette quantité jusqu'au 27, jour où le malade put se lever et sortir. On la réduisit alors par degrés jusqu'au 11 mai, où l'usage du fer fut tout à fait supprimé, le malade étant complètement guéri.

CAS D'ACCOUCHEMENT LABORIEUX AVEC REMARQUES, par M. NIVEN.

Il s'agit d'une jeune femme primipare bien conformée, chez laquelle l'accouchement suivait sa marche ordinaire, lorsqu'un chirurgien ennuyé d'attendre prit sur lui d'administrer en deux fois une drachme de seigle ergoté. Mais le col n'étant pas encore dilaté, les contractions énergiques qu'amena ce médicament ne servirent qu'à épuiser la malade sans faire avancer le travail. La matrice tomba dans l'inertie, et malgré la saignée et l'opium, il fallut suppléer le secours de la nature en appliquant le forceps. L'enfant était mort.

La femme observée par M. Niven était évidemment dans des conditions qui contr'indiquaient l'emploi du seigle ergoté; car tous les praticiens savent qu'on ne doit l'administrer que lorsqu'il n'existe aucun obstacle à la prompte terminaison de l'accouchement. Ce fait ne contient donc rien d'absolument nouveau. Mais comme il est encore des praticiens qui considèrent ce médicament et qui en usent comme d'un moyen expéditif et innocent pour hâter tout accouchement qui ne marche pas assez vite au gré de leurs désirs, il nous a paru utile de remettre sous leurs yeux un exemple des dangers auxquels cette conduite peut exposer; et nous espérons que la leçon ira à son adresse.

SUR LES CONTUSIONS DES MUSCLES, par M. ALLISON.

Dans toute lésion traumatique, l'état du système musculaire doit être pris en grande considération. Car soit qu'il ait été directement affecté par la cause vulnérante, soit qu'il devienne frappé d'impotence en raison de la douleur que les mouvemens déterminent dans la partie blessée, le trouble de ses fonctions tient toujours une place importante dans les élémens du diagnostic. Il serait donc fort utile d'apprécier et de classer par voie d'observation les divers genres de lésions médiates ou immédiates, primitives ou consécutives que les muscles de la région blessée ou des régions voisines peuvent subir, et les effets variés de ces lésions sur les suites de la blessure et sur sa manifestation symptomatologique. Un semblable travail remplirait une véritable lacune en chirurgie. En attendant qu'il soit entrepris, contentons-nous d'enregistrer comme pierres d'attente toutes les observations faites sur ce sujet. C'est à ce titre que nous reproduisons ici les remarques de M. Allison, tout incomplètes qu'elles sembleront sans doute.

Les muscles contus peuvent se trouver dans quatre états différens :

1° Ils sont contus de manière à offrir seulement une sorte de stupéfaction (avec contraction tonique non permanente, ou avec relâchement); les nerfs étant affectés par la chûte ou le coup, à peu près comme l'est le cerveau dans la commotion.

2° Les muscles ont été contus pendant qu'ils étaient en action, et alors ils restent engourdis (dans la contraction atonique ou le relâchement) aussi long-temps que le malade garde le repos. Mais lorsqu'il veut exécuter ou qu'on lui imprime un mouvement, un tremblement violent et douloureux ou une contraction spasmodique irrégulière s'empare des muscles, et le membre ne peut être placé dans sa position naturelle.

3° Les muscles ont été contus et l'action traumatique s'est accompagnée d'extravasation ou de quelqu'autre altération tendant à produire de la suppuration.

4° Enfin ils ont été contus avec déchirure de leurs fibres.

CAS D'IMPERFORATION DU VAGIN; par M. JAMESSON.

Obs. — Une jeune fille de 16 ans éprouvait, depuis plusieurs mois, dans l'abdomen des douleurs, qui revenaient avec une nouvelle force toutes les trois semaines. Enfin, elles devinrent si vives que la malade fut forcée de garder le lit. M. Jameson apprit alors que les règles n'avaient jamais paru. Il constata une tumeur bien circonscrite, occupant la région hypogastrique, sensible à la pression et évidemment constituée par l'utérus distendu. En examinant les parties génitales, on reconnut que l'ouverture inférieure du vagin pouvait à peine admettre le petit doigt. En portant le doigt dans le conduit vulvo utérin, il se trouva arrêté à un demi-pouce par un corps résistant, à travers lequel son extrémité pouvait percevoir une sensation de fluctuation, lorsqu'on venait à presser sur la tumeur abdominale. Le cas n'était pas douteux, et une ponction, faite avec un petit troicart, donna issue à près de 2 livres d'un liquide brunâtre, ayant la consistance de la mélasse. Une sonde cannelée, substituée à la canule du troicart, servit à conduire un bistouri, qui divisa de chaque côté le tissu d'où résultait l'oblitération. Il criait sous l'instrument tranchant, comme si l'on avait coupé du cartilage. L'écoulement continua par la vulve, et aucun accident n'eut lieu. La malade a été réglée deux fois depuis, par cette ouverture, qu'on a ou assez de peine à maintenir béante à l'aide de bougies.

Cette jeune fille portait depuis quatre ans un bronchocèle, qui avait fait de rapides progrès pendant les trois semaines qui ont précédé l'opération, et l'on a remarqué que, depuis l'établissement des menstrues, la tumeur a très notablement diminué de volume.

SUR LA LUXATION DU GENOU; par M. TOOGOOD.

Plusieurs auteurs recommandables, Heister, Percy et Larrey, entre autres, soutiennent que les luxations complètes du genou ne peuvent jamais guérir de manière à ce que le membre reprenne ses fonctions; et ils en tirent la conclusion qu'il faut, dans ces cas, recourir de suite à l'amputation du membre. L'expérience est heureusement venue plus d'une fois déjà démentir ce jugement, et nous venons de rapporter (voy. le sommaire ci-dessus) une exception à cette prétendue règle; en voici une seconde, non moins remarquable, et encore mieux constatée :

Obs. — Francis Newton, homme de structure athlétique, âgé de 30 ans, ayant eu le pied engagé dans le brancard d'un chariot, fut traîné pendant une assez grande distance avant qu'on pût le délivrer. M. Toogood le vit 2 heures environ après l'accident. Le genou gauche était très tuméfié; le tibia, le péroné et la rotule avaient passé au-devant du fémur, et celui-ci occupait la partie supérieure du mollet, le condyle interne faisant une forte saillie sous les tégumens. La luxation était complète, et le membre avait un aspect si effrayant qu'on désespéra d'abord de le sauver. M. Toogood croyait éprouver beaucoup de difficultés dans la réduction, mais, à sa grande surprise, elle se fit très-aisément, en tirant sur la jambe, pendant que la cuisse était retenue par deux aides. On entoura le membre d'attelles, et il fut soumis au repos absolu. L'inflammation consécu-

tive fut modérée. Au bout de 55 jours, le malade put sortir et se faire conduire sur une charrette. Enfin, les mouvemens du membre se rétablirent à la longue d'une manière si complète que cet homme a pu reprendre son ancien métier de voiturier.

SUR LA CURE RADICALE DES HERNIES, par M. BENNETT LUCAS.

L'auteur, ayant entendu parler des succès obtenus en Amérique par le professeur Pattison à l'aide d'un simple bandage, résolut de faire l'application de ce moyen à un homme âgé de 36 ans, affecté d'une hernie inguinale oblique, qui faisait une saillie de plus d'un pouce en dehors de l'anneau inguinal externe et se réduisait très-facilement. Il lui fit d'abord porter un bandage ordinaire; mais au bout d'un an, la hernie sortait comme auparavant. M. Lucas fit alors subir à l'appareil la modification suivante: Il augmenta la force du ressort, et se servit, au lieu de pelote, d'une pièce de bois conique et émoussée à son extrémité. Un foulard ployé en plusieurs doubles fut d'abord appliqué sur l'aine pour rendre plus supportable le contact de ce moyen contentif. Le ressort était formé de plusieurs pièces d'acier disposées de manière à ce qu'on pût en diminuer ou en augmenter le nombre et modifier ainsi la puissance de com pression, selon la volonté du malade. Il porta ce bandage nuit et jour pendant deux mois. Au bout de ce temps la hernie ne sortait plus. On substitua alors un bandage ordinaire exerçant une pression moindre et le malade le conserva durant quelques mois encore. Il a fini par abandonner tout appareil, s'est marié et n'a pas éprouvé la moindre récidive.

Nos lecteurs aperçoivent sans doute le rapport qui existe entre la construction de ce bandage et celui dont M. Malgaigne s'était servi en 1839, pour contenir une hernie inguinale directe jusque là rebelle à tout appareil. (V. GAZ. MÉD. 1840, p. 118.) La difficulté même était plus grande dans l'observation de notre compatriote; mais, sous le rapport pratique, et comme annonçant positivement une guérison depuis longtemps confirmée, le fait de M. Bennett Lucas mérite toute l'attention des praticiens. Ce n'est pas, nous le croyons, qu'on puisse jamais espérer de voir généraliser la compression comme méthode de cure radicale; et les cas de succès dus à l'emploi des bandages resteront probablement toujours en petit nombre. Mais il n'en est pas moins important de savoir que ce moyen peut réussir même à l'âge de 36 ans, même sur des hernies entièrement sorties du canal; car on n'aura peut-être que trop souvent encore à l'appliquer chez les malades qui se refuseraient à l'emploi de procédés plus efficaces, parmi lesquels nous plaçons en première ligne les scarifications sous-cutanées du canal herniaire et les incisions des muscles qui le forment, ainsi qu'elles ont été proposées et exécutées par M. Jules Guérin.

DE L'EMPHYSÈME PULMONAIRE COMME CAUSE DE MORT; par M. HUNT.

Il semble difficile de nier que l'emphysème pulmonaire, même assez prononcé pour amener la mort subitement, ne soit, dans quelques cas, qu'un simple effet mécanique d'un violent accès de toux; probablement même les divers degrés d'emphysème que l'on trouve si fréquemment dans les poumons de personnes qui ont succombé à des affections de nature très différente ne dépendent pas d'une autre cause. Quoi qu'il en soit, au reste, de l'exactitude de cette proposition dans son acception générale, il n'en est pas moins vrai qu'il y a quelques cas où cette explication semble seule admissible, et cela nous paraît si vrai que nous n'aurions pas noté cette communication si d'étranges idées n'avaient été émises parmi nous, depuis quelques années, sur l'emphysème pulmonaire. L'auteur rapporte ici trois observations de sujets morts subitement et à la suite de violens accès de toux, dont la cause n'est pas suffisamment indiquée et à l'autopsie desquels on ne trouva d'autre lésion grave qu'un emphysème général des poumons qui, au lieu de s'affaisser, semblèrent plutôt s'étendre encore davantage au moment où les plèvres furent ouvertes. L'emphysème était vésiculaire et consistait plutôt en une dilatation de toutes les vésicules qu'on voyait à la surface du poumon, ayant toutes la grosseur d'une tête d'épingle, qu'en une rupture de ces vésicules ou infiltration de l'air dans le tissu cellulaire; car on ne distinguait de traces de cette infiltration que sur les points qui avoisinaient le péricarde, où il y avait de grosses bulles d'air.

TUMEURS PRODUITES PAR LE DÉVELOPPEMENT DES VEINES ABDOMINALES EXTÉRIEURES ET DÉPENDANT D'UNE AFFECTION DU FOIE; par M. PEACOCK.

Personne n'ignore maintenant que quand il y a, sur le trajet des grosses veines du tronc, des veines-caves ou des veines iliaques, un obstacle au cours du sang, la circulation se rétablit par les veines superficielles, qui, sur la paroi abdominale, frappent alors, par les dimensions qu'elles acquièrent et par les formes bizarres qu'elles présentent, l'attention de l'observateur le moins attentif. Cependant, les premiers auteurs qui ont signalé ces altérations pathologiques, MM. Reynaud et Cruveilhier, ne les avaient indiquées que dans des cas où il y avait obstruction ou interruption complète des troncs veineux et profonds de l'abdomen; depuis, M. Stockes a rapporté deux cas de ce développement des veines abdominales coïncidant avec une ascite. Dans un des cas, l'état variqueux des veines disparut avec l'ascite; dans l'autre, on ne connaît pas le résultat du traitement.

Les deux observations suivantes prouvent que la cyrrhose du foie peut amener le même état variqueux des veines superficielles abdominales, sans lésion propre des veines profondes de l'abdomen.

OBS. — Taylor, 38 ans, groom, menant une vie dissipée, entre à l'infirmerie de Chester en 1838, pour avoir reçu un coup de pied de cheval qui avait déterminé un ictère, de l'ascite et un peu d'œdème aux extrémités inférieures. Il fut promptement rétabli, reprit ses occupations, mais ne tarda pas à retomber avec un ictère très prononcé, un anasarque général et un œdème des extrémités inférieures accompagné d'une sécrétion ichoreuse abondante. Il y avait à l'épigastre et sous la peau une tumeur élastique, mobile, qui, lorsque le malade était couché, paraissait moins grosse; elle se remplissait, et faisait plus de saillie lorsqu'il se tenait debout. Deux grosses veines venues de chaque aine pénétrant dans cette tumeur semblent contribuer pour beaucoup à son volume, et en en sortant se dirigent au-dessous des côtes. Ces veines, au moment où elles pénètrent dans la tumeur, ont la grosseur du doigt indicateur, et la tumeur elle-même a au moins 10 pouces de diamètre. Sous l'influence d'un traitement par le mercure et les purgatifs, la tumeur diminue un peu, l'ictère s'affaiblit, et Taylor peut retourner à ses occupations, qu'une attaque d'apoplexie le force bientôt de quitter, et à la suite de laquelle l'ictère devient plus intense, la tumeur plus volumineuse et l'ascite plus prononcée. Une nouvelle attaque l'enlève en 1839.

AUTOPSIE. — Les parois abdominales sont chargées de graisse. La tumeur, qui est moins forte qu'avant la mort, se trouve composée par la réunion et de nombreux entrelacemens des deux grosses veines enveloppées dans un épai tissu cellulaire. Les troncs qu'elles forment sont assez larges pour laisser pénétrer l'extrémité de l'indicateur, et plusieurs d'entre eux passent directement dans le médiastin, où ils vont communiquer avec les veines mammaires internes. Le foie est extrêmement petit, offre tous les caractères de la cyrrhose, est d'un brun orange foncé, et couvert, surtout à sa face inférieure, de petites masses membraneuses dont le volume varie depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'une bille de marbre. A l'intérieur, il se laisse difficilement entamer par l'instrument, et il présente la même apparence tubéreuse qu'à l'extérieur. Tout l'organe est exsangue et pèse 37 onces 3/4. Les gros troncs veineux de l'abdomen n'offrent d'obstruction sur aucun point. Tous les autres viscères abdominaux, thoraciques et encéphaliques sont à l'état normal.

La seconde observation est si semblable à la première, que nous nous dispensons de l'analyser; elle offre les mêmes causes et les mêmes effets, la même altération du foie, une tumeur de la même nature et ayant les mêmes communications. La cyrrhose dépendant, ainsi que le démontrent les travaux du docteur Carswell, de l'accroissement du tissu contractile de la capsule de Glisson, qui enveloppe les distributions de la veine porte et les lobules du foie, il en résulte une telle compression sur l'organe tout entier, que, dans les périodes avancées de la maladie, il perd notablement de son volume, acquiert une dureté extrême et se divise en masses de formes irrégulières, renfermant elles-mêmes un nombre variable de lobules primitifs. Le foie, dans les deux observations rapportées, pesait 37 1/2, au lieu de 54 onces, son poids moyen. La compression agit en même temps sur les distributions de la veine porte, et diminue beaucoup la circulation. Les veines sont d'abord distendues, puis des caillots laminés se déposent à leur intérieur, et à la fin elles s'oblitèrent complètement, et le sang est obligé de se frayer un passage par d'autres voies. L'auteur cite ici un certain nombre de faits de ce dernier genre qui sont rapportés par divers écrivains.

LUXATION DU FÉMUR AVEC FRACTURE DE LA CAVITÉ COTYLOIDE; par M. TOOGOOD.

Il n'est pas de traité classique moderne où l'on ne trouve ce précepte, que la luxation du fémur peut être simulée par une fracture du bord de la cavité cotyloïde qui permet le déplacement de la tête. Cette remarque est sans doute pour chaque auteur le résultat de cas bien constatés. Mais il ne sera pas néanmoins sans utilité de lui prêter l'appui de nouveaux faits; car, même pour les vérités les plus légitimement déduites de l'observation, l'autorité cherche toujours à substituer son patronage à celui de l'expérience, et l'histoire de la science prouve qu'il est au moins prudent de rétablir de temps en temps le dogme sur ses vrais fondemens, sur l'observation. Le cas suivant nous a semblé, sous ce rapport, mériter une mention particulière.

Obs. — Un scieur de long, âgé de 30 ans, tomba du haut d'une poutre, et reçut sur la hanche un coup violent de la pièce de bois qui l'avait accompagné dans sa chute. La tête du fémur fut trouvée placée dans la fosse iliaque, et on réduisit cette luxation sans beaucoup de difficultés par le procédé ordinaire. Mais dès le soir même, il parut évident que la tête n'était plus dans sa situation normale, car le membre était raccourci et un peu tourné en dedans, présentant tout à fait les signes d'une luxation dans l'échancrure sciatique. Une traction modérée suffit cependant pour lui rendre sa longueur et sa direction naturelle.

Le lendemain, il y avait de nouveau raccourcissement, et malgré le gonflement de la hanche, on put s'assurer que la tête était encore revenue en contact avec la fosse iliaque. Nouvelle réduction pendant laquelle on entendit distinctement le bruit de la tête osseuse rentrant dans sa cavité. Un examen attentif fit enfin reconnaître qu'il y avait une fracture de la cavité cotyloïde; ce qui expliquait et la facilité du déplacement et l'instabilité de sa réduction. Le membre fut soumis à l'extension permanente, et après un traitement de plusieurs semaines, le malade put s'en servir librement.

CAS DE CONICITÉ DE LA CORNÉE, TRAITÉE PAR L'OPÉRATION DE LA PUPILLE ARTIFICIELLE ET ENSUITE PAR L'EXTRACTION DU CRISTALLIN; par M. WALKER.

Nous nous bornerons à raconter sommairement la série des opérations pratiquées par le chirurgien pour remédier à l'opacité de la cornée et supportées par la malade avec autant de courage qu'il lui en fallut sans doute à lui-même pour suivre jusqu'au bout son plan opératoire.

Obs. — Joshna Beotley, âgée de 47 ans, avait à la suite d'ophthalmie, répétées une opacité au centre de la cornée qui avait en même temps pris la forme conique. L'œil gauche étant le plus malade fut celui qu'on choisit pour essayer le traitement. On commença par faire une pupille artificielle en choisissant la méthode de l'iridectomie; mais la vue fut à peine améliorée. On se décida alors à pratiquer l'extraction du cristallin, en attaquant la cornée par son bord supérieur pour ne pas compromettre la pupille de nouvelle formation qui était située en bas. La lentille retirée était diaphane, quoique présentant une teinte légèrement jaunâtre. Quelque temps après cette seconde opération, le chirurgien s'aperçut que la capsule restée en place était devenue opaque, et il introduisit une aiguille pour la morceler. Ce fut seulement alors que la vision parut avoir gagné; et après une quatrième opération faite pour achever le broiement de la capsule, la malade retourna chez elle, y voyant aussi bien de cet œil qu'elle eût jamais fait, et distinguant les plus petits caractères à toutes les distances.

On croirait difficilement qu'après avoir subi avec un bonheur aussi inespéré tant d'opérations délicates, la malade ait consenti à recommencer la même série de manœuvres sur l'autre œil. C'est cependant ce qu'elle fit; et au bout d'un mois elle revint demandant qu'on lui rendît également la vue du côté droit. Le chirurgien suivit la même marche que la première fois; mais le résultat fut bien différent; car, lorsqu'après avoir d'abord établi la pupille artificielle, il eut ensuite extrait le cristallin, une inflammation violente se déclara et amena en peu de temps la suppuration et l'atrophie du globe oculaire.

Ce fait nous paraît surtout intéressant en ce qu'il montre, par un exemple frappant, jusqu'où l'on peut aller, dans cette sorte d'opération, et à quel point il faut savoir s'arrêter.

RÉTRÉCISSEMENT CANCÉREUX DU RECTUM POUR LEQUEL ON A PRATIQUÉ UN ANUS ARTIFICIEL A LA RÉGION LOMBAIRE; par M. JUKES.

Nous nous empressons de livrer les détails que M. Jukes a consignés dans ce journal sur son intéressante observation, en attendant qu'il en donne, comme il le promet, une histoire plus complète.

Obs. — Sarah Pass, âgée de 30 ans, mère de quatre enfans, n'avait jamais éprouvé d'irrégularité notable dans ses évacuations alvines, lorsqu'il y a huit mois elle devint sujette à une constipation opiniâtre qui s'accompagnait de vomissemens. Ces symptômes continuèrent pendant un mois; et depuis lors ses excrétions ne se rétablirent jamais dans leur état primitif. Elle restait trois ou quatre jours sans évacuer, et même pendant les trois dernières semaines elle n'eut qu'une selle peu abondante et glaireuse. Les vomissemens avaient aussi augmenté au point qu'elle en était venue à refuser toute nourriture, excepté un peu de thé et de bouillon.

Lorsque M. Jukes l'examina, le 6 mai 1842, elle avait l'abdomen volumineux comme dans une grossesse à terme. Les circonvolutions intestinales se dessinaient à travers les tégumens qui étaient éraillés comme ils le sont vers la fin de la gestation. La dilatation semblait porter sur les gros intestins comme sur l'intestin grêle. En examinant les organes contenus dans le petit bassin, on sentait une tumeur dense, dure, à 3 pouces de l'anus. Elle paraissait placée sur le côté droit de la cloison recto-vaginale et intimement adhérente à l'utérus et au rectum, comme on pouvait s'en assurer en voyant qu'elle suivait les mouvemens imprimés à ces deux organes. C'était elle qui comprimait le rectum de manière à produire l'interruption du cours des matières.

Plusieurs essais ayant été tentés infructueusement pour rétablir les évacuations, au moyen de purgatifs, on se décida le 8 mai à pratiquer un anus contre nature suivant le procédé récemment appliqué par M. Amussat.

La malade ayant été couchée sur le ventre, une tuméfaction remarquable et une grande sonorité firent reconnaître la place occupée par le colon descendant. On fit dans ce point une incision transversale de 4 pouces, commençant à 2 pouc. en dehors de l'épine et se prolongeant à 1 pouce au-dessus de la crête iliaque. Les muscles grand dorsal et carré lombaire ayant été divisés, une masse graisseuse fit saillie entre les lèvres de la plaie, et au-dessous d'elle, on sentit distinctement le colon. La conservation des adhérences celluleuses de l'intestin avec les parties voisines et l'impossibilité de passer le doigt autour de lui prouvèrent suffisamment à ce moment que le péritoine n'avait pas été ouvert. Deux ligatures furent passées à peu de distance l'une de l'autre, dans les parois de l'intestin, pour le retenir à l'extérieur; et l'on fit alors une ouverture longitudinale d'un pouce environ. Aussitôt une grande quantité de liquide fétide mêlé de gaz stercoraux sortit brusquement; le ventre s'affaissa et la malade se trouva soulagée immédiatement. Elle éprouva cependant un sentiment de faiblesse, mais qui n'eut pas de suites. Pendant les trois premiers jours le pouls resta de 100 à 130, les évacuations se firent avec abondance. Le 11, un frisson passager suivi de sueur.

Nous abrégerons l'histoire des jours suivans en disant que, depuis le 9 jusqu'au 17, la sortie des matières continua à se faire par la plaie; le ventre diminua rapidement de volume; le pouls resta à 100. Mais le 17 la malade eut un frisson qui dura une heure et fut suivi de transpiration abondante.

Le 19, fièvre, pouls à 120, peau chaude et moite, soif, joues colorées, langue rouge. L'abdomen paraît plein et pâteux, quoique sans douleur ni tension. Les selles deviennent plus rares.

Le 21, elle a une toux fatigante, et un râle sibilant perceptible dans toute l'étendue de la poitrine, avec expectoration crémeuse, non adhérente. Le même jour, elle eut, sans lavemens, deux selles copieuses de matières molles *par l'anus*, outre plusieurs évacuations liquides par la plaie des lombes. Le pouvoir de réparation semble faire défaut dans cette plaie, dont les bords sont pâles et sans vitalité.

Le 23, elle se plaint d'abattement et vomit un liquide foncé; pouls petit, à 132; ventre rempli, mais indolent. Mort le 24 mai.

Autopsie. — Les organes thoraciques ne présentaient que des lésions insignifiantes: adhérences anciennes des plèvres, et injection légère de la muqueuse des bronches.

Abdomen. Dans une foule de points, on trouva des traces de péritonite récente; çà et là des concrétions albumineuses, le péritoine opaque et couleur de perle, une pinte et demie environ de sérosité purulente dans les fosses iliaques et lombaires, et surtout dans le bassin; quelques adhérences filamenteuses entre la région épigastrique et le foie. Les vaisseaux de l'épiploon étaient aussi congestionnés. La tunique séreuse de l'intestin grêle paraissait plus vasculaire que d'habitude.

Le colon, dans le point où il avait été ouvert, était très solidement adhérent, avec les muscles de la région lombaire, et il fallut employer la dissection pour l'en détacher. Le péritoine environnant n'offrait pas plus de traces d'inflammation que dans tout autre point.

En examinant attentivement la tumeur que nous avons décrite dans la cloison recto-vaginale, on reconnut qu'elle était constituée par un dépôt de matière squirrheuse dans les cellules de cette cloison. A 10 pouces de l'anus, le rectum était contracté, dans l'espace de 4 pouces, par un *épaississement carcinomateux* de ses parois. Des ramollissemens partiels existaient à la surface interne de l'intestin, et l'un d'eux formait le commencement d'un sinus qui s'étendait jusque dans la tumeur de la cloison recto-vaginale. Au-dessus et au-dessous, le rectum avait sa structure normale, et, même dans le point rétréci, la coarctation n'était pas poussée assez loin pour que le doigt médius ne pût pas y pénétrer.

Ce fait sera diversement interprété par les adversaires et par les partisans du procédé de Callisen, et il prête en effet, jusqu'à un certain point, à des commentaires contradictoires. D'un côté, le volume énorme du ventre et l'affaiblissement extrême existant avant l'opération, constituaient contre sa réussite des chances dont il serait injuste de ne pas tenir compte. D'autre part, l'autopsie nous apprend que le péritoine n'avait pas été ouvert par le bistouri et que les traces de phlegmasie sur cette séreuse n'étaient ni plus nombreuses, ni plus marquées dans les points contigus à la plaie lombaire, que partout ailleurs. On pourrait donc à la rigueur soutenir que le sujet était prédisposé à la péritonite par cette distension énorme des intestins, et que l'opération a été sans influence sur son développement; et il y aurait plusieurs considérations très justes à développer à ce point de vue. Mais les esprits sévères admettraient difficilement de pareilles conclusions. La nature bien précisée des altérations cadavériques s'accorde trop exactement avec l'époque où les symptômes de péritonite ont commencé pour qu'on ne doive pas être très porté à la considérer, cette inflammation, comme de fraîche date. Et quant aux motifs allégués pour décharger l'opération de toute responsabilité dans la production de cette complication, sans vouloir en méconnaître la valeur, nous ne ferons qu'une remarque, et nos lecteurs la pressentent déjà sans doute, c'est que le procédé de Callisen se flatte surtout de rendre la péritonite impossible, et que voilà précisément un cas où l'opération ayant été exécutée suivant toutes les règles, le malade est mort de péritonite.

Nous exprimerons en terminant le regret que, dans un cas où la coarctation n'était pas portée très loin, on n'ait pas songé à essayer d'abord les cautérisations dont Sanson et M. Amussat ont retiré de si grands avantages, dans des circonstances semblables. Ce n'est là qu'un palliatif,

dira-t-on peut-être; mais l'anus artificiel lui-même agit-il à un autre titre dans les cas d'affection cancéreuse?

Enfin, nous rapprocherons de ce fait une observation, encore peu connue en France, où l'opération fut pratiquée par M. Teale sur un enfant. Elle offrit les mêmes circonstances et les mêmes résultats que dans le cas présent, pour l'incision de l'intestin et la sortie des matières. L'enfant mourut le sixième jour.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 24 OCTOBRE.

PHYSIOLOGIE GÉNÉRALE.

M. Dumas à l'occasion d'un mémoire sur les fromageries suisses, que M. de Romanet a lu dans cette séance, entretient l'Académie de quelques recherches qu'il se propose de lui communiquer incessamment, tant en son nom qu'en celui de M. Payen, recherches tendant à prouver que toutes les matières grasses des animaux proviennent des plantes ou de la nourriture de ces animaux qui les assimilent en nature ou légèrement modifiée. M. Liebig qui a adopté une opinion opposée s'exprime de la manière suivante dans un ouvrage récent :

« Aujourd'hui les relations entre les alimens et le but qu'ils ont à remplir dans l'économie nous paraissent bien autrement claires depuis que la chimie organique les a examinées par la méthode quantitative. Une oie maigre pesant 4 livres augmente de 5 livres dans l'espace de 36 jours, pendant lesquels on lui donne pour l'engraisser 24 livres de maïs; au bout de ce temps, on peut extraire 3 livres 1/2 de graisse. Il est évident que la graisse ne s'est pas trouvée toute formée dans la nourriture, car celle-ci ne renferme pas 1/1000 de graisse ou de matière semblable. »

L'autorité de M. Liebig est si grande que je crois devoir dire ici que nous avons cherché depuis assez longtemps M. Payen et moi à nous rendre compte du pouvoir engraissant du maïs. Les agriculteurs savaient déjà qu'un boisseau de maïs, pesant probablement 10 à 11 kilogrammes, fournit un litre de matière grasse.

Des expériences précises nous ont appris que le maïs renferme en effet 9 p. 0/0 d'une huile jaune dont j'ai l'honneur de mettre une centaine de grammes sous les yeux de l'Académie.

Ainsi en mangeant 24 livres de maïs, une oie mange en effet 2 livres 1/2 de matières grasses. Il n'est pas étonnant qu'elle en puisse fournir 3 livres 1/2 en tenant compte de celle qu'elle contenait déjà.

Le foin renferme, quand on le prend dans la botte, tel que les animaux le mangent, à peu près 2 p. 0/0 de matières grasses.

Nous ferons voir que le bœuf à l'engrais et la vache laitière fournissent toujours moins de matière grasse que leurs alimens n'en contiennent. Pour la vache laitière, toutefois, le beurre représente à bien peu de chose près les matières grasses de l'alimentation au moins en ce qui concerne les alimens que nous avons déjà étudiés.

Dans notre opinion, dit M. Dumas, les faits agricoles et l'analyse chimique s'accorderaient à prouver que la vache laitière constitue le moyen le plus exact et le plus économique pour extraire des pâturages les matières azotées et les matières grasses qu'ils contiennent.

RÉTRÉCISSEMENS DE L'URÈTRE.

M. Civiale lit un mémoire ayant pour titre: Remarques sur la cautérisation de l'urètre.

Ce travail se termine par les conclusions suivantes :

1° Que cette méthode est fort ancienne, qu'elle a présenté de nombreuses variétés quant aux agens employés et quant à la manière de les mettre en usage et qu'à différentes époques elle a joui d'une vogue dont on ne se rend pas raison, parce qu'en définitive, elle n'a jamais produit les effets qui lui ont été attribues soit qu'on ait agi d'avant en arrière, soit que l'action ait été dirigée de dedans en dehors.

2° Que par suite de péripéties propres à tous les procédés aventureux cette vogue a fait place à un discrédit complet en France d'abord, en Angleterre ensuite; et que cependant remise en vigueur parmi nous, elle y trouve un patronage puissant, des défenseurs qui la vantent à outrance. Si l'on examine les faits sur lesquels on s'appuie, on les trouve incomplets, inexacts, tenant du merveilleux, placés pour la plupart en dehors de ce que comportent les lois de la logique et les bornes d'une observation sévère, et ne supportant ni l'examen ni la discussion;

3° Que les auteurs ne sont pas plus d'accord entre eux sur le mode d'action du caustique que sur la manière de procéder à son application; que si les anciens et les Anglais, en cautérisant d'avant en arrière, ne savaient ni ce qu'ils détruisaient ni ce qu'il fallait respecter, les modernes partisans de cette méthode, en cautérisant de dedans en dehors, ne procèdent pas avec plus de certitude; que le porte caustique et la sonde à cautériser, au lieu de donner plus de précision à cette pratique, ne font qu'ajouter aux inconveniens et aux dangers de la cautérisation envisagée d'une manière générale;

4° Qu'on ne s'est pas entendu sur les cas dans lesquels la cautérisation pouvait être utile et ceux dans lesquels il fallait s'en abstenir; qu'on a fait de la cautérisation une panacée universelle contre les coarctations urétrales sans songer qu'une méthode est entachée d'erreur, par cela seul qu'on en généralise l'emploi.

PUPILLES ARTIFICIELLES.

M. Leroy-d'Étiolles écrit à l'Académie la lettre suivante : J'ai l'honneur de soumettre à l'examen de l'Académie un instrument destiné à pratiquer l'opération de la pupille artificielle plus régulièrement et plus sûrement, je crois, que l'on ne peut le faire avec les moyens actuellement mis en usage dans le procédé généralement usité. L'on fait une incision à la cornée; par cette ouverture on introduit de petites pinces qui vont saisir l'iris en amenant au dehors une portion que l'on resèque avec des ciseaux. Cette manœuvre a le double inconvénient de faire une pupille très-régulière et d'exposer à décoller le pourtour de cette membrane dont résulte un trouble dans la vision et parfois la perte totale de la vue. Jusqu'ici on n'était pas parvenu à faire à l'iris une ouverture régulière avec perte de substance (condition essentielle pour le succès de l'opération) en agissant dans la chambre antérieure. L'instrument que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie remplit ces deux conditions et j'apprends qu'il a été appliqué avec succès en Allemagne par plusieurs chirurgiens au nombre desquels on m'a cité M. Fellasich.

GALVANISME.

M. Dumas fait l'ouverture d'un paquet cacheté qui avait été déposé à l'Académie par M. Matteuccei, et il donne lecture de la lettre qu'il contenait. Voici le résumé de l'expérience dont M. Matteuccei désirait s'assurer la priorité.

Deux grenouilles étant préparées, l'une entière, mais dépouillée, l'autre conservant seulement une jambe avec un long filet nerveux; si on pose ce filet nerveux sur les cuisses de la première grenouille et si on fait passer le courant électrique par les nerfs de cette grenouille, afin de faire contracter ses muscles, on voit aussitôt se contracter la jambe de l'autre. Si on enlève ensuite les nerfs de la cuisse de la première grenouille, en répétant la même expérience, il n'y aura plus de contractions musculaires dans la jambe de la seconde.

Une lame d'or interposée entre la cuisse de l'une des grenouilles et les nerfs de l'autre empêche la communication du courant électrique entre les deux animaux et on n'observe plus de contractions.

Une feuille de papier ne s'oppose pas à la production du phénomène.

MM. Dumas et Flourens ont assisté aux expériences de M. Matteuccei et ils ont constaté les résultats curieux qui viennent d'être indiqués, non-seulement sur la grenouille, mais aussi sur le pigeon.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 25 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. FOUQUIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

RHUMATISME.

M. Briquet adresse à l'Académie une lettre dans laquelle il annonce que le sulfate de quinine, administré à haute dose, peut arrêter les attaques de rhumatisme aussi bien que les accès de fièvre intermittente. M. Briquet enverra prochainement à l'Académie un mémoire sur ce sujet.

M. Bouillaud : Le rhumatisme est, comme tout le monde le sait, une affection rebelle et difficile à guérir quel que soit le traitement auquel on ait recours. Je pense donc que si M. Briquet nous démontre, par des observations nombreuses et détaillées, que le sulfate de quinine possède les propriétés qu'il lui attribue, il aura rendu un véritable service à la science et à l'humanité. Et en supposant que M. Briquet adresse à l'Académie un mémoire, il faudra nommer une commission qui sera chargée d'examiner les assertions de ce médecin et de faire un rapport afin d'éclairer nos convictions.

M. Martin-Solon : Les traitemens les plus variés ont été employés contre le rhumatisme. Le tartre stibié à hautes doses a été préconisé; mais je crois qu'il vaut mieux avoir recours au nitrate de potasse qui peut être administré à la dose de 32 grammes par jour sans aucun inconvénient. Les malades soumis à ce traitement n'éprouvent ni vomissemens, ni garderobes fréquentes, ni sueurs abondantes, et en 5, 6, 7 ou 8 jours, le plus souvent en 5 jours, le rhumatisme est jugé. Ce n'est pas sur quelques faits isolés que mon assertion repose, mais elle est basé sur plus de vingt faits de guérison obtenue dans mon service. Au reste, je communiquerai prochainement à l'Académie un mémoire sur ce sujet.

TÉNOTOMIE DES FLÉCHISSEURS DE LA MAIN ET DES DOIGTS.

M. Bouvier rappelle qu'il a établi, dans la séance précédente, que la seule question qu'il ait soulevée et qu'il ait cru devoir résoudre négativement, est celle-ci :

« La section des fléchisseurs des doigts, à la main et sur les phalanges, peut-elle être pratiquée avec espoir de conserver leurs mouvemens (1)? »

(1) Je n'ai pas voulu insister devant l'Académie pour démontrer que telle n'avait pas été la première thèse de M. Bouvier. C'est une quatrième édition de son opinion. Quelques mots le prouveront aisément.

M. Bouvier a fait la section des tendons du poignet sur deux chiens (1re et 2e expér.). Dans un cas il a produit la fusion des cicatrices et des adhérences telles,

Ayant déjà examiné cette question au point de vue des faits qui existent dans la science, M. Bouvier passe à l'examen des raisonnemens par lesquels M. Guérin a cherché à prouver que ni les expériences sur les animaux, ni l'insuccès des sections faites chez l'homme par divers chirurgiens, ne pouvaient être opposés à la doctrine qui conseille ces opérations.

Suivant M. Guérin, dit-il, mes expériences sur les animaux ne peuvent s'appliquer à l'homme, parce que les tendons ne sont, sur les chiens, ni raccourcis, ni tendus, ni isolés par leur soulèvement, comme dans le cas de difformité. La preuve que mes sections sur les animaux sont parfaitement comparables aux sections faites chez l'homme en ce qui concerne les fléchisseurs des doigts divisés à la main, c'est que le résultat a été identique dans mes expériences et dans des opérations faites chez l'homme par MM. Stromeyer, Dieffenbach, Larrey fils, Phillips, Bonnet, et par M. Guérin lui-même.

M. Guérin s'est longuement étendu sur la différence des sections pratiquées au poignet, sur le chien et l'homme. J'ai déjà fait voir que j'avais admis cette différence, et je n'aurais rien à opposer à des assertions que j'ai moi-même émises, si je ne devais relever, en passant, une opinion qui n'est point justifiée par mes propres recherches. M. Guérin a avancé que les muscles rétractés deviennent fibreux, que la partie tendineuse s'étend aux dépens de la partie charnue. J'affirme que je n'ai rien vu de semblable (1), j'ai vu les muscles rétractés s'atrophier à la longue, leurs fibres pâlir et disparaître en partie. Mais les tendons, loin de *s'étendre*, participent à cette atrophie et deviennent constamment plus grêles et plus minces. Seulement les parties fibreuses, disparaissant moins vite, sont *relativement* prédominantes. Mais ce n'est pas là une transformation des muscles en tissus fibreux.

Le défaut de réunion ou les adhérences des tendons, dans mes expériences, ont été attribués, par M. Guérin, au procédé que j'ai suivi en les divisant, et à l'omission de quelques soins consécutifs. Des causes semblables expliqueraient encore, suivant lui, les revers observés chez l'homme. Les succès qu'il annonce seraient l'effet du procédé particulier qu'il emploie. Je ne puis voir, quant à moi, aucune différence entre les procédés de ténotomie usités et ceux qui vous ont été exposés dans la dernière séance.

Profiter de la saillie du tendon pour reconnaître sa situation, augmenter ou déterminer sa tension, pour mieux s'assurer de sa position précise, porter le ténotome à la surface même du tendon, le diviser en épargnant le plus possible les parties qui l'environnent, en appuyant sur lui l'instrument avec ou sans un léger mouvement de scie, selon les cas, enfin, s'arrêter et ne pas étendre la section au-delà, dès que le tendon a cédé : ce sont là des règles universelles, suivies par tous ceux qui ont divisé les tendons des doigts et des orteils, aussi bien que par M. Guérin lui-même. Il est donc impossible de reconnaître à son procédé le privilége de prévenir la perte du mouvement des doigts, puisqu'il ne diffère en rien du procédé des chirurgiens qui ont obtenu ce résultat fâcheux.

Ce n'est pas non plus à une prétendue impossibilité d'exécuter ce procédé sur les chiens, à cause du relâchement de leurs tendons, qu'il faut attribuer le résultat semblable qui a eu lieu dans mes expériences; car la résistances des animaux et leurs contractions musculaires produisent une tension suffisante des tendons au moment où on veut les diviser.

La section des fléchisseurs superficiel et profond dans un lieu différent, savoir, sur la première phalange ou dans la paume de la main pour le sublime, et sur la deuxième phalange pour le profond, est sans doute un moyen d'éviter les adhérences osseuses que j'ai observées après la section simultanée du sublime et du profond dans la paume de la main. Mais cette modification ne garantit nullement contre les adhérences du sublime divisé au profond resté intact, parce qu'il n'existe pas entre ces deux tendons étroitement accolés une couche de tissu cellulaire assez épaisse pour isoler le travail réparateur et l'empêcher de s'étendre à la gaîne du tendon intact. Une pareille couche existe entre ces muscles à l'avant-bras, et voilà pourquoi, dans une de mes expériences, le sublime, coupé à l'avant-bras, n'a pas contracté d'adhérence avec le profond; mais cela ne prouve pas qu'il doive en être de même à la main, parce que l'organisation n'y est pas la même.

Dans ce même mode d'opérer, le profond divisé sur la deuxième phalange peut, comme on l'a vu dans une de mes expériences, devenir adhérent au sublime resté int et dans ce point. Si cette adhérence n'a pas eu lieu après la section du profond faite sur un autre doigt, cela ne tient pas à la différence du procédé, il a été le même dans les deux cas; cela dépend uniquement de ce que ce dernier a été suivi de moins d'inflammation et de l'absence totale de production fibreuse nouvelle.

M. Guérin a supposé que le défaut de réunion du profond, dans la dernière expérience que je viens de rappeler, avait été produit par un excès d'écartement des bouts tendineux dépendant des contractions musculaires de l'animal, et qu'on éviterait cet inconvénient chez l'homme, en ne redressant pas trop promptement les doigts et en invitant l'opéré à ne point contracter ses muscles. Mais l'écartement n'est guère que d'un centimètre sur l'animal que j'ai opéré, et il est difficile qu'il soit moindre dans le cas de contracture, où le muscle éprouve, au moment de la section, un retrait violent en rapport avec la distension qu'on lui a fait subir, et où le redressement du doigt augmente encore l'éloignement du bout inférieur. On ne voit pas, en général, après les sections des tendons, les contractions musculaires écarter les bouts consécutivement à l'opération, hors le cas de spasme involontaire, auquel l'homme n'échapperait pas plus que le chien. Celui-ci d'ailleurs meut fort peu les doigts, surtout lorsqu'il est retenu par la douleur et la sensibilité du membre après la section, et l'on voit, en somme, que celui sur lequel j'ai expérimenté n'était pas, sous ce rapport, dans des conditions pires que les opérés dirigés par les soins les plus attentifs. Le conseil de ne pas écarter trop promptement les bouts est bon sans doute; mais les opérateurs n'ont pas toujours négligé de le suivre, et cela n'a pas empêché la non réunion du profond.

Au reste, je ne nie pas la possibilité de la réunion dans certains cas; mais alors le tendon sera adhérent à sa gaîne et au tendon du sublime ou à l'os, parce que ces parties sont trop rapprochées, la synoviale trop disposée à s'enflammer pour qu'il y ait cicatrisation isolée de la gaîne et du tendon, et conservation de la cavité synoviale.

Quelque soin que vous preniez, vous ne pouvez donc pas sortir de cette alternative, après la section des fléchisseurs des doigts à la main : ou défaut de réunion, ou réunion avec adhérence, et dans les deux cas perte ou diminution notable des mouvemens.

Si l'on pouvait encore douter de la similitude des résultats que promettent les procédés de M. Guérin avec les résultats obtenus par d'autres chirurgiens chez l'homme, et par moi-même sur les animaux, il me suffirait de rappeler l'issue malheureuse de la section des fléchisseurs des doigts chez notre confrère M. Doubowitski. C'est là un simple échec, pourra dire M. Guérin, il ne détruit pas les cas d'opérations semblables; soit; mais nous connaissons l'échec, et les succès nous sont encore inconnus. Il est d'ailleurs évident que, si, en effet, M. Guérin prouve la réalité de quelques succès qu'il aurait obtenus, il faudra bien attribuer ces succès à des causes particulières qui ne seraient point inhérentes à ses procédés, puisque ceux-ci, appliqués par lui même, ont échoué comme ceux des autres chirurgiens.

Je ne puis admettre avec M. Guérin que l'action du fléchisseur profond d'abord, puis du sublime, ait été rétablie chez M. Doubowitski, le troisième et le huitième jour après la section de chacun de ces muscles, ni que la perte consécutive du mouvement ait été le résultat de la rupture des cicatrices par des efforts de redressement pratiqués par M. Doubowitski lui-même. Le professeur de Saint-Pétersbourg, qui a noté avec un grand soin toutes les remarques qu'il a faites sur lui-même, après chacune des opérations qu'il a subies, ne fait nulle mention des mouvemens dont parle M. Guérin, et on ne peut supposer qu'il eût omis, à quatre reprises différentes, un fait de cette importance. Il répond, d'ailleurs, lui-même comme il suit à cette allégation :

« M. Guérin, voyant que plusieurs tendons coupés ne s'étaient pas soudés dans la main, a cru pouvoir rapporter cet accident à des manœuvres intempestives, par lesquelles j'aurais déchiré la substance intermédiaire, qui commençait à se faire; non, je n'ai pas déchiré cette substance, car elle ne s'était jamais formée. Il y a plus, *les mouvemens que je faisais*, si *j'en faisais encore*, n'étaient rien en comparaison des tractions et des extensions que M. Guérin exerçait lui-même quelques jours après l'opération, etc.

» Je dis donc, ajoute plus bas l'auteur, que, s'il y avait eu déchirure de la substance intermédiaire, certes elle aurait été faite plutôt par ces fortes tractions que par quelques légers mouvemens que j'aurais pu exécuter moi-même. Mais il n'en est rien; il n'y avait aucune déchirure; la substance intermédiaire ne s'est pas du tout formée jusqu'à présent. »

Ces expressions sont trop formelles pour qu'on puisse hésiter entre les deux versions (1).

---

que leur action isolée était abolie; dans l'autre, même fusion des cicatrices; de plus, adhérences au cubitus. Si M. Bouvier n'avait pas eu en vue de prouver par là que les mêmes résultats étaient à craindre chez l'homme, ses expériences eussent été parfaitement inutiles, ou bien il ne les eût données que pour montrer comment, en procédant comme il l'a fait, on produit des adhérences et l'abolition du mouvement. Au contraire, après avoir reconnu la différence qui existe sous le rapport de l'étroitesse du poignet entre le chien et l'homme, circonstance qui place les chiens dans des conditions « *un peu plus défavorables* » que l'homme, relativement à la section des palmaires et du cubital, il ajoute : « *mais cette différence n'est presque pas sensible* (entendez-vous, n'est presque pas sensible à l'égard des fléchisseurs des doigts dont la section doit avoir les mêmes effets que sur le chien. » Doit *avoir les mêmes effets*; cela est-il clair? Et plus loin : « Si donc on peut espérer que le fléchisseur superficiel, étant seul coupé, restera isolé du profond, comme cela a lieu dans nos expériences, on ne doit *guère compter sur l'isolement complet* du premier de ces muscles à l'égard des *grand et petit palmaires* divisés en même temps que lui, ni *sur la réunion isolée* des tendons du sublime appartenant aux différens doigts. » Ce passage est textuel, et il ne viendra à l'idée de personne d'y voir l'interprétation qui suit : « Malgré les expériences de M. Bouvier, on peut, *à coup sûr*, diviser chez l'homme les tendons des grand et petit palmaires, cubital antérieur et fléchisseur sublime, au poignet, ensemble ou séparément, avec la certitude d'obtenir, moyennant les précautions convenables, la réunion sans adhérences, et la conservation du mouvement distinct de chaque tendon. » Or, telle est notre proposition, et telle n'est pas la première édition de celle de M. Bouvier. J. GUÉRIN.

(1) La science n'est heureusement pas bornée à ce que M. Bouvier peut voir. Il en est de la *transformation fibreuse des muscles* comme de tous les faits qu'il n'avait pas vus avant qu'on les eût découverts. En attendant que je mette l'Académie à même d'apprécier la valeur des dénégations de M. Bouvier sur ce point, nous rappellerons que la commission de l'Académie des sciences l'a explicitement admis dans son rapport. Voilà le passage textuel : « 2e LOI. La transformation des muscles est graisseuse ou fibreuse; *graisseuse* dans les conditions où les muscles sont comprimés et frappés d'inertie; *fibreuse*, lorsqu'ils sont soumis à des tractions exagérées. » (RAPPORT SUR LE CONCOURS POUR LE GRAND PRIX DE CHIRURGIE, p. 10.) J. GUÉRIN.

(1) J'avais répondu d'avance à la dénégation de M. Bouvier, étayée de celle de M. Doubowitski. Plusieurs personnes, ai-je dit, et notamment MM. Amussat et Zablotski, ont déclaré avoir parfaitement constaté que le mouvement des phalanges était rétabli quelques jours après les opérations. Que peut valoir le silence de M. Doubowitski en opposition avec trois déclarations formelles du fait contraire? Mais en y regardant de plus près, on peut très bien voir dans le texte même de M. Doubowitski quelque chose de plus que n'y voit M. Bouvier. Les mots soulignés de ce passage, *les mouvemens que je faisais, si j'en faisais encore*,

Les détails consignés dans l'intéressant mémoire du chirurgien russe s'accordent de tout point avec mes propres assertions ; aussi a-t-il été amené à des conclusions semblables à celles que j'ai présentées.

En présence de pareils faits, après les résultats que j'ai obtenus sur les animaux et chez l'homme dans la section des fléchisseurs des orteils ; en l'absence de faits contraires suffisamment avérés, je ne puis pas ne pas persister à rejeter, dans la majorité des cas, la section des fléchisseurs des doigts, à la main, et à lui préférer le redressement par les seuls moyens mécaniques. Je suis prêt, d'ailleurs, à modifier mon opinion dans ce qu'elle pourra présenter de trop absolu, d'après les faits nouveaux qui seraient produits.

M. Jules Guérin : Je ne suivrai pas M. Bouvier dans tous les points qu'il a discutés. Ce serait abuser des momens de l'Académie. La réplique de notre collègue n'est qu'une paraphrase de mon argumentation précédente ; je m'en réfère à cette dernière pour toutes les questions de détail, d'autant plus que les raisons que j'ai données ne me paraissent nullement ébranlées par les dénégations qu'on leur a opposées. Je me bornerai donc à quelques remarques générales.

La discussion peut se résumer dans une question de fait et une question de principes. Je devrais ajouter aussi dans une question personnelle, si je voulais suivre M. Bouvier sur le terrain qu'il a choisi. Mais que l'Académie se rassure : les personnalités n'ajouteraient rien à la cause que je défends, pas plus que celles dont on s'est servi ne lui ont ôté de sa valeur.

J'aborde immédiatement la question de fait. M. Bouvier a déclaré dans la dernière séance, et il vient de répéter qu'un seul fait suffirait pour le convaincre ; mais il n'a pas voulu admettre comme tels les résultats numériques que j'ai énoncés. Et d'abord, l'Académie se rappellera qu'en présentant ce résumé de ma pratique, j'ai annoncé que j'avais rédigé un mémoire spécial dans lequel les faits sont rapportés avec tous les détails désirables. Mais, en attendant la publication de ce travail, je suis en mesure de répondre aujourd'hui au vœu manifesté par notre collègue, et d'édifier complètement l'Académie sur ce point, sinon M. Bouvier. J'ai amené à la séance deux des sujets auxquels j'ai fait la section des tendons fléchisseurs de la main et des doigts. Ces sujets ont été traités publiquement à l'hôpital des Enfans, sous les yeux de plus de 200 médecins français et étrangers qui ont constaté les difformités avant les opérations, et ont assisté aux conférences dont elles ont été l'objet.

Le premier de ces deux sujets est une petite fille âgée de 9 ans, qui était affectée de flexion permanente des doigts et du pouce de la main droite, par rétraction isolée du fléchisseur superficiel et du long fléchisseur du pouce. Il y avait paralysie et atrophie des autres muscles du pouce. Le même sujet était en même temps affecté de flexions permanentes des deux jambes, et de deux pieds-bots. Cette coïncidence ne permettait aucun doute sur la nature de la difformité de la main. J'ai divisé sur cette petite fille les quatre tendons du fléchisseur superficiel dans la paume de la main, et le long fléchisseur du pouce au-devant de la première phalange. Je demande à l'Académie la permission de lui faire constater ce résultat. (On introduit les deux malades.) Vous pouvez voir que la main et les doigts de cette enfant, en se redressant, ont conservé tous leurs mouvemens ; le succès a été rigoureusement complet pour tous les doigts et le pouce, à l'exception de l'articulation de la troisième phalange avec la seconde de l'indicateur. Cela tient à une particularité de l'opération qu'il importe de faire connaître. Malgré toutes mes précautions, je n'ai pu, à cause de l'indocilité du sujet, m'empêcher de diviser du même coup, contre mon principe, le tendon du fléchisseur profond et celui du fléchisseur superficiel. Le résultat a été une adhérence des deux tendons et la perte du mouvement de la troisième phalange ; mais vous le remarquerez, malgré cette circonstance défavorable, le mouvement des autres phalanges et du doigt sur la main sont très bien conservés. (Le sujet remue les doigts et les phalanges les unes après les autres, sous les yeux de l'assemblée, et serre fortement le doigt de M. Guérin.)

Le second sujet est une jeune fille, âgée de quatorze ans, qui était atteinte d'une flexion permanente de la main, de tous les doigts, et du pouce à un très haut degré. Cette difformité, suite d'une fracture de l'avant-bras, dont un pansement trop serré avait amené la gangrène superficielle, avait été causée et entretenue par la rétraction simultanée des deux fléchisseurs et du cubital antérieur. La troisième phalange de l'indicateur manque ; elle a été détachée par la gangrène. Les muscles rétractés conservaient néanmoins leur action. J'ai fait chez cette jeune fille la section du cubital antérieur au poignet, celle du fléchisseur profond au niveau des secondes phalanges, du superficiel dans la paume de la main et du long fléchisseur du pouce au-devant de la première phalange. Le résultat a été le redressement de la main et des doigts avec rétablissement du mouvement normal du poignet, des doigts et des phalanges, à l'exception du mouvement des phalanges de l'indicateur, dont la phalangette manque, et sur lequel les deux fléchisseurs ont été divisés inopinément au même niveau. Dans ce second cas, le résultat est encore des plus satisfaisans. Avant les opérations, le sujet ne pouvait pas se servir de sa main ni de ses doigts. Aujourd'hui, ils servent à presque tous les usages. (Le sujet fait mouvoir successivement tous les doigts et les phalanges.) On peut constater qu'à l'exception du mouvement des phalangettes, resté un peu plus difficile, tous les autres mouvemens sont très bien conservés. (Plusieurs membres examinent les deux malades, et quelques-uns font des réserves sur le degré de mobilité des troisièmes phalanges.)

M. Bouvier : Il n'est pas possible de s'assurer de cette manière de l'état des malades. Puisque tout le monde ne paraît pas d'accord sur le degré de mobilité des phalanges, ne pourrait-on, si M. Guérin ne s'y oppose pas, renvoyer l'examen de ces faits à une commission ? Pour mon compte, je remercie M. Guérin de nous avoir présenté ces deux faits.

M. J. Guérin : Je n'accepte pas la proposition de M. Bouvier. Les faits que je mets sous les yeux de l'Académie peuvent être constatés et appréciés immédiatement par tout le monde. Je suis prêt à donner à l'Académie tous les renseignemens qu'elle désirera, mais à elle seule et non à une commission dont je n'accepte ni l'examen ni le contrôle. Il n'est pas nécessaire de recourir à une commission pour s'assurer de la réalité de ces résultats. Il ne s'agit pas ici de non réunion des tendons, ni d'adhérences qui ont frappé le membre et les doigts d'impotence. Tout le monde peut voir que les sujets se servent très bien de leur main et de leurs doigts ; je laisse à de plus difficiles le soin d'épiloguer sur la plus ou moins grande perfection et délicatesse des mouvemens.

La question de fait étant ainsi résolue, je ne crois pas devoir entrer dans beaucoup de détails sur la question de principes. Ce que j'en ai dit dans la précédente séance me suffit. Je me bornerai à répéter que ce sont bien mes principes qui m'ont conduit aux résultats que j'ai obtenus, et je n'ajouterai que deux mots sur le point historique de la discussion. On a reconnu que les essais tentés par MM. Stromeyer et Dieffenbach l'avaient été infructueusement ; on a affirmé néanmoins que les principes de ces opérateurs ne différaient pas des miens. C'est un moyen, après avoir très bien établi l'insuccès des tentatives de ces opérateurs, de leur conserver le mérite des succès qu'ils n'ont pu obtenir. Eh bien ! je maintiens que leurs principes diffèrent autant des miens que leurs résultats. Il ne me sera pas difficile d'établir, j'espère, que je puis conserver la priorité sous l'un comme sous l'autre rapport. Il suffit, pour s'en convaincre, de lire les observations de M. Dieffenbach. Non seulement il n'y est pas question de principes, mais les indications sont si vagues et souvent si contradictoires, qu'on ne sait la plupart du temps quels tendons ont été coupés, où on les a coupés et comment ils l'ont été. — Je n'ai pas autre chose à ajouter, l'expérience fera le reste.

M. Velpeau : J'ai vu, dans cette discussion, deux de nos honorables collègues en opposition formelle l'un avec l'autre ; j'en ai été contrarié, car ils ont tous les deux une grande expérience sur la question qui s'agite ; ils ont pratiqué un grand nombre d'opérations, et par conséquent leur opposition a une grande valeur dans la science. Il m'a semblé qu'il y avait de part et d'autre de l'exagération, et qu'il y avait lieu de comparer leur pratique avec celle des autres chirurgiens. C'est ce qui m'a décidé à demander la parole. J'avoue que je n'ai pas bien compris ce qu'a voulu dire M. Guérin en établissant deux doctrines sur la ténotomie, l'une rationnelle, l'autre empirique ; je n'ai vu nulle part cette distinction, et je crois que tous les chirurgiens qui coupent des tendons savent que la rétraction est la cause de la difformité à laquelle ils cherchent à remédier. M. Guérin a dit en terminant qu'il réclamait la priorité des principes qu'il a émis sur la ténotomie ; s'il entend réclamer seulement comme lui appartenant la section des tendons fléchisseurs au niveau des phalanges, on pourrait peut-être lui accorder ce point ; mais quant aux principes applicables aux autres sections, ils se trouvent exposés dans ma Médecine opératoire.

M. Bouvier croit devoir soutenir que la section des tendons fléchisseurs à la paume de la main et au-devant des phalanges est une opération au moins inutile. M. Guérin, au contraire, affirme avoir obtenu de bons résultats de cette opération, et de part et d'autre des raisons ont été alléguées. Pour simplifier la question, j'aurais voulu qu'une distinction bien nette, bien tranchée, eût été établie entre la valeur de la section des fléchisseurs pratiquée au niveau des phalanges, à la paume de la main et au poignet. M. Bouvier la rejette complètement aux phalanges et à la paume de la main. Quant à M. Guérin, il ne paraît pas très favorable à la section au niveau des phalanges ; il m'a semblé que, dans quelques-uns des cas qu'il a cités, il y avait eu abolition des mouvemens. J'ai trouvé dans son mémoire un certain nombre d'insuccès, de sorte que des éclaircissemens seraient nécessaires pour fixer mes convictions sur ce point. Je demande donc que M. Guérin veuille bien établir une distinction entre ces trois catégories d'opérations, qui toutes ne me semblent pas devoir être rejetées. Je dirai à cette occasion que les raisons sur lesquelles M. Bouvier s'est appuyé ne me paraissent pas concluantes. Les expériences sur les chiens ne peuvent pas être comparées aux opérations sur l'homme ; en effet, les animaux sont indociles, leurs tendons ne sont pas aussi isolés les uns des autres, et par les mouvemens qu'ils exécutent, il n'est pas toujours possible d'empêcher des adhérences vicieuses de s'établir. En résumé, ces expériences là n'étaient pas de nature à nous arrêter. J'ai vu et opéré pour ma part la section des tendons du poignet, et je ne vois pas qu'il y ait, dans ces cas, moins de chances de succès que pour le tendon d'Achille, par exemple. Il y a deux ans, j'ai opéré un jeune homme qui avait une main-bot, les tendons faisaient sous la peau une saillie très manifeste ; j'en fis la section, et les mouvemens se rétablirent ; il n'y eut pas d'adhérences vicieuses, et au bout de trois mois la guérison était complète.

Une autre fois j'ai coupé les tendons du fléchisseur sublimé dans la paume de la main, quoiqu'il n'y ait pas certitude qu'on ne divise que celui-ci ; dans ce cas, le mouvement se rétablit dans trois doigts et dans le petit doigt, mais à un degré moindre ; le redressement fut obtenu avec une mécanique à extension que le malade conserva quelque temps.

Enfin, une seule fois j'ai coupé les tendons du fléchisseur sublimé sur le devant de la première phalange. Par suite d'une ancienne blessure, le doigt était tellement fléchi, qu'il touchait l'éminence thenar. La section a été suivie du redressement, et quelques-uns des mouvemens ont été rétablis incomplètement. Voilà le résultat de mon expérience personnelle. J'avoue que je n'ai jamais été bien hardi quant à la section des tendons de la main, et voici mes raisons : comment les deux bouts d'un tendon se ressoudent-t-ils ? Ce n'est pas parce qu'ils arrivent en contact l'un avec l'autre ; ce n'est pas non plus parce qu'il se forme un épanchement sanguin ou de lymphe plastique ; cette réunion a lieu par le tissu cellulaire voisin dont les lamelles se gonflent, s'hypertrophient, se nourrissent, puis se raréfient en vieillissant : alors on a une corde intermédiaire aux deux bouts du tendon, et la continuité de celui-ci se trouve rétablie. D'après

---

ne voudraient-ils pas dire qu'à une certaine époque le malade faisait des mouvemens, mais qui, dit il, n'étaient rien en comparaison des tractions que j'exerçais ? Or plus tard ces mouvemens ont été complètement abolis, donc il y a eu, même en acceptant la rédaction de M. Doubowitski, une époque où ces mouvemens, quels qu'ils fussent, existaient. J. Guérin.

cette manière de voir, fondée sur des expériences faites sur les animaux et sur la dissection d'individus morts longtemps après la section de tendons, on comprend pourquoi la ténotomie est bonne dans une région, mauvaise dans telle autre. Au poignet, les lamelles celluleuses sont nombreuses, et, par leur rapprochement, on comprend que la réunion des deux bouts des tendons du cubital antérieur, du grand palmaire et du petit palmaire peut avoir lieu.

Dans la paume de la main, le tissu cellulaire est très serré; la réunion sera déjà plus difficile, et après la section des tendons faite dans cette région, il se forme un travail de réunion, dont on ne peut pas apprécier le résultat. Par exemple, chez cette jeune fille, que M. Guérin vient de présenter, bien que j'aie constaté le rétablissement des mouvemens des doigts, je n'ai pas trouvé de cordes bien évidentes, dans la paume de la main, j'ai plutôt trouvé une plaque dure, interposée entre les bouts du tendon divisé.

En résumé, quoique la réunion me paraisse difficile dans la paume de la main, je crois pourtant que la section des tendons dans cette région ne doit pas être rejetée. Quant à la réunion après la section au niveau des phalanges, je pense qu'elle doit être très difficile à obtenir, ici les tendons sont enveloppés dans un étui solide formé par des fibres denses et serrées, et, de plus, il n'est pas aisé de couper en partie la gaîne. Ces deux circonstances me paraissent défavorables à la ténotomie appliquée dans cette région. Eh bien! d'après cette théorie, il me semble que le succès doit être rare à la deuxième, et surtout à la première phalange. Les faits de M. Guérin ne nous éclairant pas complètement sur ce point, il me reste donc des doutes. Je dirai encore que, dans les observations relatives aux difformités de la main, il faut des détails, parce qu'on sait que la rétraction des doigts dépend souvent, et de l'aponévrose palmaire, et de brides placées sous la peau; or, il ne faudrait pas confondre ces cas dans lesquels le succès de la section est presque toujours assuré, avec ceux où la rétraction est manifestement due aux tendons.

En résumant, je dirai : 1° que je n'ai pas compris la distinction que M. Guérin a voulu établir entre deux doctrines sur la ténotomie; 2° que M. Bouvier a conclu trop vite, d'après ses expériences sur les animaux et quelques insuccès observés sur l'homme, au rejet complet de la ténotomie à la paume de la main et au niveau des phalanges; 3° que je ne sais pas si M. Guérin a réussi en pratiquant des sections de tendons au-devant des phalanges; 4° que la théorie indique que l'opération doit réussir au poignet; 5° enfin, je terminerai en disant que quand les doigts sont fortement rétractés et les mouvemens difficiles, n'obtiendrait-on, par la section des tendons, qu'un redressement incomplet, je ne voudrais pas, comme chirurgien, que cette opération fût rejetée; car, réduite à cette limite étroite, la ténotomie pourrait encore rendre de grands services.

La discussion sera continuée dans la prochaine séance.

TAILLE HYPOGASTRIQUE.

M. Souberbielle présente à l'Académie un jeune homme qu'il a opéré avec succès, par la taille hypogastrique, d'un calcul pesant 55 grammes, et qui était *enchatonné* dans le bas-fond de la vessie.

M. le Président annonce que la séance prochaine aura lieu jeudi, à cause de la Toussaint.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

RECHERCHES PHYSIOLOGIQUES ET CLINIQUES SUR LE LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN OU CÉRÉBRO-SPINAL; par M. F. Magendie. — Un vol. in-8, avec atlas. — Paris 1842. Chez Méquignon-Marvis, rue de l'École-de-Médecine, 3.

S'il fallait une preuve de l'alliance étroite qui existe entre l'observation et le raisonnement, un exemple du mutuel appui que se prêtent journellement ces deux puissans moyens d'investigation scientifique, on ne saurait certes le mieux choisir qu'en citant l'histoire des découvertes anatomiques qui se rapportent au liquide céphalo-rachidien. Et, chose remarquable, c'est dans les productions du même auteur que nous trouverions ici à montrer la combinaison de ces méthodes, si opposées dans leur moyens, si souvent pareilles par leur but. Lorsqu'en 1825 M. Magendie signala à l'attention du monde savant l'existence d'un liquide existant normalement sous l'arachnoïde, ses dissections n'avaient pas encore mis hors de doute l'occlusion du prétendu canal arachnoïdien de Bichat. Ce fut, comme il le dit lui-même, après s'être assuré de la libre communication du liquide de la moelle avec celui des ventricules, que, cherchant par quelle voie ce liquide passe d'un point à l'autre, il découvrit au-dessous du *calamus scriptorius* une ouverture naturelle et constante pour ces mouvemens de flux et de reflux. Le raisonnement jusque-là avait précédé l'observation et guidé pas à pas le scalpel de l'anatomiste. Mais en faisant ainsi refluer le liquide dans les ventricules, M. Magendie ne tarda pas à s'apercevoir qu'il s'y accumulait et qu'on ne pouvait, même en pressant sur les lobes cérébraux, le faire sortir par le canal arachnoïdien. Certes, ce fait était alors on ne peut plus imprévu; mais il ne resta pas stérile; et bientôt une inspection plus attentive prouva à notre auteur qu'il n'existe véritablement aucune ouverture en ce point. Dans cette succession de découvertes d'un si haut intérêt, on voit donc tour à tour l'observation empirique et l'induction s'éclairer l'une l'autre et se frayer réciproquement la voie. Leurs droits même paraissent ici en quelque sorte égaux, l'une ouvrant au liquide ventriculaire une issue nouvelle, tandis que l'autre lui faisant fermer celle que depuis Bichat on s'accordait généralement à regarder comme la seule qui lui fût consacrée.

En rappelant ici l'origine si diverse de deux vérités désormais acquises à la science, nous n'avons voulu que donner une idée de la marche suivie par M. Magendie dans la rédaction de ce nouveau travail. L'observation, et l'observation la plus scrupuleuse, en forme la base, mais souvent aussi l'induction vient y mêler ses produits plus contestables. Or, si c'est pour tous un devoir d'accepter des faits déclarés constans par un homme du caractère et du talent de l'illustre physiologiste, on comprend que la même réserve n'est plus imposée lorsqu'il s'agit d'examiner les explications qu'il propose et les corollaires qu'il en tire. Là, sans doute, nous trouverons encore beaucoup de conséquences portant le cachet du vrai; mais on ne s'étonnera pas non plus si dans un travail aussi immense, dans un sujet qui touche à tant et à de telles questions, la critique revendique franchement sa part et fait de temps en temps valoir ses droits qui ne sont autres, à près tout, que ceux de la science elle-même.

Commençons par féliciter M. Magendie sur le plan qu'il a choisi pour l'exposition de ses idées. Ce plan n'est pas et ne pouvait pas être celui de ses premières publications sur le même objet. Il est un procédé pour annoncer une découverte récente fruit du hasard, et le plus simple est alors le meilleur. Mais la même manière ne saurait plus suffire quand le fait originel s'est agrandi, quand l'idée primordiale est devenue tout un système, rationalisé dans ses données et fécondé dans ses conséquences. Développant à un point de vue plus philosophique ce qu'il n'avait fait qu'énoncer autrefois dans son Journal de physiologie, l'auteur établit d'abord en principe que le cerveau ne remplit pas entièrement le crâne, et que la moelle épinière est loin de remplir la cavité du rachis. Il existe donc un intervalle entre la substance encéphalique et son enveloppe osseuse. Or cet intervalle est-il vide, est-il plein? La plus simple réflexion indique et l'expérience prouve que le vide ne peut exister, et qu'un liquide occupe cet espace pendant la vie. C'est le liquide connu, depuis les recherches de M. Magendie, sous le nom de *céphalo-rachidien*, et qui, considéré d'une manière générale, a deux siéges distincts, l'un entre l'arachnoïde et la pie-mère soit cérébrale soit spinale, l'autre dans les cavités creusées au milieu du cerveau et du cervelet, chez l'homme, des lobes optiques et de la moelle épinière chez quelques animaux. Nous ne suivrons pas M. Magendie dans l'histoire détaillée qu'il fait de la distribution de ce liquide dans les diverses parties, de la disposition propre aux lieux qu'il occupe, de son volume variable suivant qu'on l'examine dans telle ou telle région de l'espace sous-arachnoïdien, de sa quantité absolue, des meilleurs procédés pour le recueillir, etc., etc. Ce sont là des faits aujourd'hui devenus vulgaires; et si l'auteur a su leur donner un nouvel intérêt par le soin qui a présidé à cette description, et par les aperçus anatomiques et physiologiques dont elle lui a fourni l'occasion, c'est un motif de plus pour nous de ne pas mutiler un chapitre dont la fidélité des détails fait le principal mérite, et de renvoyer à l'ouvrage même ceux qui voudront juger combien la question a gagné à être remaniée par l'inventeur lui-même, plus de quinze ans après sa première découverte.

Quel est l'appareil sécréteur du fluide cérébro-spinal? Deux opinions existent à ce sujet : l'une en place la source dans l'arachnoïde; l'autre dans la pie-mère. M. Magendie adopte cette seconde manière de voir; il se fonde : 1° sur ce que la perspiration des séreuses, se faisant par leur surface interne, on ne pourrait comprendre comment le liquide se trouve sous l'externe, si on le regardait comme exhalé par l'arachnoïde; 2° sur ce que la nature chimique du liquide céphalo-rachidien est différente de celle du produit ordinaire des sécrétions séreuses. Au contraire, ajoute-t-il, la pie-mère, presque exclusivement tissue de vaisseaux sanguins, offre les conditions les plus favorables à une sécrétion prompte et considérable; tout porte donc à la supposer l'organe sécréteur du fluide céphalo-rachidien.

Cette conclusion semble d'abord assez bien appuyée, mais on ne saurait néanmoins disconvenir que des objections graves ne s'élèvent contre elles. Et d'abord, aux considérations invoquées pour enlever à l'arachnoïde le rôle d'organe sécréteur, nous répondrions : 1° que la situation du liquide au-dessous de la membrane ne prouve rien, en ce sens, et ici nous avons, entr'autres, pour nous, l'autorité de M. Cruveilhier. « Nous pouvons établir comme une loi, dit-il (Anat. descript. t. 4, p. 553), que les membranes séreuses exhalent presqu'indifféremment par leur surface

interne et par leur surface externe, lorsque cette surface externe n'est pas adhérente. La membrane arachnoïde est à la fois perspirable par sa face interne et par sa face externe. » Sur ce point donc, les opinions varient, et il n'y a pas lieu à se prononcer. 2° Quant à la différence de composition entre la sérosité et le liquide sous-arachnoïdien, l'argument est plus fort assurément, mais nous ferons remarquer d'abord que la dissemblance ne porte que sur quelques parcelles d'osmazôme ; et encore cette différence, toute minime qu'elle est, n'aurait pas existé peut-être, si, au lieu de comparer le fluide cérébro-spinal *à la sérosité en général*, M. Magendie eût pris pour type *la sérosité contenue dans la cavité de l'arachnoïde*. Peut-être alors n'eût il pas trouvé de différence entre les résultats de l'analyse de ces deux liquides, et eût-il été moins éloigné de leur attribuer une origine identique dans une même membrane séreuse ?

Mais en regardant même ces objections comme non-avenues, une dernière considération se présenterait encore pour ébranler l'hypothèse de M. Magendie. Le liquide contenu dans les ventricules est analogue par son aspect et sa nature à celui qui est sous l'arachnoïde extérieure (c'est là un fait généralement admis, et Cotugno l'exprime de la manière la plus formelle) ; et cependant, la membrane ventriculaire, qui le sécrète, a certes plus d'analogie, par sa structure, ses fonctions et ses maladies, avec une séreuse qu'avec la pie-mère. La similitude des deux liquides ne doit-elle pas faire conclure à la similitude de leurs organes producteurs, et porter à admettre que, si le liquide ventriculaire est fourni par une séreuse, c'est aussi une séreuse qui exhale celui de la cavité sous-arachnoïdienne extérieure ?

Quelque probante qu'elle paraisse contre l'opinion de M. Magendie, cette difficulté serait cependant éludée, nous devons le dire, si l'on pouvait établir que le liquide contenu dans les ventricules n'est pas produit par leur membrane d'enveloppe, mais qu'il vient de la pie-mère rachidienne, d'où il a reflué dans ses cavités. Telle était aussi la pensée explicitement professée par M. Magendie en 1827 (V. JOURN. DE PHYSIOL., t. 7, p. 76) ; et quoique le doute paraisse avoir depuis pénétré dans son esprit, puisqu'il dit aujourd'hui, page 71, que « la source du liquide ventriculaire n'est pas encore déterminée d'une manière assez précise pour qu'il soit possible de prendre un parti à cet égard. » On voit qu'il incline encore vers sa première explication. Mais un fait empêcherait toujours de l'admettre : et ce fait est l'accumulation de la sérosité qui se fait dans les ventricules, lorsqu'il existe une occlusion morbide entre le quatrième ventricule et la cavité sous-arachnoïdienne de la moelle. M. Magendie cite deux observations de ce genre empruntées à MM. Jodin et Martin-Saint-Ange. Il dit bien à la vérité que l'eau contenue alors dans les ventricules pouvait avoir été apportée *de l'extérieur, en filtrant à travers la membrane d'occlusion* : mais il nous paraît assez difficile d'admettre cette interprétation ; car, dans les cas qu'il cite, le tissu sous-arachnoïdien spinal et cérébral fut trouvé sec, tandis que les ventricules étaient distendus par le liquide. Comment en serait-il donc venu assez pour les remplir d'un lieu où il n'y en avait pas ? Puis d'ailleurs ; s'il avait pu filtrer pour entrer dans les ventricules, n'aurait-il pas pu en sortir aussi en filtrant ? Tout concourt donc à prouver que le liquide ventriculaire *peut* être produit par la membrane qui tapisse ces cavités ; et ceci, comme nous l'avons vu, prouve aussi la possibilité d'une origine identique pour le liquide sous-arachnoïdien de l'extérieur, c'est-à-dire la possibilité de rapporter sa production à une véritable sécrétion séreuse.

Ainsi distribué dans les ventricules, d'une part, et dans la cavité sous-arachnoïdienne de l'autre, le liquide céphalo-rachidien est agité de mouvemens continuels de flux et de reflux qui ont pour effet de le faire passer de la cavité du crâne dans celle du rachis et alternativement de l'en faire sortir. On conçoit que ces mouvemens sont plus étendus au rachis et dans les ventricules qu'à la surface cérébrale ; où les déplacemens sont bornés par la cellulosité du tissu sous-arachnoïdien. L'influence de la respiration, des efforts musculaires, des cris, etc., explique suffisamment la raison et les lois de ces transmissions que le liquide éprouve sans cesse d'un point à un autre. M. Magendie a démontré le fait d'une manière directe, en mettant dans le tissu sous-arachnoïdien un petit tube de verre où l'on pouvait voir un liquide coloré monter ou descendre à chaque mouvement d'inspiration et d'expiration (1). On le constate aussi chez les enfans affectés de spina bifida par la tension qu'éprouve une main placée sur la fontanelle antérieure, et par la perte de connaissance qui se déclare, dès que, en comprimant la tumeur, on fait refluer dans les ventricules la sérosité qu'elle contient. Ces déplacemens incessans, si bien étudiés par M. Magendie, rendent parfaitement rationnelle la dénomination d'aqueduc de Sylvius donnée autrefois au canal de communication entre le troisième et le quatrième ventricule ; et quant à celle de *pont*, que Varole avait imaginée pour désigner la protubérance annulaire, il ne serait pas moins aisé de la justifier aujourd'hui en comparant ce pont à celui de l'ingénieur Brunel, qui passe sous la Tamise.

Si, avant les travaux de M. Magendie, les effets les plus bizarres étaient attribués au liquide céphalo-rachidien, qu'on regardait alors comme une production anormale ; si, comme cet auteur le disait dans son premier mémoire, quelques médecins avaient cru y découvrir la cause de la fièvre jaune, et avaient même basé sur cette idée leur méthode de traitement, certes, la fureur des hypothèses n'a pas baissé depuis qu'on en a mieux connu la nature et le siége, et il est bien peu de fonctions dont les physiologistes n'aient cherché à lui faire honneur. Nous nous rappellerons toujours entr'autres que, en 1835, dans une consultation où assistaient MM. les professeurs Roux, J. Cloquet et A. Bérard, pour un cas de commotion cérébrale, suite de chûte de voiture, un praticien, non sans mérite, d'ailleurs, cherchant à déterminer la cause des accidens, affirma sans hésiter qu'ils étaient dus à une exhalation trop considérable du liquide de M. Magendie. On voit par cet exemple jusqu'où l'engouement aurait pu aller, pour peu que l'inventeur eût voulu y prêter les mains. Mais on connaît assez le professeur du collége de France pour savoir que ce n'est là ni son défaut ni celui de son école. Sobre d'hypothèses et ne choisissant parmi les vraisemblables mêmes que celles qui sont prouvées, M. Magendie réduit le liquide cérébro-spinal à un rôle plus restreint et, pour ainsi dire, tout à fait passif. Ainsi, d'après lui, il sert à entretenir une pression et une température uniformes autour de l'encéphale. Il le protège, comme le fœtus l'est par l'eau amniotique, contre les violences extérieures ; il rend plus faciles et plus doux les mouvemens que lui impriment la respiration et la circulation ; il sert, en outre, à prévenir la compression et l'aplatissement du crâne pendant la vie intra utérine, à l'époque où le cerveau n'est pas encore formé ; enfin, il sépare les unes des autres les racines des nerfs spinaux ; de même, en embrassant de toutes parts les vaisseaux qui rampent à la base du cerveau, il les met à l'abri de la compression que les mouvemens de cet organe ne manqueraient pas de lui faire subir. Tous ces points, et surtout celui qui est relatif à la manière dont le liquide transmet la pression à la surface encéphalique, sont traités avec une lucidité et en même temps avec une réserve digne d'éloges. On aime à lire ces pages, où la physiologie tient un langage si bien en harmonie avec le caractère de son but, et où on peut, sans crainte, prendre pour guide les principes qu'elles contiennent, car l'histoire de l'homme n'y devient jamais un roman. Il est seulement une indication à laquelle nous eussions volontiers vu ajouter quelques développemens. Parmi les fonctions dévolues au liquide céphalo-rachidien, l'auteur compte avec raison la protection qu'il assure au cerveau contre les efforts de compression. Peut-être eût-il pu avec avantage spécifier le cas si intéressant où cette compression est exercée par les progrès d'une tumeur. On sait que les masses pathologiques intra-crâniennes peuvent acquérir un volume quelquefois énorme, sans donner lieu au moindre désordre, soit dans l'intelligence, soit dans les facultés motrices ou sensorielles. Or, cet effet serait bien difficile à comprendre si l'on n'admettait que le liquide, étant absorbé au fur et à mesure de l'accroissement de la tumeur, fait place à celle-ci et ne lui permet de devenir une cause réelle de compression pour le cerveau qu'après qu'il a disparu en totalité. Aussi observait-on que la paralysie et la perte de connaissance ne commencent guère à se manifester qu'à une certaine période de la maladie.

S'il existait jadis beaucoup de vague sur le siége, la nature et les fonctions normales du liquide cérébro-spinal, ce que nous avons dit tout à l'heure montre que la même incertitude régnait parmi les médecins au sujet de la part que ce liquide prend dans les maladies ; et une révision complète des notions existant à cet égard n'était ni moins difficile, ni moins désirable en pathologie qu'en anatomie. Que de démences séniles, que d'apoplexies, dites séreuses, attribuées à une exubérance de ce liquide, alors que son accumulation n'était que l'effet de l'atrophie du cerveau, tenant aux progrès de l'âge ! Et dans l'anencéphalie partielle, où il joue, comme nous l'avons vu, un rôle si éminemment conservateur, combien de temps n'a-t-il pas fallu avant qu'on se déshabituât de l'idée de voir en lui, de chercher dans sa prétendue action dissolvante la cause de tous les désordres ! Il importait donc aux progrès de la médecine d'appliquer aux cas pathologiques les notions acquises sur la distribution et les propriétés normales de ce liquide. M. Magendie s'est chargé de cette tâche. Elle lui était plus facile qu'à tout autre sans doute, mais nous la voyions cependant encore grosse d'obstacles, et non moins embarrassante par le danger de donner au nouvel organe un rôle trop vaste, par celui d'en restreindre l'importance à de trop étroites limites. L'avenir dira si M. Magendie a toujours tenu un milieu raisonnable entre ces deux

(1) La même expérience nous avait déjà servi à établir le même fait lié à la variation de pression qui s'observe dans toutes les cavités séreuses, sous l'influence des mouvemens des organes qu'elles tapissent. (Voyez MÉMOIRE SUR L'INTERVENTION DE LA PRESSION ATMOSPHÉRIQUE DANS LE MÉCANISME DES EXHALATIONS SÉREUSES.)

écueils. Quant à nous, toutes ses déductions nous paraissent marquées au coin d'un esprit à la fois observateur et circonspect, et il n'est aucune des conclusions auxquelles il a été conduit que nous n'adoptions volontiers comme l'expression de l'état où la science nous semble devoir rester longtemps encore après lui, sous ce rapport. Énonçons en deux mots quelques unes des plus importantes.

Par cela seul qu'une même pression doit toujours exister à la surface de l'encéphale, il est clair que lorsque le cerveau vient à perdre une partie de son volume, cette perte sera remplacée par une quantité proportionnelle du liquide sous arachnoïdien. C'est donc là un premier cas où il se produit une augmentation de ce liquide, et elle est alors, comme on le voit, consécutive. Tantôt graduelle et lente, tantôt beaucoup plus rapide, elle peut tenir dans le premier cas à l'atrophie du cerveau, amenée par l'amaigrissement, ou à la vieillesse, la démence, la paralysie générale, le défaut congénital de formation de quelques parties de l'organe. On comprend, d'un autre côté, que si le cerveau vient à subir une réduction de volume plus prompte, comme dans certaines maladies, ou à la suite d'émissions sanguines copieuses, la même compensation s'établira, mais beaucoup plus vite, de la part de cette secrétion sous-arachnoïdienne. Mais ce n'est pas tout : s'il est des cas où son augmentation est consécutive à une diminution de l'encéphale, il en est aussi où l'hypersecrétion est un fait antérieur à l'atrophie viscérale. M. Magendie cite à ce sujet plusieurs observations d'hydropisie ventriculaire causée soit par l'oblitération du calamus scriptorius, soit par une exostose de l'apophyse basilaire, soit par une tumeur aqueuse comprimant l'aqueduc de Sylvius, soit par un tubercule du cervelet.

Toutes ces lésions, quelque différente que soit leur nature, agissent toutes, d'après M. Magendie, en comprimant et oblitérant le canal par lequel le liquide ventriculaire s'écoule dans l'espace sous-arachnoïdien. Qu'on nous permette de rapprocher de ces faits ceux que M. Barrier a publiés récemment (Gaz. Méd. 1840 p. 257) et où une collection aqueuse dans les ventricules coïncidait également avec un tubercule *occupant le lobe médian du cervelet.* M. Barrier, il est vrai, ne dit pas que, dans ses deux opérations, la tumeur tuberculeuse comprimât les parois du canal ventriculo-rachidien ; mais nous pouvons bien, éclairés par les recherches de M. Magendie, suppléer à son silence et nous demander si cette cause n'a point pu contribuer à amener l'épanchement séreux signalé chez ses malades. Nous le pouvons d'autant plus que le siége des tubercules, dans ces mêmes cas, semblerait, ainsi que leur volume, bien susceptible de donner lieu à cet effet de compression. Au reste l'obstruction du canal n'est pas la seule cause propre à expliquer l'hydrocéphale ventriculaire, et celle que M. Barrier signale, la pression exercée par la tumeur sur le sinus droit, rend également raison du phénomène. Il y a plus, et l'on conçoit très bien que, toutes les deux, elles puissent simultanément concourir à la production d'un épanchement séreux, savoir : la première, mécaniquement, en fermant le canal d'évacuation; la seconde, vitalement, en arrêtant le cours du sang veineux. A ce point de vue d'étiologie combinée, chacun de nos deux auteurs prêterait également à l'inculpation de n'avoir aperçu qu'une partie de la vérité; et si l'on reprochait, par exemple, à M. Barrier d'avoir passé sous silence l'obstruction du canal ventriculaire, il serait en droit de répondre en signalant, dans M. Magendie, l'omission de la pression exercée sur les voies cérébrales. Cette dernière accusation toutefois ne serait justifiée à l'égard de ce dernier auteur, que si on l'appliquait au cas spécial de ces tumeurs du cervelet; car M. Magendie a consacré un chapitre particulier à l'accumulation du liquide céphalo-rachidien produite par la gêne ou par l'empêchement du cours du sang veineux cérébral.

La connaissance du mécanisme suivant lequel s'opère l'augmentation du liquide nous donne la clef des causes sous l'influence desquelles on le voit au contraire diminuer. Que le cerveau devienne le siége d'une tuméfaction générale, qu'une de ses parties seulement augmente de volume, que ce soient enfin les os du crâne qui acquièrent plus d'épaisseur, le résultat sera le même, c'est à dire, une réduction de l'espace compris entre la surface encéphalique et la dure mère, et partant, la diminution du liquide cérébro-spinal. Cette diminution obéit donc aux mêmes lois, suit les mêmes phases, a le même caractère passif que la modification inverse; et les observations rassemblées par M. Magendie ne font que confirmer les déductions qu'on pouvait tirer *à priori* de l'étude des considérations précédentes.

Dans un dernier chapitre, M. Magendie passe en revue les modifications que le liquide céphalo-rachidien peut subir dans ses propriétés physiques et chimiques. Quoique ces modifications puissent être primitives, et que le liquide soit à cet égard dans les mêmes conditions que tous les fluides d'exhalation, le plus souvent néanmoins les changemens qu'on observe dans sa composition tiennent au mélange, à l'incorporation de substances, telles que du sang, du pus, de la matière tuberculeuse, déposées à la surface cérébrale et entraînées dans le liquide par les mouvemens de flux et de reflux qui l'agitent sans cesse. C'est aussi grâce à ces mouvemens que la totalité de sa masse participe ordinairement aux changemens que détermine la présence d'un nouvel élément déposé dans un point quelconque de la cavité qu'il occupe; et que l'on peut, par exemple, en voyant sur un cadavre le liquide sous arachnoïdien coloré en rouge, affirmer qu'il existe une hémorragie soit à la surface de l'organe cérébro spinal, soit dans les cavités ventriculaires.

Cette intéressante monographie n'eût pas été complète si l'on n'y eût trouvé consignés les noms des auteurs qui se sont occupés du même sujet. Malheureusement M. Magendie n'a pu remplir lui-même cette partie de sa tâche. Nous le regrettons vivement : il est fâcheux qu'une main moins exercée soit venue se substituer à la sienne précisément au moment où l'appréciation devenait plus délicate et la balance plus difficile à maintenir entre les prétentions contraires. Pour tout dire, il y avait ici un devoir de justice à accomplir envers un auteur qui, avant M. Magendie, avait beaucoup éclairé le sujet; et ce devoir, M. Magendie pouvait, mieux que personne, le remplir dans toute son étendue. Cotugno est de tous ses devanciers celui qui a jeté le plus de lumières sur le liquide céphalo-rachidien. Or, la part qui lui est faite dans les Recherches historiques placées à la suite de l'ouvrage est-elle suffisante? Deux citations vont nous permettre d'en juger. Il eût été difficile d'enlever à Cotugno le mérite d'une description anatomique fort exacte, quoique moins complète que celle de M. Magendie; mais on affirme du moins qu'il n'était pas sûr de l'existence du liquide pendant la vie. « Cette eau, qu'on trouve après la mort, dit le collaborateur de M. Magendie, faisant parler Cotugno, existe-t-elle pendant la vie? N'y a-t il pas un vide? Non. Une moelle plus turgescente? également non. Jusque-là, continue-t-il, Cotugno est parfaitement dans le vrai; il n'en est plus de même lorsqu'il se fait cette question : Est-ce une nuée vaporeuse (*nubes vaporosa*)? Alors, arrêté par le résultat négatif des expériences qu'il a faites sur des chiens vivants, sur lesquels il n'a pu trouver d'eau, *il doute et n'ose se prononcer.* » (Page 134.)

En regard de cette analyse de Cotugno, mettons le texte de Cotugno lui même : le lecteur appréciera les différences, et verra auquel des deux il doit s'en rapporter. Une phrase suffit : après avoir parlé de l'espace qu'on trouve à la surface de la moelle, Cotugno ajoute, « Quod igitur spatium circà spinalem medullam invenitur, secundùm naturam, et est, et aquâ impletur, et in cadavere nil pene habet varii ab eo quod *in homine* obtinet *vivente.* » Est-ce là un doute? Est-ce là ne pas oser se prononcer? et l'auteur des Recherches historiques qui rapporte lui-même plus loin une partie de ce passage ne pouvait-il pas nous éviter l'obligation d'une rectification aussi pénible à exprimer?

Tel est, en abrégé, l'ensemble des faits nouveaux que M. Magendie a rassemblés sur cette intéressante question. Ces faits sont nombreux; mais ils sont bien définis et clairement établis. C'est là, à nos yeux, le principal mérite de ce travail; et nous en félicitons l'auteur d'autant plus volontiers que l'étendue du sujet et le désir, si naturel d'ailleurs, de féconder sa propre découverte devaient le solliciter plus vivement à en exagérer l'importance outre mesure. Il a su se borner, en un mot; et si c'est là une qualité rare en littérature, elle n'est pas non plus devenue assez commune dans les sciences naturelles, et surtout en physiologie, pour qu'on puisse se dispenser de la signaler avec éloge dans les ouvrages où elle se rencontre.

SOUSCRIPTION OUVERTE AU BUREAU DE LA GAZETTE MÉDICALE POUR LE MONUMENT A ÉLEVER A LA MÉMOIRE DU BARON LARREY. (Troisième liste.)

Deuxième liste, 320 fr. — MM. Isidore-Geoffroy St-Hilaire, 10 fr. — Desparanches, à Blois, 5 fr. — Vosseur, 5 fr. — Robert, ancien chirurgien sous-aide à l'hôpital du Gros-Caillou, à Ligny, près Cambrai, 20 fr. — Total, 360 fr.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des Hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE INTERNE.

MÉMOIRE SUR LES HÉMORRAGIES DE LA GRANDE CAVITÉ DE L'ARACHNOÏDE CHEZ LES ENFANS; par les docteurs Barthez et Rilliet (1).

Tous les médecins qui ont étudié les maladies de l'enfance s'accordent à dire que les hémorragies cérébrales sont très rares à cette époque de la vie, tandis que d'autres affirment que les apoplexies méningées sont fréquentes. Cette opinion est jusqu'à un certain point exacte, les hémorragies arachnoïdiennes se présentent plus souvent à l'observation que les autres. Ainsi, pour ne nous servir que des faits qui nous appartiennent, nous avons la proportion de 17 hémorragies arachnoïdiennes pour 8 hémorragies cérébrales. On doit être étonné que ces affections n'aient pas attiré l'attention des observateurs. Nous n'avons, en effet, trouvé dans la science que quelques courtes indications sur ce sujet, ou quelques observations éparses, mais aucune monographie, ou aucun mémoire détaillé. Le manque de description générale tient peut-être à ce que plusieurs auteurs ont confondu certaines formes d'hémorragies avec d'autres lésions : ainsi, on a pris les fausses membranes sanguines pour des produits inflammatoires. Cette erreur a évidemment été commise par Constant, lorsqu'il dit (Gaz. Méd., 15 février 1834) : « Il importe de distinguer l'hémorragie des centres nerveux de cette affection, que M. Serres a décrite sous le nom d'apoplexie méningée, et qui, suivant nous, n'est qu'une variété de la méningite aiguë. Cette dernière maladie n'est pas très rare chez les enfans. » D'autres médecins, au contraire, ont confondu la forme chronique avec l'arachnoïdite chronique.

L'hémorragie méningée peut exister chez les très jeunes enfans. On trouve dans l'ouvrage de M. Valleix une observation intéressante d'apoplexie arachnoïdienne, qui ne s'est révélée que par des convulsions répétées.

Nous avons rencontré chez les enfans des hémorragies dans toutes les parties de l'encéphale, entre le crâne et la dure-mère, entre cette membrane fibreuse et l'arachnoïde, dans la grande cavité arachnoïdienne, dans les mailles de la pie-mère, dans la substance cérébrale elle-même, et dans la cavité des ventricules.

Le mémoire que nous publions est destiné à appeler l'attention des médecins sur les épanchemens dans la grande cavité de l'arachnoïde, qui sont les plus fréquentes et les plus importantes des hémorragies céphaliques chez les enfans. Ce travail est le résultat de l'analyse de 17 observations, qui nous appartiennent, et de 3 autres, qui ont été publiées par les docteurs Tonnelé et Greenhow.

(1) Ce mémoire est extrait du Traité clinique et pratique des maladies des enfans, que nous devons publier incessamment.

Feuilleton.

RENTRÉE DE LA FACULTÉ; DISCOURS ET DISTRIBUTION DES PRIX.

Nous avons eu plus d'une fois occasion de rendre hommage à la sagesse de nos pères à l'endroit des cérémonies. L'institution de ces solennités annuelles de la Faculté de médecine, fidèle héritière en ce point des us et coutumes de l'université de Paris, nous a toujours paru chose excellente. Elles ont, à la vérité, perdu une partie de leur antique éclat, sous le rapport du décor et du cérémonial. Il n'est pas sûr que les successeurs des Fernel, des Fagon, des Riolan, des Baillou, des Duret, portent la robe et la toque magistrales avec cet air sénatoriat qu'on admire dans les vénérables effigies de ces hommes du vieux temps, surtout sous le règne de la perruque de Louis XIV. Il est plus douteux encore que le digne massier actuel de la Faculté, malgré ses généreux efforts pour égaler ses modèles, soit tout à fait à la hauteur de la majesté de son rôle. Cet emploi faiblit d'année en année; la tradition se perd et l'art dégénère. Il a notamment manqué son entrée, qui est évidemment le moment décisif. Il s'est mieux soutenu dans le reste de la séance, pendant laquelle il a su conserver une immobilité et une impassibilité vraiment classiques.

Quoi qu'il en soit de ces remarques, dont tout lecteur judicieux appréciera la gravité, les séances annuelles de la Faculté ne sont pas tellement déchues de leur ancienne splendeur qu'elles aient perdu tout prestige et toute autorité. L'apparent extérieur, quoique indispensable, n'est, après tout, que d'une importance secondaire, et on pourrait se consoler de cette décadence de la mise en scène et de l'étiquette, si on n'avait en même temps à déplorer l'affaiblissement des maximes et de l'esprit qui dirigeaient et vivifiaient jadis ces réunions séculaires. Nous avons, à diverses reprises, signalé la négligence ou même l'indifférence qui président trop souvent au choix des lectures. On y mettait autrefois plus de soin, plus de prévoyance, et on y attachait beaucoup plus d'intérêt. Les hommes les plus éminens du corps se disputaient l'honneur de parler, dans cette circonstance, au nom de la profession, de la science et de l'enseignement, et le sujet des discours était d'ordinaire déterminé d'après des vues générales inspirées par le but de la réunion, qui est l'inauguration solennelle des études. Aujourd'hui, ce rôle d'orateur officiel ne paraît pas être l'objet d'un empressement bien vif, et, loin d'être recherché, il est considéré, dans la plupart des cas, comme une corvée de complaisance, plutôt que comme un privilége digne d'envie. Telle est du moins notre impression, et aussi, sauf erreur, celle du public. Quant aux lectures, elles se ressentent, comme on peut le prévoir, de l'insouciance générale des ordonnateurs des solennités. Elles ont bien rarement l'éclat littéraire et la valeur scientifique qu'on serait fondé à attendre de l'instruction et du talent des hommes qui sont appelés à y prendre part. L'usage des éloges nécrologiques, qui des Académies a passé dans les Facultés, et qui malheureusement ne trouve que trop fréquemment des applications, a contribué à ôter aux discours universitaires ce caractère de généralité philosophique et de haut enseignement moral et scientifique qu'ils avaient autrefois, et dont les célèbres allocutions de Boerrhaave nous offrent le plus beau type.

ARTICLE PREMIER. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

On retrouve très rarement dans la grande cavité de l'arachnoïde du sang pur, liquide; car, après s'être épanché, il subit rapidement des transformations analogues à celles que l'on observe sur le sang tiré des veines par la phlébotomie, c'est-à-dire qu'il se coagule et constitue un corps solide, dont la forme dépend de la partie dans laquelle il s'est épanché. Le coagulum lui-même se divise en deux portions, l'une liquide et séreuse, l'autre solide, qui constitue le caillot. A partir de ce moment, les choses se passent autrement qu'à l'air libre, et le caillot subit diverses transformations, après lesquelles il passe à l'état de fausses membranes minces, élastiques, plus ou moins résistantes, et simulant tantôt l'arachnoïde, tantôt une membrane réellement fibreuse.

Ces assertions seront complètement prouvées par les détails dans lesquels nous allons entrer. Mais elles suffisent actuellement pour établir que nous avons deux élémens à étudier dans les épanchemens sanguins de l'arachnoïde, l'un solide, l'autre liquide.

La forme la plus simple sous laquelle se présente la portion solide est un caillot dont la couleur rouge foncée, presque noire, donne par transparence à la dure-mère, encore appliquée sur le cerveau, une teinte violette assez foncée. Aplati et lamellé, ce caillot est tantôt mou et friable sous le doigt qui le presse, tantôt assez résistant et doué d'une sorte d'élasticité. Sa surface est parfaitement lisse et polie, comme revêtue d'une séreuse; ses bords, inégaux ou réguliers, plus minces que la partie centrale, sont assez distincts de la séreuse sur laquelle ils reposent; mais leur poli est si grand et leur minceur quelquefois telle qu'ils se confondent avec l'arachnoïde, sous laquelle la concrétion sanguine paraît aussi s'être déposée.

Sa plus grande épaisseur varie d'un demi-millimètre environ à 3, 4 ou même 6 mil., et se trouve ordinairement au centre; cependant, si le caillot est déposé près de la scissure des hémisphères, il se peut que l'épaisseur la plus grande existe près de cette partie, où la faux du cerveau a servi d'obstacle à l'expansion du liquide. L'étendue de ces caillots, rouges ou noirs, varie entre 3 ou 4 millimètres et 5 ou 6 centimètres; nous n'en avons pas rencontré de plus étendu sous cette forme. M. Tonnelé rapporte deux observations dans lesquelles le coagulum sanguin était bien plus considérable, car il couvrait, en outre, la face supérieure de l'un et l'autre hémisphère, et s'étendait même dans un cas sur les parties latérales de la faux du cerveau; il avait 2 à 3 lignes d'épaisseur.

Les caillots siègent sur toute l'étendue du cerveau, mais de préférence sur la surface convexe, soit en avant, soit en arrière, soit sur les côtés; le plus ordinairement ils adhèrent à la face pariétale de l'arachnoïde, plus rarement à sa face viscérale; mais quel que soit leur siége, cette adhérence est légère et la plus petite traction suffit pour les détacher. Au-dessous l'on trouve la séreuse lisse, polie, sans aucune solution de continuité, transparente et saine ou à peine rosée; une fois cependant nous l'avons vue finement injectée. Lorsque nous avons constaté des altérations réelles de cette séreuse, c'est dans d'autres circonstances sur lesquelles nous reviendrons plus tard,

Appuyons ces détails par l'autorité d'un exemple :

Obs. I. — Une fille de 14 ans était à l'hôpital depuis plusieurs mois, pour une cyrrhose du foie et une tuberculisation ganglionnaire considérable; elle mourut en octobre 1839 sans présenter aucun symptôme cérébral. L'autopsie fit voir que la grande cavité arachnoïdienne contenait à droite, sur le sinciput, un caillot adhérent à l'arachnoïde pariétale de l'étendue d'un écu de 6 livres à peu près, à bords minces et irréguliers, ayant 1 millimètre dans sa plus grande épaisseur près de la scissure. Sa couleur était rouge, brunâtre; sa consistance médiocre; sa surface parfaitement lisse, polie et comme séreuse; son adhérence très minime; il reposait sur l'arachnoïde pariétale parfaitement lisse et transparente. Son point le plus épais répondait au tronc des veines cérébrales qui vont pénétrer dans le sinus supérieur; ces veines remplies de sang liquide n'étaient perforées en aucun point; au moins une inspection attentive n'a-t-elle démontré aucune ouverture.

Dans cet exemple, le caillot était unique; mais il peut arriver que plusieurs existent à la fois dans différens points de la cavité arachnoïdienne. Il arrive aussi, soit dans ces cas, soit lorsque les caillots sont isolés, que leurs bords se prolongent en une fausse membrane jaunâtre, ou parfaitement pellucide et transparente, mais si mince qu'à première vue on ne saurait distinguer ses limites et qu'elle se confond avec l'arachnoïde; alors on croit que le caillot s'est déposé entre l'arachnoïde et la dure-mère; mais on peut facilement en enlevant le coagulum enlever en même temps cette fausse membrane encore molle, et voir le point où elle cesse; on constate alors très facilement qu'au-dessous d'elle existe la séreuse parfaitement saine.

Ces assertions sont d'une telle importance pour déterminer soit le siège exact de ces caillots, soit la nature des altérations dont nous parlerons bientôt, que nous citons un nouveau fait à l'appui.

Obs. II. — Un garçon de 2 ans 1/2, malade depuis 5 mois d'une fièvre mal caractérisée, ayant un purpura assez abondant, avec une anasarque et de plus une hypertrophie de la rate, succomba à une pneumonie lobaire très étendue, le 2 février 1839. Il n'avait jamais présenté de symptômes cérébraux. L'autopsie montra les lésions suivantes :

La boîte crânienne étant enlevée, la face externe de la dure-mère présente, par transparence, une teinte violacée disposée par taches assez larges. Lorsqu'on a incisé cette membrane, on voit que cette coloration est produite par des caillots lamellés, noirâtres, déposés à la face interne de la cavité arachnoïdienne. On en trouve sur l'hémisphère gauche au niveau de sa partie externe et antérieure et de sa partie moyenne; on en trouve aussi sur la partie postérieure de l'hémisphère droit. Ces caillots ont environ un demi-millimètre d'épaisseur au centre. Plus minces en dehors, ils forment des taches presque sans saillie. Adhérens à la dure-mère, ils s'en détachent avec facilité, et au-dessous laissent une surface lisse, polie, un peu rosée par place, blanchâtre en d'autres, et continue avec l'arachnoïde pariétale. L'arachnoïde viscérale correspondante est parfaitement lisse et aucun vaisseau ne traverse les caillots; le plus volumineux qui est à droite a 6 centimètres de diamètre; les autres à peine 1 ou 2. On en trouve d'autres pareils le long de la faux cérébrale; là seulement leur surface est tellement lisse et leurs bords si minces qu'ils semblent continus avec l'arachnoïde voisine, en sorte qu'on croirait l'épanchement situé entre l'arachnoïde et la dure-mère; mais en procédant avec soin, on voit que les petits caillots se continuent avec une fausse membrane opaque devenant de plus en plus mince et transparente à mesure qu'elle s'éloigne d'eux jusqu'à la terminaison. Dans tous ces points on retrouve évidemment au-dessous d'elle l'arachnoïde lisse et polie.

Ici le siége des caillots dans l'arachnoïde est parfaitement prouvé ainsi que sa continuité avec une fausse membrane mince, transparente.

Cette continuité indique déjà que tous deux (le caillot et la fausse membrane) ont une origine commune et que l'un n'est que la transformation de l'autre par suite d'un travail d'absorption dont le résultat a été d'enle-

---

La dernière séance est l'occasion ou le prétexte, plutôt que l'objet de ces observations, qu'on doit prendre dans un sens tout à fait général. Nous aimons à reconnaître que, cette année, le choix de l'orateur et le sujet de son discours étaient également satisfaisans. Le talent de M. Trousseau est si connu qu'on peut se dispenser à son égard de banales louanges. Nous préférerions lui adresser quelques critiques auxquelles il est moins accoutumé, si la difficulté de juger sur une simple audition un ensemble d'idées et de vues, sur des matières déjà fort abstraites par elles-mêmes, ne nous obligeait sur ce point à une grande réserve.

Le champ choisi par M. Trousseau était vaste, trop vaste peut-être pour être convenablement parcouru. Il embrassait trois ou quatre questions dont la moindre eût suffi pour défrayer, non seulement un discours, mais un livre. Elles avaient toutes cependant cela de commun qu'elles se résolvaient dans une question unique et de la plus haute généralité; celle de la logique médicale. Stahl a écrit une dissertation intitulée De logica medica, devenue si rare, que sa réimpression serait un véritable cadeau à faire à notre génération. On s'occupe beaucoup aujourd'hui des questions de méthode, et le travail de l'illustre professeur de Halle, qui unissait aux plus profondes connaissances médicales un génie philosophique du premier ordre, ne serait pas d'un médiocre secours à nos contemporains, pour les aider à se débrouiller un peu dans cet ordre de spéculations, pour lesquelles, nous osons le dire, ils montrent plus de goût que d'aptitude. Assurément personne n'était plus en droit et en mesure de parler philosophie médicale que M. Trousseau. Cependant, soit défaut de temps et d'espace, soit manque d'une suffisante élaboration de ses idées, il n'a répondu qu'à demi à notre attente.

Le premier point qu'il a abordé est la méthode numérique. Nous n'avons qu'à approuver sa conclusion générale à l'égard de cette doctrine, qu'il trouve, comme nous, stérile, mais nous sommes moins satisfaits des raisons particulières qu'il a apportées en faveur de son opinion. Nous ne partageons pas moins son avis sur la valeur d'une autre méthode, qu'il appelle inductive et qu'il oppose à la première; mais ici encore les motifs de sa préférence ne nous ont pas semblé bien clairement indiqués. Le contraste qu'il a établi entre ces deux procédés logiques de découverte et de démonstration aurait été mieux saisi, sans doute, par nous et par l'auditoire, s'il s'était attaché à déterminer d'abord avec netteté, précision et rigueur la nature et le caractère de chacune de ces méthodes, considérée isolement et en elle même, de manière à nous donner, soit par une définition régulière, soit surtout par des exemples bien choisis, une idée distincte de l'une et de l'autre. Cette distinction n'était pas, à la vérité, très-facile; disons mieux, elle était impossible. C'est une erreur d'imaginer qu'il y ait entre ces procédés une différence spécifique. Il n'y a en fait qu'une méthode logique, par la raison toute simple que l'esprit humain procède invariablement et nécessairement de la même manière dans ses opérations rationnelles, quels que soient l'objet, le terme et les conditions extérieures de leur exercice. La différence des moyens particuliers d'investigation n'implique pas une différence correspondante dans le procédé mental qui les met en œuvre; cette différence résulte uniquement des buts divers de la recherche, c'est-à-dire de la nature de la vérité cherchée. Si par exemple on tient à connaître, pour un motif ou pour un autre, le degré de fréquence d'une altération morbide dans telle ou telle maladie donnée, le numériste est parfaitement en droit de compter les cas où cette altération existe et

ver la matière colorante. Le fait que nous venons de citer établit, nous le croyons, sans réplique la réalité de cette transformation.

Les remarques suivantes confirment encore notre opinion. Cette fausse membrane ne constitue pas toujours ainsi la circonférence du caillot; elle forme le plus souvent une surface assez large dans laquelle se trouvent disséminés çà et là un nombre plus ou moins considérable de caillots d'étendue variable; alors la fausse membrane elle-même se présente sous des aspects différens. Ainsi, là elle est aussi épaisse que le caillot, elle a sa consistance et s'écrase comme lui; sa couleur est d'un jaune rougeâtre, et, infiltrée d'un liquide de même couleur, elle mouille le doigt qui l'écrase comme un simple caillot; la différence du rouge-brun au jaune-rouge est la seule qu'on puisse constater; même poli, même aspect, même forme, même épaisseur, même consistance, elle rappelle exactement par sa nature le sang privé de sa matière colorante. Ailleurs, la membrane est plus mince, elle est un peu plus transparente, elle est moins rouge et plus jaune; elle n'est plus infiltrée, a pris un peu plus de résistance et une certaine élasticité; c'est presque une fausse membrane à laquelle manque cependant cette couleur jaune mate et ce défaut de transparence assez spécial pour la rendre facilement reconnaissable.

Nous en trouverons un exemple dans l'autopsie suivante :

Obs. III. — Autopsie. A l'ouverture de la grande cavité arachnoïdienne, il s'échappe de chaque côté trois grandes cuillerées à bouche de sang liquide, séreux et rouge. La surface viscérale est tapissée des deux côtés par une fausse membrane mince, transparente, d'un jaune rosé, assez élastique, et qui couvre sa presque totalité à la face convexe. Cette fausse membrane se prolonge aussi à la base où l'on trouve quelques caillots d'un rouge noirâtre parfaitement continus avec elle.

Ici la fausse membrane, plus élastique que dans les cas précédens, et ayant moins l'apparence d'un coagulum sanguin, était cependant encore parfaitement continue avec plusieurs caillots bien distincts, et ne saurait reconnaître une autre origine.

Cependant elle peut encore subir d'autres transformations qui l'éloignent d'autant plus de son point de départ.

Très mince et transparente, elle arrive à simuler presque parfaitement l'arachnoïde dans plusieurs points de son étendue, tandis qu'ailleurs elle a encore quelque ressemblance avec un caillot, ou même n'en présente aucune trace. Dans cet état, on méconnaîtrait son origine, si déjà on n'avait suivi les transformations qu'elle peut subir.

Cette *pseudo-arachnoïde* est en général plus étendue que le caillot; et il n'est pas très rare de lui voir occuper la plus grande partie de la face convexe d'un hémisphère, ou même sa totalité; et de là s'étendre jusqu'à sa base, formant une coque presque complète à l'encéphale. Une observation publiée dans les Bulletins de la Société anatomique est de ce genre (avril 1841, p. 60); bientôt nous en citerons nous-même une autre.

Cette fausse membrane, d'abord mince et transparente, peut acquérir par le temps une épaisseur considérable, devenir opaque, résistante, presque nacrée, et simuler une seconde dure-mère. Cet effet est le résultat de l'addition successive de plusieurs couches sanguines dégénérées; nous en avons la preuve, parce qu'en étudiant ces lames épaisses et denses, on trouve qu'elles sont stratifiées et qu'on peut les décomposer en plusieurs lamelles minces et transparentes.

Chez l'enfant, nous n'avons jamais vu cette stratification des caillots eux-mêmes, mais seulement des membranes qui leur succèdent. Cependant, ce cas doit se rencontrer, si ces lésions sont identiques chez l'enfant et chez l'adulte; car c'est un fait connu, et dont l'un de nous a présenté un exemple remarquable à la Société anatomique. On pouvait, dans ce cas, enlever sur la même partie de l'arachnoïde d'un adulte plusieurs couches de caillots rouges et minces, tous également polis et résultat certain de plusieurs exhalations successives au même lieu.

Cette stratification, soit des caillots, soit des fausses membranes qui leur succèdent, est une preuve nouvelle de ce fait, déjà avancé, que ces produits siégent bien réellement dans la grande cavité de l'arachnoïde, et nullement entre cette membrane et la dure-mère. Pour en finir avec cette question, résumons-nous en quelques mots.

Les caillots et les fausses membranes dont nous parlons sont très certainement situés dans la grande cavité arachnoïdienne, et non entre cette membrane et la dure-mère, car :

1° Ils se détachent toujours avec facilité, sans déchirure, et laissent au-dessous d'eux une membrane mince et transparente, sans solution de continuité, et qu'on reconnaît facilement pour être l'arachnoïde.

2° S'il est vrai que le caillot reste adhérent de préférence à l'arachnoïde pariétale, il est vrai aussi qu'il reste quelquefois en contact avec l'arachnoïde cérébrale; nous en avons cité un exemple.

3° Si la première membrane que l'on enlève en étudiant ces produits est l'arachnoïde malade, ramollie et doublée d'un caillot, que sera, dans les membranes stratifiées, la seconde, qui a tout à fait la même apparence, le même poli, et qui paraît se continuer, comme la première, avec l'arachnoïde?

4° Ajoutons, pour dernière preuve, que l'on voit quelquefois ces membranes, détachées par un de leurs bords, flotter au milieu du liquide, tandis que leur autre bord adhère encore à l'arachnoïde; dans ces cas, cette membrane ne présente aucune solution de continuité.

Enfin, dans des circonstances beaucoup plus tranchées, on voit la fausse membrane légèrement adhérente, par tout son pourtour, avec l'arachnoïde pariétale et viscérale vers la base du cerveau être, à la face convexe, complètement isolée de toutes deux, et séparée d'elle par deux couches épaisses de sérosité qui baigne ses deux faces. C'est alors une sorte de cloison qui sépare deux liquides.

Nous avons insisté à dessein sur ces différens faits, parce que bon nombre de médecins considèrent ces fausses membranes comme un produit de l'inflammation. De là l'opinion erronée qui attribue à une phlegmasie arachnoïdienne passée à l'état chronique certaines formes d'hydrocéphalies qui sont en réalité le résultat d'un épanchement sanguin. Mais nous reviendrons plus tard sur ces faits.

Nous devons maintenant, avant de passer à l'étude du liquide qui baigne les caillots, donner quelques résultats sur leur fréquence, sur leur siége relatif, etc.

Il est rare de rencontrer des caillots seuls ou des fausses membranes seules; le plus ordinairement ces deux produits se rencontrent réunis sur le même individu, mais en proportion très diverse (1).

(1) Sang liquide........ 1 — Fausses membranes seulement... 4
Caillots seulement.... 6 — Caillots et fausses membranes... 9

ceux où elle n'existe pas; il n'a même que ce moyen d'arriver à la découverte de ce qu'il veut savoir; son procédé est non-seulement légitime, mais encore indispensable et unique. Il observe, il juge et raisonne en parfait logicien. Mais lorsque, après avoir acquis, au moyen de la numération, la connaissance d'une loi numérique, il prétend se servir de cette loi par un usage théorique ou pratique ultérieur, il cesse d'être conséquent avec lui-même en voulant tirer de ses prémisses une conclusion qui n'y est pas contenue. Ainsi, par exemple, si de l'altération presque constante des glandes de Peyer dans la fièvre dite typhoïde le numériste conclut que cette altération est la cause essentielle et primitive de tout l'appareil pathologique de cette affection, il pose un principe nouveau, qui peut être vrai ou faux, mais qui certainement ne découle pas logiquement de la loi numérique que le calcul lui a fait connaître. Pour établir ce principe, il lui faut recourir à d'autres sources d'information et à des prémisses d'un autre ordre. Si ultérieurement encore, après avoir illogiquement déduit sa loi étiologique d'un fait qui ne la contient pas, il va jusqu'à déduire de cette loi illégitimement formulée, une méthode thérapeutique, consistant à diriger exclusivement la médication contre la lésion intestinale, il aggrave sa faute et arrive nécessairement à l'absurde. Mais la méthode numérique est ici parfaitement innocente. On lui a demandé des faits numériques, elle les a fournis, car c'est là sa fonction et son usage. Mais lorsque de ces faits acquis par elle on tire telles ou telles conséquences, cela ne la regarde plus; elle est parfaitement étrangère à ce nouveau travail dont le raisonneur est seul responsable. Remarquez surtout que dans la recherche des trois sortes de connaissances impliquées dans cet exemple, à savoir : 1° la connaissance d'une proportion numérique entre certains faits; 2° la connaissance de la vraie cause d'une série de phénomènes; 3° la connaissance d'une règle de pratique, l'opération logique est toujours la même en essence. Toute la différence qu'on croit y remarquer ne tient qu'à celle des procédés d'investigation et des élémens sur lesquels on opère, différence qui ne tient elle-même qu'à la diversité des notions qu'on veut acquérir et de l'usage qu'on en veut faire. La méthode, dite numérique, n'est donc pas une méthode logique originale et indépendante, mais un simple instrument secondaire applicable à un certain ordre de vérités. On n'est pas, par conséquent, fondé à la mettre en opposition avec la méthode dite inductive puisqu'en réalité, cette dernière, quelque nom qu'on lui donne, est impliquée dans tout exercice de l'intelligence, du jugement et du raisonnement; elle est la logique universelle, qui se sert d'une multitude de procédés d'information, suivant le but qu'elle veut atteindre, procédés au nombre desquels se trouve à son rang la méthode numérique elle-même, qui, loin d'être ainsi sa rivale, n'est et ne peut être que sa servante ou son instrument.

Nous concevons que l'étrange abus que les fauteurs de la statistique médicale ont fait dans ces derniers temps de leurs recherches favorites, et l'importance exagérée qu'ils ont attribuée à leurs travaux, aient pu faire croire à quelques personnes que la méthode numérique était une trouvaille logique, imprévue et nouvelle, dont Aristote, Bacon et Descartes ne s'étaient pas doutés, et qui allait devenir, entre les mains de ses inventeurs, un instrument aussi puissant dans le monde des idées que la vapeur dans le monde matériel. D'autres, comme probablement M. Trousseau lui-même, ont pu y voir, par la même raison, un monstre intellectuel, prêt à dévorer la raison humaine et engloutir la vraie science. L'exagération est la même des deux côtés. La méthode numérique n'est

Les caillots ou les fausses membranes siégent le plus ordinairement sur la face convexe et exclusivement sur elle, plus rarement sur la face plane, et jamais nous ne les avons vus exclusivement sur celle-ci.

Ils sont aussi fréquens à droite qu'à gauche, et le plus ordinairement on en constate des deux côtés à la fois (1).

Le caillot arachnoïdien existe quelquefois seul et ne s'accompagne d'aucune partie liquide, soit parce que, tout nouvellement formé, il n'a pas encore eu le temps de se séparer en ses deux parties, soit au contraire parce que, formée depuis longtemps, la partie séreuse a été résorbée. Aussi ne doit-on pas être étonné si l'on constate l'absence de liquide arachnoïdien, quel que soit l'état du caillot.

C'est là cependant le cas le plus rare et il se rencontre à peine une fois sur trois ou quatre. Dans tous les autres, la cavité arachnoïdienne contient un liquide dont la nature et la quantité varient considérablement.

Tantôt il est séreux, transparent, limpide et d'une coloration jaune plus ou moins foncée, en tout semblable au liquide épanché dans les autres séreuses. Ailleurs il est troublé, jaune, rougeâtre; il contient évidemment suspendues quelques particules sanguines. Dans quelques cas plus rares, il conserve sa transparence, mais il a une coloration rouge assez foncée; c'est du sang mêlé de sérosité, et conséquemment plus liquide que dans l'état habituel. Enfin, d'autres fois le liquide est épais, bourbeux, brun ou couleur chocolat, et semblable à celui des épanchemens sanguins d'ancienne date. On en trouve de pareils dans certaines hématocèles, dans des tumeurs sanguines.

Il est très rare de rencontrer le sang pur et à l'état liquide : une fois cependant, nous l'avons vu sous cette forme, renfermé entre des dédoublemens de fausse membrane plus ancienne. Nous citerons ce cas plus tard.

La nature du liquide n'est pas toujours la même dans les différens points de la cavité; ainsi, trouble et bourbeux à gauche, il peut être limpide et transparent à droite, la faux cérébrale étant un obstacle au mélange. Le liquide est ordinairement identique du même côté de la cavité, à moins cependant (et ce cas est très rare) qu'une des fausses membranes adhérente par son pourtour ne divise la cavité en deux parties superposées et contenant chacune un liquide de différente nature. L'abondance en est très variable: quelquefois on n'en trouve qu'une ou deux cuillerées, ailleurs on en peut recueillir 30 à 60 grammes; une fois nous avons estimé la quantité du liquide arachnoïdien à un demi-litre; une autre fois à un demi-litre de chaque côté, c'est-à-dire à un litre pour la totalité.

Ces énormes quantités ne se présentent guère que chez les plus petits enfans, et avant l'ossification des fontanelles; on dirait que chez eux la mollesse des parois et leur facilité à s'étendre, d'une part, ont permis au sang de s'épancher en plus grande abondance, et, d'autre part, ont favorisé son séjour plus prolongé. On comprend très bien en effet que, chez les enfans plus âgés, la pression exercée sur ce liquide par le cerveau et ses parois inextensibles soit un obstacle à l'épanchement, et en sollicite une plus prompte résorption.

Lorsque l'épanchement sanguin arrive à cet état, il constitue une véritable hydrocéphalie située hors la cavité des ventricules, et dans l'intérieur de l'arachnoïde. Il en résulte que le cerveau se trouve séparé des parois crâniennes par un espace considérable que nous avons vu aller jusqu'à 2 et 4 centimètres dans les diverses parties de la voûte crânienne. Petit en apparence et refoulé vers les parties moyennes de la base du crâne, il rappelle assez exactement le poumon refoulé par un épanchement contre la colonne vertébrale. La ressemblance devient encore plus parfaite par l'existence des veines cérébrales qui s'échappent de la partie supérieure de la pie-mère pour se rendre dans la portion correspondante du sinus longitudinal. Ces veines, adhérentes à la dure-mère et au cerveau, ne sauraient cependant s'allonger suffisamment pour suivre complètement l'écartement de leurs deux extrémités. Aussi tiraillent-elles le cerveau, qu'elles font saillir en pointe vers la partie supérieure, absolument comme on voit une adhérence celluleuse ancienne et solitaire tirer, vers la plèvre costale, le poumon comprimé d'ailleurs et refoulé par un épanchement vers la colonne vertébrale.

Nous disons que le cerveau est petit en apparence; cet organe en effet n'est pas comme le poumon susceptible d'une diminution notable de volume; et dans les exemples que nous avons eu sous les yeux, il était facile de se convaincre que l'apparente diminution tenait à l'ampliation exagérée des parois crânienne; cette illusion cessait dès que le cerveau enlevé de sa boîte osseuse pouvait être examiné à part. Nous ne nions pas cependant la possibilité, dans les cas de ce genre, d'une véritable atrophie; nous disons seulement que nous ne l'avons pas vue.

La dure-mère forme à cet épanchement une poche qui, en général, n'est pas exactement sous-tendue ; mais qui, soulevée par le liquide immédiatement sous jacent, donne la sensation d'une fluctuation très superficielle.

Cette espèce d'hydrocéphalie se manifeste comme celle qui est ventriculaire, par une ampliation extrême de la tête ou plutôt de la boîte crânienne avec saillie des bosses frontales et temporales; enfin avec tous les caractères que l'on attribue à l'hydrocéphalie chronique. Nous citerons bientôt à l'appui de ce que nous avançons un exemple qui aura en outre l'avantage de résumer plusieurs des assertions que nous avons émises plus haut. Nous possédons deux autres faits analogues. On doit sans doute ranger dans cette catégorie celui déjà cité et publié par la société anatomique. Dans ce cas la tête d'un enfant de 2 ans contenait 300 gram. de sérosité, et cependant nulle part il n'est indiqué s'il y avait dilatation de la tête et apparence d'hydrocéphalie. M. Gouraud (BULLET. DE LA SOCIÉTÉ ANAT., n. 46) a présenté, sous le titre d'*hydrocéphalie enkystée*, un exemple analogue à celui que nous avons observé.

Le tissu de l'arachnoïde présente souvent des lésions assez notables pour être remarquées; cependant, comme nous l'avons dit, elles n'existent pas à sa surface pariétale au point sur lequel repose le caillot. C'est toujours, au moins l'avons-nous vu ainsi, l'arachnoïde viscérale qui est épaisse, opaque ou opaline, résistante, s'enlevant en un seul lambeau de dessus toute la surface cérébrale; cet épaississement n'est pas toujours aussi général; borné à quelques places limitées, on le rencontre assez souvent le long de la grande scissure interlobaire dans une étendue considérable; presque toujours dans ce point les corps de Pacchioni sont en même temps plus volumineux, plus jaunes que dans l'état naturel et semblent participer à l'état de fluxion des organes encéphaliques.

(1) A droite..................	2	A gauche.................	2
Des deux côtés...........	12	Côté ignoré..............	4

rien de tout cela. Elle n'est ni une logique particulière, ni même un procédé d'investigation nouveau. Elle n'est que ce que son nom indique, la numération, le calcul, l'arithmétique. Or l'arithmétique est une très bonne chose, comme chacun sait. On ne peut pas s'en passer pour compter; et si les médecins numéristes veulent absolument compter les phénomènes qui passent sous leurs yeux, ils en sont parfaitement les maîtres. Disons de plus que leurs conclusions seront toujours inattaquables tant qu'elles se réduiront à des énoncés de proportions, à des plus et des moins, à des chiffres; mais s'ils veulent aller au-delà, il faut bien qu'ils sachent eux-mêmes qu'ils ne peuvent faire un pas hors de leurs chiffres sans sortir du domaine de leur méthode et sans entrer dans celui de la logique de tout le monde, laquelle est contemporaine de l'esprit humain.

Au reste, nous ne saurions blâmer M. Trousseau d'avoir énergiquement combattu les tendances de cette école, qui a pris le titre de numérique; car si la prétendue méthode dont elle imagine faire exclusivement usage n'est en soi nullement mauvaise, il n'en est pas moins vrai, qu'en bornant ses travaux, comme elle le fait en général à de puériles recherches de statistique, elle met la science dans une voie, sinon fausse, du moins complètement stérile.

L'excursion de M. Trousseau sur le domaine de l'homéopathie a été plus heureuse. Il a mis dans cette partie de son discours tout le sel de gaîté que comportait naturellement le sujet, et un esprit d'appréciation véritablement philosophique. La possibilité d'une doctrine aussi fantastique et de son adoption par tant d'hommes, d'ailleurs éclairés, a paru à M. Trousseau un problème des plus curieux. Il a montré qu'en fait de croyances médicales, notre siècle n'avait rien à reprocher à la crédulité des siècles passés, et que nous aurions grand tort de faire le procès à la médecine astrologique, par exemple, lorsque nous accueillons la médecine homéopathique. L'illusion est sans doute d'un autre genre; mais elle est la même en nature et en degré. Cherchant à s'expliquer l'origine de cette tendance si vivace chez la plupart des hommes, à embrasser des croyances médicales radicalement absurdes, ou ce qui revient à peu près au même, absolument dénuées de preuves, il la trouve dans l'ignorance presque universelle où l'on est, même parmi les médecins, de la marche naturelle des maladies. Or, s'il est vrai que dans l'immense majorité des cas, ni les savans, ni le peuple ne savent quels seraient précisément dans le détail et la marche, et la durée et l'issue d'une maladie, si on la laissait se développer librement et poursuivre jusqu'au bout sa carrière, sans aucune intervention artificielle; et si d'autre part, il se produit toujours dans le cours d'une maladie ou une aggravation ou un amendement; il en résulte que toute action exercée sur le malade dans un but thérapeutique quelconque est censée avoir une influence soit en bien, soit en mal sur la maladie elle-même. C'est cette association inévitable de changemens survenus dans l'état du malade concurremment avec les modifications réelles ou supposées, imprimées artificiellement à l'organisme, qui donne tour à tour gain de cause à toutes les médications, aux purgatifs, à la saignée, à telle ou telle poudre, à tel ou tel topique.

Il est certain, en effet, que l'administration de ces médicamens est toujours suivie ou d'un soulagement ou d'une aggravation, de la guérison ou de la mort. Or, comme les exemples de ces deux classes d'événemens se balancent dans une proportion à peu près égale, ils servent, suivant le cas et la disposition d'esprit de l'observateur, soit à accréditer soit à décréditer le remède. Les malades sont

Une seule fois nous avons rencontré l'arachnoïde viscérale, mince, molle, se déchirant avec une extrême facilité, et privée alors de toute glande de Pacchioni.

La pie-mère est souvent infiltrée d'une quantité considérable de sérosité, quelquefois comme gélatineuse; on dirait alors qu'il y a en non-seulement fluxion sanguine, mais en outre tendance véritable à la production d'une inflammation. L'un même de nos malades présentait une suppuration véritable à la face externe de l'arachnoïde viscérale, et cette méningite étendue et considérable était simple, inflammatoire, nullement tuberculeuse.

Cependant il est assez rare de constater en même temps que l'hémorragie arachnoïdienne une injection un peu considérable des petits vaisseaux de la pie-mère. Les grosses veines cérébrales elles-mêmes et les sinus de la dure-mère ne contiennent pas toujours du sang; plus souvent cependant ils en renferment une petite quantité liquide et noir, ou bien une assez forte proportion de caillots mous, noirs et rarement décolorés. Dans deux observations de M. Tonnelé les sinus étaient oblitérés par des concrétions sanguines.

Dans les faits que nous avons sous les yeux, la substance cérébrale est saine, peu piquetée et ne présente rien de bien notable; rarement nous l'avons vue congestionnée. Dans un cas très remarquable et que nous avons déjà mentionné en disant que la tête contenait environ un litre de liquide, le cerveau était éloigné du crâne par un intervalle de 2 à 4 centimètres dans toute l'étendue de sa surface convexe; sa substance était molle, anémiée, comme gélatineuse, et cependant les cavités ventriculaires contenaient encore 40 à 50 gram. de liquide. Aussi, dans ce cas comme dans tous ceux d'hydrocéphalie par la même cause, la pie-mère n'était pas infiltrée, et les circonvolutions étaient affaissées et aplaties comme lorsqu'il existe une hydrocéphalie ventriculaire.

Les os du crâne et la dure-mère ne nous ont jamais présenté d'autres lésions que celles qui résultent de leur distension.

Après cette description des hémorragies de la grande cavité arachnoïdienne, il nous reste, pour en terminer l'anatomie, à dire quelques mots de leur origine. M. le docteur Piedagnel, dans l'intéressant rapport dont il a fait suivre l'observation insérée dans les BULLETINS DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE, indique plusieurs sources à cette hémorragie : 1° les épanchemens par suite de fracture et rupture de vaisseaux; 2° une exhalation sanguine; 3° une altération de l'arachnoïde. De ces trois sources, la seconde est la seule que nous ayons constatée chez les enfans, ou tout au moins la seule à laquelle nous ayons pu raisonnablement rapporter la maladie. Deux fois, il est vrai, nous avons vu le caillot situé à l'entour des grosses veines cérébrales. Dans l'un de ces faits, que nous avons déjà cité, les veines étaient certainement saines et nullement perforées. Dans le second, les vaisseaux entourés de caillots étaient ceux qui pénètrent par la fente sphénoïdale. Dans ce cas, l'examen ne put être parfait, et bien que nous n'ayons pas constaté de perforation vasculaire, nous ne saurions affirmer qu'il n'en existât pas.

ARTICLE II. — SYMPTÔMES.

D'après l'étude anatomo-pathologique à laquelle nous venons de nous livrer; d'après la symptomatologie si longuement détaillée par les auteurs qui se sont occupés de la même maladie chez l'adulte, on pourrait croire que, dans l'enfance, l'hémorragie arachnoïdienne doit offrir des symptômes qui permettent de la diagnostiquer aisément.

Il n'en est rien, cependant, et, sauf les cas où il se fait une hydrocéphalie, il est rare qu'on observe des symptômes, ou bien ils se confondent avec ceux d'autres maladies cérébrales. Enfin, il peut exister une autre lésion encéphalique en même temps que l'hémorragie, et il est souvent très difficile de décider à laquelle appartiennent les phénomènes morbides.

Nous diviserons cet article en deux paragraphes, suivant que l'hémorragie s'accompagne ou non d'ampliation de la tête.

§ I. — HÉMORRAGIE PRIMITIVE OU SECONDAIRE, SANS AMPLIATION DE LA TÊTE.

Etant dans l'impossibilité de rien dire de général sur les symptômes de cette forme d'hémorragie, nous nous contenterons ici de donner l'analyse des observations des enfans chez lesquels nous avons noté quelques phénomènes morbides.

OBS. IV. — Chez un garçon âgé de 2 ans, dont nous avons déjà cité l'autopsie, la maladie débuta cinq semaines avant la mort par des convulsions qui duraient dix minutes à un quart d'heure, et se renouvelaient tous les jours. Huit jours avant la mort, elles devinrent plus fréquentes et avaient lieu jusqu'à deux ou trois fois par jour. Dans l'intervalle des premiers accès, l'enfant suait beaucoup de la tête, il avait les pieds et les jambes froides; l'avant-veille et le jour de la mort, il montrait qu'il souffrait de la tête; il eut en même temps plusieurs épistaxis et perdit ainsi une grande quantité de sang. Un dévoiement très abondant persista pendant tout le cours de la maladie. L'autopsie montra un épanchement sanguin dans la grande cavité arachnoïdienne, arrivé à l'état de fausse membrane mêlée de caillots noirs mous, plus trois grandes cuillerées d'un sang rouge et séreux.

Aucune autre lésion n'existait chez ce petit malade, pas même dans les intestins, en sorte que les convulsions ne pouvaient être attribuées qu'à la présence du caillot.

OBS. V. — L'autre exemple est celui d'une fille de 2 ans et demi, qui dépérissait depuis l'âge de 16 mois à la suite d'une dentition très pénible, et qui succomba à un ramollissement de l'estomac et à une pneumonie. Elle était du reste intelligente et très tranquille, lorsque, quatre jours avant sa mort, on la trouva avec les mains fléchies et fermées, le pouce en dedans des autres doigts; il y avait à peine de la raideur; tranquille du reste, elle poussait quelques plaintes de temps à autre; le jour de la mort, la raideur était plus considérable et existait jusque dans les membres supérieurs.

Nous trouvâmes, dans la cavité arachnoïdienne, des fausses membranes jaunes assez élastiques, mélangées de quelques caillots rouges. Il n'y avait pas de liquide.

OBS. VI. — Enfin, une fille de 4 ans, gravement tuberculeuse, qui était toujours triste et tranquille, fut trouvée le matin de sa mort dans un côma que rien ne pouvait dissiper. Cependant, un pincement un peu violent lui faisait ouvrir les yeux, qui se tournaient vers la partie supérieure; les pupilles étaient régulières et oscillantes, et les membres dans la résolution, bien que non paralysés. Elle mourut deux heures après. Ces phénomènes n'étaient certainement que les avant-coureurs de la mort, et non le symptôme de la lésion trouvée dans la grande cavité arachnoïdienne, lésion certainement plus ancienne, puisqu'elle consistait dans une fausse membrane mince et transparente très étendue et continue à droite, petite à gauche, simulant des deux côtés l'arachnoïde, et baignée à droite dans un bon verre de sérosité citrine.

---

en général plus frappés des résultats positifs que des résultats négatifs, et ce sont eux qui font la fortune de toutes les méthodes nouvelles. Les médecins eux-mêmes, malgré leur défiance, se laissent presque aussi facilement aller au même entraînement; et ce n'est qu'à la longue qu'ils finissent les uns et les autres par proscrire et rejeter loin d'eux ce qu'ils avaient accueilli avec enthousiasme, sans avoir de meilleures raisons pour l'une de ces déterminations que pour l'autre. M. Trousseau a habilement développé cette thèse qui lui a servi à rendre compte et des succès de l'homéopathie, et de la croyance des malades qui l'acceptent et des médecins qui l'emploient. Il a saisi cette occasion pour rappeler les élèves à l'étude de la marche naturelle des maladies, étude qui seule peut mettre le médecin à même d'apprécier la nature et la portée des influences thérapeutiques.

Tout en adoptant dans leur généralité, les vues de M. Trousseau, nous regrettons qu'il les ait exprimées avec tant de crudité et sous une forme si absolue, en présence d'un auditoire de jeunes gens qui sont encore à la porte du sanctuaire de la science. Il leur a montré cette science sous un aspect peu encourageant. Ce n'est pas dans l'amphithéâtre de la Faculté qu'il faut faire du scepticisme médical, et toute cette partie du discours de M. Trousseau en avait, il faut le dire, une forte teinte. Le scepticisme est un peu à la mode partout, et il ne nous déplaît point personnellement, mais sa place n'est assurément pas dans les chaires de l'école.

La méthode numérique et l'homéopathie ont, avec quelques questions collatérales, fait les frais du remarquable discours de M. Trousseau. C'étaient certes là deux sujets convenablement choisis pour le lieu et la circonstance. Quelques personnes, sans doute, auraient désiré qu'on les traitât autrement, mais personne ne pouvait espérer qu'on en parlât avec plus de talent et d'éloquence. Une allusion touchante à la mort prématurée de notre jeune confrère Hourmann, tombé lui aussi sur le champ de bataille de la science qui compte tant de nobles morts, a terminé ce discours et porté dans les âmes de tous ces jeunes gens une émotion qui s'est exhalée en applaudissemens bruyans et multipliés.

La distribution des prix a eu lieu ensuite dans la forme accoutumée.

PRIX DE L'ÉCOLE PRATIQUE.

Sur le rapport du jury du concours pour les prix de l'École pratique, la Faculté, dans sa séance du 31 août, a décidé :

1° Que le grand prix, consistant en une médaille d'or de la valeur de 300 fr., en livres pour une valeur de 100 fr., et en la dispense de 500 fr. de frais universitaires, serait décerné à M. Roulland (Victor), de St-Wast-la-Prougue (Manche).

2° Que le deuxième premier prix, consistant en une médaille d'argent et des livres d'une valeur de 200 fr., et la distance de 315 fr. de frais universitaires, serait décerné à M. Guéneau de Mussy (Henry), de Châlons-sur-Saône.

3° Que le premier second prix, consistant en une médaille d'argent et des livres de la valeur de 150 fr., et en la dispense du droit de sceau du diplôme, serait accordé à M. Bodinier (Jean-Vital), d'Alhée (Mayenne).

4° Qu'un deuxième second prix, consistant dans les mêmes avantages que le précédent, serait accordé à M. Thibault (Antoine-Victor), de Semur (Côte-d'Or).

Ce liquide seul pouvait être une production nouvelle, et constituer ainsi un épanchement séreux aigu.

Nous nous sommes demandé si l'apoplexie méningée, dans les cas où elle est primitive et se fait brusquement d'un seul côté de l'arachnoïde, ne pourrait pas produire des symptômes de compression dont le résultat serait la paralysie du côté du corps opposé à celui où s'est fait l'épanchement. Un seul de nos faits pouvait confirmer cette opinion. Nous allons donner le résumé succinct de cette longue observation.

Obs. VII. — Une fille âgée de 12 ans, mal portante depuis près d'une année, entra une première fois à l'hôpital pour une affection mal caractérisée. Examinée avec grand soin, elle ne nous présenta d'autre symptôme morbide qu'une diminution dans l'intensité du bruit respiratoire en arrière, à droite. Les autres fonctions n'offraient aucun dérangement. Pendant les cinq jours qu'elle passa à l'hôpital, il ne survint pas d'autre symptôme. De retour chez ses parens, elle resta dans le même état pendant plusieurs jours.

Le 1er novembre, onze jours après sa première entrée, elle était assise auprès d'un poêle, occupée à se laver les mains, lorsque subitement elle perdit connaissance, et, lorsqu'on la releva, on put s'assurer que le côté gauche était complètement paralysé; la nuit suivante elle eut des selles involontaires. — Nous la vîmes trois jours après le début de l'accident, et nous constatâmes une paralysie du sentiment et du mouvement, des plus caractérisée, dans tout le côté gauche. La perte de connaissance avait été courte et l'intelligence était de nouveau parfaitement nette. L'enfant rendait compte de son accident avec une précision remarquable. Elle avait toutefois une grande tendance à pleurer pour la moindre cause; elle *bredouillait* un peu en parlant. L'appareil fébrile était nul. Au bout de peu de jours (le douzième), il survint déjà une amélioration marquée dans les mouvemens de l'extrémité inférieure gauche; elle persista et s'étendit progressivement à l'extrémité supérieure. Le vingt-deuxième jour, nous observâmes quelques mouvemens choréiques du côté droit. Le trente-deuxième, ils avaient diminué, et, le quarantième, ils n'existaient plus. Ce jour-là même, la jeune malade commença à exercer quelques mouvemens avec le bras. Le soixantième, elle levait l'avant-bras et le fléchissait sur le bras, mais avec difficulté. Elle exécutait aussi des mouvemens de l'articulation de l'épaule. A mesure cependant que l'état local faisait des progrès vers la guérison, l'état général empirait; l'enfant pâlissait, maigrissait, perdait ses forces et son appétit, et avait un abondant dévoiement. Cette détérioration générale se prononça encore davantage les six dernières semaines, et elle finit par succomber trois mois et demi après le début de l'hémiplégie, qui, comme nous l'avons dit, avait considérablement diminué sans avoir cependant entièrement disparu.

A l'autopsie, nous trouvons l'encéphale dans l'état suivant:

1° La cavité de l'arachnoïde du côté droit contenait un peu de liquide séreux trouble. De ce même côté, nous trouvâmes un petit caillot en membrane mince, transparente, jaune en partie, rouge par place, lisse et polie, occupant la partie supérieure et antérieure de l'hémisphère dans une étendue de 4 à 5 centimètres carrés. L'arachnoïde était lisse, opaline par place. On trouvait quelques glandes de Pacchioni le long de la grande scissure. La pie-mère et les veines cérébrales n'étaient pas injectées; elle s'enlevait avec facilité. Le sinus longitudinal supérieur contenait des caillots noirs et mous.

2° La consistance générale du cerveau était bonne, un peu diminuée en arrière et en dehors du corps strié droit dans une très petite étendue sans aucune coloration spéciale; le corps strié se détachait plus facilement du lobe par la déchirure que celui du côté opposé. Le cerveau était généralement pâle, seulement dans l'intérieur d'une anfractuosité en arrière, à droite, la pie-mère avait une teinte d'un jaune oranger; mais la substance cérébrale n'offrait pas de trace de foyer, de cicatrices ou d'autre lésion appréciable. Les ventricules contenaient une cuillerée de sérosité transparente.

Nous croyons qu'on peut établir de la manière suivante la relation des altérations anatomiques aux phénomènes morbides.

1° Un épanchement sanguin se sera brusquement effectué dans la grande cavité de l'arachnoïde du côté droit, peut-être aussi dans la pie-mère du même côté. L'existence d'un épanchement arachnoïdien est mise hors de doute par la nature des produits. La coloration jaune de la pie-mère porterait à croire que le sang s'est aussi épanché dans cette membrane. Les symptômes d'hémiplégie auront coïncidé avec l'époque à laquelle s'est fait l'épanchement.

2° La nature même du caillot indiquait que son origine n'était pas récente et qu'il avait subi plusieurs transformations. La marche des symptômes indiquait aussi une diminution progressive dans l'intensité de la compression. La relation des causes et des effets existait donc et était proportionnelle.

3° Enfin, nous rapportons tous les symptômes à l'épanchement méningé parceque la pulpe cérébrale ne nous a offert aucune lésion capable de les expliquer. Cette légère diminution de consistance du cerveau, la facilité plus grande avec laquelle le corps strié se déchirait ne sauraient constituer un état pathologique proprement dit, et être assimilés au ramollissement morbide de l'encéphale.

Les faits que nous avons empruntés aux auteurs ne nous fournissent aucune lumière sur le diagnostic de la maladie. Dans plusieurs cas, la mort a été subite, et le fait du reste n'a rien d'étonnant, puisque l'hémorragie était alors générale et très considérable. La forme latente de la maladie nous paraît pouvoir être expliquée 1° par la nature de la lésion qui ne s'accompagne d'aucune irritation de la séreuse; 2° par la marche lente et progressive qu'elle suit d'ordinaire, résultat de la cause qui lui donne naissance; 3° par le peu d'abondance des produits épanchés, la résorption rapide et la transformation prompte de ceux qui existent; 4° enfin, par l'état de débilitation dans lequel sont plongés les jeunes sujets au début de la maladie. Un coup d'œil jeté sur les extraits d'observations que nous avons rapportés prouve l'exactitude de cette dernière remarque; car dans le seul cas où des symptômes réellement aigus (convulsions répétées) ont été le phénomène principal, la maladie pouvait être considérée comme primitive.

§ II. — HÉMORRAGIES ARACHNOÏDIENNES AVEC AMPLIATION DE LA TÊTE.

Mais si d'ordinaire les hémorragies méningées ne se manifestent par aucun symptôme, la scène change complètement lorsque l'affection devient une hydrocéphalie.

Le volume considérable de la tête indique suffisamment le genre de maladie qu'on a sous les yeux. Nous donnerons une observation, d'après laquelle on pourra voir la marche lente et graduelle de l'effusion sanguine et la possibilité de plusieurs épanchemens successifs. Du reste, cette affection ne présente pas des caractères bien tranchés qui la différencient de l'épanchement séreux ventriculaire; la distinction cependant serait importante à établir; mais la forme extérieure de la tête, les symptômes cérébraux concomitans, l'état des sens, des voies respiratoires et digestives sont les mêmes dans toutes les espèces. Nous devons donc chercher ailleurs des signes diagnostiques.

Or, ici l'âge nous paraît établir une différence entre les hydrocéphalies chroniques acquises, qui sont le résultat d'une tumeur cérébrale (tuberculeuse ou autre), et les hydrocéphalies chroniques sanguines. Nous n'avons jamais vu un enfant de deux ans et au-dessous mourir hydrocé-

---

5° Qu'un premier accessit serait accordé à M. Jamain (Jean-Alexandre), de Paris; et un deuxième accessit, à M. Matice (Charles-François), de Paris.

PRIX DES ÉLÈVES SAGES-FEMMES.

La Faculté, dans sa séance du 31 août, a décidé, conformément aux conclusions du rapport du jury du concours pour les prix des élèves sages-femmes, que le prix, consistant en une médaille d'argent et des livres, serait accordé à madame Renard (Marguerite-Chazol), de Massiac (Cantal); que l'accessit serait accordé à mademoiselle Bourant (Geneviève), de Paris, et que mesdames Mégret, Bouteloup et Sandys obtiendraient une mention honorable.

PRIX CORVISART.

La Faculté a décidé, dans sa séance du 2 novembre, conformément aux conclusions du rapport de la commission chargée de l'examen des mémoires pour le prix Corvisart:

1° Qu'il n'y avait pas lieu de décerner le prix cette année;

2° Que la question qui avait été posée pour être traitée en 1842 serait remise au concours pour l'année 1843;

3° Qu'une mention honorable serait accordée à MM. Martin-Lauzer et Lefebvre.

La question qui a été traitée pour le prix de 1842 était ainsi conçue:

« Comparer, par des faits recueillis dans les cliniques de la Faculté, les effets des saignées générales et des saignées locales dans les inflammations. »

La Faculté a arrêté en outre que la question suivante serait traitée pour le prix de 1843:

« Déterminer, par des observations recueillies dans les cliniques médicales de la Faculté, durant le cours de l'année scholaire 1842-43, les avantages et les inconvéniens des purgatifs dans le traitement des maladies aiguës. »

La Faculté croit devoir rappeler aux concurrens que leur travail doit être restreint aux termes du programme, et qu'aucune recherche bibliographique de matière médicale ou de pathologie ne doit en faire partie.

Les noms des candidats doivent être mis sous cachet.

PRIX MONTYON.

La Faculté a décidé, dans sa séance du 27 octobre, sur la proposition du jury du concours pour le prix Montyon, que ce prix consistant en une médaille d'or de la valeur de 400 francs, serait décerné à M. Dequevauviller (Jean-François), de Paris, et que MM. les docteurs Becquerel (Alfred) et Gigore (Claude) seraient mentionnés honorablement.

— Le concours pour l'admission des élèves internes et externes en médecine et chirurgie dans les hospices et hôpitaux civils de Paris est ajourné au 15 du mois prochain.

phale par suite de tubercules cérébraux ; toujours, à cet âge, l'épanchement sanguin en a été la cause ; et ce n'a été que lorsque la tête a commencé à se développer, à partir de deux ans, que nous avons trouvé, avec l'hydrocéphalie, des tubercules ou d'autres tumeurs cérébrales (1). Les épanchemens sanguins peuvent-ils déterminer la formation d'une hydrocéphalie passé l'âge de deux ans? Nous n'en avons pas d'exemples ; mais nous ne pouvons pas affirmer qu'il en soit toujours ainsi.

Nous ne voudrions cependant pas ériger cette règle en loi générale, et nous ne parlons ici que d'après les malades dont nous avons eu l'histoire sous les yeux.

En outre, autant que nous avons pu en juger par nos observations, trop peu nombreuses, les convulsions nous ont paru moins fréquentes au début dans les cas où il n'existe pas de tubercules avec développement de la tête que dans ceux où les tubercules sont le point de départ de la maladie ; et enfin, dans ce dernier cas, les convulsions marquent habituellement le début et précèdent le développement de la tête ; il n'en est pas ainsi dans les hydrocéphalies sanguines, dont nous avons les observations sous les yeux. Nous sommes loin toutefois d'attacher une grande importance à ce résultat. En effet, d'une part, il serait fort possible que la forme chronique succédât à la forme convulsive aiguë, bien que nous n'en possédions pas d'exemples. D'autre part, les convulsions peuvent manquer au début des hydrocéphalies chroniques acquises.

Il résulte de ces remarques que l'âge de l'enfant et le mode du début sont les deux conditions auxquelles il faut attacher le plus d'importance pour le diagnostic.

Les symptômes physiques et rationnels devant laisser souvent le praticien dans l'indécision sur la nature intime de la maladie, nous pensons que, pour éclairer le diagnostic, on devrait, en cas pareil, mettre en usage la ponction exploratrice. La nature du liquide auquel l'instrument donnerait issue, la profondeur à laquelle il serait nécessaire de le faire pénétrer pour atteindre l'épanchement, indiqueraient d'une manière presque certaine le siége de la maladie. Il est bien évident, en effet, que, si la ponction donnait issue à du sang, à de la sérosité sanguinolente, ou même albumineuse, on serait fixé par là même sur l'espèce d'hydrocéphalie. Le diagnostic ne nous semblerait pas moins positif si l'instrument, après avoir traversé la dure-mère seulement, donnait issue à du liquide.

L'importance du diagnostic est telle en cas pareil, que nous n'hésitons pas à proposer l'emploi de cette méthode.

Nous nous contentons de cet aperçu sur le diagnostic des hémorragies chroniques. On trouvera dans l'ouvrage que nous allons publier incessamment des détails plus circonstanciés sur les rapports et les différences symptomatiques qui existent entre toutes les hémorragies encéphaliques, et sur les maladies qui peuvent simuler l'hydrocéphalie chronique.

(La suite au prochain numéro.)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATIONS DE MORVE AIGUE SANS ÉRUPTION CUTANÉE; communiquée par CHARLES DE PUISAYE, interne des hôpitaux.

Obs. I. — Le nommé Phulpin (Michel), âgé de 43 ans, charretier, entre à la salle Sainte-Madelaine le 31 janvier. Il est malade depuis quinze jours environ, et se plaint d'une toux assez vive, d'une céphalalgie générale, et d'une lassitude extrême dans tous les membres. Il n'a pas eu de point de côté et n'a pas craché de sang, et cependant quand il fait une profonde inspiration, il se sent comme arrêté, et la toux survient. A l'époque où le malade se présente à notre observation, nous le trouvons avec tous les symptômes caractérisant une bronchite aiguë. Le pouls est dur et fréquent, la peau est chaude, la langue est blanche sans viscosité, pas de diarrhée, et l'auscultation nous donne du ronchus accompagné de râle muqueux dans les deux côtés de la poitrine ; à gauche cependant et tout à fait à la partie inférieure et en arrière, nous trouvons un râle qui a plutôt de l'analogie avec le râle sous-crépitant qu'avec le râle muqueux. On lui prescrit le lendemain de son entrée (1 février) une saignée de 360 grammes, un julep gommeux avec addition de 15 grammes de sirop d'ipécacuanha, une tisane pectorale et 12 ventouses sèches de chaque côté de la poitrine.

Le 2 février, le malade est dans le même état que la veille; la même prescription est continuée; à l'exception toutefois de la saignée et des ventouses. Le soir, je visite le malade, et tout d'abord il est facile de remarquer que les symptômes généraux sont loin d'être en rapport avec l'affection locale primitivement observée. L'oppression est devenue considérable, la peau chaude, le pouls dur et l'altération de la face si grande que je crois tout d'abord à l'existence d'une double pneumonie. Pour éclairer mon diagnostic, j'aide le malade à se mettre sur son séant; en le soulevant par le bras du côté gauche, il manifeste aussitôt une douleur très vive. Cette douleur attire mon attention, et je reconnais qu'il existe à la partie externe et supérieure de l'avant-bras, un peu au-dessous de l'articulation, une tumeur qui fait saillie sous la peau, et qui, quand on la presse, éveille des douleurs très vives; on y sent très manifestement de la fluctuation. C'est alors qu'il était de la plus haute importance de remonter aux antécédens du malade. Nous savons déjà qu'il est charretier, et il nous a très bien dit que parmi les chevaux dont il se servait il y en avait un atteint de morve aiguë et qu'il conduisait encore il y a quinze jours. Remarquons que c'est à cette époque que cet homme est tombé malade. Le cheval jetait beaucoup, et c'était lui-même qui était chargé de le panser, de lui laver les naseaux et il se rappelle avoir reçu plusieurs fois de la matière du jetage dans la figure, ainsi que sur les bras et les mains. Il dit même s'être piqué à un des doigts de la main du côté gauche ; mais en examinant avec grand soin, nous n'avons pas vu de trace de piqûre récente, encore moins d'inflammation qui ait suivi. Cet homme travaille chez M. Rieux, grand entrepreneur de vidange, rue de la Bourriée, à la petite Villette, et nous avons pu nous procurer les renseignemens suivans :

Quelque temps après l'entrée à l'hôpital de ce malheureux, on nous a dit qu'il existait dans l'établissement auquel il était attaché deux chevaux morveux dont l'un avait cette maladie si bien caractérisée que le vétérinaire, qui avait été invité à s'y transporter, exigea de suite que ce cheval fût abattu ; quant au second, moins malade, il fut dirigé vers l'école d'Alfort, où plus tard il fut réclamé par son maître, et j'ignore si la maladie a empiré. Voilà les renseignemens que nous avons pu nous procurer. Revenons maintenant aux phénomènes qu'a présenté cet homme.

C'est le 2 février, c'est-à-dire 48 heures après son entrée à l'hôpital, que la maladie a été reconnue. Il n'existait alors qu'un seul abcès dans l'épaisseur du muscle long supinateur, et le malade ne s'en est aperçu que le surlendemain de son entrée à l'hôpital ; mais il est probable qu'il l'avait déjà depuis quelques jours, et il était dans un état de prostration tellement grand qu'il n'a pu de lui-même en faire tout d'abord la remarque. Le soir du 2 février, il y avait un état général qui nous parut très grave ; les phénomènes qui s'étaient montrés dans les prodrômes redoublaient d'intensité, ainsi la fatigue, la douleur dans les membres étaient considérables, et cette douleur ne se faisait pas sentir dans les articulations, mais existait surtout dans la continuité des membres, sans trace de tuméfaction ni de rougeur. La fièvre était forte, la peau très chaude et le pouls dur et fréquent. La respiration était plus embarrassée que la veille ; aussi entendait-on dans une plus grande étendue du râle sous-crépitant ; il n'y avait pas de souffle bronchique. Le malade était couché en supination, la face altérée, grippée comme dans l'affection typhoïde, d'une couleur un peu jaunâtre, surtout au pourtour des ailes du nez ; les narines étaient sales et pulvérulentes. Le malade avait beaucoup de peine à expectorer, et comme je craignais qu'il ne mourût par asphyxie, je lui ordonnai le soir même, 0,05 d'émétique qui procurèrent quelques vomissemens et facilitèrent l'expectoration.

3 février. Un nouvel abcès s'est développé au bras du côté droit, tout à fait à la même place que celui du côté gauche. Il est comme celui-ci très douloureux à la pression.

La maladie est confirmée; plus d'incertitude sur le diagnostic ; aussi, M. Tessier, qui supplée en ce moment M. Récamier, ordonne que des frictions mercurielles soient faites sur toute la surface du corps ; en même temps il prescrit des pilules dans lesquelles il entre 1 décigramme de camphre et 0,20 centigrammes d'extrait de quinquina.

4. Le malade a parfaitement conscience de son état et dit lui-même qu'il est atteint de la même affection que le cheval qu'il soignait, et semble prévoir la terminaison funeste de sa maladie. Du reste, il dit ne pas se trouver plus mal que la veille ; cependant la face est plus altérée ; un nouvel abcès est survenu au pli du bras, du côté gauche, dans l'épaisseur du muscle court supinateur. Il demande des alimens, on lui donne des bouillons et du lait.

Le soir, sa langue est sèche, jaunâtre ; l'altération de la face plus profonde, les yeux plus caves ; pas de céphalalgie ; douleurs des membres persistantes ; pas de diarrhée ni de ballonnement du ventre.

L'état général reste le même jusqu'au 7 février ; alors l'oppression augmenta ainsi que la toux, et l'expectoration est tout à fait purulente, sans odeur caractéristique ; le malade est si faible que l'on n'examine pas de nouveau la poitrine. Le pouls est inégal et fréquent ; il y a de la somnolence ; chaque fois que l'on cherche à le faire parler, il répond comme s'il sortait d'un profond sommeil, et la voix est nasonnée, le ventre ballonné ; de nouveaux abcès apparaissent dans l'épaisseur des muscles de la région externe de la cuisse, des deux côtés ; les membres inférieurs sont légèrement infiltrés ; pas de délire, pas de taches sur la peau, pas d'éruption pustuleuse, pas de sécrétion de matière mucoso-purulente par les narines. C'est alors que M. Tessier songe à un moyen déjà mis en usage dans des circonstances analogues. Il cautérise avec le fer rouge la surface de tous les abcès que porte ce malheureux, pour tenter s'il est possible d'établir une inflammation éliminatoire.

8. Le lendemain, la fièvre a redoublé d'intensité, le pouls est fréquent, la langue sèche, la respiration difficile ; pas de délire.

9. Le malade a perdu complètement la parole ; il veut parler, sans pouvoir se faire entendre ; la peau est chaude, le ventre ballonné ; pas d'écoulement puriforme par les narines ; l'expectoration est suspendue.

On a continué jusqu'à ce jour la même prescription, à l'exception des pilules de camphre et de quinquina, que l'on n'a pu faire avaler au malade ; on a donné de la limonade vineuse et un julep, avec addition de 1 gramme de kermès.

(1) Nous devons avouer cependant que la science possède des exemples d'hydrocéphalie ventriculaire tuberculeuse, ayant débuté avant l'âge de 2 ans. Constant en a cité un remarquable exemple chez un enfant de treize mois, qui fut pris de convulsions répétées à la suite de la rougeole. Sa tête se développa trois semaines après environ, et l'enfant mourut sept mois après le début des accidens, avec une hydrocéphalie ventriculaire, causée par plusieurs tubercules cérébraux. (GAZ. MÉD., 15 février 1834.)

10. Il paraît mieux aujourd'hui qu'il n'a jamais été; la peau est moins chaude, le pouls moins fréquent, la langue peu humide; on continue la même prescription, et le soir je trouve le malade en sueur, l'oppression est devenue considérable; il ne répond plus, même par signes, aux questions qu'on lui adresse. Il tombe dans une sorte de collapsus et meurt dans la nuit.

AUTOPSIE — RIGIDITÉ CADAVÉRIQUE. On cherche en vain sur toute la surface du corps des traces d'éruption pustuleuse.

THORAX. Point d'épanchement dans la cavité thoracique. Adhérences de la plèvre du sommet du poumon droit à la plèvre costale, avec épaississement considérable, et ces adhérences sont tellement intimes que l'on ne peut les vaincre qu'en déchirant le tissu pulmonaire; à gauche l'adhérence existe seulement à la base du poumon, et est moins prononcée qu'à droite.

On trouve au sommet du poumon droit un ramollissement considérable, et un abcès métastatique du volume d'une grosse noix, dont les parois sont formées par du tissu pulmonaire fortement hépatisé. Vers la partie moyenne et près de l'origine des bronches, on trouve un autre abcès moins étendu que le premier. La base du poumon de ce côté est seulement engouée.

Le sommet du poumon gauche est passé au degré d'hépatisation rouge, la base à celui d'hépatisation grise, et, dans le reste de son étendue, le tissu pulmonaire est friable. En résumé, ces altérations du poumon sont assez semblables à celles que l'on rencontre chez les individus qui succombent à des phlébites ou des résorptions purulentes.

COEUR. — Pas d'épanchement dans le péricarde. Le cœur présente à sa face antérieure des plaques blanches au nombre de quatre. Le tissu du cœur est ramolli.

Rien de remarquable à noter du côté droit; l'oreillette gauche est remplie par un sang noir et liquide.

La membrane interne de l'aorte présente çà et là quelques reliefs colorés en rouge.

FOIE. — De petites ecchymoses se voient sous la capsule de Glisson; la consistance est normale. Pas d'abcès métastatique confirmé.

RATE. — Elle est friable et ramollie, gorgée d'un sang noir et liquide.

REINS. — Dans le rein du côté droit, on trouve un petit kyste de la grosseur d'une noisette rempli d'un fluide transparent sans odeur urineuse.

VESSIE. — On trouve dans la vessie une ulcération de la grosseur d'une pièce de 50 centimes.

L'estomac et les intestins ne nous ont rien présenté de particulier à noter. Il n'y avait ni rougeur ni engorgement des ganglions mésentériques.

Le cerveau et ses membranes sont à l'état normal; il faut rappeler ici que notre malade n'a pas eu un seul instant du délire.

Nous avons trouvé, du côté droit, des abcès dans l'épaisseur des muscles triceps brachial et brachial antérieur; à l'avant-bras, dans les muscles long supinateur, grand et petit palmaire; à la cuisse, dans l'épaisseur du vaste externe, de tenseur au fascia-lata; à la jambe, dans les muscles jumeaux et soléaire.

A gauche, dans le biceps brachial, le long supinateur, le triceps fémoral, les jumeaux et le soléaire. Aucun abcès dans les articulations.

Nous n'avons pas vu que ces abcès fussent entourés d'une membrane pyogénique, ils nous ont paru plutôt épars dans les interstices des fibres musculaires. Ce qui nous a frappé quand nous avons ouvert ces abcès, c'est le caractère particulier du pus qui n'a de ressemblance qu'avec la matière puriforme du jetage des chevaux, et qui n'a pas, comme on l'a dit, l'aspect de la matière du pus de bonne nature des phlegmons. Ce pus était d'une viscosité telle qu'on avait de la peine à le faire couler dans un tube; il avait plutôt une consistance semi-solide que liquide, et avait une couleur blanc grisâtre; malheureusement je ne l'ai pas examiné au microscope, peut-être aurait-on trouvé une différence dans ces globules comparés à ceux du pus phlegmoneux.

Mais les altérations les plus remarquables existaient dans les fosses nasales et surtout dans le larynx.

FOSSES NASALES. — Elles sont ouvertes un peu en dehors de la ligne médiane; à gauche, la cavité nasale est recouverte par un mucus épais et puriforme analogue au pus des abcès. Si l'on vient à l'enlever, on voit la membrane pituitaire rouge, tuméfiée et offrant en quelques points des arborisations vasculaires; sur les cornets moyens et inférieurs, il y a de petites plaques dont les unes sont blanchâtres et d'autres d'une couleur rouge lie-de-vin. On ne trouve pas de ce côté d'ulcération proprement dite, mais dans la partie la plus profonde du méat moyen se trouve une tendance à l'ulcération.

La portion gauche de la cloison présente des arborisations vasculaires semblables à celles dont j'ai déjà parlé, et tout à fait en avant une plaque d'un blanc-jaunâtre assez étendue.

A droite, les altérations sont plus graves. On voit également du mucus puriforme, étendu comme en membrane sur les cornets et dans les différens méats, des arborisations vasculaires analogues aux précédentes; mais dans le méat inférieur et dans sa profondeur il y a une plaque dont la rougeur contraste singulièrement avec la pâleur du reste du méat, plaque vive et présentant de petites granulations rougeâtres séparées les unes des autres par des intervalles moins colorés.

La muqueuse qui tapisse le cornet inférieur est prodigieusement tuméfiée, et le long de son bord interne (du cornet) la pituitaire est tellement gonflée qu'elle forme dans le méat inférieur un relief considérable. Tout à fait à la partie postérieure de ce cornet, la pituitaire est comme pelotonnée sur elle-même et forme là une espèce de champignon. Elle est en même temps gonflée, et il y a une ulcération superficielle commençante.

Mais l'altération la plus remarquable et celle qui fait le caractère pathognomonique de la maladie se rencontre ici, et est de la plus grande évidence. C'est une ulcération de 1 centim. de large sur 2 de long environ, qui existe dans la partie la plus profonde du méat moyen, et ici l'ulcération est loin d'être superficielle; car la portion du maxillaire supérieur qui correspond à ce méat est à nu. Cette ulcération est grisâtre et ses bords sont boursouflés; elle ressemble assez aux ulcérations de nature syphilitique; elle est recouverte par du mucus puriforme. La pituitaire de ce côté présente les mêmes altérations anatomiques que j'ai déjà signalées.

Mais ce n'est pas tout; nous avons aussi examiné le larynx, et ici les altérations sont plus profondes.

Les muqueuses buccale et pharyngienne sont dans leur état normal.

Les replis muqueux qui vont de la base de la langue à l'os hyoïde sont d'une couleur rouge lie de vin, ainsi que les ligamens aryténo-épiglottiques et thyro-épiglottiques.

Cette rougeur prédomine surtout dans l'angle rentrant que forme en arrière le cartilage thyroïde avec le cricoïde. La muqueuse de la face antérieure du pharynx présente aussi cette coloration. On cherche en vain des traces de l'épiglotte, elle a été complètement détruite par une ulcération qui commence à la base de la langue et qui se termine un peu au-dessous de l'orifice supérieur du larynx. Cette ulcération s'étend sur les côtés vers les ligamens thyro-épiglottiques, et en arrière vers les aryténo-épiglottiques. Elle est blanchâtre, et l'on y reconnaît encore la structure granulée et semi-cartilagineuse de l'épiglotte. La muqueuse du larynx est très rouge jusqu'au niveau des cordes vocales; au-dessous elle l'est encore, mais beaucoup moins, et est recouverte par un mucus épais; cette rougeur se retrouve encore dans la trachée et les grosses bronches.

Enfin, nous n'avons pu trouver d'altération notable dans les ganglions lymphatiques du cou, dans les glandes maxillaires et sub-linguales, non plus dans les ganglions axillaires et inguinaux.

Cette observation de morve aiguë se rapproche à beaucoup d'égards de toutes celles publiées sur cette maladie. Cependant, tous les symptômes que l'on a signalés ne se sont pas rencontrés ici. Ainsi, notre malade n'a pas présenté d'écoulement purulent par les narines; on a dit que cela pouvait dépendre du décubitus; mais ce n'est que dans les derniers temps de la maladie que le malade est resté dans le décubitus dorsal; auparavant, il se couchait indistinctement sur l'un ou l'autre côté. L'éruption pustuleuse a également manqué, ainsi que les ulcérations de nature gangréneuse; et ceci est important à noter, car si l'on fait de cette complication un symptôme, sinon pathognomonique, du moins essentiel de la maladie, ne serait-il pas rationnel d'admettre deux formes de morve, l'une avec éruption, l'autre sans éruption, sans perdre cependant leurs principaux caractères? Du reste, les faits sont trop peu nombreux pour justifier une pareille distinction.

Je rapprocherai cependant de cette observation un autre cas observé par M. Tessier, relatif à un malade entré mourant à l'hôpital, et qui a présenté à l'autopsie tous les symptômes de la morve, moins cependant l'éruption cutanée.

OBS. II. — Le nommé Descassioux, âgé de 25 ans, maçon, entre à l'Hôtel-Dieu le 11 septembre 1841. Il meurt deux heures après son entrée, et voici les renseignements que l'on a pu se procurer. Huit jours avant qu'il tombât malade, il était allé jusqu'à Arpajon faire la conduite à un de ses camarades; il avait passé la nuit dans cette ville, et quand il revint à Paris il était complètement ivre; il resta pendant quelques jours dans son garni, et la maîtresse craignant qu'il ne mourût chez elle, l'envoya à l'Hôtel-Dieu. Il y arriva avec du délire, et l'on constata seulement une tuméfaction de la lèvre supérieure, que le médecin qui l'avait vu dans son garni avait ponctionnée plusieurs fois. Voici le détail de l'autopsie. Elle a été faite dans la matinée du 12 septembre 1842.

THORAX. POUMON DROIT. Au sommet, on trouve quelques indurations très sensibles au toucher; le tissu pulmonaire incisé n'offre que des traces de congestion pulmonaire. Au niveau du lobe inférieur, on voit encore de ces indurations, mais elles sont plus nombreuses et plus caractéristiques. Au bord inférieur de ce même lobe, on trouve trois abcès semblables aux abcès métastatiques.

Il existe dans le lobe supérieur du poumon gauche un abcès considérable semblable aux précédens et assez superficiel, entouré par d'autres d'un moindre volume. On en retrouve encore dans le lobe inférieur.

La rate est d'une couleur livide, sans ramollissement apparent.

Le foie a conservé sa couleur normale et n'offre pas de traces d'abcès métastatiques.

FOSSES NASALES. On ne trouve rien dans la fosse nasale du côté gauche; mais à droite on voit des ecchymoses sur la cloison, des pustules bien caractéristiques avec injections de la pituitaire sur la face interne des cornets moyen et inférieur, et dans tout l'intervalle qui les sépare; cette altération se borne à sa partie antérieure.

Le larynx, le pharynx, la trachée, les bronches n'ont présenté rien de remarquable, ainsi que l'estomac, les intestins, le cerveau et ses membranes.

Le tissu cellulaire de la lèvre supérieure était infiltré de pus, qui se propageait dans les fosses nasales du côté droit.

Quoique cette observation manque de détails sous le rapport des antécédents du malade, il n'en est pas moins vrai que l'on a trouvé chez ce sujet des altérations que l'on a regardées comme caractères pathognomoniques de la morve; je veux parler des ulcérations des fosses nasales. Ici, comme dans l'observation précédente, l'éruption pustuleuse a manqué, ainsi que l'écoulement purulent par les narines; car l'autopsie ne fait aucunement mention de pus trouvé dans les fosses nasales. Celui qui existait était dans le tissu cellulaire sous-muqueux et s'y était propagé de la lèvre par continuité de tissu.

Voilà donc deux observations qui militent en faveur de cette idée émise par M. Tessier, à savoir que la morve peut présenter deux variétés, l'une sans éruption cutanée, l'autre au contraire avec éruption, et s'accompagnant toutes deux de *pustules morveuses* dans les fosses nasales.

OBSERVATION D'OPHTHALMIE PURULENTE TRÈS GRAVE SUR UN ENFANT LYMPHATIQUE; CHANGEMENT DE CETTE AFFECTION, SOUS L'INFLUENCE DU TRAITEMENT, EN UNE OPHTHALMIE SCROFULEUSE REBELLE, AVEC PERSISTANCE DE LA PHOTOPHOBIE; GUÉRISON APRÈS QUE LA PHOTOPHOBIE A ÉTÉ COMBATTUE PAR LE NITRATE D'ARGENT A HAUTE DOSE; recueillie par le docteur VALLEZ, médecin belge.

OBS. — Le 4 mai 1841, le jeune Nicolas (Charles), âgé de 5 ans, d'un tempérament lymphatique, lèvres épaisses, glandes cervicales engorgées, nez épaté, couvert de croûtes, peau blanche et fine, est amené à la clinique oculaire du docteur Desmarres, où nous avons pu constater l'état suivant :

Les paupières entièrement gonflées, tendues et luisantes ne peuvent pas être écartées pour examiner les yeux, un écoulement de mucus puriforme s'écoule par la fente palpébrale en si grande abondance, que la mère de l'enfant nous dit qu'il verse continuellement des larmes de pus. L'épiderme des joues commence à se soulever et laisse voir le derme à nu dans quelques endroits.

Prescription : Appliquer 2 sangsues au devant de chaque oreille, laisser saigner les piqûres pendant quatre heures ; nuit et jour, de minute en minute, au moyen d'une petite seringue, pousser avec force une injection du liquide suivant dans l'ouverture palpébrale :

Eau distillée	125	grammes
— laurier cerise	20	—
Borax	6	—
Mucilage de semences de coings.	10	—

Filtrez F. S. A. pour un collyre.

Les paupières sont touchées immédiatement avec le sulfate de cuivre en crayon.

5 mai. Les paupières paraissent moins tendues, moins rouges; l'écoulement du pus semble être moins abondant. La mère de l'enfant a exécuté à la lettre notre prescription d'hier, particulièrement en ce qui touche les injections dans l'ouverture palpébrale qu'elle a faites de minute en minute nuit et jour depuis hier. (Continuer les injections, 30 grammes de manne dans du lait ; deuxième cautérisation avec le sulfate de cuivre.)

6 mai. L'écoulement purulent a presque cessé; les paupières ne sont plus tendues; l'enfant ouvre les yeux pour la première fois depuis six jours, 48 heures après le commencement du traitement. Les conjonctives palpébrales sont couvertes de granulations discrètes peu élevées, très rouges particulièrement à leur base; les conjonctives oculaires sont à l'état normal. Les cornées sont transparentes dans leurs 3/4 supérieurs, mais on remarque à leur partie inférieure un large épanchement interlamellaire blanc-jaunâtre (onyx) qui s'avance jusqu'à la partie inférieure de la pupille. Dans la cornée droite il y a un deuxième épanchement en forme de demi lune, placé verticalement à 3 millimètres du côté externe de la cornée, et dont la concavité tournée en dedans suit le contour de la pupille sans masquer cette ouverture. Pendant notre examen, la sclérotique s'injecte un peu, et l'enfant verse quelques larmes. (Troisième cautérisation avec le sulfate de cuivre; continuer le collyre, mais en ne l'employant désormais qu'à la dose d'une goutte 6 à 8 fois par jour.)

Du 7 au 10 mai. Les deux dernières cautérisations semblables aux premières sont faites les 7 et 8 mai; l'écoulement purulent diminue de plus en plus et disparaît entièrement le 10.

11 mai. L'enfant paraît assez bien. Il ouvre un peu les yeux; mais la lumière le gêne plus qu'hier. La sclérotique est plus injectée. Il n'y a plus de granulations. (Une grosse sangsue devant chaque oreille ce soir. Cesser de suite l'usage du collyre.)

12 mai (Oph. lymph.) L'enfant ne peut plus ouvrir spontanément les yeux; les paupières ne sont pas gonflées; il n'y a point d'écoulement de pus. Lorsqu'on écarte les paupières, il s'écoule un flot de larmes; la sclérotique et la conjonctive oculo-palpébrale sont le siége d'une injection très vive. Les épanchemens que nous avons vus entre les lames de la cornée se sont rompus au-dehors et laissent à leur place de larges ulcérations très superficielles, assez transparentes, cupuliformes. Quelques vaisseaux ont traversé la cornée et viennent se rendre à chacune de ces ulcérations. L'un d'eux, dans l'œil droit, près de la jonction de la sclérotique à la cornée, se termine par une pustule remplie d'un liquide jaunâtre. Il est évident que désormais nous n'avons plus affaire à une conjonctivite purulente, mais bien à une conjonctivo-kératite lymphatique avec ulcération. Le pronostic, malgré la photophobie survenue, est désormais bien plus favorable. L'épanchement semi-lunaire de la cornée droite existe encore et paraît vouloir se résorber. (Appliquer de suite 2 sangsues au-devant de chaque oreille, 6 paq. calomel, soufre doré et magnésie, frictions avec onguent napolitain et belladone.)

14 mai. La photophobie et l'injection sont toujours très grandes; les ulcérations s'entourent d'une auréole blanc-jaunâtre en forme de cercle. (6 pilules de chacune 1 grain (5 centigr.) de calomel et d'extrait de belladone, emplâtre de Janin derrière chaque oreille, continuer les frictions, borax 2 grammes en collyre.)

18 mai. Même état. On donne la potion suivante à prendre à la dose de 15 gouttes matin et soir dans un peu d'eau sucrée. (Eau distillée, 16 grammes; hydrochlorate de baryte, 2 grammes.)

19 mai. Large vésicatoire à la nuque. La baryte causant des douleurs d'estomac, on devra en cesser l'usage. (Viandes rôties, vin rouge, tisanes amères, exercice au grand air.)

Depuis le 20 mai jusqu'au 19 août, cet enfant n'a pour ainsi dire plus ouvert les yeux, que de temps en temps et à l'obscurité. A huit reprises différentes, pendant ces trois mois, il a été pris de rechutes ou plutôt de recrudescences plus ou moins graves, qui toutes ont nécessité l'application de sangsues en plus ou moins grand nombre. Après chacune de ces émissions sanguines locales, la lumière était un peu mieux supportée, et alors on prescrivait un vésicatoire, soit à la nuque, soit derrière l'une ou l'autre des oreilles, soit derrière toutes deux à la fois; puis on passait à un collyre légèrement astringent (borax de 2 à 3 gram.), et l'on continuait lorsque l'estomac le permettait, la potion indiquée plus haut ou une autre composée avec l'iodhydrate de potasse.

Depuis le mois de mai jusqu'au mois d'août, j'ai prescrit, savoir ; 41 sangsues au-devant des oreilles ; 1 vésicatoire à la nuque ; 14 vésicatoires de Janin derrière les oreilles ; 30 paquets de calomel ; 80 paquets d'éthiops minéral ; 1 collyre de nitrate d'argent à 50 centigrammes pour 10 décigrammes d'eau ; 1 autre collyre à 55 centigrammes.

Malgré tous ces moyens, les ulcérations ne se cicatrisaient pas, mais ne s'étendaient pourtant pas davantage. La santé de l'enfant s'épuisait, un amaigrissement notable était survenu, quelque bonne et forte que fût la nourriture, et malgré les soins que prenaient ses parens d'exécuter nos prescriptions. Le citrate de fer avait été pris à la dose de 6 grains par jour pendant le dernier mois. Il n'y avait pas à balancer; suivre la même route, c'eût été infailliblement conduire, en ne lui sauvant peut-être pas les yeux, cet enfant à un épuisement funeste; M. Desmarres prit donc, ainsi qu'il l'avait déjà fait pour deux autres jeunes malades de Versailles, à peu près dans le même cas, la résolution de prescrire le nitrate d'argent à haute dose. Dès le jour même de l'emploi de ce médicament, l'enfant ouvrit spontanément les yeux, à un jour assez sombre, et s'accoutuma bientôt à les tenir grands ouverts, en ne conservant qu'une visière. En peu de temps les ulcérations cupuliformes se remplirent d'une matière blanchâtre, épaisse, qui s'organisa et forma bientôt de solides cicatrices que nous espérons bien voir disparaître, sous l'influence du laudanum et d'une pommade de précipité rouge que l'on prescrira prochainement. La vue n'est d'ailleurs aucunement gênée par les opacités des cornées ; l'enfant reprend de l'embonpoint et n'emploie maintenant aucun médicament. Il est clair qu'à lui seul le nitrate d'argent à haute dose a agi ici d'une manière plus efficace que les antiphlogistiques, les mercuriaux, les purgatifs, les révulsifs, etc.

OBSERVATIONS D'EMPOISONNEMENT PAR LE CÉRAT FAIT AVEC DES BOUGIES DE NOUVELLE FABRICATION, DANS LA COMPOSITION DESQUELLES ENTRE DE L'ACIDE ARSÉNIEUX; communiquées par M. ERRARD, D. M. à Jujurieux (Ain).

Monsieur le rédacteur,

Permettez-moi d'avoir recours à votre journal pour publier deux observations qui me paraissent importantes, puisqu'elles peuvent non-seulement prévenir des accidens graves, mais encore éclairer les médecins légistes sur un cas possible d'empoisonnement par l'acide arsénieux, empoisonnement qui ne serait point l'effet de la malveillance.

OBS. I. — En 1841, un homme âgé de 53 ans venait d'avoir une pneumonie, qui avait été traitée avec succès par les saignées répétées; il était en pleine convalescence, lorsque d'après mes recommandations on mit des compresses enduites de cérat sur des plaies qui avaient été produites à chaque bras par une application de vésicatoires.

Le lendemain ayant été appelé de très bonne heure, je me rendis aussitôt auprès du malade que je trouvai dans un état très inquiétant ; ses bras étaient douloureux, sa langue était rouge, sèche, fendillée; sa soif était insupportable; il éprouvait dans le ventre des tranchées qui n'étaient suivies d'aucune selle. J'observai des contractions involontaires dans les muscles des membres inférieurs et du dos; le pouls était petit, irrégulier et fréquent. Le malade avait de la céphalalgie.

Je ne visitai point les plaies des bras qu'on me dit être rouges et enflammées.

Prescription : 8 sangsues derrière chaque oreille, lavemens émolliens, tisanes émollientes, fomentations émollientes sur l'abdomen et les bras.

Le malade mourut dans la soirée.

Je soupçonnai l'administration d'un remède nuisible, ne pouvant m'expliquer autrement l'apparition de symptômes aussi graves n'ayant aucun rapport avec la maladie antérieure; mais les parens du défunt répondirent négativement à toutes les questions faites dans ce sens, et je ne poussai pas plus loin mes recherches.

OBS. II. — Huit jours après l'accident du sujet de l'observation précédente, une jeune fille à qui j'avais fait appliquer un vésicatoire à la cuisse pour combattre une céphalalgie survenue à la suite d'un retard dans l'apparition de ses règles, met sur la plaie une compresse enduite de cérat. Elle y éprouva bientôt de vives douleurs qui obligèrent d'enlever les pièces de pansement. Je fus mandé. La jeune

fille se plaignait d'avoir une soif intolérable, d'éprouver des envies de vomir, des douleurs à l'épigastre. Sa langue était rouge; la plaie qui existait à la cuisse était enflammée, un peu saignante. Il y avait des mouvemens saccadés dans les membres.

Prescription : Potion calmante, tisane, lavemens, fomentations avec eau de mauve; un grand bain.

Cette jeune fille était guérie au bout de peu de jours.

Les parens regardaient l'application du cérat sur la plaie de la cuisse comme ayant été la cause des accidens. Je l'examinai pour satisfaire leur désir. Il était blanc, onctueux au toucher et avait enfin une apparence tout à fait normale. Cependant je ne tardai pas à me rappeler que chez le sujet de la première observation, les accidens graves ayant amené sa mort et ayant eu quelque analogie de forme avec les symptômes de l'indisposition de cette jeune fille, s'étaient déclarés peu de temps après une application de compresses enduites de cérat sur les plaies de ses bras. Je me souvins, en outre, que, peu de temps avant, une mère s'était plainte de ce que du cérat employé pour son enfant avait augmenté le mal préexistant (une inflammation des ailes du nez); j'allai aux informations. Elles m'apprirent que le cérat dont on avait fait usage dans ces trois circonstances sortait de la même maison. Puis ce qui me rendit compte de la cause des accidens observés, qu'il avait été fait avec des bouts de bougies à 1 fr. 60 cent., bougies de nouvelle fabrication, dans la composition desquelles entre l'acide arsénieux.

Je regrette qu'un examen chimique du cérat employé ne soit point venu apporter une plus grande valeur à ces observations qui cependant, je crois, prouvent suffisamment la nécessité d'éclairer le public sur la composition de ces bougies, puisque dans presque tous les villages, il existe presque toujours une petite pharmacie tenue par des dames pieuses ou des religieuses qui souvent emploient à la confection du cérat les extrémités des cierges ayant servi à l'éclairage de l'église de l'endroit; cette nécessité me paraît d'autant plus urgente que l'on commence à se servir pour ce dernier usage de cierges faits avec du suif blanchi et durci par de l'acide arsénieux.

Agréez, etc.

OBSERVATIONS DE POLYPES DE L'UTÉRUS ET DU VAGIN; SUIVIES DE RÉFLEXIONS; communiquées par M. TANCHOU.

On sait que les polypes de l'utérus sont des affections tellement connues qu'il y a peu de chose à ajouter sur leur nature et sur leur traitement. Levret et Herbiniaux avaient déjà traité ce sujet convenablement; Dupuytren en a parlé très au long (1), et plusieurs chirurgiens distingués en ont fait l'objet de très bonnes monographies, entre autres M. Malgaigne. Mais il n'y a pas de fait dans la pratique qui ne donne lieu à quelques remarques particulières dont la connaissance peut être utile à un autre praticien en pareil cas. C'est uniquement sous ce point de vue que je donne les observations suivantes.

Obs. I. — Madame Dela..., demeurant à Belleville, rue de Paris, d'une forte constitution, âgée de 40 ans, réglée à 14 ans, et depuis d'une manière très régulière, a eu un enfant il y a treize ans. Depuis quelques années, elle voyait sa santé se déranger, mais elle l'attribuait à des contrariétés. Il y a deux années, je fus appelé pour une forte perte, que je combattis par les moyens ordinaires. Quatre mois après, nouvelle perte moins abondante. A partir de ce moment, la malade resta pâle, de rouge et fraîche qu'elle était. A cette époque, je pratiquai le toucher, et je ne découvris rien qu'un peu plus de volume dans l'utérus. De nouvelles pertes se répétèrent à des distances de trois ou quatre mois. En touchant à plusieurs reprises, je finis par sentir un corps étranger dans le col utérin, qui était à peine dilaté. Dès-lors plus d'incertitude sur la nature de la maladie; mais l'opération eût été prématurée. Ce fut aussi l'avis de M. Fouquier, appelé en consultation. Les pertes de sang devinrent de plus en plus fortes et fréquentes, si bien que Mad. Dela... devint exsangue, ses jambes s'infiltrèrent; et malgré que le polype ne fût pas encore bien descendu, il fallait mettre un terme à cet état pour ne pas la voir succomber.

L'opération ayant été décidée dans une consultation avec MM. Jobert et Londe, je la pratiquai quelques jours après, secondé par ce dernier et MM. Eguisier et Léger.

Le polype était inséré à la paroi latérale gauche de l'espace qui sépare le col interne du museau de tanche; il était dur, du volume d'un œuf, et on éprouva quelque difficulté à passer la pince de Museux pour aller saisir le col. On exerça d'abord des tractions sur la lèvre postérieure pour faire descendre l'utérus dans la direction de l'axe du vagin; puis sur les deux lèvres à la fois; mais on ne put que difficilement l'approcher de la vulve. Je fus obligé d'inciser le museau de tanche, tant il était serré sur le polype; alors ne pouvant plus abaisser l'utérus, je me décidai à tirer sur le polype lui-même. Je sentis ce corps céder à son insertion, et dans la crainte de le déchirer ou d'en laisser des lambeaux, je portai les ciseaux sur son pédicule; mais j'avais à peine commencé à l'exciser qu'il céda à un effort et se détacha entièrement. Il n'y eut point de perte de sang; la matrice reprit sa place ordinaire; on s'assura par le toucher qu'aucun vestige du mal n'était resté; et au bout de quelques jours madame Dela... était rétablie. Depuis elle ne s'est jamais mieux portée. Il y a deux ans de cela; rien n'annonce le retour de la maladie.

Examiné avec soin le polype paraissait composé de plusieurs petites tumeurs globuleuses, semblables à celles qui constituent certaines tumeurs du sein. Elles étaient réunies entre elles par des bandes fibreuses, nacrées, criant sous le scalpel. Le pédicule était formé par le rapprochement d'un tissu membraneux; la surface de la tumeur était lisse et son noyau n'avait pas été entamé par le tranchant des ciseaux.

Obs. II. — Madame Lef..., âgée de 43 ans, demeurant rue du Faubourg-St-Martin, a eu quatre enfans. Réglée régulièrement depuis l'âge de 15 ans, ce n'est que depuis 18 mois qu'elle s'est aperçue de quelque désordre de ce côté; mais elle éprouvait depuis longtemps déjà des douleurs vives dans les régions hépatiques et ovariques. Après quelques soins préliminaires réclamés par l'état du foie, j'explorai les organes sexuels; l'utérus était entr'ouvert, volumineux, et la cavité du col était obstruée par une tumeur qui n'avait pas encore franchi son orifice.

Le 15 février 1841, MM. Lisfranc et Danyau, consultés à ce sujet, reconnurent l'opportunité de l'opération; je la pratiquai le premier mars, aidé de MM. Fuster, Eguisier et Léger. Le col, saisi avec des pinces de Museux, fut attiré vers la vulve; le polype fut saisi avec une seconde pince; les ciseaux furent portés sur son pédicule; il céda aux premières tractions et se détacha entièrement, emportant avec lui un lambeau membraneux. Examiné avec soin, il n'avait pas été endommagé; une portion du pédicule seule avait été divisée par les ciseaux. Il était arrondi; sa substance était formée par une agglomération de granulations tuberculeuses, comme le précédent. La matrice remonta à sa place, et le toucher fit reconnaître que le pédicule avait été emporté en entier. L'opération date d'un an et demi, et il ne s'est montré aucun signe de récidive.

Obs. III. — Madame M..., 38 ans, réglée à 17 ans, mariée à 31, sans enfans, avait joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de 37 ans. A cette époque, des souffrances se développèrent dans le bassin, particulièrement dans la région sacrée; les règles devinrent plus fréquentes, plus abondantes, et s'accompagnèrent de douleurs inaccoutumées. Dans leur intervalle, un suintement séro sanguinolent avait lieu par la vulve. Il y a quinze jours une métrorrhagie survint pendant la nuit, elle dura cinq heures. La malade avait conservé son embonpoint, mais elle présentait déjà l'aspect particulier aux femmes affaiblies par des pertes de sang. Le toucher me fit reconnaître la présence d'un polype fibreux que je crus inséré dans la cavité du col, près de son orifice interne. M. Breschet appelé en consultation fut du même avis; nous fûmes d'accord sur l'urgence de l'opération. Elle fut pratiquée en présence de MM. Fuster, Eguisier et Foley.

Une pince de Museux ayant été implantée sur le polype, à l'aide du spéculum, on exerça des tractions qui l'amenèrent lentement à la vulve, mais on sentit un bruit de crépitation qui fit craindre sa déchirure. Une seconde pince fut employée. Le doigt, introduit dans le pédicule et le col, était énergiquement serré par l'orifice de ce dernier. Une première ligature fut portée sur le pédicule, au moyen du doigt; une seconde fut appliquée au dessus de la première, au moyen d'un serre-nœud. Un aide exerçait des tractions continues à l'aide de ces ligatures et des pinces; c'est alors que je reconnus que le polype était inséré dans la cavité *du corps* de la matrice, à sa face antérieure. Des ciseaux courbes sur leur plat furent glissés entre le corps étranger et les parois de l'organe, et j'incisai aussi haut que possible, coupant la tumeur de haut en bas et d'avant en arrière. La section trouva de la résistance et fit entendre un bruit de scie qu'on perçoit quand on divise un corps fibreux.

Il s'écoula fort peu de sang : le doigt introduit dans le col n'y reconnut rien d'anormal. Deux heures après, un peu de sang s'écoula en nappe; il fut arrêté par des injections froides.

Le corps extirpé avait la forme habituelle des tumeurs développées dans la cavité utérine : il était ovoïde, la base tournée en bas, le sommet, ou pédicule, regardait en haut. Son tissu était formé de fibres blanches, nacrées, très résistantes, superposées et entrelacées irrégulièrement; un tissu cellulaire très serré se trouvait interposé dans leurs mailles. Quelques vaisseaux sanguins peu développés traversaient le pédicule et allaient se perdre dans le centre ou s'épanouir à la surface. Cette dernière était lisse en général, mais elle était ulcérée à certaine place.

C'est ici le lieu d'examiner le précepte « que le meilleur moyen d'arrêter les hémorragies causées par les corps fibreux de l'utérus, c'est de les dépouiller de la membrane muqueuse qui les recouvre, et de les cautériser, » l'auteur de cette proposition prétendant « que les vaisseaux sanguins viennent de la surface de ces végétations, et non de l'intérieur de leurs tissus. » Nous pensons, qu'à tant faire que de se mettre en mesure de peler un polype, il vaut mieux l'extraire tout de suite. Quant à l'idée théorique de l'hémorragie, nous la trouvons essentiellement fausse; autrement on n'aurait plus de pertes de sang à redouter quand le corps fibreux est enlevé, et, de plus, on sait que ces hémorragies se font toujours par la pointe de la surface du polype, qui est ulcéré ou excorié, là où la membrane muqueuse qui les recouvre est enlevée.

Une circonstance étrangère à l'opération a failli me faire perdre cette malade : le quatrième jour, sans cause connue, elle fut prise d'un frisson par tout le corps, et notamment dans la cuisse droite; le soir, il se manifesta un érysipèle dans l'aine du même côté. Effrayé de ce qui se passait dans les hôpitaux dans ce moment, à ce sujet, et de la gravité de cette affection, qui était fréquemment mortelle chez les opérés, j'ordonnai des applications répétées de compresses trempées dans une dissolution de ni-

(1) Leçons orales.

trate d'argent cristallisé (4 grammes sur 200 grammes d'eau) ; ce moyen eut un succès merveilleux ; dès le soir, le mal était arrêté, le frisson avait disparu, la fièvre avait cessé, la chaleur âcre et mordicante que l'on sentait à la main, en présentant celle-ci à distance, n'existait plus; en un mot, la malade ne souffrait plus, seulement la plaie de l'érysipèle était devenue noire et couverte de petits boutons blancs, résultat du nitrate d'argent. La convalescence de Mme M... ne fut retardée qu'un instant.

Obs. IV. — Mme De..., âgée de 52 ans, se présenta au dispensaire Ste-Geneviève; elle a eu deux enfans. Elle n'a pas cessé d'être réglée, mais depuis quelques mois elle tache son linge en rouge entre chaque époque. Sa santé est bonne à part cela. Le toucher me fit reconnaître un corps flottant dans le vagin, mince, aplati, paraissant s'implanter sur le bord inférieur du museau de tanche. Le doigt se retira tout ensanglanté. Au spéculum, on reconnut le même corps découpé d'une manière ondulée sur ses bords.

La malade se soumit à l'opération le 31 mai 1842, en présence de MM. Eguisier et Foley. La saisie du polype n'offrit pas de difficulté; il se laissa facilement abaisser, et, à cause de cela, je jugeai inutile de saisir le col utérin lui-même. Celui-ci était d'ailleurs effacé, comme il l'est souvent chez les femmes âgées. Le polype ayant été amené à la vulve, à la portée du doigt, fut excisé par quatre coups de ciseaux; il avait à peu près la forme d'a crête de coq ; sa base était large et alongée, ce que la traction ne m'avait pas permis d'apprécier. Le doigt porté dans le vagin reconnut que la section avait laissé une surface lisse. Ce ne fut que trois jours après que je m'aperçus que la section avait été faite tout près du museau de tanche. Celui-ci, comme je l'ai dit, était de niveau avec le vagin, qui se terminait là en cul-de-sac. Après deux cautérisations de la plaie, qui était encore saignante, Mme De... se trouva rendue à la santé.

La première et la deuxième observation sont remarquables par la forme globuleuse et mamelonée du polype et par l'absence de pédicule; suivant l'expression heureuse de M. Blandin, ces sortes de polypes sont *sessiles*. En pareil cas, s'il était possible de reconnaître d'avance cette particularité (mais malheureusement la position de la tumeur s'y oppose presque toujours, il faudrait chercher à arracher plutôt qu'à exciser la tumeur, ce qui serait facile, car la partie adhérente à l'utérus, une fois entamée par l'instrument, le polype cède sans peine. Mais, pour cela, il est prudent d'attendre, si l'état de la malade le permet, que tout le polype soit sorti du tissu de la matrice; lorsqu'il y est encore incarcéré, on coupe dans la continuité du corps étranger, et on laisse dans l'organe un germe de récidive qui ne manque pas d'avoir lieu; dans le cas contraire, la guérison est certaine et définitive.

Le point d'attache du troisième polype ne fut reconnu que pendant l'opération : il était situé au fond de l'utérus. Le peu de sang que la malade avait perdu durant le cours de sa maladie, comparativement à ce qui a lieu dans les cas analogues, avait contribué à induire en erreur. On sait en effet que la présence d'un corps étranger dans la cavité du corps de la matrice donne lieu généralement à des pertes opiniâtres, qui ne s'arrêtent que lorsqu'il est enlevé. Il est vrai que le col, n'ayant jamais été dilaté par les accouchemens, se trouvait fortement contracté à son orifice interne, et que le polype s'était probablement développé dans l'épaisseur du parenchyme utérin. S'il se fût élevé de la surface qui fournit les règles, les pertes de sang se fussent manifestées plus tôt. La malade guérira-t-elle sans retour? C'est douteux, bien que la section ait été faite le plus près possible des tissus sains; car nous avons laissé la racine du mal dans le tissu même de l'utérus où s'implantait le polype, endroit inaccessible à l'instrument. La circulation change, dans les polypes, à une certaine distance de leur point d'insertion, comme dans le nœud vital d'une plante; les vaisseaux augmentent de volume en s'éloignant du pédicule. Il est permis de croire, d'après cela, qu'une perte de sang eût été à redouter si la section avait été pratiquée plus en deçà.

Le quatrième polype était formé par l'hypertrophie d'un repli de la membrane muqueuse, ou par le développement exagéré des bourgeons charnus d'une ulcération antérieure. Ce dernier cas est le plus fréquent, et c'est à l'aspect qu'ils prennent dans cette circonstance, qu'ils doivent le nom de polypes charnus (vivaces de Levret). L'insertion de celui dont il s'agit, et la conformation du col près duquel il était inséré pouvaient induire en erreur, d'autant plus facilement que son attache était marquée par le polype lui-même. Dans le cas où des végétations se reproduiraient, on les détruirait avec le caustique, et la malade restera guérie, si toutefois ces productions ne sont pas le résultat d'un état morbide plus profond.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 31 OCTOBRE.

POLYPES DES FOSSES NASALES.

M. Leroy-d'Etiolles adresse à l'Académie une lettre dans laquelle il rappelle les divers procédés qui ont été imaginés pour faire la ligature des polypes des fosses nasales, lorsqu'ils sont volumineux et situés profondément. La méthode de Brasdor, qui consiste à amener les deux bouts du fil de la bouche dans la narine avec une sonde conductrice, l'anse embrassant le polype d'arrière en avant, n'appartient pas, dit-il, à ce chirurgien, mais à un homme étranger à la médecine, à Roderick de Cologne, qui parvint à se guérir d'un polype. C'est une modification et une addition à cette méthode, que M. Leroy a soumises à l'examen de l'Académie en 1833, et qu'il rappelle dans sa lettre. L'auteur ajoute que ce qui compromet le succès de la méthode de Brasdor ou de Roderick, c'est la difficulté que l'on éprouve à porter la ligature près de l'insertion de la tumeur; l'anse est bien formée en arrière par les nombreux moyens que l'on a imaginés dans ce but, mais en avant on n'a pas songé à maintenir un écartement suffisant, d'où il résulte que bien souvent le polype, incomplètement embrassé, n'est coupé qu'en partie et repullule : M. Leroy pense que les moyens qu'il met à la disposition des chirurgiens permettent 1° de porter plus haut en arrière la ligature qu'on ne pouvait le faire; 2° d'écarter en avant du polype les fils; 3° de les élever en avant, en un mot, de le saisir et de le détacher plus sûrement et plus facilement. Enfin, il termine en disant que l'expérience a confirmé ses prévisions et que ses porte-ligatures ont réussi entre les mains de Dupuytren, de MM. Berard et Blandin, et entre les siennes, alors que d'autres instrumens avaient été insuffisans.

RÉTRÉCISSEMENS DE L'URÈTRE.

M. Mercier, dans une lettre à l'Académie, discute les trois questions suivantes que M. Civiale a posées dans un mémoire présenté à cette société savante dans l'une de ses dernières séances : Quels sont les états morbides qui constituent les rétrécissemens urétraux ? A quels effets matériels ceux-ci donnent-ils lieu quand on les néglige ? A quels désordres exposent dans le traitement les préceptes établis par des ouvrages de chirurgie? Presque tous les chirurgiens, dit M. Mercier, attribuent, comme M. Civiale, les rétrécissemens de l'urètre à une altération de ses parois; seulement ils ne disent pas d'une manière générale que la muqueuse qui recouvre les rétrécissemens ne diffère pas sensiblement de ce qu'elle est dans les autres points, et en cela ils auraient parfaitement raison. Quant à l'altération des parois du canal ils l'expliquent de différentes manières. M. Mercier ajoute que dans une note qu'il a publiée dans la Gazette Médicale du mois d'avril 1839, il a posé en fait que la plupart des rétrécissemens de l'urètre, de l'œsophage, du rectum, etc., dépendaient d'une transformation en tissu fibreux des tissus qui composent ces canaux, et pour ce qui regarde l'urètre en particulier, que le tissu spongieux qui le forme n'étant qu'une dépendance du système veineux, le travail inflammatoire opère dans ses cellules les mêmes phénomènes que dans les veines, c'est-à-dire coagulation du sang et partant oblitération ; plus tard, résorption de ce sang coagulé, et par suite retrait, effacement des cellules. Ce principe une fois admis, on conçoit comment du retrait de chacune d'elles résulte un rétrécissement du canal.

M. Mercier pense que M. Civiale est dans l'erreur lorsqu'il dit qu'il n'existe jamais de rétrécissemens dans la portion membraneuse. D'ailleurs, Desault et M. Amussat avaient déjà soutenu la même opinion que M. Civiale. L'hypertrophie de la vessie dans les cas de rétrécissemens de l'urètre est un fait connu depuis longtemps, dit M. Mercier ; chacun savait aussi qu'elle ne s'hypertrophie pas toujours au même degré; mais dire que dans certains cas de dysurie elle s'atrophie, c'est émettre une proposition que personne ne réclamera à M. Civiale. Ce serait une exception unique en pathologie que l'atrophie d'un organe obligé de lutter avec plus d'énergie.

Personne, continue M. Mercier, n'a décrit au niveau du rétrécissement autre chose que le rétrécissement; mais ce qu'il y de certain, c'est qu'on a décrit derrière lui des dilatations, des inflammations, des ulcérations, des infiltrations urineuses, des gangrènes, des fistules, etc., comme le fait M. Civiale qui en cela a été devancé par Ch. Bell et presque tous les chirurgiens.

Quant à ce que M. Civiale dit des états morbides de la prostate et du col vésical si peu connus jusqu'ici, M. Mercier rappelle qu'il les a décrits dans son ouvrage avant M. Civiale. Enfin, pour la cautérisation contre laquelle M. Civiale s'est élevé, M. Mercier rappelle que cette méthode est loin d'être aussi générale qu'il le suppose, qu'elle n'est, au contraire, actuellement pratiquée que par un très petit nombre de chirurgiens, et que lui-même, ainsi que beaucoup de chirurgiens, se sont élevés contre elle.

KÉRATOPLASTIE.

M. Feldmann, qui doit adresser prochainement à l'Académie un mémoire sur ce sujet, communique dès à présent le résultat d'expériences qu'il a faites de concert avec son ami M. le docteur Davis, de Munich.

La cornée détachée de l'œil d'un animal et réappliquée au moyen de sutures se cicatrise en contractant des adhérences nouvelles et résistantes. Le même effet se produit d'une cornée détachée de l'œil d'un animal, en la greffant sur l'œil d'un autre animal. Enfin, malgré cette implantation dans le premier cas et cette transplantation dans le second, la transparence partielle de la cornée se conserva partiellement intacte.

M. Feldmann rappelle qu'en 1818, M. Reisinger d'Augsbourg a fait les premières expériences kératoplastiques; qu'en 1831 M. Dieffenbach les a répétées sans succès; que MM. Himly et Thomé de Bonn ont obtenu quelques résultats

plus satisfaisans. Enfin, que c'est principalement d'après les idées émises par M. le professeur Philippe de Walther, de Munich, dans sa leçon du 16 juillet 1830, qu'il a entrepris avec M. Davis les expériences dont il vient de faire connaître les résultats principaux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 3 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. FOUQUIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

INTRODUCTION DE L'AIR DANS LES VEINES.

M. AMUSSAT communique à l'Académie un nouveau fait d'introduction de l'air dans les veines, qui lui a été adressé par M. Gorré, ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien en chef de l'hôpital de Boulogne.

TUMEUR CANCÉREUSE DE LA PARTIE LATÉRALE GAUCHE DU COU; EXTIRPATION; OUVERTURE ACCIDENTELLE DE LA VEINE JUGULAIRE INTERNE; INTRODUCTION SPONTANÉE DE L'AIR; MORT INSTANTANÉE; EXAMEN CADAVÉRIQUE; PAR M. GORRÉ.

Le nommé Joseph Morel, âgé de 58 ans, admis à l'hôpital dans les premiers jours d'octobre 1842, porte, à la partie latérale gauche du cou, une tumeur dure, incompressible, globuleuse, à base large et peu mobile, distante de la clavicule de 18 à 20 millimètres, et s'étendant d'autre part jusqu'à l'échancrure sous-maxillaire, dans l'intervalle compris entre le cartilage thyroïde et le muscle sterno-mastoïdien.

Sa consistance, les élancemens dont elle s'accompagne, l'état général du sujet indiquent sa nature squirrheuse. Le malade est affaibli par la douleur et par de fréquens retours de vomissemens de sang. Le pronostic est des plus graves; l'ablation seule de la tumeur offre une voie de salut. Je me décide à la tenter, bien que je ne m'abuse pas sur les dangers qu'elle entraîne.

Le samedi 29 octobre, le malade étant horizontalement étendu, la tête appuyée sur le côté droit et convenablement assujetti par des aides, je mis à nu la tumeur dans toute son étendue par une incision cruciale dont je disséquai et relevai les lambeaux. — Partie avec le scalpel, partie avec le doigt qui agissait en énucléant, je la séparai, sans trop d'efforts, de ses adhérences avec les parties sous-jacentes. Les vaisseaux étaient liés à mesure qu'ils étaient ouverts. — La perte de sang était insignifiante.

L'opération marchait avec célérité; le malade la supportait avec courage; déjà même je m'applaudissais de la voir toucher à sa fin, lorsqu'au moment où je donnais le dernier coup de scalpel, tenant de la main gauche la tumeur qui n'adhérait plus que par un pédicule étroit, et la dirigeant vers moi, à l'aide de tractions modérées, pour en rendre la dissection plus facile, j'entendis se propager de la plaie vers le cœur un bruit particulier, une sorte de glouglou, comme on l'a dit, bruit qu'il n'est pas possible de méconnaître après l'avoir entendu une fois. En même temps, l'opéré pâlit; la respiration s'accéléra; il poussa un cri plaintif; je me meurs, dit-il, et en effet une minute à peine s'était écoulée qu'il était frappé de mort. L'élève interne qui m'assistait et moi avions sur le champ en entendant le bruit précité, reconnu la nature de l'accident. Mais telle fut l'instantanéité foudroyante de la mort qu'aucun secours ne put être porté. A peine eus-je le temps d'appliquer le doigt au hasard sur la plaie pour obturer la veine blessée, ne pouvant d'ailleurs la distinguer au milieu du sang mêlé d'air qui la masquait. Lorsqu'ensuite j'essayai la compression du thorax, en proie moi-même à un trouble que peuvent seuls comprendre les témoins d'une pareille catastrophe, je ne doute pas que la vie ne fût déjà éteinte. — Je dois noter que, durant quelques minutes, cinq à six, à ce que je pense, après que l'individu eut cessé de vivre, nous avons, les assistans et moi, observé un mouvement de flux et de reflux à la veine jugulaire droite.

AUTOPSIE cadavérique vingt-quatre heures après la mort.

RIGIDITÉ DES MEMBRES. Aucun signe de décomposition.

A la partie inférieure de la plaie, on remarque à la veine jugulaire interne, à 2 centimètres environ de la sous-clavière, une ouverture ayant son siége sur le côté par lequel cette veine était en rapport avec la tumeur. Celte ouverture a de 6 à 8 millimètres de hauteur; elle est oblongue et béante. En comprimant la veine de bas en haut, on fait refluer par cette voie le sang mêlé à beaucoup de bulles d'air. La paroi thoracique antérieure étant enlevée, les poumons n'éprouvèrent aucun retour sur eux-mêmes. Ils remplissent exactement les deux cavités latérales de la poitrine. Ils fournissent à la coupe une grande quantité de mucosités écumeuses.

Les cavités droites du cœur sont distendues. Elles diminuent de volume par la compression, en même temps qu'il s'échappe du sang mêlé d'air par la sous-clavière, qui a été ouverte pendant la section de la paroi du thorax.

L'oreillette et le ventricule de ce côté contiennent une grande quantité de bulles d'air mêlées à du sang liquide et d'une teinte manifestement moins foncée que n'est d'ordinaire le sang veineux. La veine-cave supérieure, les veines sous-clavières axillaires, brachiales contiennent aussi du sang liquide mêlé à quelques bulles d'air. Les vaisseaux qui rampent à la face convexe du cerveau offrent, de distance en distance, des bulles d'air très apparentes, et que la ténuité de leurs parois permet aisément de distinguer.

Les sinus cérébraux ne contiennent ni sang, ni air.

Le ventricule gauche est vide; pas d'air, pas de sang.

L'aorte, vers sa crosse, offre une mousse légère de couleur rosée, où se reconnaît la présence de l'air. On retrouve aussi le fluide mêlé à l'air dans les artères iliaques.

CONCLUSIONS. — De l'observation qui précède, je me crois autorisé à conclure :

1° Que la mort reconnaît ici pour cause directe la blessure de la veine jugulaire interne, laquelle a permis l'introduction de l'air dans les voies circulatoires.

2° Que la blessure de cette veine, rendue béante par les tractions opérées sur la tumeur, à laquelle elle était annexée, la proximité du vaisseau lésé de la poitrine, l'affaiblissement du sujet, qui, comme je l'ai rapporté, avait éprouvé de fréquentes hématémèses, ont favorisé dans cette circonstance l'introduction de l'air.

3° Que d'après les données fournies par la nécropsie, la rapidité si grande de la mort a été due à la cessation subite et presque simultanée de la circulation, de la respiration, de l'innervation.

4° Enfin, que l'introduction de l'air dans le système sanguin aurait, chez l'homme, une action délétère spéciale, la mort n'ayant été dans aucune des nombreuses expériences de M. Amussat, ni dans celles de Nysten ou de M. Magendie, aussi subite que dans le fait que je viens de rapporter.

DÉVIATION DE LA LUETTE DANS UN CAS D'HÉMIPLÉGIE FACIALE.

M. J. GUÉRIN présente, de la part de M. Diday, chirurgien en chef désigné de l'hospice de l'Antiquaille de Lyon, un cas d'hémiplégie faciale du côté gauche, avec déviation considérable de la luette à droite. La déviation de la luette a disparu graduellement avec les symptômes de l'hémiplégie. M. Diday regarde cette circonstance, avec raison, comme propre à établir l'intervention du facial dans les mouvemens du voile du palais; or, on sait que jusqu'ici il n'avait pas été possible de s'assurer directement de ce fait par la voie anatomique.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA TÉNOTOMIE DES FLÉCHISSEURS DE LA MAIN ET DES DOIGTS.

M. GERDY : Je remercie M. Bouvier d'avoir provoqué cette discussion, et je remercie M. Guérin d'en avoir élargi la base. L'Académie doit en effet envisager toutes les questions à un point de vue élevé, et, pour ma part, j'ai vu avec satisfaction que la discussion avait franchi les limites que semblait lui avoir imposé la communication de M. Bouvier. Avant d'apprécier les avantages et les inconvéniens de la ténotomie appliquée aux tendons de la main, je dirai d'abord, contrairement aux expériences de M. Bouvier, que les adhérences du fléchisseur sublime au profond, et de celui ci avec le grand palmaire, n'empêchent pas, lorsqu'elles surviennent après la section des tendons de ces muscles, les mouvemens d'avoir lieu, car ces muscles agissent physiologiquement en même temps, la contraction de l'un entraîne nécessairement celle de l'autre, les adhérences de ces muscles entre eux ne seraient donc pas un obstacle à la section des tendons, si elle était quelquefois nécessaire. On peut s'assurer de la simultanéité d'action des muscles que je viens d'indiquer en les liant ensemble sur un cadavre. En résumé, le mouvement des doigts ne devra être aboli que lorsque les adhérences auront lieu avec les parties osseuses.

M. Guérin, dans une réponse à M. Bouvier, très habilement conçue, a parlé de deux doctrines sur la ténotomie. Il a dit que l'ardeur du progrès de l'une pouvait conduire à des tentatives téméraires, et que l'excès de prudence de l'autre pouvait arrêter le progrès et même le faire rétrograder. C'est un malheur pour M. Guérin d'avoir consacré son talent à la défense de la première. En tous cas, s'il y a des hommes timorés qu'il faut encourager, il y en a beaucoup plus qui tiennent un juste milieu entre la témérité et l'excès de prudence. Je crois que ces derniers ont raison. Suivant M. Guérin, le plus grand nombre des difformités est produit par une seule cause, la rétraction musculaire; suivant d'autres, elles reconnaissent beaucoup d'autres causes; et cependant on a dit que ceux qui se rangeaient à cette dernière opinion étaient sous l'influence d'une doctrine empirique. Sans doute, c'est très beau de systématiser; mais il faut prendre garde, en voulant trop généraliser, on tombe souvent dans des doctrines contraires à la vérité, et qui conduisent à de graves erreurs. Mais d'abord qu'est-ce que M. Guérin entend par rétraction musculaire? C'est, dit-il, un état dans lequel les muscles étant tendus et raccourcis, maintiennent les os et brident les mouvemens. Eh bien! soit; mais qu'y a-t-il dans cette contracture permanente, les fibres charnues sont-elles altérées? Il y a, suivant M. Guérin, transformation fibreuse des muscles. Tout cela est vague; est-ce sur les fibres musculaires; est-ce sur les gaînes; est-ce sur les tendons que porte l'altération? Qu'entend-il enfin par fibrosité? Je le répète, tout cela est obscur, et il n'y a pas moyen de se reconnaître au milieu d'expressions si mal définies. Il aurait fallu analyser chimiquement les muscles rétractés pour s'assurer si en effet ils ont subi une transformation véritablement fibreuse. Jusque-là nous ne savons rien sur cette prétendue transformation. Eh bien! si M. Guérin est vague sur les termes, il ne l'est pas moins sur les faits. Je pense que si, dans quelques cas, la rétraction musculaire est la cause des difformités, dans un grand nombre d'autres, on peut la considérer comme un effet : par conséquent, couper les muscles dans tous les cas, c'est agir d'une manière empirique, ce qui explique les insuccès obtenus sur l'homme. Il aurait donc fallu distinguer les causes. Celles-ci sont primitives ou consécutives. Dans les premières, je rangerai les altérations des os, les conformations vicieuses de ces mêmes parties, les rétractions des ligamens. On sait aussi que les mêmes attitudes longtemps conservées produisent des difformités. Fera-t-on la section des muscles dans ces cas? Non, sans doute; il suffira de changer les attitudes des membres pour faire disparaître la difformité. On sait aussi que les personnes qui soulèvent habituellement des fardeaux présentent souvent des inflexions du rachis, des courbures de la colonne vertébrale. Ici, encore, ce n'est pas en coupant les muscles qu'on arrivera à un résultat satisfaisant. L'accroissement trop rapide chez les enfans détermine aussi des incurvations osseuses. On a dit que, dans ces cas, les muscles ne croissent pas en proportion des os; peut-être est-ce là la véritable cause; en tout cas, le ramollissement des os ne peut être invoqué; car, même dans le rachitisme, on a vérifié que les os n'étaient pas ramollis.

La paralysie des muscles antagonistes produit aussi des difformités; ainsi lorsque les muscles du tronc sont paralysés d'un côté, il en résulte une courbure de

la colonne vertébrale ; assurément on ne peut dans ces cas penser à faire des sections musculaires. La douleur des muscles du dos peut également entraîner des difformités ; les affections convulsives peuvent aussi être rangées au nombre des causes les plus fréquentes. Dans ces cas, on ne peut pas encore songer à la section. Il y a enfin des causes autres que celles que je viens d'énumérer, une arthrite, un rhumatisme aigu déterminent quelquefois en douze heures la flexion des articulations qu'ils ont envahies ; cela tient à l'inflammation du système fibreux et cellulaire. En un mot, partout où existent des frottemens, partout où existent des pressions mécaniques, il arrive que ce tissu s'épaissit et forme des rubans, des cordes, des bandelettes plus ou moins résistantes autour des os. On se rappelle que Dupuytren insistait beaucoup sur ces ordres de causes des difformités. A la main, les pressions fréquemment réitérées produisent le même résultat. Pareille chose s'observe dans les inflammations du genou, dans celles qui donnent lieu à les tumeurs blanches ; souvent le lendemain d'une chute sur une articulation, on ne peut ni étendre ni fléchir le membre. Si on explore attentivement, on trouve les aponévroses ainsi que le tissu cellulo-fibreux, indurés et formant des cordes plus ou moins résistantes ; dans les inflammations réitérées de la gorge, on voit souvent une difficulté d'ouvrir la bouche. Dans tous ces cas, il existe des indurations très évidentes. Cela se voit à beaucoup d'autres parties. J'ai encore dans mes salles, en ce moment, une femme qui présente un reste de phlegmon sous-maxillaire et chez laquelle les mouvemens de la mâchoire sont, par cette cause, assez difficiles. Je ne saurais trop appeler l'attention sur cette cause de difformités, car très souvent celles-ci sont produites par des indurations et non par une rétraction musculaire. Dans les incurvations des os, il y a aussi dans beaucoup de cas une hypertrophie des os du côté opposé ; Glisson avait déjà signalé cette cause. Enfin, les ligamens peuvent être ossifiés. Vous voyez donc que plus on étudie ces causes, plus on s'aperçoit que le champ de la ténotomie se rétrécit. D'autres fois des ankyloses, la résorption des cartilages, l'absence de ceux-ci et par suite le défaut de glissement des surfaces articulaires se rencontrent dans les difformités. Fera-t-on des sections musculaires pour essayer d'y remédier ? non, sans aucun doute. J'ajouterai qu'à la suite de l'usage longtemps continué d'appareils à fractures, les membres conservent une rigidité quelquefois très grande. En résumé, il y a un très grand nombre de causes capables de produire des difformités. Ces causes peuvent être ramenées par synthèse à trois genres principaux, savoir : une altération osseuse, une altération musculaire et enfin une altération fibreuse, de manière qu'il n'y a que, dans un de ces trois ordres, où la ténotomie puisse être appliquée avec avantage. M. Guérin est assurément trop exclusif, cela se conçoit jusqu'à un certain point. L'horizon de la science se rétrécit pour les hommes spéciaux ; heureusement nous voyons les choses de plus haut et de plus loin. Nous pensons donc que M. Guérin s'apercevra qu'il y a des cas qui ne lui permettent pas de réduire les difformités à une seule et unique cause.

Voyons maintenant les conséquences thérapeutiques.

Dans le temps où il existe des convulsions, il est impossible d'opérer ; il en est de même dans les autres causes primitives. Lorsque les ligamens sont trop courts il n'y aurait sans doute qu'une seule chose à faire ; mais comment voulez-vous aller chercher profondément pour les couper, les ligamens de la colonne vertébrale ; lorsqu'il y aura déformation des os, on ne pourra pas encore pratiquer de sections. Dans les cas de rétraction musculaire, je veux bien admettre la nécessité de la section : mais est-il possible de distinguer avant l'opération si cette cause est unique ; quand on l'a pratiquée et qu'il y a eu redressement, est-on sûr que la cause de la difformité résidait uniquement dans les muscles ; car n'emploie-t-on pas toujours des moyens accessoires, des moyens mécaniques pour compléter le traitement ?

Il y a donc toujours, suivant nous, à essayer la méthode des extensions mécaniques, et ces seuls moyens m'ont réussi plusieurs fois.

Après avoir discuté les principes de M. Guérin, examinons sa pratique.

Ici M. Gerdy rappelle les différentes sections dont M. Guérin a communiqué le résumé à l'Académie. Il conteste que l'on puisse reconnaître sur le vivant qu'il y a ou qu'il n'y a pas adhérence après la section des tendons ; il conteste, d'après cette manière de voir, les résultats énoncés par M. Guérin, aussi bien pour les tendons du poignet que pour ceux de la main et des doigts.

En rapportant les résultats de la section du fléchisseur superficiel au niveau de la première phalange, M. Guérin déclare qu'il a échoué quatre fois sur quatre opérations. Il n'y a là rien d'étonnant ; il le serait bien plus qu'il eût réussi. En effet, il y a de bonnes raisons pour que cette opération ne puisse réussir. Tout le monde connaît la disposition que présente le tendon du fléchisseur superficiel, qui se laisse traverser par le profond, précisément au niveau de la première phalange. Cette disposition fait qu'en voulant couper en ce point le fléchisseur superficiel, on couperait plutôt le profond : c'est ce qui m'est arrivé dans une expérience sur le cadavre.

Quant à la section isolée du fléchisseur superficiel au niveau de la paume de la main, elle est praticable ; mais je soutiens qu'il n'est pas possible de s'assurer que ses tendons ont seuls été divisés, et non ceux du profond en même temps ; et je soutiens surtout qu'il n'est pas possible de dire si après l'opération il y a ou non des adhérences : les mouvemens communs et inséparables de ces tendons s'y opposent.

M. Gerdy rappelle ensuite le cas de M. Doubowitski ; c'est là, dit-il, une affaire malheureuse ; et si j'avais un conseil à donner à M. Guérin, je lui dirais de ne jamais pratiquer d'opération semblable ; malgré les témoignages qu'il a invoqués pour se justifier ; je ne puis que me ranger pour l'appréciation de ce fait malheureux à l'opinion de M. Bouvier.

M. Bouvier ayant demandé à M. Guérin un seul fait de succès, M. Guérin, en homme extrêmement habile, en a présenté deux. De ces deux malades, je n'en ai examiné qu'un, car on ne peut pas ici, dans cette enceinte, examiner convenablement des malades. Pour celui que j'ai examiné, et qui, d'après M. Guérin, a recouvré tous les mouvemens des doigts et de la main, je dirai que M. Guérin se trompe gravement, car il manque à la main opérée 24 mouvemens, notamment tous les mouvemens du pouce, moins celui de flexion, et toutefois celui-ci existe.

Je me suis assuré, en effet, qu'il existe 50 mouvemens dans la main et les doigts ; ce n'est donc pas un cas de succès que M. Guérin nous a présenté ; et puis, Messieurs, il aurait fallu voir les malades avant l'opération, autrement les faits restent sans valeur. M. Guérin, voyant qu'on examinait attentivement les malades qu'il avait fait venir dans cette enceinte s'est écrié qu'on pouvait épiloguer à son aise sur les résultats annoncés. Oui, nous avons épilogué, parce que, quand on veut fonder une science, il faut examiner avec tout le soin possible les faits qui doivent y entrer ou qui doivent en être rejetés. J'aurais voulu qu'une commission fût nommée pour rendre compte à l'Académie du résultat de l'examen auquel elle se serait livrée tranquillement, et je la proposerai même. Je regrette que M. Guérin, qui ne nous a fourni que des demi-preuves à l'appui de ses assertions, n'ait pas voulu aller jusqu'à des preuves complètes, en acceptant une commission.

M. Velpeau a examiné la question ; mais comme il n'a pas dit grand chose (on rit) et qu'il a eu le soin de ne pas trop s'avancer, nous n'aurons rien à discuter avec lui.

CONCLUSIONS. Il y a au moins trois ou quatre grands ordres de causes de difformités, faiblesse des os, vices de conformation par soudure des os, induration des parties ligamenteuses, rétraction fibro-celluleuse, suite d'inflammation, et rétraction musculaire.

J'ai dit dans quel cas on pouvait faire des sections. Or malgré la leçon que M. Guérin a cru devoir nous faire sur la ténotomie, car il nous a fait une leçon pour le moins inutile sinon déplacée, nous persistons à penser qu'il faut être réservé sur le nombre des sections musculaires lorsqu'elles paraissent devoir être pratiquées ; car en admettant un mauvais résultat, quels ravages n'aura-t-on pas produits si, au lieu d'avoir fait quelques sections, on en avait un grand nombre comme chez M. Doubowitski ? De tout cela je conclus qu'il faut aller graduellement. Quant aux sections à faire sur le fléchisseur sublime et sur le profond, je ne me prononce pas d'une manière formelle, mais j'avoue que dans ce moment j'aurais une répugnance extrême à couper dans les gaines, les muscles que je viens d'indiquer.

M. J. Guérin aura la parole à l'ouverture de la prochaine séance pour répondre à MM. Velpeau et Gerdy.

Il est cinq heures moins dix minutes, la séance est levée.

ADDITION A LA SÉANCE DU 18 OCTOBRE.

NOUVEAUX INSTRUMENS POUR LA SUTURE DES FISTULES VÉSICO-VAGINALES ET DU VOILE DU PALAIS ; par M. MARCELIN FAURAYTIER, interne à l'Hôtel-Dieu.

Les instrumens que M. Fauraytier présente à l'Académie sont des modifications diverses et importantes de celui qu'il a déjà fait connaître en 1839 (GAZ. MÉD. du 13 juillet).

L'un consiste en une longue pince à pansement, dont l'une des branches porte une aiguille, et dont l'autre est fendue pour la recevoir. Cette aiguille ne diffère en rien de celle de l'instrument primitif ; comme elle, elle est très courte, très fine et creusée dans son talon ; elle s'implante sur un petit mandrin qui, enfoncé dans le cul-de-sac que présente son talon, lui sert de pédicule et de support. Ce mandrin est vissé sur l'une des branches de la pince, selon une direction perpendiculaire à l'axe de la branche qui le reçoit ; il s'enlève à volonté de manière à pouvoir être remplacé par d'autres de volume et de longueur différens. Quant au mécanisme de l'instrument, il est également le même que dans l'instrument primitif ; les parties saisies entre les branches de la pince sont, lors du rapprochement de celle-ci, traversées de part en part par l'aiguille, qui vient derrière les parties s'engager dans la pente de la branche opposée à celle qui la porte. En retirant la pince, on amène avec elle l'aiguille suspendue à la branche qui l'a reçue. Cet instrument ne diffère donc du premier instrument de M. Fauraytier que par la forme nouvelle qu'il lui a donnée et qui est celle d'une longue pince à pansement ; il faut ajouter que l'extrémité de cette pince présente des courbures différentes pour le voile du palais et les fistules vaginales.

« L'analogie de forme, dit M. Fauraytier, qui existe entre l'un des instrumens que je viens de soumettre à l'examen de l'Académie et celui de M. Soleau, m'engage à montrer en même temps celui de cet ingénieux chirurgien, afin qu'en ayant les deux instrumens sous les yeux on puisse les comparer et en sentir la différence capitale. Dans l'instrument de M. Soleau, l'aiguille, de forme ronde, d'une longueur notable, pleine dans toute son étendue, cannelée sur les côtés, rehaussée par un bourrelet circulaire vers sa pointe, est reçue par son talon dans un petit godet, à l'extrémité de l'une des branches de la pince ; elle s'enfonce de 2 lignes 1/2 environ dans son réceptacle.

» Dans mon instrument au contraire, l'aiguille très courte, un peu en forme de lance, unie à sa surface, creusée dans son talon (*point essentiel et capital*) est reçue sur l'extrémité d'un petit mandrin vissé sur l'une des branches de la pince. Eh bien ! ces différences, dans la forme et la disposition de l'aiguille, en amènent de très importantes au point de vue de l'appréciation des instrumens. Dans le mien, l'aiguille, constamment portée au-delà des parties qu'elle doit traverser, est saisie spontanément derrière elles sans jamais s'arrêter dans leur épaisseur. Dans l'instrument de M. Soleau, l'aiguille, outre l'inconvénient de la complication de sa forme, a celui de n'être point portée au-delà des parties ; toute la portion par laquelle elle est logée dans le godet qui la reçoit reste en deçà de ces parties ; dès lors, pour faire avancer cette dernière portion et dégager l'aiguille, il faut tirer sur elle, et cette traction, lorsqu'on opère sur un organe qui, comme le voile du palais, cherche d'autant plus à fuir qu'on le tiraille davantage, a l'inconvénient d'allonger l'opération en retardant le dégagement de l'instrument,

en outre, puisqu'une certaine portion de l'aiguille reste en deçà des parties, si peu que celles-ci aient d'épaisseur, il faut donner à l'aiguille une longueur considérable pour que sa pente puisse venir suffisamment saillir du côté opposé et s'engager dans la rainure qui doit la retenir; mais une largeur considérable de l'aiguille nécessite un écartement en proportion des branches de la pince et un grand écartement de celles-ci vient de suite gêner considérablement la manœuvre d'opérations qui s'exécutent dans des cavités étroites comme la bouche et le vagin. De plus, à cause de sa longueur et aussi de la manière peu solide dont elle est fixée, l'aiguille, en s'enfonçant dans les tissus, s'incline souvent à droite ou à gauche, et cette déviation empêche que sa pointe n'aille rencontrer le point de la branche qui doit la recevoir; dès-lors, l'aiguille reste dans l'épaisseur des tissus, ne pouvant plus ni avancer, ni même reculer, empêchée qu'elle l'est par le bourrelet circulaire qui est vers sa pointe; j'ajouterai enfin que cette aiguille, pour pouvoir être fixée assez solidement sur l'une des branches de la pince, et pouvoir résister à la pression nécessaire à la pénétration dans les tissus, doit avoir un volume bien plus considérable que ne le comportent les aiguilles pour la staphyloraphie; car, comme je le démontrerai prochainement, l'une des conditions les plus essentielles dans cette délicate, brillante et chanceuse opération, c'est d'employer des aiguilles très fines, dont le passage ne laisse pas de ces larges trous qui diminuent tant la résistance des bords de la direction, et, par suite, les chances de la réussite. Du reste, toutes ces remarques ne sont point des objections préconçues, créées *à priori*, dans le but de faire ressortir, à l'avantage de mon instrument, les inconvéniens réels d'un autre auquel je dois l'idée de la nouvelle disposition que j'ajoute à mon instrument primitif. Je les ai faites depuis longtemps en essayant l'instrument sur le cadavre, sur le vivant, ou simplement sur un morceau de carton, tel que je l'exécute ici. »

Les autres instrumens que M. Fauraytier présente à l'Académie consistent en des mandrins à manche, de formes diverses, qui, s'adaptant à la *petite aiguille*, permettent d'en généraliser l'application.

De ces mandrins, les uns *droits*, portant l'aiguille d'avant en arrière, à travers des parties résistantes ou cachées profondément (exemple : périnée, langue, rectum, voile du palais).

Les autres, courbés en *crochet*, à concavité antérieure, portent l'aiguille d'arrière en avant soit sur le voile du palais, soit sur la cloison vaginale.

D'autres enfin, à courbure latérale, donnent la possibilité de diriger l'aiguille de droite à gauche ou de gauche à droite, par un mouvement de circumduction, comme lorsqu'il s'agit, par exemple, de passer une ligature dans l'épaisseur d'un polype du pharynx ou de la matrice.

Après cette rapide description, M. Fauraytier parle des principales opérations dans lesquelles ses instrumens ont été appliqués; mais il se borne à une simple énumération, réservant les détails pour une autre circonstance.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES DES ENFANS, FONDÉ SUR DE NOMBREUSES OBSERVATIONS CLINIQUES; par le docteur BARRIER. — Tom. 1, 700 pages in-8°. Paris 1842. Chez Fortin, Masson et comp., place de l'École-de-Médecine, 1.

TRAITE THÉORIQUE ET PRATIQUE DES MALADIES DES ENFANS, SPÉCIALEMENT CONSIDÉRÉES DEPUIS LA FIN DE LA PREMIÈRE DENTITION JUSQU'A L'AGE DE LA PUBERTÉ (DE 2 A 15 ANS); PATHOLOGIE GÉNÉRALE CONSIDÉRÉE CHEZ LES ENFANS; par le docteur BECQUEREL. — 170 pages in-8°. Paris, 1842. Chez Just Rouvier, rue de l'École-de-Médecine, 8.

L'étude des maladies des enfans n'a fait des progrès réels et importans que depuis 1830. Pendant les vingt années qui ont précédé cette époque, bien que des faits nouveaux, appartenant à cette étude, eussent été signalés, et que quelques affections particulières eussent été mieux décrites qu'avant, cette partie de la science avait plus rétrogradé qu'elle n'avait avancé sous l'influence de la doctrine physiologique, et pendant longtemps les enfans malades furent soumis à des médications que les conditions particulières dans lesquelles ils se trouvent rendaient encore plus funestes pour eux qu'elles ne l'étaient chez les adultes. C'était alors le temps des gastrites et des gastro-entérites, des ramollissemens de la muqueuse de l'estomac, des irritations intestinales, etc. Ces maladies, qui remplissaient alors presque tout le cadre nosologique, n'ont pas toutes disparu, mais on a reconnu que quelques-unes n'étaient évidemment que des altérations survenues après la mort ou dans les derniers instans de la vie, tandis que les symptômes de quelques autres ont été rapportés à des états morbides d'une nature différente et qui réclamaient des médications différentes. A l'époque où la chute de la doctrine physiologique amenait ces importans changemens dans la pathologie, les maladies des enfans étaient étudiées avec une attention toute spéciale par un grand nombre de jeunes gens qui, presque tous et en même temps, arrivèrent, sinon aux mêmes résultats, au moins à des résultats analogues et sur de nombreux points jusqu'alors négligés. Puis au temps des études n'a pas tardé à succéder celui des publications, et dans l'espace de quelques années de nombreux travaux sur les maladies de l'enfance sont venus donner à cette partie de la pathologie une impulsion remarquable et l'ont mise sur le niveau, peut-être même sur quelques points, en avant des autres parties de la science même les plus avancées. Cette impulsion n'a pas produit encore tous ses effets; les maladies de l'enfance présentent encore, même sous le point de vue anatomique, une foule de lacunes que de longs travaux pourront seuls remplir, et d'autres qui ne pourront être effacées que quand les études auront pris une direction différente, de celle suivie jusqu'ici et qui a été presqu'exclusivement anatomique.

L'époque semblait donc arrivée où l'on pouvait de la réunion de tous les travaux épars sur les maladies des enfans, faire un travail non pas complet, mais qui représentât réellement l'état actuel de la science; cela était même nécessaire pour fournir un point de départ à de nouvelles recherches, et nous étions étonnés que ce travail n'eût pas encore été fait quand nous reçûmes en même temps les deux ouvrages de MM. Becquerel et Barrier sur les maladies du même âge (de 2 à 15 ans), et à l'examen desquels nous allons passer immédiatement.

Aucun de ces deux ouvrages n'est encore complet; l'un présente, sous le titre de *Pathologie générale considérée chez les enfans*, une description générale de leurs maladies et une étude générale des divers élémens qui s'y rattachent et ne forme qu'une très minime partie de l'ouvrage dont le reste contiendra l'histoire des maladies des enfans proprement dite. L'autre contient, outre une introduction et quelques considérations générales sur l'influence de l'âge, toutes les affections de poitrine auxquelles les enfans sont sujets, l'histoire des autres maladies devant être donnée dans le volume ou peut-être dans les volumes suivans. D'après ces premières données, il est facile de reconnaître qu'on ne peut établir de comparaison exacte entre ces deux ouvrages; car tels qu'ils sont en ce moment, ils ne se touchent encore que par quelques points peu importans. Ce n'est donc pas dans le but de les comparer que nous les réunissons ici dans le même examen, mais plutôt afin de constater les progrès qu'a faits la science dans ses vues générales et à la fois dans ses détails, l'un étant jusqu'ici exclusivement consacré à la pathologie générale et l'autre presqu'uniquement à l'étude des maladies considérées en particulier.

Avant de s'occuper de la pathologie de l'enfant, M. Becquerel jette un regard sur son état physiologique et met en évidence l'activité que prennent chez lui toutes les fonctions, activité beaucoup plus prononcée chez lui que chez l'adulte et dont la cause et le but sont de toute évidence, ce qui a fait dire que *chez l'enfant la vie plastique est plus active*, principe d'où découlent, comme conséquence nécessaire, une partie des caractères propres à la pathologie de l'enfance. Toutes les maladies de cet âge sont constatées par les trois élémens qui suivent ou par l'un d'entre eux seulement : 1° les altérations des solides; 2° celles des fluides; 3° celles des forces ou les altérations dynamiques. Nous ne suivrons pas l'auteur dans le développement des faits qu'il rattache à ces trois modes morbides, et dont le cadre emprunté à la pathologie des adultes pour lesquels il est déjà si insuffisant, nous paraît l'être encore plus, appliqué à celle des enfans; nous trouvons cependant quelques détails intéressans sur divers points qui appartiennent plus spécialement aux maladies de ces derniers, et parmi lesquels nous citerons surtout ce que dit M. Becquerel de la production de fausses membranes qui sont plus fréquentes dans la jeunesse qu'à un âge plus avancé et dont il attribue la formation à l'agglomération, à la soudure des globules du pus. Nous citerons encore ce qu'il dit des tubercules qu'il s'efforce, avec un succès douteux, à notre avis, de rapporter à différentes origines et où il fait peut être jouer encore un rôle trop important à l'inflammation, puis de la gangrène qui est bien plus fréquente chez l'enfant que chez l'adulte, et qui est attribuée ici à une modification du sang, mais dont on ne connoît ni la cause, ni le caractère, ni le mode d'action.

Les recherches sur les altérations des fluides qui ont encore produit si peu de résultats applicables chez l'adulte ont jeté moins de lumières encore sur les maladies de l'enfance. Nous en dirons autant de l'étude des altérations dynamiques qui ne comprennent dans le travail de M. Becquerel que les lésions de sensibilité et de mouvement, et quelques sympathies obscures, mais dont l'admission, bien que nominative seulement, dans le cadre nosologique, est la preuve d'un progrès dans la direction des études médicales.

L'étude de l'étiologie chez les enfans révèle une foule d'influences qui agissent plus ou moins directement sur leur santé, mais d'une manière trop peu différente de ce qu'elles produisent chez l'adulte pour que nous

nous y arrêtions. Nous dirons pourtant que M. Becquerel a obtenu de l'examen des registres de l'hôpital des enfans de Paris pendant dix ans et fournissant une masse de 24,955 cas, des résultats intéressans sur l'influence des années, des saisons et des mois.

La thérapeutique chez les enfans n'offre ni indications ni moyens qui leur soient tout à fait propres. M. Becquerel condamne les saignées générales et locales trop abondantes et trop fréquentes chez eux et la diète trop longtemps prolongée; peut être aurait-il pu restreindre encore davantage l'emploi de ces moyens dont on a tant abusé surtout chez les enfans et qui ont si fréquemment aggravé une affection légère ou en ont souvent laissé une plus grave en la faisant disparaître.

Les développemens dans lesquels entre M. Barrier sur la pathologie générale des enfans diffèrent peu de ceux que nous trouvons dans le travail de M. Becquerel. Si le cadre dans lequel ils sont enchâssés est moins large et moins bien dessiné, si l'ordre dans lequel ils sont présentés est moins régulier, il y a aussi dans leur expression quelque chose de plus positif et de plus satisfaisant; il n'a pas craint de mettre la plupart des faits pathologiques sous la dépendance d'une force particulière, de cette force vitale que l'on a prétendu exclure de nos jours de la science et même du langage médical. Suivant en effet sans difficulté cette force dans son évolution et au milieu des résistances qu'elle rencontre il trouve dans cette étude d'utiles applications à la pathologie et à la thérapeutique de l'enfance. Nous citerons parmi ces aperçus qui ne sont donnés que d'une manière très sommaire et par conséquent peu susceptibles d'analyse, le passage où, ayant considéré le rôle important que remplit, chez l'enfant, l'appareil circulatoire et la plasticité des fluides nourriciers que cet appareil est chargé de distribuer, il signale l'erreur dans laquelle sont tombés ceux qui ont pris cette condition toute normale pour un véritable état inflammatoire, insistant spécialement sur la réserve extrême que l'on doit apporter à l'emploi des évacuations sanguines et sur la nécessité lorsqu'elles sont indispensables de recourir de meilleure heure aux moyens les plus capables de réparer les pertes éprouvées par l'organisme; établissant en principe général qu'il est infiniment plus dangereux, chez les enfans, d'aller au delà que de rester en deçà d'une certaine mesure dans l'emploi des émissions sanguines.

Si, reprenant les faits propres à la pathologie de l'enfance que nous venons de signaler et tenant compte de ceux plus nombreux que nous n'avons pu reproduire, nous reconnaîtrons que la pathologie générale de l'enfance est restée presque stationnaire, comparativement aux progrès qu'a faits la pathologie spéciale de cet âge. L'amélioration, car il y en a eu, a été plutôt négative que réelle et doit être attribuée bien plus à une meilleure méthode d'observer les faits et de les interpréter ou d'en tirer des inductions que le produit de découvertes réelles; elle a été le résultat de la défiance qui a fait repousser l'application trop générale à la médecine des principes des sciences physico-chimiques. Quelques-uns des travaux les plus récens portent l'empreinte de cette juste défiance, et nous reconnaissons avec plaisir que l'ouvrage de M. Barrier et même jusqu'à un certain point celui de M. Becquerel nous paraissent avoir été écrits sous l'influence de cette disposition.

Après avoir fait la part de la pathologie générale chez les enfans, il nous reste à parler des recherches sur les maladies spéciales de cet âge, et ici nous restons avec M. Barrier seul, restreignant même nos remarques dans d'étroites limites à cause des occasions nombreuses que nous avons eues de faire connaître depuis quelques années la plupart des recherches qui ont été faites sur ces affections. Pour éviter des répétitions, nous nous bornerons donc à signaler quelques-uns des points principaux et ceux surtout sur lesquels l'opinion de l'auteur appellera notre attention.

La première maladie que décrit M. Barrier est la *pneumonie lobulaire*, affection dont l'étude avait été négligée jusqu'à ces derniers temps, et sur laquelle les beaux travaux de MM. Rilliet et Barthez, Delaberge, Berton et de plusieurs autres ont encore laissé bien des obscurités. M. Barrier, s'appuyant sur ces travaux, les comparant entre eux et avec les recherches qui lui sont propres se livre à l'examen de quelques-uns des points qui sont encore en discussion dans des pages que nous avons toujours parcourues avec intérêt. Cependant les motifs sur lesquels il s'appuie n'ont pas toujours la valeur qu'il leur suppose, d'où il résulte que quelques-unes des solutions auxquelles il arrive nous semblent encore réclamer de nouvelles recherches; aussi nous ne trouvons pas qu'il ait démontré, comme il croit l'avoir fait, que la pneumonie lobulaire n'est qu'une suite, une espèce d'extension de la bronchite, ainsi que l'avaient avancé MM. Burnell et Delaberge, et nous pensons qu'il se fût tenu dans le vrai s'il s'était borné à dire que la pneumonie lobulaire vient toujours comme complication d'une autre affection et qu'elle n'est jamais chez les enfans, et encore moins peut-être chez les adultes, une affection primitive; mais aussi nous devons reconnaître qu'il a parfaitement expliqué la rareté de la pneumonie lobaire de deux ans à six par l'absence à cet âge des causes les plus ordinaires de cette maladie, nouvelle et importante preuve de la différence qui existe entre la pneumonie lobaire et la pneumonie lobulaire.

Le rôle qu'il fait jouer à la bronchite, comme cause de la pneumonie lobulaire ne lui a pas permis d'examiner avec toute l'attention désirable une autre hypothèse qui a une bien plus grande portée et qui a en outre l'avantage d'être d'accord sur un grand nombre de faits bien observés. Les lignes suivantes de M. Barrier feront comprendre à la fois et l'opinion dont nous parlons et l'intérêt qu'elle nous inspire. « Quelques autres ont eu l'idée de comparer cette maladie aux altérations qu'on voit survenir dans le poumon lorsque le sang est vicié par le pus résorbé. Il est bien remarquable néanmoins que ce rapprochement ne se soit pas présenté à l'esprit de la plupart de ceux qui ont fait une étude spéciale et approfondie de la pneumonie lobulaire des enfans. C'est surtout dans des critiques bibliographiques, dont nous ignorons quel est l'auteur, et insérées dans la Gazette Médicale, que nous trouvons cette opinion nettement articulée; nous croyons que ceux qui l'ont émise se sont laissés entraîner par de fausses analogies et n'ont pas fait de cette question l'objet d'un examen bien réfléchi. » Puis viennent ensuite les motifs sur lesquels s'appuie cette réprobation, après lesquels l'auteur dit en finissant : « Nous regardons comme complètement renversée l'opinion des auteurs qui ont voulu admettre une identité de nature entre la pneumonie lobulaire et les abcès métastatiques du poumon. »

Nous demandons à M. Barrier la permission de ne pas être ici tout à fait de son avis; mais nous avons assez loué son savoir et son talent de discussion pour avoir le droit de donner ici notre opinion, regrettant toutefois de ne pouvoir, faute d'espace, l'appuyer des preuves nécessaires. L'auteur des articles de la Gazette Médicale dont il est ici question est obligé d'assurer à M. Barrier que, malgré les nombreuses objections que celui-ci avance contre une opinion qu'il avait émise en effet dans plusieurs endroits, mais sous forme douteuse, elle est aujourd'hui presque démontrée pour lui; bien plus même il ne craint pas d'avancer qu'une partie des objections que M. Barrier a réunies contre elle, examinées sous leur vrai jour, viennent au contraire l'appuyer. Cette hypothèse qui, si elle n'est pas démontrée pour la pneumonie lobulaire des enfans, l'est à peu près pour celle des adultes et qui semble appelée à jeter quelque jour sur la question si obscure de l'infection purulente, a été avancée, comme on le voit, sans prétention et est défendue de même ici. L'auteur ne sait s'il pourra jamais traiter ce sujet avec tous les développemens qu'il présente déjà dans l'état où ses propres recherches l'ont déjà amené; mais, tout en remerciant M. Barrier d'avoir appelé sur ce point l'attention publique, il éprouve le besoin de relever l'accusation portée contre lui de s'être laissé entraîner par de fausses analogies, et de n'avoir pas fait de cette question un examen bien réfléchi. Les faits et ceux surtout fournis par les enfans lui ont manqué, et c'est pour cela qu'il a simplement appelé sur ce point l'attention de ceux qui se trouvent dans des conditions favorables pour recueillir ces faits.

Nous avons dit combien est rare chez les enfans de 2 à 5 ans la pneumonie lobaire, tandis qu'elle est si commune avant l'âge de 2 ans; nous ajouterons que les différentes formes sous lesquelles se présente cette pneumonie se réduisent chez les enfans, suivant M. Barrier, en deux principales, la forme inflammatoire qui est de beaucoup la plus fréquente, et la forme nerveuse, plus rare, mais souvent bien tranchée, et qu'elle-même se présente sous deux variétés, la pneumonie avec délire et la pneumonie avec spasme et convulsions. Cette dernière variété est beaucoup plus grave et paraît dans quelques cas dépendre plutôt d'une lésion des méninges ou de l'encéphale que d'un simple désordre nerveux sympathique, distinction qu'il est souvent difficile, impossible même d'établir chez l'enfant comme chez l'adulte.

La pleurésie simple paraît être très rare de 2 à 10 ans, tandis que de 10 à 15 ans elle est presque aussi fréquente que chez l'adulte. Du reste, qu'elle soit simple ou compliquée, aiguë ou chronique, elle ne diffère de celle des adultes, sous les points de vue des causes, de la marche, du diagnostic, des lésions anatomiques et du traitement, que par des dissemblances très peu importantes.

Dans l'état actuel de la science, l'histoire des perforations pulmonaires ne présente une bien grande importance qu'au point de vue de l'anatomie pathologique, des causes et des symptômes; c'en est déjà assez pour que nous ayons parcouru avec intérêt ce que M. Barrier établit sur une altération jusqu'ici au-dessus des ressources de l'art, et qu'il distribue en trois groupes.

1° Perforation tuberculeuse. Bien que le traitement de ces états graves présente si peu de chances favorables, cependant nous voyons avec plaisir que l'auteur indique néanmoins, dans ces cas, le traitement par l'opium à haute dose, tel que nous l'avons fait connaître d'après les

travaux des docteurs Graves et Stockes (Gaz. Méd., 1835, pag. 166), et dont Constant provoqua, dès la même année, à l'hôpital des Enfans, une si heureuse application dans un cas qu'il a rapporté lui-même dans la Gazette Médicale (année 1835, p. 571), et que M. Barrier cite textuellement avec les réflexions qu'elle avait inspirées à notre habile collaborateur.

2° Perforations inflammatoires du poumon. Deux observations sont rapportées à ce groupe et dans lesquelles la perforation a été le résultat d'abcès succédant à une pneumonie, et qui se sont ouverts dans la plèvre. Ces deux faits sont intéressans, et l'auteur en conclut avec raison, ainsi que des observations précédentes, qu'on doit admettre comme plus fréquentes chez les enfans que chez les adultes les perforations pulmonaires, sous l'influence de la pneumonie seule ou réunie à celle de la maladie tuberculeuse. M. Barrier rapporte au même groupe quelques cas douteux de perforation pulmonaire rapportés par les médecins anglais, et celui surtout que nous avons rapporté (Gaz. Méd., 1841, n. 42) dernièrement, et qu'il cite textuellement avec les réflexions dont nous l'avions accompagné.

Le troisième groupe ne renferme qu'un seul cas, mais d'autant plus intéressant qu'il est peut-être unique et qu'il est très difficile d'expliquer les phénomènes qu'il a offerts. Le sujet est un enfant de 6 ans, qui, après avoir présenté les symptômes d'invasion d'une méningite aiguë tuberculeuse, fut enlevé par une mort inattendue au commencement de la deuxième période, avec des symptômes de suffocation, et dont le cadavre offrit, outre les traces ordinaires de méningite tuberculeuse, un épanchement d'air et de sang pur dans les deux plèvres, avec des déchirures simples et des infiltrations sanguines en plusieurs points de la superficie des poumons. Le tissu vésiculaire qui était le siége des ecchymoses sur lesquelles existaient des deux côtés les déchirures, était, ainsi que la plèvre qui le recouvrait, ramolli et se déchirant avec facilité. Par quel mécanisme et suivant quel ordre s'étaient opérées ces différentes altérations, c'est ce qu'il nous est impossible de déterminer. Cependant, voici quelques données fournies par l'auteur lui-même et qui peuvent mettre sur la voie de nouvelles recherches. « Sur une quinzaine d'ouvertures cadavériques des sujets atteints de méningite, nous avons retrouvé trois ou quatre fois une infiltration sanguine offrant les caractères de celle que nous avons décrite, c'est-à-dire disséminée à la surface des poumons et formant des taches presque toujours placées en arrière et à la base de l'organe, superficielle et occupant seulement la plèvre et les vésicules sous-jacentes, accompagnée du ramollissement et de la friabilité de ces tissus. Peut-on s'expliquer cette lésion qui, en définitive, ne paraît être autre chose qu'une ecchymose, par une lésion vitale profonde, qu'il est facile de concevoir dans une maladie telle que la méningite? »

Nous voudrions pouvoir nous arrêter sur le catarrhe pulmonaire, la coqueluche, le croup, le pseudo croup, l'angine laryngée, qui présentent la plupart au moins, des caractères si tranchés chez les enfans, nous trouverions l'occasion de faire de nombreuses réflexions sur des points presque tous importans; nous ne dirons peut-être pas, avec M. Barrier, qu'en face des résultats fournis par les partisans de la trachéotomie, on serait tenté de faire table rase des autres médications pour mettre en première ligne la trachéotomie, comme le moyen le plus sûr dans le traitement du croup; mais aussi nous admettons probablement avec lui l'existence réelle de l'angine laryngée œdémateuse de Bayle, niée par la plupart des modernes; nous voudrions aussi appeler l'attention sur la partie spécialement consacrée à l'étude générale des tubercules et des scrofules, puis des tubercules du thorax en particulier, mais les longs développemens dans lesquels nous sommes entrés sur les premières parties ne nous permettent pas de continuer. D'ailleurs, nous espérons que le deuxième volume de M. Barrier ne tardera pas à paraître; nous le souhaitons dans l'intérêt de l'auteur, qui a donné, dans ce premier volume, la mesure de ce qu'on a le droit d'attendre de lui; nous le désirons aussi dans celui de la science, qui ne peut que gagner à être présentée avec tant de clarté et d'érudition. Si M. Barrier nous a paru, dans quelques cas, s'être exagéré la valeur de certains faits ou de certaines preuves, nous devons dire aussi qu'il a scruté la science jusque dans ses dernières limites actuelles, qu'il a pénétré à des profondeurs dont nos maîtres même se gardent d'approcher, et que même, dans les cas où il nous a paru s'éloigner peut-être de la vérité, il faisait encore preuve d'une saine logique et d'une érudition de bon aloi.

M. Becquerel n'a encore publié que la partie la plus ingrate de son travail; dans l'état actuel de mobilité où est la science, dans un temps où l'on semble chercher la base sur laquelle elle doit poser, et où tant de réformateurs rivaux réclament la priorité pour des idées à peine ébauchées dans leur cerveau, celui là entreprend une rude tâche, qui veut établir les bases, les principes, la généralité de la science; nous devons savoir gré à l'auteur de la pathologie générale chez les enfans, des efforts qu'il a faits pour esquisser une science dont quelques points seulement sont encore visibles; la pathologie spéciale lui offrira une plus riche et plus abondante moisson.

G.

VARIÉTÉS.

— La Faculté a ouvert ses cours d'hiver mercredi dernier 2 novembre. Ils auront lieu dans l'ordre suivant :

Anatomie : M. Breschet, mardi, jeudi, vendredi, à dix heures et demie.

Chimie médicale : M. Orfila, lundi, mercredi, samedi, à dix heures et demie.

Médecine légale : M. Adelon, lundi, mercredi, vendredi, à midi.

Pathologie chirurgicale : MM. Marjolin, Gerdy, lundi, mercredi, vendredi, à trois heures.

Pathologie médicale : MM. Duméril, Piorry, lundi, mercredi, vendredi, à deux heures.

Pathologie et thérapeutique générale : M. Andral, mardi, jeudi, samedi, à trois heures.

Opérations et appareils : Blandin, mardi, jeudi, samedi, à midi.

Clinique chirurgicale : MM. Roux, à l'Hôtel-Dieu; Jules Cloquet, à l'hôpital de la Faculté; Velpeau, à la Charité; Bérard (Auguste), à la Pitié; tous les jours le matin. De six heures à dix.

Clinique médicale : MM. Fouquier, Bouillaud, à la Charité; Chomel, Rostan, à l'Hôtel Dieu; tous les jours le matin. De six heures à dix.

Clinique d'accouchemens : M. P. Dubois, à l'hôpital de la Faculté; tous les jours le matin. De six heures à dix.

MM. les étudians sont prévenus que le registre pour payer l'inscription du premier trimestre de l'année scolaire 1842 43 est ouvert tous les jours, de dix heures à midi, depuis le mercredi 2 novembre 1842, et qu'il sera clos le mardi 15 du même mois; que l'inscription ne sera délivrée, du 16 au 31 décembre, qu'à ceux des élèves qui auront rempli cette condition, conformément à l'arrêté de l'Université, en date du 26 septembre 1837.

Les élèves qui commenceront leur cours d'études ne seront admis à prendre leur première inscription qu'en présentant et déposant au secrétariat leur acte de naissance en bonne forme, un certificat de bonne vie et mœurs, le diplôme de bachelier ès-lettres, ou le certificat d'admission pour l'obtenir, et, s'ils sont mineurs, le consentement de leurs parens ou tuteurs. Ceux d'entre eux dont les parens ou tuteurs ne résident point à Paris devront en outre être présentés par une personne domiciliée à Paris, laquelle sera tenue d'inscrire elle-même son nom et son adresse sur un registre ouvert à cet effet.

Les étudians sont également prévenus qu'aux termes de l'art. 8 de l'ordonnance du roi du 4 octobre 1820 la première inscription ne peut être prise qu'au commencement de l'année scolaire, c'est-à-dire pour le trimestre de novembre, et qu'en conséquence l'élève commençant son cours d'études, qui n'aurait pas pris l'inscription de ce trimestre, ne pourra s'inscrire que pour le trimestre de novembre suivant.

Les portes de l'amphithéâtre seront ouvertes à 10 heures 25 minutes.

Le jour de l'ouverture de chaque cours sera annoncé par une affiche particulière.

— L'Académie de médecine de Belgique, fondée à Bruxelles l'année dernière par le roi Léopold, vient de nommer ses correspondans. Elle a élu pour la France : MM. Bégin, Bouillaud, Breschet, Chevallier, Chomel, Dumas, Flourens, Forget (de Strasbourg), J. Guérin, Lallemand (de Montpellier), Leroy-d'Etiolles, Lisfranc, Magendie, Moreau, Orfila, Roux, Serres (de Montpellier), Soubeiran, Velpeau.

— M. Piorry a commencé aujourd'hui vendredi 4 novembre à 7 heures 3/4 précises du matin, à l'hôpital de la Pitié, ses conférences cliniques et sa visite. Elles traiteront principalement cette année des maladies du nez, du larynx, des bronches et des poumons, et seront en rapport avec le sujet du cours de la Faculté qui aura lieu les lundis, mercredis et vendredis à 2 heures, dans le grand amphithéâtre. Toutes les six leçons la livraison correspondante du Traité de médecine pratique paraîtra et renfermera les leçons qui viendront d'être faites.

— Aide-mémoire médico-légal de l'officier de santé de l'armée de terre, ouvrage dans lequel sont traitées toutes les questions de droit relatives à la médecine militaire, à l'opération médicale du recrutement et aux devoirs que les officiers de santé ont à remplir dans les diverses positions où ils sont placés, publiés avec autorisation du ministre de la guerre, et encouragé par le conseil de santé des armées; par F.-C Maillot, ancien médecin en chef de l'hôpital de Bone, professeur à l'hôpital d'instruction de Metz, etc, et J.-A.-A. Puel, médecin ordinaire attaché à l'état-major de la 3e division militaire, etc. — 1 vol. in-folio de 644 pages. Prix : 6 fr.

A Paris, chez J.-B Baillière, libraire de l'Académie royale de médecine, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

A Londres, chez H. Baillière, 219, Regent Street.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 46. (TOME X. — 1842.) SAMEDI 12 NOVEMBRE 1842.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des Hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PHYSIOLOGIE.

ESSAI PHYSIOLOGIQUE SUR L'ORIGINE DES FORMES ORGANISÉES (ESPÈCES ANIMALES ET VÉGÉTALES); lu à l'Académie des sciences morales et politiques, le 5 novembre 1842, par J.-J. Virey.

Un sujet grove, appelant les plus hautes conceptions de la philosophie, et qui touche même aux opinions religieuses, la question *de l'origine des formes organiques*, en ce qu'elle offre d'accessible aux sciences d'observation, n'a pas été, ce nous semble, suffisamment approfondi de nos jours.

Devant quel plus noble tribunal que celui de l'Académie des sciences morales porter cet examen, dans lequel l'induction et les conséquences téléologiques ressortent inévitablement de la réunion des faits physiques les plus modernes?

Dans l'hypothèse du panthéisme, celui-ci est forcé d'admettre les *formations spontanées*, même de l'homme et des grands animaux, de toute éternité, fatalement, sans intervention d'aucune intelligence distincte, supérieure, ou par la seule activité de la matière.

Mais, s'il y a des preuves démontrables en histoire naturelle :

1° Que les êtres organisés s'enchaînent les uns aux autres par des rapports harmoniques, selon un plan régulier;

2° Que les générations n'ont pu se développer arbitrairement, qu'elles établissent même des limites infranchissables entre les espèces, quoique congénères, et s'opposent à la création de races intermédiaires ou hybrides, permanentes;

3° Enfin, qu'il existe des empêchemens aux générations prétendues spontanées, libres, physico chimiques;

On sera contraint d'accorder que la production des formes organiques ne saurait résulter du hasard ou des circonstances seules, matérielles; fait de première importance.

Il faut alors qu'une cause distincte, infiniment prévoyante, opère pour les êtres *végétaux* et *animaux* qui pensent le moins, ou les plus incapables de préparer leur avenir. Il en résulte cet enchaînement de rapports, ce système régulier d'organisation entre les créatures qui peuplent et décorent notre globe.

Si cette conclusion était irréfutable, ses conséquences seraient immenses comme bases de toute philosophie positive.

Ce n'est que dans les âges modernes qu'on a pu reconnaître la concaténation des familles naturelles des êtres organisés, végétaux et animaux, et leurs relations multiples. Les anciens philosophes, admettant des générations spontanées, informes, ne s'étaient point fait une idée distincte de la chaîne des êtres et de leurs connexions. Cependant Aristote, par ses belles classifications encore reçues comme bases de la zoologie, avait étudié les grands rapports de leur structure.

Par là est née de nos jours cette observation philosophique de l'ordre systématique de la nature, qui ne peut résulter du concours fortuit des élémens ou des atomes inorganiques.

Feuilleton.

GALERIE DES CÉLÉBRITÉS MÉDICALES DE LA RENAISSANCE.

ANDRÉ VÉSALE.

(Suite et fin. — Voir le n° 44.)

Il y a deux périodes bien tranchées dans la vie d'un grand nombre d'illustrations scientifiques : l'une où, au milieu du silence absolu de la retraite, à la faveur des rayons de la lampe mystérieuse, parmi les ardeurs dévorantes d'un labeur ingrat et sans relâche, le savant lutte corps à corps avec la fortune, brigue, le cœur rempli de vagues inquiétudes, les faveurs passagères de la gloire, l'éclat incertain de la célébrité; l'autre dans laquelle, parvenu au terme de ses désirs, voulant mettre à profit le résultat de ses veilles, le fruit de ses angoisses, il s'endort voluptueusement au sein des délices de la Capoue qu'il s'est conquise; dans laquelle en un mot :

> Monté sur le faîte, il aspire à descendre,

comme dit le grand Corneille, sans se douter qu'une halte à travers la science, c'est le néant au milieu de la mort.

Une fois devenu le médecin particulier de l'empereur, son compagnon favori, obligé, dans ses voyages, aux camps, à la cour, André Vésale, amolli par la possession des richesses et gâté par les honneurs de son poste brillant, André Vésale abandonna presque entièrement son culte pour l'anatomie. D'ailleurs, en Espagne, le fanatisme religieux qui prenait à la lettre ces paroles si connues d'un concile : *L'Eglise a horreur du sang*, le fanatisme religieux, toujours prévenu contre les hardiesses de cette science, la signalait sans cesse aux châtimens de l'inquisition. Il préféra donc le repos à la lutte, la paix à une guerre violente dont il n'était pas certain de sortir vainqueur et vivant. Aussi, quand il fallut répondre à Gabriel Fallope, son ancien élève, au sujet d'une discussion ostéologique que le célèbre professeur de l'Université de Padoue venait de lui proposer, quand il fallut en finir avec ce duel honorable, qui fixait sur lui l'attention de toute l'Europe savante, Vésale, comme Albinus le dit lui-même, fut d'une médiocrité déplorable, d'une faiblesse inouïe. Attendu l'absence de tout cabinet anatomique à Madrid, condition pénible que le Saint Office lui avait solennellement imposée, il ne lui était point possible de se garantir d'une foule de lacunes, d'erreurs relatives aux notions de détails généralement si fugitives, même pour les mémoires les plus heureuses et les mieux exercées.

Toutefois, le terrain qui lui échappait d'un côté, il le regagnait très habilement de l'autre. Si Vésale n'était plus l'anatomiste d'autrefois, il se créait un titre que la renommée ne lui avait point octroyé jadis, celui de médecin ingénieux et sagace, celui de chirurgien prudent et plein de dextérité.

En effet, les *espèces* ou *types* ne sont pas jetées isolément et sans antécédens à la surface de notre planète. Elles se rattachent à un plan harmonique, ou s'engrènent et s'entretiennent par des races plus ou moins consanguines et fraternelles, attestant leur parenté, leur origine commune, ainsi que le prouvent les *genres* et les *familles*. Elles démontrent aussi leurs *affinités* par des *alliances*, des *productions intermédiaires*; mais on a été plus loin.

On a dit qu'originairement des souches très éloignées s'unissant à plusieurs reprises, dans la longue course des siècles, avaient constitué cette multitude presque infinie de races plus ou moins voisines, lesquelles se mélangeant successivement entre elles ont dû élaborer toute cette vaste hiérarchie d'espèces liées par des genres et des familles analogues. Ainsi se seraient créés les chaînons qui les rattachent entre eux. De là, l'unité, l'ensemble qui paraît lisser la trame multiple des êtres, en associer les élémens qui se ramifient; car chaque groupe ou famille, telle qu'une province géographique, tient à plusieurs régions circonvoisines. Alors, *il n'y aurait pas de limites assignables aux espèces et à leurs variétés*, en ajoutant de plus toutes les causes de modifications par des climats, des températures, des alimens, etc. Il ne faudrait plus s'émerveiller de ces innombrables races d'insectes, de plantes, en chaque contrée, ni de leurs rapports réciproques ou des anastomoses de leurs branches les plus homogènes.

Mais cette théorie suppose la possibilité d'unions libres, s'abandonnant, s'il est permis de le dire, à un débordement vagabond entre les espèces soit animales, soit végétales. Il en résulterait ainsi un abâtardissement universel, sans frein ni limite sur toute la terre et au fond même de l'Océan. Tout finissant par se mélanger et se confondre, il n'y aurait plus de type constant, d'espèce déterminée, mais des formes incessamment transitoires. Or, cela n'est pas compatible avec la constitution stable, actuelle de notre monde.

Nous avons examiné, dans les diverses classes d'animaux et de végétaux, les obstacles qui s'opposent à cette promiscuité des espèces et à la confusion de la nature organisée.

Il n'y a pas seulement une *loi de variété* dans ces productions organisées de notre globe, mais aussi un *ordre de fixité* pour la constance et la séparation des types, ou la conservation de leur pureté originelle, puisque les *variétés* retournent spontanément à leur *équilibre natif*, sauvage, par des oscillations successives, comme le pendule à son point de repos, lorsque cessent toutes les causes de déviation.

Parmi les conditions de l'existence des êtres, l'une des moins remarquées et cependant des plus essentielles, est celle qui *limite les croisemens* des espèces, ou qui maintient les formes *prototypes*. En effet, si la nature brute s'était spontanément créée en espèces; *si tout ce qui pouvait exister s'était formé*, suivant l'hypothèse de l'activité libre des élémens ou des atômes, dans le temps et selon les circonstances, comme on l'a prétendu (puisque la nature aspire à la plus grande reproduction possible), il n'y aurait pas de raison pour laquelle cette nature apporterait des barrières ou des obstacles à l'union avec des espèces voisines. Ce fait que nous allons signaler prouve contre la spontanéité des formations organiques, ou leur production *à l'aventure*. Il y a donc, au contraire, *intention* et *but providentiel*, comme pour tout organisme préformé avec ses sens, ses membres, dans leur emploi ultérieur, en chaque climat.

Par l'examen des hybrides ou mulets, on voit s'allier les *espèces* les plus voisines, mais non pas les *genres* divers.

Ainsi, les carnivores ne se mélangeant point avec les herbivores, il y a des points d'arrêt entre des organisations trop distinctes, ou hétérogènes les unes aux autres, comme des limites assignées à leurs parentés. Les canaux ne s'abouchent point passé certaines disparates, car les arbres fruitiers à pépin et ceux à noyau (quoique de la même famille des rosacées) ne se greffent pas bien entre eux, tout en contractant des alliances hybrides avec leurs congénères, chacun dans leur genre.

Déjà, dans le règne végétal, la nature chaste sépare les types spécifiques par des structures ingénieuses. Ainsi le pollen fécondateur, d'après sa forme, son volume, ou des circonstances de floraison, de maturité sexuelle réciproque, etc., n'est point appelé à fertiliser l'ovaire de toute autre fleur, ou ne peut pénétrer dans le style; il faut des convenances bien intimes, des aspersions séminales d'époques et d'harmonies bien appropriées jusque chez les *plantes dioïques*, afin que cette fécondation s'opère. Les artificielles et la *caprification* par le concours des insectes n'ont lieu même qu'entre des espèces similaires. Quoique la plupart des phanérogames déploient à l'air libre leurs parties sexuelles, il en est que la nature cloître sous des corolles fermées, comme les papilionacées; il faut des conditions soit d'orgasme chaleureux, soit de mobilité, pour que l'anthèse devienne prolifique, suivant les dispositions des étamines et des pistils en chaque famille, comme parmi les syngenèses, les polygames, les gynandriques, les monoïques, etc. Toutes ces modifications parquent, pour ainsi parler, leurs différentes classes, empêchent toute confusion, malgré les affinités, le voisinage des espèces et le transport des poussières fécondantes dans l'atmosphère, à l'aide des vents.

Cet isolement des espèces devient éminemment nécessaire parmi les animaux aquatiques, les poissons, les races inférieures de tant de myriades de mollusques, de zoophytes, répandant, pour se féconder sans accouplemens, leur frai, qui se mélange dans les flots. Aussi chaque genre d'œufs n'accepte et ne peut absorber sans doute que le liquide émané de son type normal, seul apte à le vivifier. Les hybrides, même artificiels, y sont rares. On comprend que le frai ou la laite du brochet carnivore ne devait pas s'allier avec les œufs du cyprin ou de toute autre espèce, sa victime. Les chorions, ou enveloppes de chaque genre d'œufs, ne doivent être perméables qu'à des principes fécondateurs en relation avec la structure de leur race. Cette spécialité native la garantit dans sa pureté, soit qu'il y ait intention providentielle, soit qu'il existe dès l'origine des embryons, ou formations organiques, un type fondamental pour chacune d'elles.

Et ces rapports de *diversité radicale avec des convenances sexuelles* coëxistans sont si bien harmoniés qu'ils deviennent une loi : ainsi plusieurs insectes coléoptères, hyménoptères et autres portent des lames ou écailles vulvaires, empêchant l'union sexuelle avec des mâles d'autres espèces, barrière qui s'oppose à toute hybridité trop éloignée.

Il existe, d'ailleurs, telles différences d'époques de fécondité, de durée de gestation, de mode de nutrition des embryons et fœtus dans le sein maternel, qu'il n'y a nulle possibilité de formation de ces centaures, de ces satyres mythologiques qu'admettait l'antiquité dans sa philosophie naturelle. Aussi chaque espèce aspire à son *type d'unité normale*, de *beauté* ou de *perfection* complète dans l'acte le plus important pour sa perpétuité, afin que l'œuvre de création conserve son innocence et trans-

---

Une grande question divisait alors, comme elle divisait naguère encore la thérapeutique du *mal de Naples*, autrement dit syphilis. Les uns, avec Fernel, étaient pour l'usage des végétaux sudorifiques, à l'exclusion de tout autre médicament; les autres, Jean de Vigo, Beranger de Carpi, Paracelse en tête, prenaient parti pour l'emploi du mercure d'une façon tout aussi absolue. Mais les premiers, qui citaient sans cesse Benvenuto Cellini comme le plus célèbre exemple de l'avantage du *bois* dans le traitement de la blennorrhagie, ne se vantaient pas du malheureux chevalier Ulrich de Hutten, lequel, malgré les doses prodigieuses de la racine dont il avait célébré les vertus malheureusement trop précaires, trop équivoques, allait mourir en secret au milieu d'une petite île du lac de Constance, dévoré par des pustules, des exostoses et des caries. D'ailleurs, les décoctions de gaïac et de salsepareille, telles qu'on les donnait à prendre aux malades, sans modération, sans prudence, produisaient des résultats funestes sur lesquels Paracelse déversait avec raison toute la fougue de son éloquence, toute l'amertume de son sarcasme : « Il faut, disait-il, avaler le *bois*, jusqu'à ce qu'il conduise au tombeau en énervant les forces de l'estomac. »

Vésale, à l'exemple de Fracastor, suivait un procédé plus sage; il adoptait les combinaisons de l'éclectisme; car quoiqu'il semble préconiser dans un écrit *ex professo* les propriétés soi-disant spécifiques de la racine de Squine, il a bien soin de conseiller en même temps les pilules mercurielles du pirate algérien Barberousse. De cette façon, à peu près vers le même temps où le chevaleresque François I[er] succombait aux reliquats imprévus et perfides, fruits malheureusement trop ordinaires alors du plaisir qu'il avait si violemment aimé, du péché qu'il avait si fréquemment commis, maître André guérissait d'une maladie tout à fait identique l'astucieux Charles-Quint dont la faute moins coutumière inspirait à son imagination plus de défiance, plus de crainte et de précaution.

Tous les diagnostics portés par Vésale étaient, dit-on, d'une justesse extraordinaire pour l'époque, qualité rare et précieuse qu'il devait sans contredit en grande partie à l'étude de l'anatomie pathologique, cette branche importante de la médecine, dont il avait été aussi l'ardent promoteur, surtout dans sa jeunesse, avant de s'être assis au banquet si séduisant des honneurs et de la célébrité. Appelé en consultation, suivant l'autorité d'Albinus, par Adolphe Occon, Achille Pirminus Grasserus, auprès d'un malade qui portait aux lombes une tumeur énorme, à l'occasion de laquelle, quant à son origine et à sa nature, toute la sagacité de ces médecins instruits se trouvait en défaut, André Vésale annonça sans hésiter un anévrisme de l'aorte, diagnostic délicat et difficile que l'autopsie du malade vint confirmer de point en point.

La guérison de don Carlos, fils de Philippe II, était surtout une des preuves les plus citées de la justesse admirable de son esprit, de la sage témérité de son expérience.

Le petit-fils de Charles-Quint voulant un jour pénétrer de force dans la chambre à coucher d'une jeune et belle señora, qui lui en refusait opiniâtrément l'entrée, s'était fait une large et profonde blessure à la tête avec les compartimens de la porte de cette chambre à coucher, dont son ardeur amoureuse n'avait pu obtenir satisfaction qu'en la brisant à l'aide d'une hallebarde. Le coup fut si violent que le jeune infant d'Espagne perdit tout à fait connaissance; cependant celle-ci lui revint bientôt, et conséquemment la commotion cérébrale n'était plus à craindre, quand, au bout du onzième jour, la fièvre et le délire se manifestèrent.

mette l'empreinte originelle de la puissance formatrice. Le mâle et la femelle chez tous les animaux représentent l'un pour l'autre l'image d'un dieu pendant la saison des amours, ou divinise sa forme. Chaque race, en effet, repousse les individus difformes qui la déshonorent, ou, par les combats que se livrent les mâles les plus vigoureux, elle s'ennoblit en se regénérant dans la source sacrée de la reproduction. Les métis ou mulets retournent à la tige de laquelle ils émanent; car, soit qu'ils ne puissent se reproduire, soit qu'ils rentrent dans la famille paternelle ou maternelle, selon leur prédominance relative en chaque individu, ils y reprennent la fécondité qui les avait abandonnés. Tant il y a, jusque chez les brutes, cette conscience du cœur qui ne trompe jamais, surtout les mères, interprètes fidèles de ces inspirations de la nature. La volupté dans les unions s'arrête par des antipathies et la stérilité à la limite même de l'étrangeté des genres et des familles naturelles. Le sang ne saurait se mentir à lui-même; il abhorre de monstrueux adultères ou l'impur mélange de crime et de honte, car le bouc sacré de Mendès, dit Plutarque, préférait les chèvres aux dévotes Égyptiennes. Ainsi la scission s'accomplit par cette dissociabilité.

L'objection des *générations spontanées* serait formidable, en ce qu'elle rendrait la nature maîtresse de produire non seulement toutes sortes de formes désordonnées et vagabondes, mais même la ferait complice de toute monstruosité, ou plutôt effrénée et sans limites définies; car qui la bornerait si elle etait Dieu dans le système du panthéisme? On n'y voit aucun terme dans la multiplicité des combinaisons contingentes, soit antédiluviennes, soit récentes parmi tous les climats, toutes les situations sur la terre comme dans les eaux.

Ces générations supposées nécessairement libres ne s'enchaîneraient donc en rien, et déréglées, elles composeraient par leur inconstance incessamment variable tout ce qui est imaginable ou possible. Elles ne seraient limitées que par la nécessité des élémens ou des forces contraires et la fatalité; *le hasard deviendrait le père de tout.*

Or, dans la nature organisée règne, au contraire, une série toujours normale et régulière de productions. L'ordre y prédomine partout, avec intelligence, sur les anomalies *tératologiques* (ou monstruosités).

Quoique les observations les plus exactes des modernes par le microscope aient infiniment restreint le nombre de ces productions prétendues spontanées, soit parmi les vers intestinaux et autres épizoaires, soit dans la classe des animalcules infusoires protogènes; quoiqu'on y remarque déjà des preuves de l'existence des sexes en certains genres et une propagation, soit par des ovules très-petits, soit par des scissions ou boutures comme dans une multitude de végétaux, il serait peut-être bien téméraire de nier toute possibilité de génération spontanée de ces êtres inférieurs. On a dit qu'elle est *la création continuée et une tendance de la matière à l'organisation*, surtout en passant (comme les zoospermes) dans les tissus ou les filières des êtres vivans et capables de les élaborer.

Mais ces animalcules supposés entièrement spontanés cessent d'être cependant désordonnés et protéiformes dans leur structure; ils revêtent une *figure normale* quelconque; les naturalistes ont pu les classer, les reconnaître, même en diverses contrées. Il y a déjà pour eux, des *types*, des *germes spéciaux*, fort différens de la structure cristalline du minéral composé de simples agrégats de molécules superposées. En effet, l'être organisé n'est tel que par *l'unité du moi* qui noue régulièrement ses parties pour lui conférer la spontanéité d'action soit instinctive, soit volontaire, dans un but avec des membres ou des sens, et un *centre d'activité pour régir l'ensemble d'harmonie* jusque dans la plante. Rien de pareil n'existe dans l'agrégat minéral, quelque régulier que soit un cristal chimique, un sel à faces géométriques; chaque molécule subsiste par elle seule.

Ici se constate donc l'immense *hiatus* entre l'organisation centralisée et un *corps brut*. C'est pourquoi la vie ne paraît possible que comme émanation et transmission d'un *germe primordial dans une forme spéciale, avec des organes prédéterminés pour un but.* Or, ces organes se manifestent jusque dans l'être dit de création spontanée (les infusoires, les vorticelles, les vers intestinaux, etc.). Il n'est donc pas œuvre du hasard ou des forces aveugles; comment aurait-il deviné son but, inventé sa destination, approprié sa structure?

L'intervention d'une intelligence formatrice est donc indispensable pour toute vitalité organisée. C'est une incarnation mystérieuse et, selon nous, inexplicable par les moyens tirés de notre physique vulgaire.

Il y a ainsi harmonie, concours, ou *consensus* et probabilité d'une *création* ou *direction intelligente* par l'enchaînement régulier des matériaux organisables. Dans leur *variabilité* de classes, de genres, d'espèces, il n'y a point *liberté* ni *indépendance*, mais des règles et un merveilleux accord de déterminations jusque dans les monstruosités; enfin, des sillons tracés pour les végétaux, les animaux dont la structure, le cercle d'existence s'encadrent entre des limites et des impossibilités établies avec une suprême sagesse.

La *vie*, l'*organisation* nous apparaissent donc sur ce globe par leurs attributions et leur origine comme le témoignage le plus convaincant d'une puissance intellectuelle dans les règnes végétal et animal, ou l'émanation directe d'une divinité, et l'humanité en est le terme.

D'après ces faits d'observation, l'hypothèse du panthéisme ou de l'*unité de substance* nous paraît désormais inadmissible.

PATHOLOGIE INTERNE.

MÉMOIRE SUR LES HÉMORRAGIES DE LA GRANDE CAVITÉ DE L'ARACHNOÏDE CHEZ LES ENFANS; par les docteurs BARTHEZ et RILLIET.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

ART. III. — CAUSES DES HÉMORRAGIES ARACHNOÏDIENNES.

MALADIES ANTÉRIEURES. — Les hémorragies arachnoïdiennes peuvent se développer pendant le cours de la bonne santé ou pendant le cours d'autres maladies. La première forme est beaucoup plus rare que la seconde. Dans l'exemple d'apoplexie méningée accompagnée de convulsions, que nous avons cité plus haut, on pourrait se demander si les convulsions n'ont pas existé primitivement, et si ce n'est pas à la suite de la congestion céphalique, qu'elles entraînent, que s'est formé l'épanchement sanguin, qui, de cette sorte, aurait été secondaire. Aucune preuve positive ne peut venir à l'appui de l'une ou de l'autre manière de voir; nous

---

Or, dans cette conjoncture, au lieu de recourir promptement à des moyens énergiques et rationnels, savez-vous à quoi se bornait la science des médecins ordinaires de la cour d'Espagne? à la prière des moines, à l'intercession d'un miracle. Philippe II, qui connaissait la dévotion particulière de son fils pour la mémoire vénérable du bienheureux Saint-Didace, avait fait transporter en grande pompe le corps du cénobite espagnol de la tombe du cloître où il reposait sur le lit de l'enfant pour lui envelopper son visage avec les lambeaux du suaire. Vain effort! loin de diminuer, le mal s'aggravait de plus en plus. André Vésale revenait heureusement d'un voyage diplomatique hors de l'Espagne. Comme il avait cru reconnaître chez son noble malade tous les symptômes d'un étranglement sous-péricrânien, malgré l'opinion de ses confrères, il crut devoir opérer sans retard le débridement des parties étranglées. En conséquence, il fit à l'aponévrose du crâne une large incision. Cette incision donnant issue à un véritable ruisseau de pus épais et infect, le délire tomba sur le champ, le prince dormit; et au bout de quelques jours la fièvre venant à cesser, don Carlos fut en pleine convalescence.

Philippe II se montrait tellement orgueilleux du talent de maître André qu'il l'envoya à Paris, auprès de Henri II, lors de l'accident survenu à ce brillant monarque dans le célèbre tournoi de la rue Saint-Antoine. Toutefois Vésale fut du même avis que maître Ambroise Paré, quand il vit le roi de France étendu sur son lit de l'hôtel des Tournelles, entièrement privé de connaissance. Tous deux *le pansèrent, mais Dieu ne le guarit point*, car la lance aiguë et effilée du comte de Montgommery, en s'introduisant dans la cavité orbitaire droite de Henri, à travers la visière de son casque relevée sans précaution, avait traversé le cerveau de part en part.

Un autre fait montrera chez lui, dans ses pronostics, sinon une exactitude, une précision qui n'est jamais possible, du moins la foi aveugle, la confiance illimitée qu'on accordait sur ce point à chacune de ses paroles.

Un parent du noble et malheureux comte d'Egmont assassiné juridiquement par le duc d'Albe, Maximilien d'Egmont, comte de Buren, favori de Charles-Quint et général en chef de ses armées, venait d'être affecté à Bruxelles d'une angine très intense. André Vésale le trouvant dans un état grave, désespéré, eut l'imprudence impardonnable de préciser l'heure de sa mort à un officier de sa suite, lequel officier eut l'imprudence plus impardonnable encore de rapporter ce pronostic à son maître. Or, à cette fatale nouvelle, quelques instans avant le terme fixé par le médecin audacieux, le comte de Buren convoqua ses amis à un festin splendide, but et mangea très joyeusement avec eux; puis au coup de l'heure prophétique et funèbre, embrassant tous ses convives en façon d'adieu, distribuant à l'un ses bijoux, à l'autre son épée, il se mit au lit, et soit effet du hasard, soit résultat de son imagination violemment troublée, il mourut exactement comme le lui avait annoncé Vésale.

Il est presque inutile de mentionner l'influence salutaire que le mouvement imprimé par Vésale aux études anatomiques dut exercer sur la pathologie chirurgicale, tant cette influence salutaire paraît manifeste, saillante aux yeux de tous. Quelles idées nouvelles, quelles réformes heureuses, quel progrès incessant n'allaient pas en effet jaillir delà autour d'elle, et l'inonder des rayons de leur lumière resplendissante! Seulement ces bienfaits devaient être plus ou moins immédiats, plus ou moins instantanés, plus ou moins explicites, suivant la prédi-

remarquerons seulement qu'il est rare de rencontrer chez les enfans des exemples de convulsions primitives se répétant un grand nombre de jours de suite, sans qu'on en trouve la cause, soit dans une maladie antérieure de l'encéphale, soit ailleurs que dans cette cavité.

Chez quelques enfans, la maladie dépend évidemment du traitement intempestif et mal entendu des affections chroniques du cuir chevelu, comme on pourra s'en assurer par l'exemple suivant,

Obs. VIII. — Dagonnier, garçon, âgé de 14 mois, rachitique peu avancé, avait un impetigo abondant sur la tête; mais était fort bien portant, lorsque l'éruption disparut, au dire de la mère, instantanément, à la suite d'un traitement fait *ad hoc*. Depuis ce moment, l'enfant perd l'appétit, porte constamment la main à sa tête, qui prend un volume considérable; les symptômes s'accroissent peu à peu; à l'hôpital, l'enfant se présente sous l'aspect d'un hydrocéphale chronique, avec dévoiement; il meurt au bout de trois mois; et nous constatons un énorme épanchement séro-sanguinolent et des fausses membranes sanguines dans la cavite arachnoïdienne.

Ajoutons encore que nous possédons l'observation d'un enfant atteint à la fois de phlegmasie cérébrale et d'hémorragie arachnoïdienne, dont la maladie s'était développée sous nos yeux, à la suite de l'application de cataplasmes destinés à faire tomber les croûtes d'un favus.

Il reste donc hors de doute qu'une des causes de la maladie qui nous occupe, aussi bien que de la méningite, est le traitement mal entendu des maladies du cuir chevelu, qui a quelquefois pour résultat de produire une vive congestion encéphalique.

Arrêt de la circulation. — Parmi les circonstances qui coïncident avec les hémorragies encéphaliques, et qui peuvent en être regardées comme la cause; la plus fréquente est, sans contredit, une compression sur un point quelconque du système circulatoire, et surtout de la circulation veineuse sus-diaphragmatique. On comprend parfaitement cette action, qui a pour but le ralentissement de la circulation dans les sinus de la dure-mère, et par suite la tendance à un épanchement dans la grande cavité arachnoïdienne dans le tissu de la pie-mère ou dans la substance cérébrale.

Ce ralentissement de la circulation peut même aller jusqu'à déterminer la coagulation du sang dans les veines et les sinus cérébraux. Ce fait n'avait pas échappé à la sagacité de M. le docteur Tonnelé. Ce médecin a rapporté des exemples d'épanchement sanguin dans la grande cavité, résultat de la cause dont nous parlons ici.

Enfin, dans la plupart des cas où nous avons constaté un arrêt possible de la circulation cérébrale, mais non dans tous, l'hémorragie méningée s'accompagnait, soit de coagulation du sang dans les sinus, soit d'une quantité notable de sang liquide.

Nos observations démontrent, et les faits publiés par M. Tonnelé viennent à l'appui, que l'obstacle à la circulation cérébrale existe dans le cerveau ou loin de sa boîte osseuse.

Les obstacles à l'intérieur de la cavité sont la coagulation du sang dans *les sinus de la dure-mère.*

Les obstacles situés à l'extérieur de la boîte crânienne sont :

1° *La compression de la veine cave supérieure par les ganglions bronchiques devenus volumineux et tuberculeux.* La position de ces ganglions est effectivement des plus favorables pour produire cet effet. En contact avec le tronc unique qui ramène le sang de la tête au cœur, s'ils se développent, ils le compriment entre eux et les os sont ainsi le point de départ d'un ralentissement dans la circulation céphalique. Cette cause est si véritable que nous la rencontrons 7 fois sur 17 observations qui nous appartiennent. En outre, cet effet ne s'est produit que lorsque les ganglions étaient développés soit du côté droit seulement, soit des deux côtés à la fois, jamais du côté gauche seulement; tout le monde sait que c'est le côté droit de la colonne vertébrale que longe la veine cave supérieure.

2° *Le rachitisme.* Le rachitisme de la poitrine arrivé à un certain degré a pour effet de gêner la circulation des parties supérieures et de déterminer un aspect violacé de la face. Il n'est donc pas étonnant que cette action se porte comme la précédente jusque sur la circulation cérébrale. Cette cause cependant n'a sans doute pas une efficacité bien grande; en effet, quatre de nos malades nous ont présenté cette déformation thoracique, et chez tous d'autres causes pouvaient expliquer aussi la production de l'hémorragie.

3° *Un obstacle à la circulation abdominale.* Il semble d'abord assez singulier qu'une pareille cause puisse déterminer une congestion cérébrale; cependant nous ne saurions nier son influence en voyant que 4 malades sur 17 avalent une hypertrophie de la rate ou du foie. Il est bien entendu que nous ne comprenons dans ce nombre que des malades qui n'avaient pas d'autre cause appréciable d'hémorragie cérébrale, et que nous ne comptons pas ceux qui avaient une hypertrophie de la rate en même temps qu'un développement anormal des ganglions, ou toute autre tumeur sus-diaphragmatique. Pour comprendre l'action de cette cause, il faut supposer que l'obstacle agit surtout sur la circulation artérielle, et que l'aorte comprimée à sa partie inférieure projette plus de sang dans les parties supérieures; de cette manière l'épanchement cérébral serait actif en quelque sorte et dépendrait d'une circulation artérielle trop abondante, tandis que dans la compression par les obstacles plus haut situés l'épanchement serait passif et arriverait par stase veineuse.

Toutefois nous ne présentons ces considérations qu'avec réserve, parce que nous n'avons de preuves en faveur de cette cause que le fait de la coïncidence de la tumeur et de la lésion, et, d'autre part, les théories se plient si facilement à l'explication des faits que nous n'attachons aucune importance à celle que nous donnons et dont l'exactitude n'est rien moins que démontrée.

Il ne faut pas oublier cependant que toutes ces causes de compression peuvent produire un épanchement séreux tout aussi bien qu'une effusion sanguine: fait qui nous explique la coïncidence de l'hémorragie avec l'infiltration sous-arachnoïdienne ou à l'épanchement séreux ventriculaire.

Enfin, remarquons encore que si ces différens obstacles au cours du sang ont eu quelque influence sur la production de l'hémorragie, l'action qu'ils ont exercée a été lente et graduelle; que par conséquent l'épanchement sanguin n'a probablement pas été subit. Cette marche de la lésion peut, jusqu'à un certain point, rendre compte de l'absence de symptômes cérébraux. Tout le monde sait en effet que les altérations qui se développent avec lenteur n'occasionnent pas les mêmes accidens que dans les cas où elles surviennent d'une manière instantanée. Cette règle générale se trouve justifiée dans le cas actuel par ce fait que chez ceux de nos malades dont l'affection était primitive, aiguë ou chronique et qui nous ont

---

lection qu'avait l'anatomiste pour telle ou telle partie de la science. Les systèmes osseux et musculaire, par exemple, si bien étudiés, si bien connus par ce grand homme, quant au nombre, aux formes, à la situation de leurs élémens, les systèmes osseux et musculaire subirent une révolution directe, soudaine, évidente et complète dans une immensité de points de leur physiologie pathologique. Sans doute la science des difformités congéniales, l'orthopédie était une des conséquences les plus éloignées des travaux de Vésale, puisque l'anatomie de texture, la physiologie et la chimie, qui ont surtout contribué à son édification, n'avaient encore dans ce temps là ni formules régulières, ni application efficace; mais en revanche, le diagnostic et la thérapeutique des fractures, le diagnostic et la thérapeutique des luxations y gagnèrent incontinent une solidité et une précision telles, que les tentatives d'une chirurgie plus moderne n'ont pas encore pu y opérer une modification essentielle et permanente.

D'autres branches de la pathologie externe n'ont pas été moins redevables à Vésale, quoique indirectement et plus vaguement soumises à son influence. Sans lui, sans ses découvertes, les investigations postérieures des Anet, des Méjan, des Foubert, relativement aux maladies des organes de la vision; celles des Littre, des Monro, des J.-L. Petit, des Foubert, des Brasdor, des Hunter, des Scarpa, etc., au sujet du dérangement chirurgical des organes circulatoires, eussent été assurément impossibles ou tout au moins indéfiniment ajournées.

Il est un accident de la vie de ce grand homme, sur lequel les biographes sont loin de sembler d'accord, nous voulons parler du motif de son voyage en Orient. Suivant la version d'Hubert Languet, Vésale ayant été condamné au feu par le tribunal de l'inquisition pour avoir ouvert le corps d'un grand d'Espagne tombé seulement en léthargie, Philippe II aurait commué la peine capitale en un pélérinage à Jérusalem. Mais est-il besoin de signaler l'invraisemblance, l'absurdité de cette assertion? Quoi! Vésale avait incisé tranquillement la peau, les muscles, les cartilages thoraciques du prétendu cadavre, et celui-ci n'avait donné signe de vie qu'à l'ouverture du péricarde! car c'était, disait-on, aux mouvemens spontanés du cœur qu'on avait surpris l'erreur criminelle de l'anatomiste. En vérité, la physiologie bouleversée ici aurait ses lois bien singulièrement et bien à plaisir. Au surplus, dominé par son instinct pour le merveilleux le peuple ne voit-il pas du drame en toute chose; et dans le besoin d'envie, d'égalité qui le dévore, ne semble-t-il pas se venger des hommes supérieurs en les accusant de pensées bizarres et surnaturelles, d'actions horribles et sanguinaires? Sans parler d'Erasistrate et de Béranger de Carpi auxquels on adressait le même reproche, Michel-Ange, lui aussi, n'avait-il pas crucifié, disait-on, un de ses modèles afin de rendre d'après nature la physionomie et la pose de Jésus dans les angoisses de l'agonie? Loin de se livrer à une barbarie révoltante, que tout le zèle pour l'intérêt de leur art était incapable d'absoudre, les anatomistes de l'antiquité et de la renaissance cherchaient, au contraire, non seulement à concilier les progrès de la science avec les droits de l'humanité, mais encore à élargir implicitement ces droits imprescriptibles. En sollicitant du pape, comme le faisait Gabriel Fallope, la permission d'empoisonner les criminels à l'aide de l'opium, pour opérer ensuite la dissection de leurs cadavres, ils jetaient l'ame de ces malheureux dans des illusions tumultueuses il est vrai, mais du moins vagues et presque dénuées de conscience. C'était toujours la mort assurément, mais insensible et parée, la mort au fond d'une coupe de miel; parmi les fantaisies d'un

présenté des symptômes, la maladie ne reconnaissait pas pour point de départ une compression vasculaire.

Une dernière cause domine toutes celles que nous venons de passer en revue ; nous voulons parler de l'état cachectique auquel les enfans sont réduits par des maladies antérieures. Ces affections, quelle que soit leur nature, ont eu pour effet l'appauvrissement du sang, la perte de sa plasticité ; ce liquide a ainsi acquis une grande tendance à s'épancher à la surface de toutes les membranes sous l'influence de la cause la plus légère.

Les maladies qui déterminent l'état cachectique dont nous venons de parler sont nombreuses.

Chez quelques enfans la constitution est détériorée par une diarrhée chronique ou par toute autre maladie ; telle est, par exemple, une fièvre intermittente qui aura déterminé l'hypertrophie de la rate.

Mais la plus fréquente et la plus terrible de toutes ces cachexies est certainement la tuberculisation. Plusieurs enfans étaient tuberculeux à un degré plus ou moins avancé.

Si nous résumons cette étude des causes des épanchemens de sang dans l'arachnoïde, nous voyons qu'ils résultent :

1° De traitemens intempestifs des maladies du cuir chevelu ;

2° De maladies du sinus de la dure-mère ;

3° De compression de la veine cave supérieure par les ganglions bronchiques ;

4° De compression vasculaire par l'hypertrophie des organes abdominaux ;

5° De cachexie et d'affaiblissement général lié d'ordinaire à la tuberculisation ; du reste, cette cause se joint d'habitude aux autres ; mais elle suffit aussi par elle-même à produire la maladie ;

6° Enfin quelquefois l'hémorragie est primitive et ne dépend d'aucune maladie antérieure.

Terminons par quelques mots sur l'âge et le sexe. Les hémorragies méningées dominent dans le plus jeune âge et surtout d'un an à deux ans et demi. Cependant on peut les observer à un âge plus avancé.

Le sexe ne nous paraît pas avoir une influence bien marquée sur la production des hémorragies ou méningées (1).

ARTICLE IV. — PRONOSTIC.

Le pronostic des hémorragies arachnoïdiennes est grave. Lorsque la maladie est primitive la mort en est la conséquence presque nécessaire. on a pu voir, dans ce mémoire, nous n'avons malheureusement eu que des cas mortels à enregistrer ; ce funeste résultat n'est-il qu'une coïncidence malheureuse ? dépend-il de ce que dans la plupart des cas la thérapeutique a été nulle et insuffisante ? Nous voudrions le croire.

Quand l'hémoragie est secondaire aiguë, le pronostic est plus grave encore, parce qu'on a peu d'espoir qu'une thérapeutique mieux appliquée soit suivie de succès. La débilitation générale rend la terminaison fâcheuse encore plus rapide. C'est en effet dans cette catégorie que nous avons observé les faits de morts subites rapportés plus haut.

L'hémorragie, que nous appellons chronique et qui s'accompagne d'augmentation de volume de la tête, est peut-être moins fâcheuse que la précédente ; il est possible en effet que plusieurs guérisons de prétendues hydrocéphales puissent lui être attribuées. Il nous semble d'ailleurs qu'elle n'est pas au-dessus d'une médication sagement dirigée.

Les hémorragies cachectiques sont moins graves par elles-mêmes que par les causes sous l'influence desquelles elles se produisent. En effet, sous cette forme l'épanchement est quelquefois peu abondant ; réduit à quelques petits caillots, il ne peut avoir gravement compromis la vie d'autant que d'ordinaire il ne donne naissance à aucun symptôme grave.

ARTICLE V. — TRAITEMENT.

Tout ce que nous avons dit jusqu'ici prouve évidemment combien les ressources de la thérapeutique sont inefficaces pour arrêter ou guérir les hémorragies encéphaliques. La base de tout traitement, le diagnostic nous fait ici défaut. A supposer que la nature même de la maladie fût connue, dans bien des cas, les indications que le praticien doit se proposer de remplir viendront échouer devant l'impossibilité d'y satisfaire ; l'étude des causes ne l'a que trop prouvé. Cherchons cependant à établir quelques règles ;

1° L'hémorragie méningée est primitive aiguë, et se manifeste sous forme convulsive ou paralytique. En un mot, la maladie se présente sous un type analogue à celui dont nous avons cité des exemples. Le raisonnement indique qu'en cas pareil il faut 1° s'opposer à l'augmentation de l'hémorragie ; 2° favoriser la résorption du sang épanché. On atteindra le premier but au moyen des émissions sanguines et de tout l'appareil antiphlogistique local. Si l'âge de l'enfant le permet, on pratiquera une saignée générale ou l'on appliquera à l'anus un nombre de sangsues proportionné à la force de l'enfant. La tête sera rasée et des topiques froids seront appliqués sur le front et le cuir chevelu.

2° Les révulsifs intestinaux seront particulièrement indiqués ; on donnera le calomel à dose purgative ; si la contracture des mâchoires empêchait de le faire avaler, on le remplacerait par des lavemens purgatifs.

3° Les pédiluves chauds, les sinapismes, les vésicatoires, tous les excitans cutanés doivent être mis en réquisition, afin de favoriser une fluxion sanguine sur les extrémités inférieures. Ici les grandes ventouses du docteur Junod pourraient être très utiles.

4° Le régime sera sévère et le malade placé à l'abri de tout excitant cérébral. Si l'on était assez heureux pour voir les symptômes s'amender, nous croyons qu'il serait nécessaire pour prévenir de nouvelles hémorragies de s'opposer activement par un traitement tonique convenable à la débilitation qui succède d'ordinaire à une thérapeutique active. En même temps on tâcherait de favoriser la résorption des produits épanchés en joignant les altérans aux toniques.

B. Si l'hémorragie est secondaire et que l'enfant ne soit pas très débilité, le traitement précédent lui sera en partie applicable ; seulement on doit

(1) HÉMORRAGIES ARACHNOÏDIENNES 20 MALADES.

1 an et 1 an 1/2	2 dont	1	garçon	et	1	fille
2 ans et 2 ans 1/2	7	5	—		2	—
4 ans	3	0	—		3	—
5 à 7 ans	4	4	—		0	—
11 à 14 ans	4	1	—		3	—
	20 dont	11	garçons	et	9	filles

songe quelquefois heureux, la mort dégagée des réalités d'un supplice atroce, la mort loin des horreurs de la roue, loin des épouvantemens de l'écartelage. Quoi qu'il en soit, ce qu'il y a de vrai et de plus pénible à dire au sujet de la version d'Hubert Languet, c'est que Jacques Dubois était à la tête des calomniateurs qui s'efforçaient journellement de perdre Vésale ; c'est que, selon de Thou, non content de se liguer dans l'ombre avec les moines et les médecins espagnols ennemis du grand anatomiste, il alla jusqu'à le dénoncer publiquement auprès de l'empereur Charles-Quint et à révéler sans honte à ce monarque de prétendues dissections d'individus vivans, dont lui-même ne croyait pas un seul mot. Quant au fait particulier relatif au grand d'Espagne et à la punition infligée par le Saint-Office, punition adoucie par la clémence de Philippe II, tout cela est un pur roman, une fable adoptée sur le témoignage d'une autorité unique et très peu compétente en pareille matière.

Comme Socrate, comme Albert Dürer, comme Jean Holbein, André Vésale éprouvait mille tracasseries, mille ennuis dans l'intérieur de sa famille. Sa femme était d'une humeure sèche, acariâtre, querelleuse, emportée. Aussi, à l'exemple de l'artiste de Nuremberg et de celui de Bâle, selon Swertius, en s'éloignant de son pays il avait voulu fuir un joug qui lui était devenu insupportable Cette assertion n'a rien d'invraisemblable, mais elle n'explique nullement le choix de la contrée que parcourut Vésale. Celui-ci avait sans doute un motif particulier pour se rendre à Jérusalem, et ce motif ne pouvait être l'intérêt de la science, encore moins l'enthousiasme de la foi ; car, malgré son orthodoxie apparente, au fond il n'était rien moins qu'inflexible catholique : à l'instar de Rabelais, de Montaigne, d'Erasme, de Ulrich de Hutten, il raillait sans cesse et avec amertume la gourmandise, la lubricité, la paresse, l'ignorance, l'hypocrisie, l'esprit intrigant et perfide des moines, qui de leur côté ne manquaient pas l'occasion de l'accuser d'irreligion, de matérialisme, d'athéisme.

Comme on le sait peut-être, d'après une tradition populaire reproduite par quelques chroniqueurs, Vésale passait pour l'auteur d'une action tragique analogue à celle qu'on attribue généralement au mari de Gabrielle de Vergy. Avant surpris sa femme en flagrant délit d'adultère, et trouvant la vengeance de Lanciotto trop douce, l'expiation de Francesca de Rimini et celle de son amant trop promptes, Vésale avait disséqué tout vivant le favori de sa femme, en avait conservé chez lui le squelette, auprès duquel il amena un jour son épouse infidèle, dont l'effroi de ce spectacle occasionna la mort lente qu'il attendait de cette lugubre révélation. Or, dans cette hypothèse, était-ce pour donner une sorte de satisfaction à l'opinion publique indignée d'un pareil raffinement de cruauté qu'il parcourait la Judée ? Voilà ce qu'on ignore entièrement et ce que les chroniqueurs ne cherchent pas à nous apprendre. Mais, ainsi qu'on le devine sans doute, tout ce récit est encore une histoire en l'air, comme on en fabriquait tant sur le compte de Vésale ; et la preuve, c'est que les biographes sérieux, M. De Thou, Melchior Adam, Albinus, n'ont pas même voulu se rendre les simples échos de cette tradition populaire.

Jean Impérialis, lui, assure que le pélérinage de maître André était purement volontaire, et qu'il provenait des dégoûts, des antipathies qu'il avait fini par éprouver à la cour de Philippe II. De toutes les raisons alléguées jusqu'ici, c'est sans contredit la plus plausible. Seulement, quel était le véritable objet de ces dégoûts, de ces antipathies ? Encore même mystère ; cet auteur déplace la ques-

plus particulièrement insister sur l'emploi des purgatifs, des topiques réfrigérans et des révulsifs cutanés.

Lorsque la maladie est chronique, si, d'après l'ensemble des caractères que nous avons énumérés plus haut, on a pu déterminer sa nature, la première indication sera de favoriser la résorption des produits épanchés. C'est peut-être dans des cas analogues que le traitement que conseille pour l'hydrocéphalie en général Goelis a été suivi de succès. Nous pensons donc que l'on devrait commencer par le mettre en usage. Lorsque l'enfant est né de parens bien portans, lorsque la constitution et les forces sont bonnes et que la maladie est au début, ce médecin conseille les frictions mercurielles sur la tête, préalablement rasée, et à l'intérieur le calomel en poudre à doses très fractionnées. Voici les formules qu'il indique :

1° Onguent de genièvre.............. 24 grammes.
Onguent napolitain.......... de 12 à 16 —

2° Calomel........................ 7 centigrammes.
Sucre blanc.................. 4 grammes.
Divisé en 6 paquets, dont on en donne deux par jour.

On supprime le calomel s'il détermine des évacuations alvines abondantes; on diminue aussi l'activité du traitement dès qu'il survient de l'amélioration. Gœlis recommande fortement aussi les bains légèrement irritans.

La tête doit être soigneusement couverte d'un bonnet de laine pendant tout le temps qu'on met en usage le traitement par les frictions. Quant à la diète, l'enfant prendra seulement le lait d'une bonne nourrice. Les enfans plus âgés auront une alimentation composée de viandes, d'œufs, de café, de glands. On ne permettra presque jamais des boissons spiritueuses. Gœlis blâme les alimens composés de substances grasses. Si la saison le permet, le séjour au grand air la plus grande partie de la journée est très utile. En hiver, la température de la chambre devra être maintenue à 16 ou 17° R.; les matelas seront de crin et le lit également éloigné de la cheminée et des courans d'air.

Gœlis affirme que, sous l'influence de ce traitement, continué pendant quelques semaines, le plus souvent pendant quelques mois, il a vu le volume de la tête diminuer d'un demi-pouce à un pouce et une guérison radicale et définitive en être la conséquence ; il cite à l'appui de son assertion les noms de plusieurs enfans traités soit en ville, soit à l'Institut des enfans malades de Vienne.

Si au bout de quelque temps ce traitement ne réussissait pas, il faudrait sans hésiter recourir à la ponction. Dans l'hydrocéphale acquise, que l'on peut soupçonner être le résultat d'une tumeur cérébrale ou d'une altération profonde de l'encéphale, nous ne sommes pas partisans de cette opération ; nous pensons, au contraire qu'elle ne saurait qu'être avantageuse dans les cas d'hémorragie arachnoïdienne. Du reste, après s'être assuré du siége du liquide, il serait nécessaire, nous le pensons, de procéder promptement à l'opération, avant que les membranes qui succèdent à la transformation du caillot aient acquis un grand développement, et que les accidens qui résultent de la compression aient été portés très loin. Disons enfin qu'il serait prudent de n'évacuer le liquide que partiellement, afin que les os eussent le temps de revenir sur eux-mêmes et d'empêcher ainsi toute tendance au vide.

D. Enfin, si l'enfant est cachectique, l'obscurité du diagnostic sera un obstacle à tout traitement. Toutefois, si peu de symptômes annoncent l'existence de la maladie, il est un bon nombre de circonstances qui peuvent faire prévoir son imminence ou sa possibilité, et qui devront diriger le traitement dans un certain sens.

Ainsi, un enfant est-il cachectique et épuisé, on devra éviter tout ce qui peut entraver la liberté de la circulation, et déterminer un flux ou une stase sanguine vers la tête : tel serait un décubitus trop horizontal. On empêchera les enfans de pencher leur tête hors du lit, ainsi que cela leur arrive si souvent pendant la veille, comme pendant le sommeil. On évitera aussi de leur couvrir trop chaudement la tête ; on enlevera toute ligature autour du cou ; on aura soin surtout d'empêcher la strangulation exercée par les bonnets attachés au moyen de rubans au-dessous du menton. Souvent pendant le sommeil les enfans rejettent ces bonnets en arrière, et le ruban forme alors autour du col une véritable corde d'étranglement.

Si l'obstacle à la circulation dépend des ganglions bronchiques, ou des organes abdominaux, on fera des efforts pour guérir ou au moins diminuer cette maladie première. Le traitement sera celui des tubercules de la fièvre intermittente. On cherchera en outre quelle est la position de l'enfant dans laquelle la circulation est la moins entravée ; on en jugera par la disparition de la bouffissure, par la diminution de la coloration violacée de la face, par la chute du nombre des mouvemens respiratoires, par leur tranquillité plus grande. Enfin, et à moins de contr'indications particulières, on n'oubliera pas de tonifier le petit malade par tous les moyens possibles.

ÉPIDÉMIES.

DE L'IDENTITÉ DE NATURE DES FIÈVRES D'ORIGINE PALUDÉENNE DE DIFFÉRENS TYPES, A L'OCCASION DE DEUX MÉMOIRES DE M. RUFZ SUR LA FIÈVRE JAUNE QUI A RÉGNÉ A LA MARTINIQUE, DE 1838 A 1841 ; rapport fait à l'Académie royale de médecine, par M. CHERVIN.

(SUITE. — Voir les numéros 37, 40, 42 et 43.)

DES RÉMISSIONS OBSERVÉES DANS LA FIÈVRE JAUNE SOUS LES CLIMATS INTERTROPICAUX.

Pour être plus court, nous ne remonterons pas au delà de l'année 1802. On sait qu'à cette époque la fièvre jaune fit de grands ravages dans les Antilles, et particulièrement à St-Domingue, où elle moissonna en grande partie l'armée expéditionnaire commandée par le général Leclerc. Le caractère meurtrier que présenta la maladie dut nécessairement rendre les rémissions moins apparentes dans cette épidémie que dans beaucoup d'autres. Elles furent néanmoins observées par la plupart des officiers de santé de cette malheureuse armée.

Ainsi, le docteur Gilbert, qui dans le principe en fut le médecin en chef, nous dit que, « dans certains cas, la fièvre jaune se rapprochait de

---

tion, mais ne la résout pas.

Aujourd'hui, qu'il n'y a plus de ménagement à garder, et que l'histoire a mis au jour mille détails soigneusement cachés dans l'ombre, et pour cause, par l'esprit de parti des contemporains, il est plus facile peut-être de découvrir le sens précis de l'énigme dont il s'agit ici. Cette recherche, nous allons l'entreprendre; mais, pour cela, qu'on nous permette quelques excursions indispensables dans la vie intime des personnages au milieu desquels Vésale passa une si grande partie de sa sienne.

Philippe II, chacun le sait, était le plus fanatique et le plus terrible défenseur de l'unité religieuse brisée par le schisme de la réforme luthérienne. Afin d'anéantir les protestans et tous les autres ennemis de la papauté, il avait résolu, suivant ses propres expressions, de faire tinter les oreilles de la chrétienté, dût-il mettre en péril tous ses états. Don Carlos son fils, ce noble et généreux jeune homme que la chaude poésie d'Otway, d'Alfiéri et de Schiller a suffisamment vengé des calomnies de ceux qui prétendaient souiller sa mémoire, Don Carlos, au contraire, penchait pour les réformés. Il s'indignait surtout à la seule pensée des projets barbares que son père méditait contre eux; et quand il apprit la nouvelle du terrorisme qui pesait sur les Flamands insurgés, quand il sut que le sombre et sanguinaire duc d'Albe, lieutenant de Philippe, faisait pendre les malheureux marchands de Bruxelles comme coupables d'avoir fermé leurs boutiques, non seulement il frappa le duc d'un coup de poignard, mais il voulut encore aller se mettre à la tête de l'insurrection. De là la haine de Philippe II pour Don Carlos, et l'antipathie de Don Carlos à l'égard de Philippe II.

Une autre cause de la haine du père envers le fils, c'était la jalousie du premier, qui avait surpris le second en tête à tête, dans les bosquets de l'Escurial, avec la reine sa belle-mère.

Une autre cause de l'antipathie du fils envers le père, c'était l'égoïsme de Philippe, qui avait épousé Elisabeth de France, et après elle une fille de l'empereur Maximilien, jeunes femmes aimées toutes deux de Don Carlos et fiancées depuis longtemps avec lui.

Pour tous les courtisans, pour Vésale en particulier, qui connaissait à fond le cœur des rois et surtout celui de Philippe II, cette désunion domestique présageait quelque catastrophe sanglante : celui-ci, jugeant son fils incapable de régner, avait fait venir auprès de lui ses deux neveux, auxquels il accordait toute l'étendue de sa faveur ; et, d'un autre côté, de misérables folliculaires, ses créatures, répandaient sur le compte de l'infant les calomnies les plus noires. Cherchant à faire passer cet intéressant et courageux jeune homme pour un prince rempli de caprices insensés, d'instincts dépravés et cruels, ces historiens à gages disaient, entre autres choses, que, à l'exemple d'un évêque espagnol qui s'était échappé d'un cachot en tuant son geôlier avec une arme disposée en forme de bréviaire, Don Carlos avait commandé un livre contenant douze lames d'acier, cachées sous douze lames d'or, cela dans l'intention d'assassiner son père sans éveiller l'attention de personne.

Ils disaient encore qu'un cordonnier ayant apporté un jour à l'infant des chaussures trop étroites, le prince avait fait couper ces chaussures par lanières, en exigeant qu'elles fussent introduites dans l'estomac du malheureux ouvrier.

Or, Vésale, le médecin et l'ami de Don Carlos, auquel il avait sauvé la vie, Vésale, qui n'ignorait pas la profonde hypocrisie, l'astuce infernale de Philippe,

l'ordre des rémittentes ; c'est-à-dire qu'elle était sujette, dans son cours, à des redoublemens et à des rémissions (1). »

Suivant M. Bally, qui succéda au docteur Gilbert dans la place de médecin en chef : « semblable à un Protée, la fièvre jaune emprunte les formes d'une fièvre continue, souvent celle d'une fièvre rémittente, et même, s'il faut ajouter foi à quelques relations, celle d'une fièvre intermittente (2). » Il nous apprend un peu plus loin « qu'il administrait l'ipécacuanha lorsque la *rémission était bien caractérisée* (3) ; » et il revient plusieurs fois sur ce sujet dans le cours de son ouvrage.

Telle était l'opinion des deux médecins en chef de l'armée ; voici celle de plusieurs autres officiers de santé qui faisaient partie de la même expédition.

Au rapport de M. le docteur Moulin, la fièvre jaune se présente « tantôt sous le type de continuité, avec plus ou moins d'exacerbation ; tantôt sous celui de rémittence, avec des retours réguliers de froid et de chaleur (4). » Suivant M. le docteur Pascalis « le type de cette maladie est le plus souvent continu et quelquefois rémittent (5). » M. Mouillé nous dit de son côté « qu'on observait une vraie rémittence chez quelques sujets, tandis qu'on ne la remarquait pas chez d'autres (6) ; » et, d'après le docteur Deprépetit, « le quinquina, qui avait assez bien réussi quand la maladie avait un type d'intermission, fut ensuite inefficace, la fièvre étant devenue plus intense et plus ordinairement continue (7). »

Suivant M. Gardeur, « plusieurs symptômes des doubles tierces sont communs à la fièvre jaune. La céphalalgie, l'irritation gastrique, les vomissemens, la suppression d'urine, la couleur jaune même, appartiennent à l'une et à l'autre. Le traitement et les moyens préservatifs sont aussi, à peu de chose près, les mêmes. La double tierce présente toujours le caractère d'intermittence dans le principe ; elle dure aussi plus longtemps (8). »

« La fièvre jaune, dit M. Decout, est, ou continue ou rémittente ; mais comme elle passe le plus souvent de la rémission à la continuité, je ne parlerai que de la continue, vu que la première n'est ordinairement que le premier degré de l'autre, et que les symptômes et le traitement n'en diffèrent que par le plus ou moins d'intensité dans les accidens, et par conséquent le plus ou moins d'énergie dans les moyens (9). »

Suivant le docteur Kern, « le caractère rémittent de la fièvre jaune reste toujours sensible, même chez les personnes qu'elle attaque avec la dernière violence..... Cette maladie, ajoute-t-il, a toujours le caractère essentiel des doubles tierces ; mais ce caractère ne frappe pas toujours aussi sensiblement : il est très difficile à saisir, quand elle tend à la continuité ; il n'est alors reconnaissable que par la périodicité des hémorragies ; il est un peu moins obscur quand elle marche avec des rémissions ; il est manifeste quand elle retient son type élémentaire (1). »

(1) HISTOIRE MÉDICALE DE L'ARMÉE DE ST-DOMINGUE, p. 67.
(2) DU TYPHUS D'AMÉRIQUE, p. 254.
(3) Même ouvrage, p. 482.
(4) DISSERTATION SUR LA FIÈVRE JAUNE. Paris, 1804, thèse, p. 20.
(5) DISSERTATION SUR LA FIÈVRE JAUNE DE ST-DOMINGUE. Paris, 1827, thèse, p. 31.
(6) ESSAI SUR LA FIÈVRE JAUNE OBSERVÉE AU CAP FRANÇAIS DE ST.-DOMINGUE. Paris, 1812, thèse, p. 10.
(7) DISSERTATION SUR LA FIÈVRE JAUNE. Paris, 1884, thèse, p. 20.
(8) OBSERVATIONS ET RÉFLEXIONS SUR LA FIÈVRE DOUBLE TIERCE DES PAYS CHAUDS ET LA FIÈVRE JAUNE VUES A ST.-DOMINGUE. Strasbourg, 1816, thèse, p. 14.
(9) OBSERVATIONS PRATIQUES SUR LA FIÈVRE JAUNE. Strasbourg, 1808, thèse, page 7.

Le docteur Lemonier parle également d'une épidémie de fièvre bilieuse double tierce qu'il a vue se transformer en fièvre jaune. « Bientôt, dit-il, la fièvre devint continue ; et, avec elle, chaleur insoutenable ; peau d'une âcreté excessive, peu d'urine ou suppression totale. En attendant leur translation à l'hôpital d'Aquin, beaucoup de malades périrent le deuxième, le troisième jour ; quelques-uns avec la suffusion ictérique ; d'autres plus tard, avec tous les symptômes caractéristiques de la fièvre jaune observée au Port-au-Prince et aux Cayes ; anxiétés, vomissement noir, absence totale de l'urine et de la fièvre après le troisième ou quatrième jour (2). »

M. Mabit fait aussi mention de la transformation des fièvres rémittentes en fièvre jaune, sous l'influence d'une haute température (3) ; et, d'après M. le docteur Vanauld, actuellement médecin en chef à la Guadeloupe, « le type de la fièvre jaune est incertain : elle est ordinairement continue et souvent rémittente (4). »

Les médecins dont nous venons de transcrire les propres paroles ont observé la fièvre jaune à St-Domingue durant une épidémie des plus meurtrières, et leur témoignage atteste que, dans certains cas, cette maladie présente des rémissions. Nous pourrions invoquer, à l'appui de cette vérité, d'autres témoins de cette même épidémie, mais cela est inutile. Nous dirons seulement que les docteurs Valentin, Devèse et Dalmas, qui ont étudié la fièvre jaune et à St-Domingue et dans l'Amérique du Nord, affirment que cette maladie peut se montrer sous les types continu, rémittent, et même intermittent, bien que rarement sous ce dernier. La même chose a lieu aux îles du Vent, ainsi que nous allons le voir.

Suivant Lefoulon, qui a observé à la Guadeloupe, en 1802, la fièvre jaune des Indes Occidentales « est continue rémittente chez tous les individus (5) ; » et, d'après le docteur Puguet, « cette maladie a toujours, dans les Antilles, le caractère essentiel des doubles tierces ; mais ce caractère ne frappe pas toujours aussi sensiblement, il est très difficile à saisir quand elle tend à la continuité ; il est un peu moins obscur quand elle marche avec des rémissions (6). »

Au rapport du docteur Rouvier, dans la terrible épidémie de la Guadeloupe, en 1802 et en 1803, « la fièvre jaune prenait presque toujours le type rémittent, avec des paroxismes peu marqués, les deux ou trois premiers jours ; son invasion avait lieu le matin ; et la rémission lorsque le soleil était sous l'horizon ; elle était précédée de l'horror, quelquefois du rigor ; ce temps durait d'une à trois heures, il était remplacé par une chaleur mordicante ; d'autres fois, l'alternation de ces deux états durait plu-

(1) ESSAI SUR LA FIÈVRE JAUNE DES ANTILLES. Strasbourg, 1806, thèse.
(2) OBSERVATIONS SUR QUELQUES ÉPIDÉMIES DE ST-DOMINGUE, COMPLIQUÉES DE SYMPTÔMES DE LA FIÈVRE DITE JAUNE. Paris, 1810, n° 110, p. 15.
(3) MALADIES DE L'ARMÉE DE ST-DOMINGUE ET FIÈVRE JAUNE. Paris, an XII, thèse, n° 360, p. 15.
(4) DISSERTATION SUR LA FIÈVRE JAUNE. Paris, 1808, thèse, p. 10.
(5) ESSAI SUR LES FIÈVRES ADYNAMIQUES EN GÉNÉRAL, p. 64.
(6) MÉMOIRE SUR LES FIÈVRES D'UN MAUVAIS CARACTÈRE, p. 379.

et qui redoutait de sa part l'ordre de quelque action criminelle sur la personne de celui dont il possédait la confiance et l'affection, Vésale, pour éviter tout spectacle affligeant, pour se préserver de toute participation dans les projets du roi, n'avait eu qu'un seul moyen à prendre, celui de quitter la cour. Du reste, faire un vœu, parcourir la terre sainte un bourdon à la main, un rosaire sur la poitrine, les épaules couvertes du camail à coquilles, le prétexte était ingénieux et habile, c'était ôter à la perspicacité du dévot et superstitieux monarque la pensée d'une pénétration quelconque de ses desseins, le soupçon de tout acte improbateur à cet égard, en un mot l'apparence d'une insoumission aux ordres qu'il avait à lui prescrire.

Ce raisonnement, cette politique, que nous attribuons hypothétiquement à Vésale, nous semblent justifiés au surplus de point en point par les circonstances dont nous allons parler maintenant. En effet, les brandons de discorde établie entre Philippe II et Don Carlos étaient plus que jamais allumés, et la catastrophe qui paraissait imminente devait se réaliser. Voici comment. La veille de Noël 1567, le jeune prince s'étant confessé d'avoir eu la pensée d'assassiner un homme, son saint directeur n'eut rien de plus pressé que de révéler au roi ce qu'il venait d'entendre. A cette nouvelle, les paroles de Philippe furent celles-ci : « Je suis cet homme que mon fils veut tuer, mais je vais prendre des mesures pour le prévenir. » L'occasion était trouvée, le prétexte spécieux, les paroles du roi furent la sentence de mort de Don Carlos.

En conséquence, Philippe fit arrêter son fils et notifier à toutes les puissances de l'Europe les motifs de cette arrestation. La lettre remise aux ambassadeurs était empreinte des plus beaux sentimens de pitié et de clémence. Comme un tendre père il accordait la grâce d'un fils rebelle et ingrat ; mais il croyait devoir le punir de sa faute par une douce et courte détention. Or, savez-vous la péripétie de ce drame ? C'est que les médecins furent chargés d'empoisonner les alimens du jeune don Carlos, qui mourut lentement et secrètement selon les désirs de son père.

Parti heureusement pour Jérusalem en 1563, quatre ans avant la perpétration du crime, Vésale n'en fut ni le témoin, ni le complice : le ciel lui épargnait la douleur d'une aussi forte épreuve. Seulement son voyage devait avoir une issue bien funeste. Le vaisseau qui ramenait le pèlerin de Chypre à Venise, où le sénat de cette ville l'appelait pour remplacer dans l'université de Padoue Gabriel Fallope qu'une mort prématurée venait d'atteindre, le vaisseau assailli par une tempête, le long des côtes de l'île de Zante, alla se briser contre les rochers de la portion la plus inculte de cette île. Vésale fut jeté sans connaissance sur une plage entièrement déserte, et quand il rouvrit les yeux à la lumière il se vit en butte à un autre genre de supplice plus épouvantable encore, celui de la faim. Il erra plusieurs jours de suite dans ces lieux de désolation, à la recherche de quelque fruit sauvage, de quelque cabane de pêcheurs, au risque de se faire dévorer par la dent des chacals ; mais, vain espoir ! Point de vestiges d'habitation humaine, à l'horison, du sable et des arbustes rabougris, desséchés, en un mot rien que la sublime et magnifique horreur du désert. Alors épuisé de fatigue, en proie à l'oppression de l'angoisse, au vertige et au délire de l'inanition, il se laissa choir sur les cailloux du rivage comme le comte Ugolin sur le pavé de la tour de Pise, et il rendit sans doute le dernier soupir en dirigeant ses regards vers l'occident où il pouvait couler encore tant de jours brillans et heureux.

sieurs heures. Pendant le stade du froid, le pouls était petit, tendu, concentré. Pendant celui de chaud, il était fort, très dur (1). »

M. Garnier, qui observait à la Martinique à la même époque que Puguet observait à Ste-Lucie, nous dit que, « dans certaines circonstances, la fièvre jaune prend le caractère de rémittente et d'intermittente (2). » Quant au docteur Repey, après avoir cherché à établir une ligne de démarcation entre la fièvre jaune et la fièvre rémittente, il est forcé de convenir « qu'il y a un terme où ces deux espèces se confondent tellement qu'elles ne font plus qu'une seule et même maladie (3). »

« En général, dit M. Yon, de l'avis de tous les observateurs, la fièvre jaune est continue avec des exacerbations le soir, mais le plus souvent ces exacerbations ne changent pas le véritable type de la maladie. » Et après s'être livré à une discussion sur ce point, il conclut en ces termes: « Il semble donc que dans certains cas, assez rares à la vérité, la fièvre jaune a pu s'associer au génie périodique (4). »

M. Guyon, qui a résidé une douzaine d'années dans les Antilles, s'exprime ainsi sur la question qui nous occupe : « Nous avons observé, dit-il, et cette observation nous est commune avec beaucoup de médecins, des rémissions dans la fièvre jaune. Ces rémissions s'observent à toutes les époques d'une épidémie, mais surtout au début et à la fin. Les cas où elles se présentent constituent, soit dit en passant, la plupart des guérisons qu'on obtient par les moyens et les modes de traitement les plus opposés (5). »

Le docteur Testard dit, en parlant de la fièvre jaune qui a passé à l'état adynamique : « Cette variété de fièvre jaune peut aussi parfois adopter le type intermittent ; un jeune chirurgien de l'hôpital du Fort-Royal en a fourni un exemple en 1825 (6). »

« J'ai reconnu, dit de son côté M. le docteur Chambolle, et ce fait a été indiqué par quelques-uns des médecins qui ont habité la Pointe-à-Pitre, que dans cette ville la fièvre jaune passait souvent du type continu aux types rémittent et intermittent, tandis qu'à la Basse-Terre elle reste presque toujours continue (7).... On la voit cependant, ajoute-t-il, commencer avec le type rémittent, et plus souvent encore elle passe du premier type au second, ou même à une intermittence complète; ce qui a le plus souvent lieu après l'emploi de la saignée... J'ai eu occasion d'observer toutes ces variétés à la Pointe-à-Pitre, et je puis répondre de l'exactitude de ces propositions... Ces changemens de types sont infiniment heureux, puisqu'ils permettent d'employer les fébrifuges, dont les résultats sont alors des plus avantageux (8). »

(1) DISSERTATION SUR LA FIÈVRE JAUNE QUI A RÉGNÉ EN L'AN X DANS L'ILE DE LA GUADELOUPE. Montpellier, 1807, thèse, p. 60.

(2) ESSAI SUR LA FIÈVRE JAUNE DES ANTILLES. Paris, 1807, thése, p. 36.

(3) DISSERTATION SUR LA FIÈVRE JAUNE DES ANTILLES. Montpellier, 1807, thèse, p. 28.

(4) CONSIDÉRATIONS ANALYTIQUES SUR LA NATURE DE LA FIÈVRE JAUNE. Montpellier, 1817; thèse, p. 15.

(5) RÉPONSE A UN MÉMOIRE PUBLIÉ A LA MARTINIQUE PAR M. LEFORT, p. 42.

(6) QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR DIVERSES VARIÉTÉS DE LA FIÈVRE JAUNE, D'APRÈS DES OBSERVATIONS RECUEILLIES AUX ANTILLES, EN 1825. Paris 18..; thése, p. 20.

(7) L'épidémie qui a éclaté en 1838 a prouvé que la fièvre jaune présente assez souvent des rémissions et des intermissions dans cette dernière ville.

(8) FIÈVRE JAUNE OBSERVÉE AUX ANTILLES PENDANT LES ANNÉES 1825, 1826 ET 1827. Paris, 1828; thèse, p. 25 et suivantes.

Dans les épidémies qui sévirent à la Pointe-à-Pitre en 1816 et en 1817, le rapporteur de votre commission eut occasion d'observer les transformations de types dont parle ici M. Chambolle, et que les praticiens les plus recommandables de cette ville avaient déjà signalées dans les épidémies antérieures (1); mais il vit aussi des fièvres intermittentes simples passer rapidement au type rémittent, puis au type continu, et les malades succomber à la fièvre jaune bien caractérisée. Il a fait la même observation dans plusieurs autres colonies; ces changemens de type sont malheureusement assez fréquens.

La fièvre jaune se présente aussi quelquefois avec le type rémittent sur la côte occidentale d'Afrique, à Madagascar, à la petite île de Johanna et aux Indes-Orientales, ainsi qu'on le voit par les écrits des docteurs Isoard (2), Stormont (3), Copland (4), Boyle (5), Havet (6), Niell (7), JohnClark (8), Nicolas Fontana (9), Nicoll (10), James Johnson (11), Ward (12), Burnard (13), Henry Marshall (14), John Henderson (15), Annesley (16), Stevenson (17), etc., etc.

Nous bornerons là ce que nous avions à dire sur les différens types que la fièvre jaune peut présenter; ce que nous venons d'exposer est plus

(1) Notamment MM. Leblanc, Barbès et Lamaury.

(2) FIÈVRE DE GUINÉE; TOPOGRAPHIE DE CETTE CONTRÉE. Paris, 1823; thése, n° 105, p 22.

(3) TOPOGRAPHIE DE SIERRA-LEONE. Paris, 1822; thése, n° 72.

(4) SOME ACCOUNT OF THE CLIMATE AND MEDICAL TOPOGRAPHY OF THE WEST COAST OF AFRICA. Dans la quatrième édition de l'ouvrage du docteur Johnson sur l'influence des climats des tropiques, etc.; p. 388 et 389.

(5) A PRACTICAL MEDICO HISTORICAL ACCOUNT OF THE WESTERN COAST OF AFRICA, in the EDINBURGH MED. AND SURGICAL JOURNAL; vol. XXXVII, p. 139 et 146.

(6) MALADIE QUI RÈGNE A L'ILE DE MADAGASCAR. Paris, 1827; thèse, n° 124, p 24 et 25.

(7) Voir son rapport *in dr. Bancroft's* SEQUEL TO THE ESSAY ON YELLOW FEVER; p. 132.

(8) OBSERVATIONS ON THE DISEASES IN LONG VOYAGES TO HOT COUNTRIES, etc.; p. 121 et suivantes.

(9) OSSERVAZIONI INTORNO ALLE MALATTIE CHE ATTACCANO GLI EUROPEI NE, CLIMI CALDI, etc.; p. 72.

(10) OBSERVATIONS ON THE NATURE OF THE CLIMATE AND THE FEVER WHICH PREVAIL AT SERINGAPATAM; in the EDINBURGH MED. AND SURG. JOUR.; vol. XI; p. 286 et suivantes.

(11) UPON THE INFLUENCE OF TROPICAL CLIMATES ON EUROPEAN CONSTITUTION; fourth édit., p. 104, 106, 140, 167.

(12) MEDICAL STATISTIC AND TOPOGRAPHY OF MALACCA, etc., in the EDINBURGH MED. AND SURG. JOUR.; vol. XXXVI; p. 186.

(13) SKETCH OF THE MEDICAL TOPOGRAPHY OF ARRACAN AND OBSERVATIONS ON THE DISEASES PREVALENT THERE IN THE MEDICAL TRANSACTIONS OF CALCUTTA; vol. III, p. 33, 34 et 35.

(14) NOTES ON THE MEDICAL TOPOGRAPHY OF THE INTERIOR OF CEYLAN, etc.

(15) OBSERVATIONS ON THE DISEASES PREVALENT AMONG THE NATIVES OF HINDOSTAN; in the EDINBURGH MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL; vol. XXIV; p. 32.

(16) RESEARCHES INTO THE CAUSES, NATURE, AND TREATMENT OF THE MORE PREVALENT DISEASES OF INDIA, AND WARM CLIMATE; vol. II; p. 410, 417, 433 et 434.

(17) REMARKS ON THE SICKNESS WHICH PREVAILED AMONG THE EUROPEAN TROOPS AT ARRACAN. In 1825, in the MEDICAL TRANSACTIONS OF CALCUTTA; vol. III; p 106 et suivantes.

Grâce à un orfèvre vénitien venu là par hasard, qui reconnaissant le cadavre le fit inhumer dans une petite église, au côté opposé du rivage, les cendres de Vésale ne furent du moins pas ignorées, anéanties, jetées en pâture aux vents de la Méditerranée. Triste fin pour une si belle existence! Mais le malheur est comme la foudre, il abat de préférence tout ce qui cherche à dépasser les hauteurs et les proportions ordinaires.

Dors en paix de ton sommeil de mort, illustre et noble Vésale, sur les grèves abandonnées de ton île, loin du sol de ta patrie, du tombeau de ta famille, du regard de tes amis et de tes disciples; dors en paix malgré le clapotement des vagues qui viennent troubler le silence de ta retraite, malgré le cri rauque et perçant de l'oiseau des tempêtes, seul visiteur de ton sépulcre de sable, car ton rang est suprême dans l'histoire de la médecine; car au lieu de sombrer sur la mer houleuse du temps, comme tes gloires illégitimes, comme les noms de mauvais aloi, et de disparaître au fond des abîmes de l'éternel oubli, ta gloire sans ombre, ton nom sans macule, dégagés de la peur du naufrage, traverseront avec orgueil l'océan des siècles jusqu'à leur entière consommation.

MICHÉA.

—Le choléra asiatique a reparu avec une grande intensité dans l'Inde. Près de Cawnpure, les Anglais ont perdu 50 hommes dans l'espace d'une semaine. A Bombay, ce fléau fait d'affreux ravages. A bord du bateau à vapeur *Zenobia*, 64 cas mortels ont eu lieu en trois jours. A bord du *Sémiramis* et de la *Bérénice*, 14 ont succombé.

—M. le docteur Callot, ancien chirurgien des hospices et chirurgien-juré près les tribunaux de Troyes, vient de mourir. Quoique jeune encore, il était un des praticiens les plus anciens et les plus répandus de cette ville. Il a emporté les regrets de tous ceux qui l'ont connu. M. le docteur Bédor a payé, en termes excellens, un dernier tribut à sa mémoire.

— M. Flourens, membre de l'Institut, secrétaire perpétuel de l'Académie royale des sciences, a ouvert son cours de physiologie comparée, jeudi dernier, à onze heures précises, dans l'amphithéâtre d'anatomie, et le continuera tous les jours de la semaine, excepté le lundi, à la même heure.

Le professeur traitera cette année : *Des lois particulières de l'action nerveuse.*

— Une nouvelle société de médecine s'organise à Strasbourg; établie sur des bases plus larges que toutes les précédentes, elle réunit dans son cadre tout le personnel médical de notre cité. Strasbourg possède tous les élémens nécessaires pour assurer à une société savante un rang distingué parmi les associations de ce genre. Il est temps de faire cesser un isolement fâcheux pour la science et pour ceux qui la cultivent. L'union seule a manqué jusqu'ici; des circonstances heureuses la font naître; elle consolidera l'avenir d'une institution que réclament à la fois l'honneur et les intérêts du corps médical de Strasbourg.

(GAZ. MÉD. DE STRASB.)

qu'il n'en faut pour prouver que cette fièvre *n'est point une maladie essentiellement continue.* Passons à un autre point.

DES ALTÉRATIONS ANATOMIQUES.

On a soutenu devant vous que, dans les fièvres intermittentes, on chercherait en vain une phlogose quelconque, qu'il n'y en a point, qu'il n'y a pas d'organe enflammé, tandis qu'il y en a, au contraire, constamment dans les fièvres continues et notamment dans la fièvre jaune. Voilà, dira-t-on, une ligne de démarcation bien tranchée et qui rend à jamais impossible tout rapprochement des pyréxies périodiques avec les pyréxies continues. Nous ne pensons pas ainsi; nous pouvons affirmer avec la plus entière confiance que les fièvres intermittentes laissent après elles des traces bien évidentes de phlogose, d'inflammation ou de congestion, assez analogues aux lésions qu'on observe dans la fièvre jaune. Mais pour ne point abuser des instans de l'Académie, on nous permettra de renvoyer pour les preuves de ce que nous avançons aux ouvrages les plus récens qui traitent de l'anatomie pathologique des fièvres à période, et notamment à ceux de MM. Nepple (1), Monfalcon (2), Bonnet (3), Bailly (4), Roux (5), Faure (6), Kremer (7), Bastide (8), Cadessus (9), Maillot (10), Antonini (11), Dufour (12) et Monard frères (13). On verra que, soit en France, soit en Italie, soit en Grèce, soit en Algérie, les fièvres intermittentes donnent lieu à des lésions pathologiques bien prononcées. Eh bien ! ces lésions sont encore plus profondes et plus apparentes dans les régions équinoxiales où les intermissions sont moins marquées, où la maladie tend davantage à la continuité, on en trouve la preuve dans les ouvrages des docteurs James Johnson, Henry Marshall, William Twining, Annesley et de plusieurs autres médecins des régions intertropicales.

Nous devons ajouter qu'en 1812 le docteur Kremer avait fait, en Espagne, l'autopsie de plusieurs sujets morts de la fièvre jaune, et que les lésions anatomiques qu'il a rencontrées en Morée, en 1828, lui ont présenté une très grande analogie avec ce qu'il avait vu dans la Péninsule. Aussi pense-t-il « que la gastro-duodénite, observée en Grèce et dans les pays chauds, n'est qu'une fièvre jaune mitigée. » Plusieurs médecins éclairés partagent cette opinion pour les fièvres du Levant et de l'Algérie; qui se montrent quelquefois avec la plupart des symptômes de la fièvre jaune. De ce nombre sont MM. les docteurs Boudin, Floquin, Moillot, Périer, etc.

Ce qui précède tend évidemment à nous éclairer sur l'origine et sur la nature de la fièvre jaune. Voyons si les agens thérapeutiques employés contre cette maladie conduisent au même but.

DES ANTIPHLOGISTIQUES ET DES TONIQUES.

Tout opposés qu'ils sont, ces moyens ont eu tour à tour la vogue dans le traitement de la fièvre jaune, et on leur a attribué les résultats les plus avantageux.

Ainsi, lorsque le père Labat fut atteint de cette fièvre, à la Martinique, au mois de juin 1694, on lui pratiqua trois saignées, sans compter une quantité de sang qu'il avait rendu par la bouche, et ces évacuations furent le principal moyen mis en usage pour combattre la maladie (14). Thibault de Chanvalon, qui habitait la même colonie en 1751 et les années suivantes, dit que, lorsqu'un homme avait la fièvre jaune, « on lui faisait, dans 24 heures, jusqu'à 15 ou 18 saignées, dont les intervalles étaient remplis par d'autres remèdes (1), et, suivant le général Romanet, dans les épidémies qui sévirent à la Martinique en 1770 et 1771, on saignait jusqu'à 18 fois (2). Enfin, au rapport du docteur Dazille, qui écrivait en 1785, on a pendant longtemps abusé de la saignée dans les colonies : on y faisait, dit-il, 12 à 15 saignées presque tout à coup (3). »

Combien tirait-on de sang chaque fois? C'est ce qu'on ne dit point. Quelle était la mortalité? Nous l'ignorons également; mais la persistance dans le moyen semblerait annoncer qu'elle n'avait rien d'extraordinaire.

Pendant que les médecins français combattaient ainsi la fièvre jaune par les émissions sanguines répétées, les médecins anglais employaient les toniques et les stimulans contre cette maladie dès l'invasion (4), et ils persistèrent dans cette voie jusque vers la fin du siècle dernier, ou le calomel fut mis en vogue pour être remplacé bientôt après par la saignée.

Lors de la fièvre jaune qui régna à Philadelphie, en 1793 et 1794, le docteur B. Rush eut recours aux émissions sanguines, qu'il porta à un très haut degré ; il tirait, dans l'espace de 4 à 5 jours, de 50 à 150 onces de sang (poids anglais), et il vante les succès qu'il obtenait par ces énormes déplétions (5).

Le docteur Robert Jackson nous dit, de son côté, qu'en 1813 et 1814, ayant la surintendance des hôpitaux militaires de la Barbade, il faisait tirer dans certains cas jusqu'à 10 livres de sang en 24 heures, et il proclame les bons effets obtenus par cette pratique, qui un peu plus tard devint à peu près générale dans les possessions britanniques des Indes Occidentales (6).

Les médecins espagnols, soit en Amérique, soit en Europe, combattaient, au contraire, généralement la fièvre jaune par les toniques. Le docteur Comatu, de la Vera-Cruz, écrivait en 1803 « que le *vomito prieto* était la preuve la plus décisive qu'il pût donner de la solidité des maximes browniennes. Cette maladie indomptable, ajoutait-il, et supérieure aux efforts de l'art, nous l'avons vue céder de la manière la plus évidente (*palpablement*) au rigorisme brownien (7). Don José Ignacio Pombo publiait à Carthagène des Indes, en 1814, que « le quinquina blanc satisfait à toutes les indications dans le traitement de la fièvre jaune, et que c'est l'unique spécifique connu capable de remplir les désirs du médecin (8). »

En 1810, l'écorce du Pérou fut mise en grande vogue à la Véra-Cruz contre la fièvre jaune. On l'administrait en substance, unie à un purgatif, dès l'invasion de la maladie, et l'on assure que cette pratique avait beaucoup de succès. Quoi qu'il en soit, elle était encore en vigueur dans cette ville en 1820.

Les médecins de la Havane ont aussi appliqué pendant longtemps la doctrine de Brown au traitement de la fièvre jaune, et durant le séjour que le rapporteur de votre commission fit dans cette ville, en 1819 et en 1820, ils prescrivaient presque tous le quinquina en substance dès le début de cette maladie.

En Espagne, le traitement tonique a été aussi en grande faveur. Le quinquina a été administré dès le principe de la fièvre à des doses fort élevées, par les docteurs Aréjula (9), Sarravia, Bobadilla, Lagasca, et par beaucoup d'autres praticiens recommandables de ce pays. Lafuente faisait prendre jusqu'à 500 grammes (seize onces) de cette substance en poudre dans l'espace de 48 heures, et cela avec d'autant plus de succès que le remède était donné plus près de l'invasion (10); mais il est bon de dire que la fièvre jaune qu'il traitait ainsi, soit à Los-Barrios, soit dans le royaume de Murcie, tendait à la rémittence.

Plusieurs médecins français ont aussi administré le quinquina au début de la fièvre jaune; tels sont entre autres Valentin, Lefoulon, Leblond et Puguet, qui exerçaient dans le Nouveau Monde à la fin du siècle dernier et au commencement de celui-ci. Le docteur Repey nous dit « qu'il faut se hâter d'employer ce médicament énergique avant le développement des phénomènes et épiphénomènes qui se font remarquer dans la seconde stade (11); » et, suivant M. Moreau de Jonnès, dans l'épidémie

(1) ESSAI SUR LES FIÈVRES RÉMITTENTES ET INTERMITTENTES, etc.; p. 61 et suivantes.
(2) HISTOIRE MÉDICALE DES MARAIS; 2e édition, p. 296 et suivantes.
(3) TRAITÉ DES FIÈVRES INTERMITTENTES; p. 203 et 204.
(4) TRAITÉ ANATOMICO-PATHOLOGIQUE DES FIÈVRES INTERMITTENTES SIMPLES ET PERNICIEUSES; p. 310, 320, 357, 410, 427 et 435.
(5) HISTOIRE MÉDICALE DE L'ARMÉE FRANÇAISE EN MORÉE PENDANT LA CAMPAGNE DE 1828; p. 51, 53 et 117.
(6) DES FIÈVRES INTERMITTENTES ET CONTINUES; p. 134 et 151.
(7) OBSERVATIONS DE GASTRO-DUODÉNITE RECUEILLIES EN MORÉE. Montpellier, 1829; thèse, p. 16.
(8) CONSIDÉRATIONS SUR LES MALADIES QUI ONT RÉGNÉ EN MORÉE. Montpellier, 1830; thèse, p. 6.
(9) QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR UNE MALADIE OBSERVÉE A BORD DU VAISSEAU LE SCIPION, EN MORÉE. Montpellier, 1829; thèse, p. 13.
(10) TRAITÉ DES FIÈVRES INTERMITTENTES, etc.; p. 284 et suiv.
(11) CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LES FIÈVRES INTERMITTENTES, dans le RECUEIL DE MÉDECINE MILITAIRE; t. XXXV, p. 25 et suiv.
(12) ESSAI SUR LA TOPOGRAPHIE DE BONE. Paris, 1836; thèse, p. 21 et 22.
(13) RAPPORT SUR LES MALADIES OBSERVÉES A ALGER, EN 1838, A L'HÔPITAL DU DEY, dans le RECUEIL DE MÉMOIRES DE MÉDECINE MILITAIRE; tom. XLVII, p. 233.
(14) NOUVEAU VOYAGE AUX ILES D'AMÉRIQUE, 1742, tom. II, p. 3.

(1) VOYAGE A LA MARTINIQUE. Paris, 1763; in-4°, p. 70.
(2) VOYAGE A LA MARTINIQUE. Paris 1804, in-8°, p. 169.
(3) OBSERVATIONS GÉNÉRALES SUR LES MALADIES DES PAYS CHAUDS, p. 250.
(4) During a certain period of the war of 1793, stimulation was often carried to excess in the british military hospitals, even from the beginning of the disease. (Voyez Robert Jackson's SKETCH OF FEBRILE DISEASES, p. 252.)
(5) MEDICAL INQUIRIES AND OBSERVATIONS, 1796, vol. 4e, p. 85.
(6) Ouvrage cité, p. 186 et 187.
(7) MÉMOIRE ADRESSÉ AUX JUGES DEL REAL TRIBONAL DEL CONSULADO DE VERA-CRUZ.
(8) NOTICIAS VARIAS SOBRE LAS QUINAS OFICINALES, etc.
(9) BREVE DESCRIPCION DE LA FIEBRE AMARILLA, etc., p. 15 et 209.
(10) OBSERVACIONES JUSTIFICADAS, etc, año 1805, p. 40.
(11) Thèse citée plus haut, p. 33.

de la Martinique, en 1802, on donnait jusqu'à 250 grammes (8 onces) de quinquina en trente-six heures (1). Le docteur Savaresy, qui pratiquait alors dans cette colonie, était en effet grand partisan de la doctrine de Brown. Depuis cette époque, plusieurs de nos compatriotes ont également fait usage, soit du quinquina, soit du sulfate de quinine, dans le traitement de la fièvre jaune, et ils parlent de cet antipériodique avec de grands éloges.

Ainsi, suivant la commission médicale qui fut envoyée à Barcelone en 1821, « le quinquina est très indiqué à presque toutes les époques de la maladie, comme tonique, amer, astringent, antiseptique. Il doit être administré le plus près de l'invasion..., et, pour qu'il agisse, il doit être prescrit en substance, à doses fortes et rapprochées (2). »

D'après M. Audouard, qui fut également envoyé à Barcelone en 1821, dans la fièvre jaune, « on doit donner le quinquina en poudre ou en opiat, et la quantité doit en être considérable (3). »

M. Guyon, qui a résidé à la Martinique, de 1815 à 1826, prescrivait aussi le quinquina dans la première période de la fièvre jaune, « parce que, selon lui, sous le rapport du traitement, cette maladie doit être considérée comme une sorte de fièvre pernicieuse (4). »

Pendant le séjour de ce chirurgien à la Martinique, M. Lefort était médecin en chef de l'hôpital du Fort-Royal, où il administrait le sulfate de quinine contre la fièvre jaune, mais seulement après avoir fait pratiquer des émissions sanguines, et il signale les heureux résultats obtenus par cette méthode (5). M. Luseau, qui était alors chirurgien en chef du même hôpital, où plus tard il remplaça M. Lefort, en qualité de médecin, combattait également cette maladie par les saignées et le sulfate de quinine, et il a continué à faire usage de cette médication jusqu'à sa mort, qui a eu lieu en 1839.

Dans l'épidémie de la Vera-Cruz, en 1826, notre compatriote, M. le docteur Chabert, administrait le sulfate de quinine à haute dose dans la seconde période de la fièvre jaune, sans saignées préalables, et avec succès. « La plupart des malades qui succombèrent avaient, dit-il, été traités par une méthode purement adoucissante, et n'avaient point fait usage du sulfate de quinine (6). »

Pendant l'épidémie de fièvre jaune qui eut lieu, en 1830, à l'île de Gorée, M. le docteur Chevé tâchait d'obtenir une rémission au moyen des saignées générales et locales et des révulsifs appliqués sur les membres pelviens, et aussitôt que la fièvre était tombée, il administrait le sulfate de quinine, et prévenait ainsi le développement de la seconde période de la maladie. Par cette médication, les malades se rétablissaient, dit-il, promptement, et il n'y eut pas *une seule rechute* (7).

En 1837, la fièvre jaune régna à la Nouvelle-Orléans avec beaucoup d'extension : on estime qu'il y eut environ 10,000 malades et 3,000 morts. Ces nombreux malades furent presque tous traités par le sulfate de quinine. Des médecins prescrivaient ce remède dès l'invasion de la maladie; d'autres ne l'administraient qu'après avoir fait usage des antiphlogistiques. La proportion des guérisons fut plus grande que dans toutes les épidémies antérieures (8).

En 1839, la fièvre jaune reparut à la Nouvelle-Orléans, où elle attaqua près de 15,000 individus; mais, à cette dernière époque, le sulfate de quinine eut beaucoup moins de partisans qu'en 1837. Une grande partie des praticiens de cette ville revint à la médecine des symptômes, et l'autre partie continua l'emploi du sulfate de quinine administré à hautes doses dès le début de la maladie. Eh bien! 490 malades traités d'après la méthode symptomatique donnèrent 34 décès, c'est-à-dire à peu près 1 mort sur 14 malades; et 402 malades traités par le sulfate de quinine fournirent 34 morts, ou à peu près 1 décès sur 12 malades. En présentant ces chiffres, les adversaires du quinquina ajoutent : « Gardons-nous toutefois d'en inférer que l'une de ces méthodes l'emporte sur l'autre de toute la valeur de cette différence, qui, déduite d'une plus grande masse d'observations, pourroit s'affaiblir, et peut-être même s'effacer entièrement (9). »

M. le docteur Thomas nous dit de son côté que, dans ces deux épidémies, « le sulfate de quinine fut très efficace, surtout en 1837 (1). »

Enfin suivant le docteur Imray, dans la fièvre jaune qui a régné à l'île de la Dominique, en 1838, « après que plusieurs cas se furent présentés, on vit bientôt que le mode ordinaire de traiter les fièvres par les émissions sanguines était non seulement inefficace, mais souvent très nuisible (2). » En conséquence, pour prévenir la terminaison fatale, on fut obligé de recourir aux stimulans donnés à très hautes doses et continués pendant plusieurs jours. « Dans quelques cas, l'immense quantité de stimulans portés dans l'estomac était vraiment surprenante (3). »

Nous pourrions citer une multitude de faits touchant l'action des antiphlogistiques et des toniques employés contre la fièvre jaune; mais ceux que nous venons de rapporter prouvent assez que la thérapeutique de cette maladie est loin d'être fixée et que des moyens diamétralement opposés donnent souvent des résultats analogues et même identiques. Cette remarque n'avait point échappé à quelques médecins des Antilles, et particulièrement au docteur Robert Jackson, que sa place d'inspecteur des hôpitaux militaires, dans des circonstances où une partie du service de ces établissemens était fait par des médecins anglais, et l'autre partie par des médecins français, avait mis à même d'observer que, dans la fièvre jaune, les stimulans et les débilitans conduisent à peu près au même but (4).

Les partisans de la doctrine physiologique ont cherché à expliquer cette étrange anomalie, et ils ont dit que « dans le début de la fièvre jaune, le kina peut être administré comme stimulant actif dans l'intention de faire avorter l'état inflammatoire (5). » Mais en reconnaissant que cette fièvre appartient à la famille des pyrexies intermittentes et rémittentes dont elle n'est que le plus haut degré, et qu'elle dépend comme elles d'une lésion primitive du système nerveux, nous avons une explication toute simple et toute naturelle du fait dont il s'agit. Ne savons-nous pas que les fièvres périodiques se guérissent par les moyens les plus opposés et qu'on les traite avec succès et par le quinquina et par la saignée?

Le docteur Bailly regarde même les émissions sanguines « comme le moyen qui serait le plus utile si on n'employait que lui seul. Je ne veux pas, dit-il, proscrire par là le quinquina; seulement je crois que la saignée pourrait dans beaucoup de cas surtout dans nos climats, amener une guérison plus solide que le quinquina, si on ne voulait faire usage que de l'un ou l'autre (6). »

Nous savons en effet que Bosquillon traitait les fièvres intermittentes par les émissions sanguines et l'ipécacuanha, et qu'il réussissait presque constamment. Un médecin des plus éclairés de Lyon, M. le docteur Brachet, essaya cette méthode, en 1824, sur une grande échelle, dans la salle militaire de l'Hôtel-Dieu de cette ville, et avec un plein succès (7). « Corvisart guérissait la plupart des fièvres intermittentes qu'il avait à traiter à l'hôpital de la Charité par l'emploi de l'émétique et de la saignée (8). »

Nous n'avons pas l'intention de citer ici tous les médecins qui ont combattu les fièvres intermittentes par les émissions sanguines, la liste en serait beaucoup trop longue. Nous dirons seulement que, depuis quelque temps, ce traitement a été mis en pratique par plusieurs médecins anglais, en Europe et dans l'Indostan, et il paraît que c'est avec succès : ils saignent pendant la période de froid. On peut voir sur ce sujet les écrits des docteurs Mackintosh (9), Stokes (10) et Twining (11), et de plu-

(1) Monographie de la fièvre jaune, p. 131.
(2) Histoire médicale de la fièvre jaune, etc., p. 587.
(3) Relation historique et médicale, etc., p 301.
(4) Journal médico-chirurgical, julo 1839, p. 231.
(5) De la saignée et du quinquina dans le traitement sur la fièvre jaune, par M. Lefort, p. 32.
(6) La mayor parte de los que han muerto han sido assistidos por uo metodo puramente dulcificante. (Reflecsiones medicas y observaciones sorre la fiebre amarilla, etc., p. 187.)
(7) Relation citée plus haut, p. 29.
(8) Gazette Médicale de Paris du 27 janvier 1838.
(9) Rapport fait à la Société médicale de la Nouvelle-Orléans sur l'épidémie qui eut lieu dans cette ville en 1839, p. 258.

(1) Gazette des hôpitaux du 30 juillet 1842.
(2) It was not only inefficacious but often highly injurious.
(3) In some instances, the immense quantity of stimuli taken into the stomach was truly surprising (vol. cité, p. 88).
(4) The final results were not precisely the same in a french and british hospital but they were less different than they might have been expected to be from the effect of directly different means of treatment. (Voy. A sketch of febrile diseases, etc.; p. 252)
(5) Voy. le Mémoire sur la fièvre jaune; par M. le professeur Dubreuil, dans les Annales maritimes, vol. vii, p. 103.
(6) Ouvrage cité, p. 365.
(7) Observations et recherches sur les fièvres intermittentes, dans les Archives gén. de méd.; vol. ix, p. 367 et 381.
(8) M. le docteur Bouillaud, Traité clinique et expérimental des fièvres essentielles, p. 546.
(9) Cases of intermittent fever in which bleeding was employed in the cold stage, with pathological observations. — In the Edinburgh med. and surgical journ., vol. xxvii et xxviii.
(10) Clinical observations on the practice of bleeding in the cold stage of intermittent fever, même recueil, vol. xxxi, p. 1 et suivantes.
(11) On the effects of blood letting in the cold stage of intermittent fevers. — In the Calcutta medical transactions, vol. v. — Ce volume contient plusieurs autres écrits sur le même sujet, savoir : Report on more extended trials of blood letting in the cold stage of intermittent fevers, forwarded from various stations; by W. Twining. — On blood-letting in the cold stage of intermittent fevers; by H. Mackensie, M. D. — On the

sieurs autres médecins distingués de la Grande-Bretagne. Le docteur Twining finit son mémoire par ces mots : « En terminant, je pense qu'il est important de faire observer que mes amis qui ont saigné eux-mêmes leurs malades ont obtenu des succès presque invariablement (*have almost invariably been successful*), parce que le remède a été employé en temps opportun, au commencement du rigor. »

Ainsi, les bons effets des saignées et du quinquina dans les fièvres intermittentes de différens types établissent une analogie frappante entre ces pyrexies et la fièvre jaune. Il en existe beaucoup d'autres dont voici les plus remarquables.

ANALOGIES ENTRE LES FIÈVRES PÉRIODIQUES ET LA FIÈVRE JAUNE.

1° La fièvre jaune n'a jamais régné épidémiquement hors des tropiques que pendant l'été et l'automne ; c'est-à-dire dans les saisons que sévissent les fièvres intermittentes et rémittentes.

2° Elle ne s'est jamais montrée hors des localités où ces dernières pyrexies peuvent se développer.

3° Lorsque, dans les régions équinoxiales, la fièvre jaune moissonne les hommes non-acclimatés, les fièvres périodiques sévissent généralement contre les créoles et les anciens résidens.

4° Les phénomènes météorologiques, qui exercent une influence si marquée sur la marche de la fièvre jaune, se font sentir d'une manière analogue, sur celle des fièvres périodiques.

5° On sait que les miasmes qui donnent naissance à ces dernières peuvent être transportés par les vents ; il en est de même de ceux qui produisent la fièvre jaune ; seulement, dans ce cas ci, leur action délétère ne s'étend pas aussi loin.

6° L'expérience a prouvé que, dans les villes où règne la fièvre jaune, les lieux bas, encaissés, mal aérés, tels que les petites rues, les allées, les impasses, les rez-de-chaussée, les entresols, etc., sont les endroits les plus dangereux à habiter. L'observation a démontré qu'il en est de même pour les fièvres intermittentes.

7° C'est un fait bien connu que les miasmes qui produisent les fièvres périodiques sont infiniment plus actifs la nuit que le jour. Ceux qui donnent naissance à la fièvre jaune possèdent aussi une puissance d'action extraordinaire lorsque le soleil est sous l'horizon.

8° Dans les régions équinoxiales, la fièvre jaune sévit, en général, presque exclusivement, contre les personnes non-acclimatées ; les fièvres intermittentes et rémittentes attaquent aussi de préférence (bien que M. Gérordin ait avancé le contraire dans cette enceinte) les sujets qui se rendent des pays salubres dans les contrées marécageuses.

9° La fièvre jaune sévit particulièrement sur les hommes forts et vigoureux, qui passent des climats septentrionaux dans les contrée méridionales ; il en est de même des fièvres intermittentes et rémittentes, ainsi que l'ont prouvé surabondamment les occupations successives de l'Italie, de l'Espagne, des Iles ioniennes, de la Morée et de l'Algérie par nos troupes.

10° L'individu qui a contracté une fièvre intermittente dans un lieu marécageux atténue l'effet du poison et hâte son rétablissement, en allant habiter un endroit salubre ; la même chose a lieu pour la fièvre jaune, mais d'une manière moins marquée, parce que dans ce cas l'intoxication paludéenne est plus rapide et se trouve portée à un plus haut degré.

11° Enfin tous les signes différentiels qu'on a prétendu exister entre la fièvre jaune et les fièvres rémittentes bilieuses des pays chauds sont absolument sans réalité ; tels que l'aspect des yeux, la nature et le siége de la céphalalgie, l'absence de rémissions, la coloration de la peau, la durée de la maladie, l'état morbide de l'estomac, la nature des matières vomies, l'immunité produite par une première attaque, le mode de traitement, etc., etc.

Si l'on compare une fièvre rémittente légère à une fièvre jaune très intense, on trouvera sans aucun doute des différences bien notables dans les symptômes des deux affections ; mais si l'on met en présence d'une fièvre rémittente un peu intense une fièvre jaune bénigne ou de moyenne gravité, on n'en rencontrera plus aucune ; car, comme le dit le docteur Repey, « il est un terme où ces fièvres se confondent tellement qu'elles ne font plus qu'une seule et même maladie ; » ou, pour mieux dire, elles ne sont que la même affection sous des formes différentes et à des degrés variés.

Les considérations auxquelles nous venons de nous livrer établissent aussi solidement qu'il est possible de le faire dans un simple rapport, que les fièvres d'origine paludéenne sont de même nature, quel que soit le type sous lequel elles se présentent, et que la fièvre jaune se montre avec les types continu, rémittent et même intermittent. Nous sommes du reste bien convaincu que si notre savant et honorable collègue, M. Bouillaud, avait eu occasion d'observer cette maladie, comme il a observé la fièvre typhoïde, il serait entièrement de notre avis sur ce point, comme il l'est pour la non contagion et l'inutilité des lazarets.

Quant à notre estimable ami, M. Rochoux, il a observé la fièvre jaune assez longtemps pour la bien connaître, mais malheureusement il l'a vue avec une opinion préconçue. A ses yeux, cette maladie « n'est qu'une variété de la gastrite ordinaire de la plupart des régions tempérées (1), et la fièvre qui accompagne la gastrite aiguë suit, dit-il, le type continu, comme toutes les autres phlegmasies (2). » Cela admis, il ne pouvait plus y avoir ni rémission ni intermission dans la fièvre jaune, et lorsque ces formes périodiques se sont présentées, notre collègue ne les a considérées que comme l'effet d'une complication de la fièvre tierce avec la gastrite, complication qui fut, dit-il, assez fréquente dans l'épidémie qu'il a observée (3).

Au surplus, les faits nombreux que nos honorables confrères de l'Algérie ont recueillis depuis douze ans viennent tout à fait à l'appui de la doctrine que nous soutenons ; de l'identité de nature des fièvres d'origine paludéenne, sous quelques formes qu'elles se présentent ; là aussi les transformations de types sont fréquentes et variées et le sulfate de quinine est administré avec succès, à des doses élevées, dans les fièvres continues. C'est la nature de la maladie qui doit fixer particulièrement l'attention du médecin praticien ; le type ne doit être pour lui qu'un objet secondaire.

Nous regrettons de ne pouvoir nous arrêter sur cet important sujet ; nous regrettons surtout de ne pouvoir entrer dans quelques détails sur la thérapeutique de la fièvre jaune ; comme nous avions l'intention de le faire. Notre expérience sur ce point résume celle d'un grand nombre de médecins distingués, que nous avons consultés dans le nouveau monde, et elle fait voir que le traitement de cette maladie est loin malheureusement de reposer sur des bases fixes et invariables ; qu'il doit, au contraire être modifié d'après une foule de circonstances qu'il importe de bien apprécier ; car c'est de cette appréciation plus ou moins juste que dépend le succès que la médecine peut obtenir.

Avant de terminer ce rapport, nous ferons ressortir les faits de non contagion qu'ont présentés les épidémies de la Dominique, de la Guadeloupe et de la Martinique, de 1738 à 1841.

(La fin au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 7 NOVEMBRE.

M. Pariset a été nommé académicien libre. Sur 58 votans, il a obtenu 42 voix.

M. FLOURENS lit un septième mémoire intitulé : RECHERCHES SUR LE DÉVELOPPEMENT DES OS.

Nous allons faire connaître par un extrait publié par l'auteur les idées principales de son important travail.

ARTICLE PREMIER. — RÔLE DE LA MEMBRANE MÉDULLAIRE OU DU PÉRIOSTE INTERNE DANS LA FORMATION DE L'OS. — Je n'ai considéré jusqu'ici la membrane médullaire ou le périoste interne que comme l'organe de la résorption de l'os ; mais ce périoste interne est aussi un organe de la formation des os ; et c'est ce qu'on a déjà vu par mes expériences précédentes. Dans une expérience récente, tout le périoste externe a été détruit sur le tibia d'un canard, et tout ce périoste externe s'en reproduit. Mais tandis qu'il n'était pas encore reproduit, tandis qu'il n'existait pas encore, l'action formatrice normale du périoste interne s'est trouvée accrue, et il s'est formé un os nouveau dans l'intérieur du canal médullaire. Indépendamment de sa force de résorption, le périoste interne a donc une force de formation, et cette force de formation devient surtout évidente (parce qu'elle se trouve alors accrue) quand le périoste externe est détruit. Je réunis sous les yeux de l'Académie une série de pièces ou d'os qui montrent tous les progrès successifs de la formation de l'os nouveau dans l'intérieur de l'os ancien. Sur tous ces os, le périoste externe a été détruit, tantôt dans toute l'étendue de l'os, et tantôt dans un seul point de l'os. Or lorsque le périoste externe a été détruit dans toute l'étendue de l'os, il s'est formé un nouvel os dans tout l'intérieur du canal médullaire ; et lorsque le périoste externe n'a été détruit que sur un point de l'os, il ne s'est formé un nouvel os que sur le point

BENEFITS DERIVED FROM BLOOD-LETTING AT THE COMMENCEMENT OF RIGES IN INTERMITTENT FEVERS ; by J. Dempster.

(1) RECHERCHES SUR LA FIÈVRE JAUNE, p. 195.
(2) Même ouvrage, p. 161.
(3) Même ouvrage, p. 215.

correspondant de l'intérieur du canal médullaire. Il résulte donc, des différentes expériences dont je mets les résultats sous les yeux de l'Académie, que, d'une part, la destruction du périoste externe est toujours suivie de l'oblitération du canal médullaire par suite d'une production osseuse nouvelle, et, d'autre part, les points oblitérés du canal répondent toujours par leur position à la position des points du périoste externe détruits.

La membrane médullaire de l'os, le périoste interne a donc une force propre de formation, et comme je le disais en commençant ce chapitre, cette force est surtout évidente (parce qu'elle se trouve alors accrue) quand on a détruit le périoste externe.

Deux forces concourent donc à la formation de l'os : la force du périoste externe et la force du périoste interne.

Dans l'état normal, dans l'état ordinaire, l'action de chacune de ces deux forces garde ses limites propres ; le périoste externe produit ou répare sans cesse l'os extérieur ; le périoste interne produit ou répare sans cesse l'os intérieur, le tissu spongieux de l'os.

Dans l'état ordinaire il se fait donc une sorte de contrebalancement entre ces deux forces.

Mais si l'on détruit le périoste interne, la force dès lors accrue et seule en action du périoste interne produit tout un os nouveau à l'extérieur de l'os ancien, et si l'on détruit, au contraire, le périoste externe, la force dès-lors accrue et seule en action du périoste interne produit tout un os nouveau à l'intérieur de l'os ancien. Le périoste interne, la membrane médullaire a donc une force formatrice ou de production.

Expériences mécaniques concernant le développement des os en grosseur. — Les expériences faites avec la garance nous ont appris que les os se développent en grosseur par couches successives et superposées. Les expériences que je vais décrire sont, relativement à ce point plus décisives encore. — A l'imitation des expériences de Duhamel, j'ai entouré d'un fil de platine divers os longs sur plusieurs animaux, sur des chiens, des lapins, des cochons d'Inde, et voici ce que j'ai observé. Sur un jeune lapin, on a d'abord entouré le tibia d'un fil de platine, placé immédiatement sur le périoste. On a laissé ensuite l'animal survivre pendant vingt-huit jours à l'expérience. Après ces vingt-huit jours il a été tué. On voit à peu près vers le milieu de l'os, l'anneau de fil de platine ; et l'on voit de plus que cet anneau, dans certains points, recouvre ce qui reste encore du périoste ancien, et dans d'autres points, est recouvert par un périoste nouveau. Ainsi, et c'est là le premier point à noter, le périoste qui se forme, se forme par dessous celui qui est déjà formé; le périoste nouveau se forme par dessus l'ancien.

Un second lapin, opéré le même jour que le précédent, n'a été tué que trente-huit jours après l'expérience. Ici, non seulement l'anneau de platine est recouvert tout entier par le périoste, mais il est recouvert de plus, dans une certaine étendue, par une couche osseuse. Ainsi, et c'est là le second point à noter, le nouvel os, l'os qui s'est formé depuis l'application de l'anneau, ce nouvel os s'est formé par dessus l'anneau ; encore une fois, l'os se forme donc par couches externes et superposées. Sur un troisième lapin, opéré le même jour que les deux précédens, mais qui a survécu quarante-trois jours à l'expérience, l'anneau de platine est déjà recouvert dans une étendue déjà grande par de nouvelles couches osseuses. D'après ces faits, on ne peut plus, ce me semble, conserver aucun doute ; l'expérience faite avec un fil métallique parle comme l'expérience faite avec la garance. Le nouvel os qui n'existait pas lorsque l'anneau a été placé, se forme pardessus l'anneau ; l'os se forme donc par couches externes et superposées. Une seule objection pourrait être faite et cette objection nous ramènerait à l'idée de Duhamel. Duhamel ayant vu, dans la belle expérience que je reproduis ici par les miennes, l'anneau qui d'abord recouvrait l'os, recouvert ensuite par l'os, supposa que les fibres de l'os en s'étendant s'étaient rompues vis-à-vis de l'anneau et qu'après s'être rompues, elles s'étaient rejointes. Sur plusieurs pièces que je présente, on voit l'os dans les endroits où il est encore recouvert par l'anneau, parfaitement lisse, poli, sans aucun indice de rupture quelconque ; et dans les endroits où il est déjà recouvert par des lames osseuses, on voit que ces lames sont de formation nouvelle. Par diverses expériences que j'ai faites, j'ai constaté que l'os ne se distend pas, qu'il ne se rompt point et que tout l'os nouveau se forme par dessus l'os ancien. Sur un cochon d'Inde, le tibia a été entouré d'un fil de platine. En même temps on a amputé le tibia au côté opposé. L'animal ainsi opéré a survécu douze jours à l'expérience, et pendant ces douze jours il a été soumis au régime de la garance. Au bout de ces douze jours il a été tué. Vers le milieu de l'os est un bourrelet ou renflement circulaire formé par l'os nouveau, et depuis la tête de l'os jusqu'à ce bourrelet, tout est rouge. Où finit ce bourrelet se trouve l'anneau de platine. Enfin six ou huit millimètres au-dessous de l'anneau l'os a été rompu de manière à laisser voir l'ancien, qui est parfaitement blanc. Or, que l'on compare l'extrémité de la portion blanche de cette pièce, c'est-à-dire l'extrémité de l'os ancien avec l'extrémité du tibia du côté opposé, et l'on trouvera que le diamètre de ces deux extrémités est exactement le même. Ainsi, dans cette expérience, tout l'os nouveau est parfaitement distinct de tout l'os ancien. Tout l'os nouveau est rouge, tout l'os ancien est blanc. Tout l'os nouveau est par dessus l'anneau, tout l'os ancien est par dessous l'anneau. Enfin, cet os ancien a le même diamètre que l'os du côté opposé, lequel a été amputé le même jour qu'on entourait celui-ci d'un anneau, et offre par conséquent un terme de comparaison sûr. L'os se forme donc par couches, par couches externes, par couches superposées

Expériences mécaniques concernant le développement des os en longueur. — A l'exemple de Duhamel et de J. Hunter, j'ai pratiqué sur le tibia de plusieurs lapins deux trous. L'intervalle entre ces deux trous a été mesuré très exactement, et en même temps que je perçais ainsi le tibia d'un côté de deux trous, j'amputais le tibia du côté opposé et je le conservais pour que, lorsque le moment en serait venu, il pût me servir de terme de comparaison. Sur un animal ayant survécu vingt-huit jours à l'expérience, l'intervalle des deux trous était resté le même, et cependant l'animal s'était sensiblement accru ; le tibia en particulier s'était allongé de douze millimètres. Sur d'autres animaux sacrifiés, l'un cinquante jours, l'autre quatre-vingt-sept jours après l'expérience, les mêmes résultats ont été obtenus. En résumé, les expériences mécaniques parlent encore comme les expériences par la garance. Quand on pratique deux trous sur un os et qu'on laisse l'animal survivre pendant un certain temps à l'expérience, l'intervalle entre ces deux trous reste le même et cependant l'os s'allonge. L'os ne s'allonge donc que par ses extrémités, il ne croît en longueur que par couches terminales et *juxta-posées*

Mécanisme de la reproduction du périoste. — Le périoste se reproduit par couches externes et superposées. Les expériences mécaniques, faites au moyen d'un anneau de fil de platine passé autour du périoste, le prouvent avec évidence.

Dans ces expériences, l'anneau est placé par dessus le périoste, et l'on voit encore ce périoste ancien sous l'anneau, que déjà un périoste nouveau se forme par dessus cet anneau et le recouvre.

En terminant ce mémoire, je me fais un devoir ou plutôt un plaisir de dire que M. J. Guérin m'a montré, il y a quelques jours, de fort belles pièces d'anatomie pathologique sur lesquelles on démêle très nettement l'action formatrice du périoste interne, rendue manifeste par l'action du rachitisme.

M. Pouillet lit un mémoire sur les lois générales de la population. Appelé à faire partie d'une commission qui s'impose la tâche difficile de constater les souffrances véritables de nos départemens vinicoles, d'en rechercher l'origine, et de découvrir, s'il est possible, un remède au mal dont ces départemens se plaignent depuis tant d'années, M. Pouillet a été conduit à examiner qu'elle est la partie de la population de la France qui se livre à la culture de la vigne et à étudier les lois relatives suivant lesquelles cette population se développe et s'accroît. Il en est résulté un premier fait qui n'est pas sans intérêt, c'est que les 8 ou 9 millions d'habitans qui sont répandus dans les départemens les plus essentiellement vinicoles, ne participent pas dans la mesure commune à l'accroissement rapide de population qui se manifeste dans le reste de la France. S'il est vrai, comme on l'admet en général, que le signe le plus certain de la prospérité d'un pays se trouve dans l'accroissement de sa population, il est permis de conclure que nos pays de vignobles éprouvent au moins un malaise relatif qui mérite la sollicitude du gouvernement.

M. Pouillet entre ensuite dans des développemens étendus, et signale un fait curieux, savoir : que la population des hommes prend un accroissement plus rapide que la population des femmes.

LACTATE DE QUININE.

M. le docteur J. Conté adresse la lettre suivante :

Il est beaucoup question depuis quelques jours dans les journaux de médecine d'une communication faite l'année dernière à une séance du congrès scientifique de Florence, par M. le prince Lucien Bonaparte, sur le lactate de quinine et son emploi dans les fièvres intermittentes. Suivant cet illustre personnage, ce nouveau sel aurait des avantages marqués sur le sulfate de quinine ; la principale raison qui l'a porté à l'employer serait fondée sur sa solubilité plus grande que celle de ce dernier.

Il y a plus de deux ans que j'ai montré du lactate de quinine blanc cristallisé en houpes soyeuses, et que j'en ai préconisé l'emploi, me fondant sur des raisons analogues à celles de M. le prince Bonaparte; comme je n'étais alors qu'étudiant, je n'avais pas de malade à ma disposition ; je priai quelques médecins de l'expérimenter ; ceux-ci firent peu de cas de mon idée ; force fut alors de laisser les choses là. Je me bornai à écrire une lettre sur ce sujet à une société savante ; je ne sais comment il se fit que ma lettre n'ait pas été lue à la séance pour laquelle je l'avais envoyée; mais il n'en fut nullement question dans les journaux scientifiques chargés d'en rendre compte.

Aujourd'hui que le lactate de quinine réalise les prévisions que j'avais conçues, je réclame ma part de cette innovation.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 8 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. FOUQUIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

RAPPORT OFFICIEL.

M. Duméril fait, en son nom et en celui de M. Delens, un rapport demandé par M. le ministre de la guerre, sur deux cas graves d'abcès attribués à la piqûre d'animaux venimeux, et observés en même temps chez des soldats condamnés au boulet. L'un de ces militaires a survécu, l'autre a succombé deux mois après l'apparition de ces accidens. A l'autopsie, on a trouvé les ganglions lymphatiques de l'aine engorgés, un abcès dans la fosse iliaque gauche et un épanchement de sérosité dans le péritoine. De plus, il existait une hépatisation du poumon gauche. La commission ne pense pas que les accidens dont il vient d'être question aient été causés par la piqûre d'un animal, comme on l'a présumé; elle pense plutôt que des corps durs, anguleux et tranchans, imprégnés de matières animales en putréfaction, ont produit les piqûres et déterminé la formation des abcès qu'on a observés, abcès dont l'un s'est terminé heureusement et dont l'autre a entraîné des accidens de résorption et la mort. En conséquence, la commission propose à l'Académie de répondre dans ce sens à M. le ministre de la guerre, en ajoutant que les faits pour lesquels elle a été consultée ne méritent pas de fixer l'attention de l'autorité supérieure.

M. Dupuy : J'ai souvent observé, dans mes expériences sur l'inoculation du pus, des accidens semblables à ceux qui viennent d'être signalés ; je partage donc l'opinion de la commission sur la cause des abcès survenus chez ces deux militaires. J'ajouterai que le sang est de toutes les matières animales celle qui se putréfie le plus promptement.

Les conclusions du rapport de M. Duméril sont mises aux voix et adoptées.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA TÉNOTOMIE DES FLÉCHISSEURS DE LA MAIN ET DES DOIGTS.

M. Gerdy adresse à M. le président une lettre dans laquelle il dit qu'ayant été obligé de supprimer diverses parties de l'argumentation qu'il a faite dans la dernière séance, afin de ménager les momens de l'Académie, il craint de ne pas avoir été bien compris sur quelques points qui auraient demandé plus de développement. Ainsi, dit-il, si j'ai cru impraticable la section du fléchisseur sublime à la première phalange, telle qu'elle a été indiquée, je pense pourtant que, par un procédé particulier que j'ai essayé sur le cadavre, cette section pourrait être faite. — Il nous a été impossible de saisir à la lecture de la lettre de M. Gerdy en quoi consiste son procédé. S'il en est ultérieurement question, nous le ferons connaître à nos lecteurs.

M. J. Guérin : A l'origine de cette discussion, il n'était d'abord question que de la ténotomie appliquée aux tendons du poignet, de la main et des doigts. La discussion s'est non-seulement étendue à toutes les questions du domaine des difformités, ce dont je me félicite fort, mais elle s'est dirigée plus spécialement vers moi personnellement, ce dont je ne me félicite pas moins. On ne s'est pas borné à discuter mes faits, à combattre mes opinions sur la question en litige, on m'a personnellement mis en cause. Sous le prétexte d'élargir la base de la discussion, on a passé en revue mes théories et ma pratique, et on a dressé contre elles une sorte d'acte d'accusation. Vous l'avez entendu dans la dernière séance, je ne vois partout que rétraction musculaire ; parqué dans le cercle de la spécialité, je n'ai, sur l'origine des difformités, que des idées étroites, absurdes ; et la conséquence forcée de ces doctrines exagérées, arbitraires, est de me faire couper tout, partout, toujours, impunément ; de diviser les muscles à droite, à gauche, à tort et à travers. En principe, je professe donc et je défends des théories aveuglément systématiques, et en pratique je donne l'exemple d'une témérité dangereuse. Voilà pour le général. Pour le particulier, on vous a dit que je ne sais pas trop ce que j'entends par rétraction musculaire, par la transformation fibreuse des muscles, par la ténotomie étiologique et empirique, par mes principes de ténotomie appliquée aux tendons de la main et des doigts. A propos des tendons de la main, on a insinué que je ne connaissais ni les dispositions des gaînes fibreuses, ni les rapports anatomiques des parties à diviser. Pour faire pendant à cet agréable tableau de mes connaissances, on a fait voyager mon ténotome au hasard à travers toutes les difficultés ; on lui a fait diviser vingt tendons là où il n'en aurait fallu diviser que dix ; les extenseurs là où il aurait fallu diviser les fléchisseurs ; en un mot, on m'a déclaré parfaitement absurde en théorie comme en pratique, et sur le particulier comme sur le général. Tout cela, je l'ai dit en commençant, m'a singulièrement satisfait ; je n'y ai vu qu'une occasion favorable de mieux faire connaître mes idées et mes principes, qui ne sont pas apparemment assez connus ; et je suis beaucoup plus disposé à remercier M. Gerdy qu'à lui en vouloir, de m'avoir fourni une si bonne occasion de m'expliquer. Cependant, parmi les accusations qu'il a dirigées contre moi, il en est une qui mérite d'être relevée. Vous vous le rappelez, Messieurs, M. Gerdy m'a accusé en termes très formels d'avoir fait la leçon à l'Académie, et sur ce chef je suis beaucoup moins disposé à passer condamnation. Non, Messieurs, je n'ai point fait la leçon à l'Académie. On avait indirectement mis ma pratique en cause ; on avait voulu prouver que je fais des opérations inutiles, inopportunes, inséparables d'inconvéniens graves, et j'ai cherché à me justifier de ce reproche. J'ai cherché à conserver à la ténotomie une de ses plus belles et de ses plus délicates applications. C'est donc une justification et non une leçon que j'ai humblement présentée à l'Académie, et je la remercie du fond de mon cœur de la bienveillance avec laquelle elle l'a accueillie.

J'ai quelque raison d'insister, Messieurs, sur la différence qui existe entre le sens que M. Gerdy a donné à ma réponse, et le sens qu'elle a réellement eu ; car, si vous acceptiez son interprétation, je n'aurais plus qu'à me taire et à subir les nombreux chefs d'accusation que je vous rappelais tout à l'heure. Mais il n'en sera pas ainsi ; de même que vous m'avez permis de me justifier une première fois, vous me le permettrez une seconde, et j'espère que cette fois, comme la première, je ne m'écarterai pas de la ligne que je me suis tracée, et que je conserverai à ma réponse le caractère purement scientifique. Cependant, j'ai un dernier scrupule : il pourrait se faire qu'en me défendant, qu'en me justifiant des nombreux griefs que m'a imputés M. Gerdy, je me rendisse indirectement, bien indirectement, et contre ma volonté, coupable à son égard de ce qu'il appelle une leçon ; car si je parviens à démontrer qu'il m'a injustement attaqué, que je ne mérite aucun des reproches qu'il m'a adressés, que je sais ce que je veux dire, que j'ai mis moi-même depuis longtemps dans la science ce qu'il a voulu m'apprendre ; il pourra en résulter, bien à mon grand regret, que M. Gerdy a parlé de ce qu'il ne connaissait pas bien ; qu'en voyant, comme il l'a dit, les choses de haut, il ne les a pas vues du tout, ou les a confondues, comme il arrive à tous ceux qui les regardent de loin ; qu'il a manqué de prudence et de gravité ; si tout cela résulte de ma justification, ce ne sera pas ma faute, et je prie M. Gerdy de m'en excuser d'avance. Il est homme d'ailleurs à prendre sa revanche. Toutes les fois qu'il voudra bien m'apprendre quelque chose de nouveau, je serai heureux de profiter de ses leçons ; et je n'ai qu'une crainte, c'est de n'avoir pas assez souvent cette bonne fortune.

Les argumentations de MM. Velpeau et Gerdy, auxquelles je joindrai celle de M. Bouvier, pour faire marcher autant que possible tous les points de la discussion en même temps, comprennent 1° une série d'assertions générales sur la question de science, que leurs auteurs se sont abstenus d'entourer des preuves désirables ; 2° des remarques critiques spéciales sur les faits et les questions qui sont plus directement liés à la discussion qui nous occupe. L'Académie n'attend pas que j'examine gravement une à une les premières ; je me bornerai à les rappeler, en énonçant à propos de chacune d'elles les principaux résultats auxquels je suis arrivé, et qui m'ont conduit à des opinions plus ou moins différentes de celles de mes collègues. Ces questions générales pourront devenir, si l'Académie le permet, le sujet de discussions régulières, sérieuses, approfondies, bien propres à éclairer la science et l'art ; mais pour cela, il faudra les reprendre une à une, et donner à chacune d'elles le moyen de se produire, de s'établir, de se prouver en un mot, pour que tout le monde soit à même de juger.

La première question est celle de la ténotomie considérée comme méthode *étiologique* et comme méthode *empirique*. Contrairement à ce que j'ai cru pouvoir établir, MM. Bouvier et Velpeau ont nié cette distinction. Sans repousser directement l'existence séparée de ces deux méthodes, M. Gerdy s'est plutôt attaché à combattre la première dans ces inconvéniens.

A MM. Bouvier et Velpeau, je répondrai qu'il existe bien réellement des ténotomistes de la première et de la seconde catégorie. Pour légitimer cette distinction aux yeux de l'Académie, il me suffira de prouver que mes très honorables collègues appartiennent précisément à celle qui ne suit que les inspirations de l'expérience, et pour rendre cette distinction facile à apprécier, je vais en faire une application particulière au pied-bot. On sait qu'aux yeux de certaines personnes, le pied-bot est le résultat de causes multiples ; pour ces personnes le traitement de cette difformité n'a d'abord consisté que dans la section du tendon d'Achille. Pour la ténotomie étiologique, le pied-bot est le produit de la rétraction musculaire, et chaque variété, chaque accident de forme, chaque élément de direction vicieuse dont se compose l'ensemble du pied-bot est le produit de la rétraction occupant successivement ou simultanément les différens muscles de la jambe et du pied. L'élévation du talon est le produit de la rétraction des jumeaux, l'adduction de l'avant-pied, celui de la rétraction du jambier postérieur et du fléchisseur commun des orteils ; la courbure suivant son bord interne, celui de la rétraction du plantaire interne, et ainsi de suite pour toutes les combinaisons de forme et de direction que peut offrir la difformité si variable désignée sous le nom de pied-bot. Pour cette doctrine, le traitement ne doit pas consister seulement dans la section du tendon d'Achille, mais dans la section de tous les tendons des muscles primitivement rétractés et qui tiennent sous leur dépendance les différens élémens de la difformité.

Ceci posé quelques mots suffiront pour prouver que MM. Bouvier, Velpeau et Gerdy appartiennent ou ont appartenu à la première classe des ténotomistes.

Pour ce qui est de M. Bouvier, voici deux passages d'un article Pied-bot qu'il a publié en 1835 dans le Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, p. 85 : « *Rien ne prouve*, dit M. Bouvier, qu'à part cette circonstance exceptionnelle (d'une maladie de l'axe cérébro-spinal) le pied-bot soit la conséquence de la brièveté primitive des muscles rétractés.... Cette brièveté ne *préexiste point* à la déviation ; *elle est toujours* consécutive, et ce serait, suivant la juste expression de Scarpa, confondre *l'effet avec la cause* que de regarder cet état des muscles comme le point de départ ordinaire de la déviation. » Et plus loin, pour le traitement, p. 90 : « Michaëlis, Thilénius, Delpech, M. Stromeyer ont pratiqué la section du tendon du triceps de la jambe, pour remédier à l'extension du pied, dans *des cas de varus* et de pied-équin. » Voilà pour M. Bouvier.

En ce qui concerne M. Velpeau, voici quelques lignes non moins significatives. Vous vous rappelez, Messieurs, la discussion sur le pied-bot qui a eu lieu dans le sein de cette Académie, il y a quatre ans ; toutes les doctrines professées jusqu'alors sur cette difformité ont eu leurs représentans. A la fin de la discussion, M. Velpeau concluait dans les termes qui suivent : « Les causes du pied-bot sont multiples et la section du tendon d'Achille est le meilleur moyen de guérison de ces difformités. » (Bul. de l'Acad., t. III, p. 179.) Peut-on être plus explicite ? Comme commentaire de ces paroles de M. Velpeau, je reproduirai la courte réponse du rapporteur de la discussion, M. Cruveilhier : « M. Velpeau m'a reproché d'avoir contesté l'utilité de la section du tendon d'Achille dans le traitement du pied-bot ; je n'ai contesté que sa nécessité. J'ai dit : Du moment où il m'est démontré que le pied-bot n'est qu'une déviation du pied, la rétraction de certains muscles et l'allongement de certains autres n'est donc qu'un effet secondaire. Donc, ai-je dit, anatomiquement parlant, il n'y a rien à diviser dans le pied-bot, il n'y a qu'à redresser. On cite cinq cents cas de section du tendon d'Achille dans le pied-bot : je ne les nie pas ; ce que je conteste, c'est la nécessité de cette section. » (ibid., p. 191.)

J'arrive à M. Gerdy. M. Gerdy n'a pas écrit sur cette question, mais il a parlé. Il vous a dit, dans la dernière séance, qu'il ne fallait s'en rapporter qu'à l'expérience, et, à l'appui de cette proposition, il vous a cité des cas de pied-bot très considérables et très complexes, des cas de varus équin qu'il est parvenu à guérir au moyen de la seule section du tendon d'Achille et de l'aponévrose plantaire. Il peut donc aussi être légitimement classé parmi les ténotomistes, dont MM. Velpeau et Bouvier ont nié l'existence. Ainsi, Messieurs, sans compter les autres exemples, ceux de nos trois honorables collègues suffisent pour légitimer la distinction que j'ai établie. Il est possible que leur première opinion se soit modifiée avec le temps ; je vais même vous lire quelques lignes empruntées au premier volume de la Médecine opératoire de M. Velpeau, lignes qui, en attestant les progrès que notre honorable collègue a faits dans cette voie, vous prouveront qu'il n'est pas si opposé que vous pourriez le croire à la distinction contre laquelle il s'est élevé : « L'histoire de cette opération (ténotomie), appliquée au traitement du pied-bot, comprend d'ailleurs deux périodes ; dans la première on s'était borné à faire empiriquement la section du tendon d'Achille ; dans la seconde l'opération a été étendue à tous les tendons de la jambe et du pied. C'est à M. J. Guérin que l'on doit cette généralisation. Ayant établi que le pied-bot et les différentes formes qu'il peut affecter sont le résultat de la rétraction musculaire primitive différemment dis-

tribuée dans les muscles de la jambe et du pied, ce médecin..... a été conduit rationnellement à poser en principe la division successive ou simultanée des tendons de ceux des muscles qui tiennent chaque variété du pied-bot sous leur dépendance. » (Mém. orth., t. I, appendice, p. XXIX.)

Ce que je viens de montrer pour le pied-bot serait plus facile encore à établir pour les autres difformités articulaires de même origine, pour celles de la hanche, de l'épine, du cou, etc., en un mot, pour toutes les difformités par rétraction musculaire. Or, vous savez qu'à l'heure qu'il est, loin qu'il y ait communauté d'opinions et de pratique sur toutes ces dépendances de la même doctrine, il en est qui s'obstinent à regarder comme erronée l'idée qui attribue certaines déviations de l'épine à la rétraction musculaire, et à repousser comme irrationnel le traitement de ces difformités par la section des muscles. C'est donc là une question d'histoire et de doctrine bien faite pour intéresser la science et l'Académie. J'aime à croire que MM. Bouvier et Velpeau se joindront à moi pour en demander la discussion spéciale. De son côté, M. Gerdy, qui n'a pas eu le temps, sans doute, de se mettre au courant de la matière, sollicitera, j'en suis sûr, les développemens qui pourront compléter ses lumières sur ce point.

La seconde question soulevée par MM. Bouvier et Velpeau est relative au mode de cicatrisation et de régénération des tendons. Pour eux, la portion tendineuse de nouvelle formation résulte d'une espèce de condensation des lames celluleuses correspondant à l'intervalle des bouts divisés, lesquelles s'organisent et acquièrent successivement les caractères et propriétés du tendon. Pour moi, au contraire, et pour plusieurs physiologistes, le tendon nouveau résulte de l'épanchement d'une matière plastique fournie par les bouts tendineux, et du sang versé par les parties voisines divisées. Cette matière s'organise par degrés, et acquiert, sous l'influence même de la fonction, les caractères du véritable tissu tendineux. Je ne puis exposer ici toutes les preuves de fait qui m'ont conduit à cette doctrine, si opposée à celle de MM. Bouvier et Velpeau. En attendant qu'ils provoquent une plus ample discussion sur ce point intéressant de physiologie, je me bornerai à dire que les résultats auxquels ils sont arrivés sont exactement le produit de la manière dont ils ont opéré.

MM. Bouvier et Velpeau ont affirmé, en troisième lieu, que les principes ténotomiques qui me dirigent et auxquels j'ai cru pouvoir rapporter les résultats qu'on a déclarés impossibles, principes à l'aide desquels j'ai cru pouvoir expliquer les résultats contraires produits par M. Bouvier, sont universellement connus; de plus, M. Velpeau a affirmé que ces principes sont exposés dans sa MÉDECINE OPÉRATOIRE. A cette assertion, j'oppose provisoirement l'assertion contraire. Si nos honorables collègues veulent bien provoquer une discussion approfondie sur les principes de la ténotomie, je crois être en mesure de démontrer *qu'aucun* des principes qui doivent assurer le succès complet de la ténotomie, c'est-à-dire réunion véritable, organisation régulière, longueur suffisante du nouveau tendon avec conservation des mouvemens normaux des parties, n'avait été mis en regard des résultats à réaliser, ni considéré dans sa véritable signification. En attendant je me bornerai aux deux preuves de fait qui suivent : 1° Je porte le défi à MM. Bouvier et Velpeau de montrer dans leurs écrits, ou ailleurs, le principe de la *contraction physiologique volontaire*, établi comme moyen de faciliter la tension des tendons à diviser ; de les détacher des plans auxquels ils correspondent; de favoriser leur section, d'épargner les vaisseaux et les nerfs et tous les tissus environnans, de faire distinguer les tendons des parties avec lesquelles ils pourraient être confondus, comme les nerfs, etc. Or, ce principe est d'une telle importance, indépendamment des services généraux que je viens de signaler, que dans certaines difformités, celles de l'épine, par exemple, il est impossible, sans son secours, de diviser les tendons et les muscles. 2° Je citerai, comme second exemple, la section des tendons du poignet, de la main et des doigts, à des hauteurs différentes, successivement, et dans des points différens pour les deux ordres de fléchisseurs. Or, ces conditions, comme je crois l'avoir démontré, sont inséparables du succès de l'opération.

M. Bouvier, et après lui M. Gerdy, ont nié le fait de la transformation fibreuse dans les muscles anciennement rétractés. M. Bouvier a opposé à cette observation, vérifiée par des faits de toute sorte, qu'il n'a jamais vu cette transformation, et il a conclu que c'est une erreur d'anatomie pathologique. M. Gerdy, moins affirmatif que M. Bouvier, a attaqué plutôt le mot que la chose : il aurait désiré des preuves et des développemens. A M. Bouvier, je répondrai, en lui rappelant, non sans regret, le rapport de l'Académie des sciences, où, après les mêmes dénégations de sa part, et, de la mienne, les preuves de fait sur lesquelles j'ai établi cette loi, la commission en a explicitement reconnu l'exactitude Je pourrais renvoyer M. Gerdy, qui aime les commissions, à ce rapport, et aux diverses publications que j'ai faites sur ce point, si je ne craignais qu'il prît ce conseil pour une leçon; mais il préférera sans doute que je mette directement l'Académie de médecine à même d'avoir une opinion arrêtée sur ce point, comme je l'ai fait, il y a six ans, pour l'Académie des sciences.

M. Gerdy a posé en principe qu'il était impossible de distinguer, sur le vivant, la rétraction primitive de la rétraction consécutive, d'où il a conclu qu'il m'arrive de diviser arbitrairement beaucoup de muscles. Il a cité l'exemple de M. Dobbowitsky, chez lequel, après avoir divisé tous les muscles fléchisseurs et pronateurs pour remédier à une flexion et à une pronation permanentes, j'aurais divisé, on ne sait trop pourquoi, le long abducteur du pouce. Je répondrai d'abord à M. Gerdy qu'il est presque toujours possible de distinguer nettement les difformités produites par la rétraction musculaire de celles produites par d'autres causes, et de suivre la rétraction partout où elle se manifeste. Je regrette que mon honorable collègue n'ait pas pris la peine de lire les travaux que j'ai publiés sur ce point de diagnostic ; il se serait épargné beaucoup d'objections dont le moindre inconvénient est d'être sans objet. En ce qui concerne la section de l'abducteur du pouce que j'ai pratiquée chez M. Dodbowitski, c'est encore un fait qui tient à une loi que mes recherches m'ont permis d'établir ; à savoir, que dans les difformités anciennes, les muscles, même consécutivement rétractés, quittent la concavité des courbures auxquelles ils correspondent, pour se porter en ligne droite entre leurs deux points d'insertion, ce qui change souvent le caractère de leurs fonctions ; d'extenseurs qu'ils étaient, ils deviennent quelquefois adducteurs, abducteurs ou même fléchisseurs. C'est ce qui existait précisément chez M. Donbowitski. Voici une pièce pathologique qui représente exactement la difformité dont il était atteint. Vous remarquerez que, sur cette pièce, le long abducteur, par suite de la flexion considérable du poignet, a quitté sa situation normale ; il a glissé en avant du radius, s'est raccourci de la somme de rapprochement de ses points d'insertion ; il forme maintenant la corde de la courbure résultant de la flexion de la main sur l'avant bras. Voici une autre pièce sur laquelle vous pouvez voir que les fléchisseurs des orteils sont devenus extenseurs en glissant sur le côté des articulations métatarso-phalangiennes. Ces faits se retrouvent fréquemment dans les difformités.

M. Gerdy s'est longuement étendu sur les difformités qui succèdent aux affections articulaires ; il les a attribuées, soit comme M. Bonnet (de Lyon), à des positions provoquées par les fluides épanchés, soit à des indurations du tissu cellulaire ou des ligamens. Je dirai provisoirement que, d'accord avec M. Gerdy sur l'importance réelle que mérite cet ordre de difformités encore inexploré, mon expérience me force à me déclarer en opposition complète avec lui sur l'origine et le mécanisme qu'il leur assigne. Je crois pouvoir promettre à l'Académie des recherches entièrement nouvelles sur cette question, si elle veut bien la mettre à l'ordre du jour. J'ajouterai, pour donner une idée de l'importance que j'attache à la question des difformités *arthralgiques* (c'est ainsi que j'appelle ces difformités faisant suite aux affections articulaires connues sous les noms de coxalgie, etc.) a fait le sujet d'un enseignement qui a duré plus de six mois. Une des conclusions de mes recherches est que, dans ces difformités, le système musculaire joue un rôle très actif comme dans les autres, et que cette intervention du système musculaire jette un jour nouveau sur la véritable nature de la maladie articulaire Comme preuve provisoire, je ne citerai que les cas invoqués par M. Gerdy, dans lesquels, après 24 heures d'invasion de la maladie, il y avait impossibilité d'étendre l'articulation. Je crois être en mesure de démontrer que, dans ces cas, ce ne sont pas des bandes de tissu cellulaire, ou des ligamens indurés dans l'espace de 24 heures, mais de véritables contractures musculaires qui s'opposent aux mouvemens de l'articulation, et qui plus tard réalisent en grande partie les difformités arthralgiques.

J'aurais beaucoup d'autres choses à ajouter sur les excursions que M. Gerdy a faites en touriste dans le domaine de l'étiologie des difformités. Si après la discussion des points que je viens de relever, l'Académie et M. Gerdy en particulier me permettaient d'aborder les autres points de son argumentation, j'aurais quelques remarques à présenter sur ses seize causes de difformités, sur l'idée qu'il se forme du rachitisme, sur les mouvemens de la main, sur une foule d'assertions plus ou moins extraordinaires, dont la fécondité pourrait défrayer vingt de nos séances. Je laisse donc toutes ces questions générales pour arriver aux détails de l'argumentation spéciale de MM. Bouvier, Velpeau et Gerdy.

Avant d'aborder les remarques de chacun de nos collègues, je suis obligé de répondre à un point sur lequel ils sont tous trois d'accord, sur l'utilité qu'il y aurait à soumettre les faits que j'ai eu l'honneur de mettre sous les yeux de l'Académie à l'examen d'une commission. Nos trois collègues ont exprimé ce désir avec des intentions si pures et si généreuses, ils l'ont fait dans un but si utile pour la science et le savant, que j'ai mille regrets de ne pouvoir acquiescer à leur proposition.

Et d'abord, Messieurs, il est évident que, quand MM. Velpeau, Gerdy et Bouvier ont demandé une commission, ils ont supposé, en se rendant la justice qu'ils méritent, et que je me plais à leur rendre, que personne mieux qu'eux ne remplirait cette mission. Or, les malades sont opérés, ils sont guéris ; nos honorables collègues n'auraient donc plus à constater la difformité, à assister à l'opération ; ils ne pourraient plus vous donner que leur opinion sur les résultats. Or, cette opinion, vous la savez maintenant, ou vous la saurez ; celle de M. Velpeau est qu'il n'en a pas absolument ; car, il vous l'a dit, il ne sait trop que penser, il se tient dans un juste-milieu. M. Bouvier a déclaré d'avance les faits impossibles; il n'a pas eu encore occasion de vous dire ce qu'il en pense depuis qu'il les a vus. On peut bien croire, sans trop présumer, que, pour être conséquent, il aura trouvé quelques bonnes raisons pour se prouver à lui-même qu'ils n'existent pas. Quant à M. Gerdy, si l'Académie n'était pas suffisamment édifiée sur les hautes lumières, la gravité et l'impartialité qu'il a apportées dans l'examen de ces faits, elle saurait un peu mieux à quoi s'en tenir, après la courte discussion qui va suivre.

Des deux malades que j'ai présentées, M. Gerdy n'en a examiné qu'une ; pourquoi ? Je ne sais. Mais on pourrait croire que le temps qu'il a employé à constater l'absence de 24 mouvemens chez l'une aurait pu lui permettre de constater la présence de ceux qui ne manquent pas chez l'autre ; n'importe ; voyons comment M. Gerdy a examinée celle qu'il a examinée.

A propos de cette première malade, M. Gerdy a cru démontrer qu'en liant les tendons entre eux on imitait les adhérences qui résultent de la section des tendons faite d'après les procédés de M. Bouvier. De ce que ces adhérences factices n'ont pas empêché les mouvemens de la main et des doigts, il a conclu que celles qui sont produites par la ténotomie ne peuvent être cause de l'abolition des mouvemens que lorsqu'elles s'étendent jusqu'aux os. Je pourrais me contenter pour toute réponse d'opposer sur ce point M. Bouvier à M. Gerdy ; car, expériences pour expériences, je préfère encore celles de M. Bouvier. M. Bouvier a très bien démontré que, par sa méthode, on obtient à coup sûr des adhérences, et des adhérences telles, que le mouvement est entravé, sinon impossible. La différence entre M. Gerdy et M. Bouvier sur ce point, c'est que la méthode du premier ne vaut pas celle du second pour produire des adhérences. En effet, Messieurs, ces dernières ne consistent pas dans la jonction pure et simple des tendons entre eux, comme la pratique M. Gerdy, au moyen de la ligature ; il y a mieux que cela dans les adhérences de M. Bouvier ; il y a en outre un épanchement dans leur atmosphère celluleuse, qui fait un tout plus ou moins continu jusqu'à l'os et

s'oppose au mouvement. La cicatrice, dans ces cas, est grosse, dure, s'étendant plus ou moins ; on peut voir des exemples de cette disposition sur des sujets auxquels on a coupé le tendon d'Achille d'après les méthodes vicieuses, c'est-à-dire en divisant tout. Alors, il y a adhérence, et les mouvemens d'extension du pied sur la jambe sont très bornés.

A l'aide de ce qui précède, on pourrait déjà établir, contre l'opinion de M. Gerdy, qu'on peut très bien, sur le vivant, et sans attendre la mort des sujets, reconnaître qu'il y a ou non adhérence, réunion ou non des tendons divisés. On le peut : 1° *par la connaissance de la cause du résultat* : quand on opère d'après la méthode de M. Bouvier, c'est-à-dire quand on divise tout ; 2° *par les caractères du résultat* : tumeur dure, noueuse, s'étendant plus ou moins au-delà du diamètre du tendon ; enfin, par le *résultat lui-même*, c'est-à-dire par l'abolition plus ou moins complète du mouvement. Tout cela, M. Gerdy l'avait déclaré impossible ; impossible pour qui n'avait pas vu. J'ose espérer que ce que je viens de dire réformera son opinion sur ce point.

M. Gerdy a encore regardé comme impossible de s'assurer, comme j'ai dit l'avoir fait, que les tendons du fléchisseur superficiel avaient été seuls divisés sur trois doigts, et que sur le quatrième les deux tendons superficiel et profond l'avaient été inopinément. Il est aisé de montrer que cette impossibilité n'existe que pour M. Gerdy. Ou bien les deux muscles fléchisseurs sont simultanément rétractés ; dans ce cas, on divise d'abord le profond au-devant de la seconde phalange ; ensuite, le superficiel, seul tendu, est divisé avec la plus grande facilité à la paume de la main. Ou bien le superficiel est seul rétracté ; alors il est seul tendu et peut être seul divisé dans la paume de la main. On peut, dans l'un ou l'autre cas, s'assurer que les deux tendons ont été isolément divisés par l'expérimentation de leurs mouvemens isolés ; dans un cas, en constatant l'absence du mouvement dans la troisième phalange ; dans l'autre, en constatant sa persistance après la section des cordes tendues à la paume de la main (1).

Enfin, la dernière remarque de M. Gerdy sur ma première malade, celle qu'il a présentée avec une certaine assurance, est relative aux 24 mouvemens abolis. J'avais annoncé que j'avais obtenu un succès complet pour tous les doigts, à l'exception de l'indicateur, dont les mouvemens de la première phalange avaient seuls été conservés. Certes, si la remarque de M. Gerdy, si opposée à mon assertion, était fondée, elle aurait été très propre à montrer l'utilité d'une commission. Mais il n'y a qu'une difficulté, c'est que M. Gerdy, préoccupé sans doute des 50 mouvemens de la main qu'il a découverts, et des 24 qu'il n'a pu constater chez mon opérée, n'a pas vu dans la main de cette dernière une chose bien plus facile à y voir, à savoir, que chez cette enfant tous les muscles des éminences thénar et hypothénar étaient complètement paralysés et atrophiés ; qu'il n'en existait presque plus de traces. Or, ces muscles sont précisément ceux qui président aux mouvemens dont M. Gerdy a constaté l'absence. Mais, Messieurs, l'inadvertance de M. Gerdy vous paraîtra plus *incroyable* encore quand vous remarquerez que cette circonstance de la paralysie et de l'atrophie des muscles du pouce était notée tout au long dans l'observation qu'il vous a lue et si spirituellement commentée. Or, malgré les choses prodigieuses que M. Gerdy a mises sur le compte de la ténotomie, celle-ci n'a pas encore eu jusqu'ici la prétention de restituer les muscles qui manquent, ni de rendre le mouvement à ceux qui sont complètement paralysés. J'ai dit, et j'ai pu dire, que ce succès avait été rigoureusement complet pour trois doigts et pour le pouce, à l'endroit des fléchisseurs superficiel et profond, c'est-à-dire qu'il y a eu redressement des doigts et conservation du mouvement des phalanges.

Je pourrais en rester là, Messieurs, et je pense que l'Académie serait suffisamment édifiée sur la plupart des points de la discussion. Mais il en est un qu'il m'importe de relever à part, non pas seulement dans l'intérêt de la science et de l'art, mais dans l'intérêt d'un homme absent, de M. Doubowitski, dont on a travesti les paroles et calomnié les sentimens, en le faisant servir de prétexte à d'odieuses imputations. Je n'exagère rien. Vous avez entendu M. Bouvier dans l'avant-dernière séance vous dire qu'à la place d'un bras d'homme j'avais mis un bras de cadavre. Vous avez entendu M. Gerdy, d'une voix presque attendrie, s'apitoyer sur cette malheureuse affaire, me conjurant de ne plus me rendre coupable d'une pareille faute. Eh bien, Messieurs, voici, d'après la relation même de M. Doubowitski, relation pleine de bienveillance, la vérité sur toutes ces exagérations.

Lorsque M. Doubowitski me fit l'honneur de se confier à mes soins, il était affecté d'une difformité multiple de l'avant-bras et de la main, comprenant 1° une flexion permanente de l'avant-bras sur le bras ; 2° une flexion permanente du poignet ; 3° une forte rotation de la main et de l'avant-bras dans le sens de la pronation, avec impossibilité complète de supination ; 4° une flexion permanente des doigts ; le tout constituant une difformité extrêmement prononcée. Cette difformité, dont vous pouvez avoir une idée par le plâtre que je mets sous vos yeux, avait entraîné la perte de l'usage de la main. Ce n'est pas moi qui l'affirme, Messieurs, c'est M. Doubowitski lui-même qui l'a écrit dans sa relation : « Je n'en étais pas moins privé, dit-il, de l'usage de ma main, qui présentait, d'ailleurs, une difformité très apparente. (Ann. de la chirurg., t. 1, p. 140.) » Eh bien ! qu'a produit le traitement ? D'abord, sous le rapport de la difformité, un changement total, que vous pouvez apprécier par le second plâtre, que voici, moulé après le traitement ; c'est-à-dire disparition presque complète de la difformité, et conservation, avec amélioration marquée, des mouvemens d'extension et de flexion du coude, de pronation, de supination et d'extension de la main. (Ce sont encore les propres paroles de M. Doubowitski, Ann. de la chirurg., t. 1, p. 157.) Restent donc les doigts et le pouce dont la difformité a également disparu ; mais dont les mouvemens sont entièrement perdus pour les trois premiers, et ne sont plus que rudimentaires pour les deux derniers, et n'existent plus que dans l'articulation métacarpo-phalangienne. En s'en tenant aux résultats tels qu'ils existent, qui pourrait y voir l'affaire malheureuse dont a parlé M. Gerdy et le bras de cadavre de M. Bouvier ? Je me suis déjà expliqué sur la cause à laquelle j'attribue la perte du mouvement des doigts ; j'ai dit, et je répète que cet accident, très regrettable sans doute, a été le produit de la rupture des cicatrices tendineuses sous l'influence de manœuvres intempestives. On a opposé à cette explication l'opinion différente de M. Doubowitski ; je persiste dans la mienne, en rappelant que, quelques jours après l'opération, j'ai constaté et fait constater par plusieurs assistans, notamment par notre honorable collègue, M. Amussat, que les mouvemens étaient rétablis. J'ajouterai qu'à plusieurs reprises j'ai fait constater le même fait sur d'autres opérés, trois jours après la section des tendons, non seulement aux doigts, mais à l'œil. J'ai imaginé un procédé pour rétablir le mouvement des yeux, aboli à la suite d'opérations vicieuses du strabisme. Ce procédé consiste à rechercher les bouts du muscle divisé, à les renouer en les replaçant dans des conditions favorables à leur cicatrisation. Eh bien ! au bout de trois jours, j'ai constaté plusieurs fois, et j'ai fait constater par les personnes qui suivent mes conférences, le rétablissement des mouvemens. Enfin, j'ajouterai que l'accident, auquel j'attribue la perte du mouvement des doigts chez M. Doubowitski, la rupture de la cicatrice tendineuse, s'est précisément renouvelé chez un jeune homme auquel j'avais de même pratiqué la section des fléchisseurs. Le mouvement, rétabli après l'opération, a été subitement aboli dans un doigt ; heureusement que le malade s'est aperçu immédiatement de l'accident. J'ai fait replacer, pendant quelques jours, le doigt dans la flexion, et j'ai été assez heureux pour obtenir une seconde fois la réunion avec rétablissement du mouvement.

Mais un dernier résultat dont on s'est abstenu de parler, et dont la science a été mise en possession par le fait même de l'opération pratiquée chez M. Doubowitski, c'est la preuve expérimentale qu'on peut, moyennant l'observation des principes de la méthode sous-cutanée, pratiquer le même jour, sur la même personne, sur le même membre, vingt sections de tendons ou de muscles, sans donner lieu au moindre symptôme de réaction inflammatoire. Or, Messieurs, jusqu'alors personne n'avait obtenu et personne n'aurait pensé obtenir ce résultat.

Telles sont, Messieurs, les remarques que j'avais à présenter en réponse aux argumentations de MM. Bouvier, Velpeau et Gerdy.

M. Bouvier a commencé à répondre à M. Guérin ; mais l'heure avancée ne lui a pas permis de terminer. Nous donnerons l'analyse de sa réplique dans le prochain compte-rendu.

FISTULE URINAIRE.

M. Hippolyte Larrey communique à l'Académie un cas de chirurgie des plus compliqués, etc. Il s'agit d'une femme qui avait depuis longtemps une fistule urinaire sous ombilicale, déterminée par l'inflammation d'un kyste pileux de l'ovaire ; ce kyste s'était ouvert non-seulement au dedans par la paroi vésicale, mais aussi au dehors par la paroi abdominale, en donnant passage par cette double issue à des matières visqueuses et purulentes, à des productions pileuses et à des concrétions calcaires ; une pierre assez volumineuse s'était enfin développée dans la vessie, et, en s'accolant à l'ouverture urétrale, avait forcé l'urine de sortir presque continuellement par l'ouverture fistuleuse.

La malade avait été envoyée des environs d'Evreux à Paris, et adressée, le 13 décembre 1841, à l'hôpital des Cliniques, où M. H. Larrey remplaçait, comme agrégé, M. le professeur J. Cloquet.

C'est après de mûres réflexions et des avis utiles, que M. Larrey se décida à pratiquer une opération fondée sur les principes de la taille hypogastrique, et qui eut pour effet d'inciser largement la fistule par en bas, de mettre à jour le foyer du kyste, d'extirper du fond une tumeur à laquelle adhérait une longue mèche de cheveux, de pénétrer par la même voie dans la vessie et d'en extraire le calcul qui avait pour noyau la même production pileuse.

Cette grave opération a eu un résultat plus heureux qu'il n'était permis de l'espérer, et n'a entraîné par elle-même aucun accident notable. Une sonde placée à demeure dans la vessie par le canal de l'urètre, a rétabli le cours naturel des urines et favorisé la cicatrisation de la plaie.

Cependant une variole confluente, en retardant le terme de sa guérison, a failli devenir funeste à notre intéressante malade qui s'est trouvée au mois de mai en état de retourner dans son pays, où bientôt elle a repris une santé parfaite, ne conservant de tous ses maux que le souvenir.

Il est cinq heures et demie, la séance est levée.

(1) J'aurais pu faire remarquer encore que dans la paume de la main les rapports des deux fléchisseurs ne sont pas aussi immédiats que paraissent le croire MM. Gerdy et Bouvier, ce qui explique l'isolement assez facile de la section et de la cicatrisation du fléchisseur superficiel. En effet, des dissections spéciales m'ont fait voir que le tendon fléchisseur superficiel, à partir de l'articulation métacarpo-phalangienne, et même un peu au-dessous, est séparé du profond par une lame cellulo-séreuse. Cette lame, mince et lâche à son origine, augmente de consistance et d'épaisseur à mesure qu'on s'élève vers la paume de la main, où elle forme une véritable couche fibro-celluleuse, qui isole complètement en ce point les deux tendons. Des deux faces de cette couche partent en arrière et en avant des expansions qui constituent les enveloppes propres ou gaînes celluleuses des deux ordres de tendons ; celles des tendons du fléchisseur profond adhèrent aux muscles lombricaux et vont se perdre dans les insertions de ces derniers au fléchisseur profond. Ces dispositions, que M. Bouvier a évidemment méconnues quand il a voulu prouver (Gazette des Hôpitaux, jeudi, 6 octobre, p. 557) que *l'étroite connexion des deux ordres de tendons à la paume de la main devait faire présumer que la cicatrice du tendon coupé serait adhérente au tendon resté intact*, expliquent au contraire la fréquence des succès que j'ai obtenus de cette opération (13 fois sur 16). (J. G.)

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ DE PHYSIQUE CONSIDÉRÉE DANS SES RAPPORTS AVEC LA CHIMIE ET LES SCIENCES NATURELLES; par M. BECQUEREL, de l'Académie des sciences de l'Institut, professeur-administrateur au Muséum d'histoire naturelle, etc., etc. — 1 vol. (l'ouvrage en aura 2) avec atlas, 550 pages, 1842. Chez Firmin Didot et les principaux libraires de livres de science.

Depuis le commencement du dix-neuvième siècle, la physique a fait des progrès immenses. Ces progrès, sinon supérieurs, au moins égaux à ceux des autres sciences, sont le résultat des travaux de plusieurs savans du premier ordre, qui se sont trouvés en quelque sorte réunis dans cette voie depuis quarante ans, et qui, chacun pour leur part, ont fait faire de grands pas à la science. Ces progrès furent principalement dus à ce que chacun d'eux, bien que possédant les connaissances générales les plus vastes et les plus variées relativement à la physique, appliqua ses facultés à une partie spéciale de cette science. Ainsi les uns étudièrent la chaleur, d'autres la lumière, d'autres encore l'électricité, etc. Depuis cette époque, il n'est pas de science qui n'ait fait à la physique de nombreux emprunts, les uns pour se procurer ou perfectionner les instrumens propres à les étudier (lunettes, microscopes, etc); les autres, et toutes peut-être, pour expliquer un certain nombre de leurs phénomènes ou au moins les éclairer. Quelques-unes enfin pour appliquer aux arts et à l'industrie les découvertes, fruits des laborieuses investigations des physiciens. (Calorique, vapeur, lumière, etc.)

Au milieu de ces travaux importans, dont la physique a été l'objet et dont cette science s'est enrichie, les nombreux traités de physique qui ont été publiés ont peu changé d'esprit et de forme. Les uns et les autres avec plus ou moins d'étendue ou d'exactitude, il est vrai, ont enregistré les faits connus et les découvertes nouvelles à mesure qu'on les publiait. Certains d'entre eux peuvent être considérés comme d'excellens répertoires de l'état actuel de nos connaissances en physique; mais ils disent peu de chose touchant l'influence qu'exercent dans un grand nombre de cas l'attraction moléculaire, la chaleur, l'électricité, la lumière sur les propriétés générales des corps, alors que leurs molécules forment de nouveaux composés, quand ces corps sont bruts ou inorganiques, ou sur leurs fonctions lorsqu'ils sont organisés. En outre, il manque à la plupart de ces traités une pensée philosophique qui, considérant la science d'un point de vue plus élevé, conduisit en exposant ses principes généraux à montrer quels rapports les unissaient les uns aux autres et en même temps de quelles applications nombreuses l'étude de la physique était susceptible, soit pour pénétrer plus avant, soit pour expliquer un certain nombre de phénomènes qui regardent plus particulièrement d'autres sciences, telles que la chimie et les sciences naturelles.

Cette vaste tâche vient d'être entreprise par un des savans les plus distingués de notre époque, qui, possédant des connaissances étendues dans les diverses branches des sciences naturelles à la chimie, est en même temps doué d'un esprit philosophique qui l'a conduit à distinguer les rapports qui existent entre la physique et ces diverses sciences, à montrer la lumière qu'elle pouvait jeter sur elles et à en poser les lois.

Tel est le but que M. Becquerel s'est proposé en publiant le premier volume de son TRAITÉ DE PHYSIQUE considérée dans ses rapports avec la chimie et les sciences naturelles (l'ouvrage aura deux volumes.) Examinons rapidement le plan qu'il a suivi et le but qu'il s'est proposé.

M. Becquerel commence par présenter un tableau étendu des progrès de la physique générale dans ses rapports avec les sciences qui en dépendent et avec la civilisation depuis les temps les plus anciens jusqu'à notre époque. L'élégance et la clarté de style en même temps que la profonde érudition qu'y développe l'auteur en font une des parties les plus remarquables de son ouvrage et permettront à toute personne s'occupant de science de le lire avec plaisir et de le consulter avec fruit. Il s'occupe ensuite des forces qui régissent la matière et dont il a fait une étude toute spéciale; mais laissons parler ici quelques instans M. Becquerel:

« Les molécules des corps sont soumises à plusieurs systèmes de forces qui produisent des actions attractives et répulsives : suivant que les premières l'emportent ou sont vaincues par elles, les corps sont solides, liquides ou gazeux. Les molécules étant tenues à des distances plus ou moins grandes suivant l'état des corps, il existe donc entre elles des espaces interstitiels où les agens impondérables luttent sans cesse avec les principes matériels. C'est dans ces espaces dont l'étendue échappe à nos sens que s'opèrent les phénomènes de l'électricité, de la chaleur, de la lumière, des affinités et de l'attraction moléculaire. C'est donc là que l'on doit chercher les agens producteurs, pour étudier leurs propriétés et la masse d'action de chacun d'eux sur les molécules. Pour atteindre ce but, il faut avoir acquis une connaissance de ces corps, constater l'existence des agens impondérables, les notions des espaces inter-moléculaires par tous les moyens possibles et examiner ensuite comment ils concourent, soit simultanément, soit isolément, à la composition, à la formation des corps, et enfin chercher le mode d'action de chacun d'eux pour modifier les propriétés physiques des corps jusqu'au point de les décomposer. »

Pour suivre avec fruit une marche aussi naturelle et aussi philosophique, on doit posséder des notions générales sur la formation et la nature des corps organisés et inorganiques. Aussi M. Becquerel est-il entré dans des détails assez étendus sur la structure de ces divers corps, et il a ainsi évité au lecteur le soin de compulser des ouvrages spéciaux, dans lesquels ces notions sont disséminées au milieu de détails nombreux, minutieux et inutiles pour lui.

Telle est l'idée la plus générale que l'on puisse se former de l'ouvrage dont M. Becquerel vient de publier le premier volume. Ce sera au lecteur, et nous pensons qu'il en aura de nombreux parmi les savans de toute espèce, à juger s'il a rempli une tâche aussi vaste. Quant à nous, notre opinion est formulée sur ce point; aussi ne saurions nous trop engager les chimistes, les naturalistes et les médecins à consulter cet ouvrage qui leur fera connaître non-seulement les applications dont la physique est susceptible aux sciences dont ils s'occupent, mais encore la voie philosophique que l'on doit suivre dans leur étude. Les médecins y trouveront, disséminés en divers chapitres, un véritable traité de physique médicale.

VARIÉTÉS.

— Par décision ministérielle du 29 octobre dernier, M. le docteur Riederer a été nommé médecin en chef titulaire de l'asile départemental d'aliénés de Stéphansfeld.

— Dans la dernière séance de la Faculté, M. Malgaigne a été nommé suppléant de M. Jules Cloquet à l'hôpital des Cliniques, à la majorité de 16 voix sur 17.

— M. le professeur Ehrmann vient de publier son sixième tableau statistique de l'école départementale d'accouchement du Bas-Rhin. Cette école, établie sur de nouvelles bases, par un arrêté réglementaire du mois de juin 1838, présente, par son organisation, les conditions les plus favorables pour l'instruction des élèves et le bien être des femmes qui y reçoivent des soins. Vingt-cinq élèves sages femmes ont suivi les cours pendant l'année scolaire de 1840 à 1841. Le nombre des accouchemens s'est élevé à 58, du 1er nov. 1840 au 1er avril 1841.

La statistique de l'école présente les résultats suivans:

Accouchemens : d'un seul enfant, 56; à terme, 53; prématurés, 3; avortement, 1; accouchemens par le sommet de la tête, 50; par la face, 1; par les fesses, 1; positions de l'épaule, 2; positions indéterminées, 6. Accouchemens par le forceps, 6; versions nécessitées par la position de l'épaule, 2. Enfans nés vivans, 54; sexe masculin, 30; sexe féminin, 24. Mort-nés, 4; sexe masculin, 2; sexe féminin, 2. Morts peu après la naissance et dans le premier mois de leur vie, 3. Sortie de la mère avec son enfant, 50; sortie de la mère l'enfant étant mort, 6.

Maladie des nouveau-nés : Ophthalmie, 1; ophthalmies et aphthes, 2; ictère, 1; marasme, 2; convulsion, 1. Total : 7.

Maladies des femmes enceintes : Hydropisie ascite et hydro-thorax, 1; dyspnée continuelle, suite de la grossesse, 1; douleurs musculaires, 3; catarre pulmonaire, 1; hernie ombilicale, 1; fièvre typhoïde, 1; hémorragie utérine, 1; diarrhée chronique, 1. Total : 10.

Maladies des accouchées : Cerçures profondes au sein, 2; aliénation mentale, 1; ascite et hydro-thorax, 1; péritonite puerpérale, 2; diarrhée chronique, 1; abcès de la glande mammaire, 1; hémorragie utérine, 2. Total : 10.

Mort des accouchées : Ascite et hydro-thorax, 1; péritonite puerpérale, 1. Total : 2.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale
DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des Hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis ; chaque numéro est composé de 16 pages in-4° 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois ; pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOGÉNIE.

ESSAI D'UNE THÉORIE GÉNÉRALE DES DIFFORMITÉS ARTICULAIRES DU SYSTÈME OSSEUX, CHEZ LES MONSTRES, LE FOETUS ET L'ENFANT ; mémoire lu à l'Académie des sciences le 28 septembre 1840, par le docteur Jules Guérin (1).

Au mois d'avril 1836, je présentai à l'Académie des sciences, pour le concours du grand prix de chirurgie, une histoire générale et particulière des difformités du système osseux, dans laquelle j'avais exposé des recherches étendues sur les difformités congénitales chez les monstres, le fœtus et l'enfant. Après avoir donné une description nouvelle de ces difformités constatées chez un grand nombre de sujets, d'âges différens, de la vie intra et extra-utérine, j'avais été conduit à les ramener toutes à une commune origine, quels que fussent leur nombre, leur étendue, leurs variétés de forme, de siége, de degré, de direction, chez le même individu. Quoique ma théorie eût acquis dès cette époque un caractère d'évidence suffisante pour permettre à la commission de l'Académie de l'énoncer en fait dans son rapport (1), je ne crus pas devoir la publier immédiatement. Les vérités nouvelles dans les sciences d'observation sont d'autant plus difficiles à établir et provoquent d'autant plus d'opposition qu'elles sont plus générales. Dépourvues des ressources de l'expérimentation directe, elles ne peuvent tirer leurs preuves que de l'observation des faits spontanés, et acquérir la force d'une véritable démonstration que par un ensemble de faits pris dans toutes les catégories, c'est-à-dire appartenant à tous les degrés, à toutes les nuances, à toutes les combinaisons d'action de la cause générale à laquelle on les rapporte. Ma doctrine des difformités congénitales, considérée comme vérité d'observation, et comme expression d'un ordre de faits d'une certaine étendue, était entourée de ces deux sortes de difficultés. Pour faire admettre sans réplique que les difformités du système osseux que l'on rencontre ordinairement chez les monstres, le fœtus et

(1) La publication de ce mémoire est tout à fait de circonstance. Elle est en outre devenue indispensable pour donner aux personnes qui ont accusé d'erreur ou d'exagération ce qu'elles ne connaissent pas, le moyen de réformer leur opinion, si elles tiennent à parler plus exactement de mes idées. On verra par ce travail qu'il n'est pas question de systématiser toutes les difformités, de les ramener, bon gré mal gré, à une seule cause. Tous mes ouvrages publiés, et le rapport de l'Académie des sciences sont là pour témoigner contre les absurdités qu'on me prête si gratuitement. Les esprits sérieux et consciencieux verront qu'il s'agit seulement, dans ce mémoire, d'établir l'existence d'une classe de difformités méconnues ramenées à leur cause réelle, expérimentale, de prouver cette dernière, d'en montrer les caractères et d'en suivre les applications ; c'est-à-dire d'en régler et déterminer le domaine. Cette détermination d'un ordre de faits nouveaux ne préjuge rien de ceux qu'on connaissait ou qu'on connaîtra. Nous avons suivi la même méthode ou nous la suivrons à l'égard de toutes les causes réelles de difformités.

(1) Voir le Rapport de l'Académie des sciences, page 20.

Feuilleton.

GALERIE MÉDICALE.

N° XIII.

DOUBLE (FRANÇOIS-JOSEPH).

« La gloire se doit toujours mesurer aux moyens dont on s'est servi pour l'acquérir. »

(Larochefoucauld)

Ce qui soutient, ce qui console éternellement les gens de bien, c'est que, malgré les mœurs et les préjugés, malgré le désordre moral d'une civilisation extrême, l'homme doué d'un véritable mérite voit presque toujours ses efforts couronnés par le succès. La fortune n'est pas toujours aussi aveugle qu'on le croit et qu'on le dit ; nous en avons un exemple remarquable dans le médecin objet de cet article. Ses travaux, sa patience, sa force morale, son esprit de conduite et le haut degré de considération où il parvint, peuvent certainement servir d'instruction et d'encouragement aux jeunes gens qui suivent la même carrière.

Double naquit le 6 mars 1770, à Verdun, gros bourg du département de Tarn-et-Garonne. Fils d'un pharmacien qui jouissait d'une certaine aisance, malgré une nombreuse famille, son éducation ne fut point négligée, et il adopta d'abord la profession de son père, qu'il continua même de suivre à Toulouse dans une officine de cette ville ; toutefois son goût s'étant fortement prononcé pour la médecine, il se rendit à Montpellier pour y faire ses études médicales, et les principes de cette grande école formèrent tellement son opinion que rien dans la suite de l'âge ne put les changer radicalement. Comme à l'ardeur du travail, à une grande capacité d'attention, le jeune étudiant joignait une rare précocité de jugement, ses progrès furent rapides, et il en recueillit bientôt le fruit. Ses amis, ses condisciples, ses professeurs, le louèrent sans réserve ; et lorsqu'il soutint sa thèse sur *l'imminence des maladies*, le président lui adressa des éloges d'autant plus fondés que le candidat croyait n'avoir rempli que strictement les obligations que la loi impose dans les actes probatoires. Que devint ensuite le nouveau docteur ? on l'ignore. A cette époque, la tourmente révolutionnaire était dans toute sa violence ; la guerre, cette terrible guerre qui a duré vingt-deux ans, qui a ravagé l'Europe depuis Moscou jusqu'à Cadix, venait d'éclater. Il est à présumer que Double se rendit sur les frontières d'Espagne, auprès d'un de ses frères ; ce qui le prouve, c'est une lettre écrite par le professeur Lafabrie, de Montpellier, à notre honorable confrère M. Ribes, dans laquelle ce professeur demande des nouvelles du jeune Double, médecin ou pharmacien.

Quoiqu'il en soit, Double ne tarda pas à revenir dans sa famille, mais il y resta peu de temps. Soit qu'il ne pût consentir à certaines conditions que son père exigeait de lui, soit qu'il voulût essayer ses forces sur un plus grand théâtre, il par-

l'enfant, sont le produit d'une seule et même cause, que les déviations de la tête, celles de la colonne, que les luxations du fémur, du genou et des autres articulations, que les formes et directions anormales du thorax, des épaules, des bras, des avant-bras, des mains, des hanches, des genoux, des pieds, qu'une foule de dispositions vicieuses du squelette, non décrites jusqu'ici, mais qui se rencontrent avec celles déjà indiquées dans la science, ne reconnaissent qu'une seule et même origine, il eût fallu pouvoir les reproduire toutes immédiatement, à l'aide de l'expérimentation. A défaut de cette démonstration directe, impossible par plusieurs raisons qu'il est inutile d'énoncer ici, j'ai été obligé de demander à l'observation successive des faits la série des preuves destinées à suppléer à l'évidence spontanée de la preuve expérimentale. Dix années de recherches assidues m'ont mis à même de réunir une collection de faits aussi nombreux que variés, offrant toutes les formes imaginables de difformités du système osseux, depuis le degré le plus faible de la difformité isolée d'un seul membre jusqu'au bouleversement général, jusqu'à la déformation la plus complète de toutes les articulations du squelette chez le même individu. J'ai disposé cette collection de faits suivant une série régulièrement décroissante, entre les deux manifestations extrêmes de l'action de leur cause commune, de manière à montrer la liaison intime et dépendance respective de chacun de ses effets intermédiaires, et de manière à nouer, par une chaîne non interrompue, les résultats de son action la plus profonde et la plus générale sur la totalité du système vivant et du squelette en particulier, avec ceux de son atteinte la plus faible sur une seule portion de ce système. Cette série que j'appelle, dans des études d'un ordre plus général, la *série étiologique*, m'a permis de mettre en complète évidence la proposition suivante, à savoir : *Que le plus grand nombre des difformités articulaires du système osseux chez les monstres, le fœtus et l'enfant sont le produit direct de la rétraction active des muscles, provoquée par une lésion du système nerveux, soit du cerveau ou de la moelle, soit des nerfs eux-mêmes.* Déjà j'ai eu l'honneur de lire devant l'Académie, ou de lui communiquer plusieurs mémoires, dans lesquels j'ai appliqué cette doctrine générale, à la détermination des difformités particulières. Mes deux mémoires sur l'*étiologie générale et les variétés anatomiques du pied-bot congénital*; ceux sur le *torticolis ancien* et sur la *déviation latérale de l'épine*; mes notes sur l'*étiologie des luxations et subluxations congénitales du fémur*; mon mémoire sur l'*étiologie générale du strabisme*, sont autant d'énoncés ou de démonstrations particulières de la même théorie générale. Il me reste donc à reconstruire cette théorie dans son ensemble et ses proportions définitives, à mettre en présence et à réunir par leurs rapports naturels ces diverses dépendances d'un seul et même fait, à savoir : la *rétraction musculaire active*; à élever ce fait à sa signification la plus générale, en montrant, d'une part, l'étendue de son domaine, et, de l'autre, toutes ses relations de connexion essentielle avec l'altération du système nerveux dont il émane, et les diverses difformités qu'il réalise. On va voir, en effet, qu'il est possible d'établir d'une manière rigoureuse, et à l'aide de caractères positifs, certains, que les difformités articulaires du système osseux que l'on rencontre ordinairement chez les monstres, le fœtus ou l'enfant, sont le produit d'une seule et même cause éloignée, l'altération du système nerveux, et d'une cause directe ou prochaine, la rétraction active des muscles, mise en jeu par l'affection nerveuse.

§ I. — DES DIFFORMITÉS CHEZ LES MONSTRES.

Plusieurs auteurs avaient déjà constaté l'existence de quelques difformités chez certains monstres; mais ils s'étaient bornés à de simples indications, nécessairement incomplètes, quant à la détermination de leur nombre, de leurs formes et de leurs variétés, et ils n'avaient essayé, pour rendre compte de la coïncidence de ces deux ordres faits, la difformité et la monstruosité, que de vaines hypothèses, complètement dénuées de preuves. L'histoire des difformités chez les monstres offrait donc une double lacune à remplir : l'indication descriptive des faits et la détermination rationnelle de leurs rapports. Or les difformités que l'on rencontre chez les monstres peuvent occuper simultanément toutes les portions du squelette, aussi bien qu'elles peuvent se réduire à une seule de ses brisures, à un simple pied-bot, par exemple. Celles de la première catégorie, que j'ai appelées *difformités générales*, et que je crois avoir décrites le premier, consistent dans des luxations et subluxations de toutes les articulations, dans des flexions anormales ou exagérées des membres, dans des déviations de l'épine, en un mot dans des déplacemens articulaires permanens de toutes les brisures du squelette, dans toutes les directions possibles. De ce nombre sont les luxations de la mâchoire, de l'humérus, du coude, du poignet, celles du fémur et du genou, les pieds-bots et les mains-bots, le torticolis, les déviations de l'épine et le strabisme. Or cet ensemble de difformités, qu'il est inutile de spécifier ici avec plus de précision, se rencontre dans sa plus grande généralité chez certains monstres. On les trouve chez ceux qui manquent de cerveau et de moelle; chez ceux dont le cerveau est chassé de son enveloppe, partiellement détruit, ou atteint d'hydrocéphalie; chez ceux qui présentent un spina-bifida complet ou incomplet, avec destruction totale ou partielle de la moelle, avec ou sans éventration; chez ceux mêmes qui n'offrent qu'une simple poche hydrorachidienne, avec ouverture partielle du canal vertébral, mais altération d'une partie de la moelle ou de ses enveloppes. Voilà un premier fait, à savoir : l'existence de difformités de toutes les articulations chez des monstres manquant de cerveau et de moelle, ou offrant des traces évidentes, matérielles d'altération de l'un ou de l'autre de ces deux centres. A côté de ce premier fait, on en trouve un second non moins bien exprimé : tous les muscles qui se rendent aux parties déformées sont atteints d'un raccourcissement proportionnel au degré de la déformation. Ainsi chez certains anencéphales la tête est fortement renversée en arrière, sur le dos, la colonne cervicale, décrivant une courbure d'un très petit rayon, et la face regardant complètement en haut et en arrière. Eh bien! les muscles qui vont de l'occipital au dos, et qui, à l'état physiologique, sont les agens du renversement de la tête en arrière, sont extrêmement raccourcis, tendus, formant exactement la corde de la courbure décrite par la difformité. Il en est de même des muscles de l'épine, de ceux des membres, des bras, des mains, des hanches, du genou et du pied. Dans tous ces cas, il y a une corrélation exacte et rigoureuse entre la direction de la partie déformée et celle des muscles raccourcis, entre le degré de la déformation et la somme du raccourcissement des muscles, entre la forme spécifique de la difformité et le nombre des muscles raccourcis et le mode d'action spécifique de ces muscles. Pour ne laisser aucun prétexte possible à une ancienne théorie qui a cru pouvoir expliquer une partie de ces faits, à l'aide des pressions mécaniques exercées

---

tit pour Paris, et vint se loger rue de Savoie dans un très modeste appartement. Ses moyens de fortune étaient en effet des plus bornés, et le pécule ajouté par sa mère à la petite somme donnée par le père, ne faisait encore qu'une insuffisante ressource. Ce fut alors que Double connut l'excellente famille Pelletier; de là aussi le point de départ de sa célébrité, de sa fortune, de son bonheur. Toutefois ce champ avait besoin d'être cultivé avec soin, avec prudence, la moisson n'était qu'à ce prix; mais Double possédait toutes les qualités convenables pour atteindre le but; il savait d'instinct qu'il n'y a rien de plus habile qu'une conduite irréprochable. Cependant qu'on ne se figure pas le jeune homme fougueux, brillant, qui cherche à plaire par les agrémens de son âge et de son esprit; loin de là, Double montra d'abord une intelligence forte et saine dont les résolutions sont essentiellement réfléchies et pratiques, en même temps une de ces âmes profondes et recueillies qui ne trahissent jamais ce qu'elles font ou ce qu'elles souffrent pour grandir et s'élever. Son désir de parvenir ne ressemblait nullement à la turbulence inquiète et maladive de la médiocrité ambitieuse. Il sentait sa force et il ne la développa que graduellement; il fut un de ces hommes qui creusent un sillon, puis un second, puis une multitude de sillons, finissent par obtenir de magnifiques résultats. En effet, sa jeunesse fut studieuse, grave, appliquée, laborieuse; préservé de bonne heure de ce dessein sans but, de ces mouvemens tumultueux qui tourmentent la jeunesse oisive sous l'éperon de la nécessité, il avançait pas à pas et sans jamais reculer, agissant de manière à imprimer à sa conduite un caractère de mesure, de prudence et de réserve qu'il conserva toute sa vie. Aussi parvint-il à son but; on l'estima, on l'aima, enfin il trouva de puissans protecteurs. Cependant quelques légers succès ne pouvaient le satisfaire; Double voulait une position solide, une réputation de bon aloi; il redoutait surtout ces éclairs de fausse gloire et de célébrité théâtrale qui brillent vite et passent de même.

Feu Sédillot rédigeait alors le RECUEIL PÉRIODIQUE DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS; il associa notre jeune médecin à ses travaux; plus tard même la rédaction entière du journal lui fut accordée. Ni le public, ni les abonnés ne se repentirent qu'on lui eût confié une pareille mission. Double savait, en effet, juger, apprécier les ouvrages scientifiques avec cette profondeur de savoir, cette sûreté de goût, cette hauteur de vues, qui constituent le critique éminent. Sans fiel, sans amertume, doué de cette modération élevée qui honore et qui annonce la vérité, il portait dans ses jugemens un esprit de lumière et de philosophie toujours utile dans les matières scientifiques. Sa critique ferme, nourrie, judicieuse, pleinement motivée dans l'éloge ou le blâme, ses savantes et substantielles analyses, annonçaient un amour passionné de la science, un sentiment inné du vrai et du bon, une conscience de juge à toute épreuve. Son argumentation était d'ailleurs nette et lumineuse; son style énergique, plein de sens et de choses, quoique un peu raide et compassé. Il eut surtout le talent de concilier avec un art parfait, les droits de la vérité et les ménagemens dus à l'amour-propre, cet irritable *noli me tangere* des auteurs. Comme il avait beaucoup lu, beaucoup vu et bien vu, il savait analyser, comparer avec une rare justesse. Bientôt sa critique acquit du poids, de la célébrité, du retentissement; les auteurs médiocres redoutaient de passer à un examen, impartial, il est vrai, mais rigoureux et inflexible. Aussi les ouvrages qu'il a loués ont-ils vécu, tandis que ceux qu'il a condamnés se sont à jamais enfoncés de tout leur poids dans le gouffre de l'oubli.

par la matrice sur le fœtus, j'ajouterai que bon nombre de ces difformités ne présentent pas seulement des flexions permanentes dans le sens des flexions physiologiques, mais des flexions inverses, réalisant des formes de mouvemens inexécutables à l'état normal. La flexion postérieure de l'avant-bras sur le bras, l'olécrâne remontant derrière l'humérus ; la flexion antérieure de la jambe sur la cuisse, la rotule remontant jusqu'au milieu du fémur, sont dans ce cas. Je citerai encore les luxations de l'humérus ou des fémurs, dont les extrémités sont violemment entraînées hors de leurs cavités. Dans toutes ces difformités, les muscles, agens des mouvemens anormaux exagérés qu'elles représentent, ou des déplacemens articulaires qui les constituent, se montrent tendus comme des cordes entre leurs deux points d'insertion, et s'opposent plus ou moins complètement au redressement des parties, ou au rétablissement de leurs rapports normaux. Ce n'est pas tout : parmi les monstres qui m'ont offert ces exemples de difformités articulaires générales, j'en ai trouvé quelques-uns chez lesquels, indépendamment des distorsions de toutes les parties du squelette, siégeant dans les articulations et réalisant toutes les formes des véritables difformités articulaires, il y avait des courbures anguleuses des os longs, suite de fractures, se répétant symétriquement aux quatre membres, et coïncidant avec un raccourcissement et une tension extrêmes des muscles situés dans la concavité des courbures. Dans tous ces cas, les nerfs eux-mêmes étaient raccourcis, tendus, plus gros qu'à l'état normal, et le tissu des muscles les plus rétractés présentait les premières traces de la transformation fibreuse (1).

En présence de cette première catégorie de faits, est-il possible de méconnaître la manifestation énergique d'une cause qui peut se lire en grosses lettres dans des effets accusés avec un tel caractère de violence et de généralité ? Il suffira de quelques mots, je pense, pour donner à cette induction la force et la valeur d'une démonstration directe.

Or, qu'est-ce que cette série d'altérations profondes des centres nerveux, du cerveau ou de la moelle, coïncidant avec le raccourcissement général de tout le système musculaire, sinon l'expression pathologique exagérée et convulsive d'un rapport physiologique dès longtemps établi ? Le système musculaire est sous la dépendance immédiate du système nerveux. Toute lésion de ce système se traduit par des contractions exagérées et désordonnées des muscles. Là où il y a, d'une part, trace matérielle de lésion des centres nerveux, et de l'autre, raccourcissement permanent et extra-physiologique des muscles, ne peut-on pas conclure qu'il y a eu, à une certaine époque de la vie intra-utérine, une affection cérébrale ou cérébro spinale, dont la monstruosité et la difformité générale sont restées comme des témoignages vivans? Cette première induction est assurément très légitime : on pourrait néanmoins lui objecter encore : 1° que les monstres anencéphaliques et les symèles ne portent pas avec eux les preuves matérielles de la maladie du cerveau et de la moelle, à laquelle j'attribue la destruction et la disparition de ces viscères; 2° que tous les anencéphales et les symèles ne présentent pas nécessairement des difformités.

Examinons rapidement ces deux objections.

L'anencéphalie a été considérée jusqu'ici comme une monstruosité absolue, comme une espèce définie, séparée des autres monstruosités d'une manière tranchée. Au point de vue de cette doctrine, qui compte, d'ailleurs, des partisans d'une grande autorité, il est difficile, en effet, de constater les traces matérielles de la maladie du cerveau et de la moelle; mais le champ de l'observation est plus vaste qu'on ne l'a fait. Sans vouloir établir en principe ce qui est à démontrer, je dirai que les monstres, caractérisés par l'absence du cerveau et de la moelle, ou du cerveau seulement, ne sont que des manifestations exagérées, que des degrés extrêmes d'une lésion dont il est aisé de retrouver le point de départ et les gradations successives en dehors du cadre où on s'est plu à la parquer. Cette remarque, comme on va le voir, s'applique également à la destruction du cerveau et de la moelle.

Relativement au *cerveau*, j'ai rassemblé une série de cas disposés de manière à établir le fait de la destruction de ce viscère, à montrer comment elle s'effectue, par quelles phases successives elle passe, et enfin à l'aide de quels intermédiaires on peut démontrer la liaison rigoureuse des cas extrêmes, dans lesquels le cerveau altéré existe encore en entier, et ceux dans lesquels il ne reste plus aucune parcelle de sa substance.

Le premier terme de cette série est représenté par des monstres chez lesquels le crâne est entièrement conservé, mais déformé et à moitié disjoint : l'un des deux hémisphères est transformé en partie ou en totalité en une substance gélatiniforme, baignée dans une grande quantité de liquide ; le *second terme* de cette série est représenté par des monstres dont le crâne est à moitié ouvert, et les deux hémisphères cérébraux affectés plus ou moins complètement de la même transformation: ses résidus sont baignés dans une grande quantité de liquide ; *le troisième*, par des cas dans lesquels une moitié du cerveau seulement a disparu, l'autre étant convertie en substance gélatiniforme ; *le quatrième*, par des cas où le cerveau, réduit à une espèce de bouillie, a été chassé du crâne, largement ouvert, et flotte en arrière de la tête, enveloppé dans ses membranes ; *le cinquième*, par des cas où les os de la tête, affaissés sur la base du crâne, renferment encore quelques parcelles de substance cérébrale altérée et enveloppée dans les membranes et le lacis des vaisseaux de l'encéphale ; enfin, *le sixième* et dernier terme renferme les cas où il n'y a plus aucune trace de matière cérébrale, mais où les rudimens des os, des méninges, et le lacis vasculaire peuvent encore être retrouvés par une dissection attentive. Or, est-il possible de méconnaître, dans cette série graduée de faits, accompagnée d'ailleurs d'une rétraction plus ou moins générale des muscles et des difformités articulaires correspondantes, est-il possible, dis je, de méconnaître la série des phases et des degrés du ramollissement, de la destruction et de la disparition du cerveau ? D'autre part, ai-je dit, la rétraction musculaire, et les difformités qu'elle réalise, considérée comme expression permanente d'une affection cérébrale antérieure, n'est-elle pas un témoignage irréfragable de l'origine commune des différens termes de la série avec lesquels elle coïncide ? C'est ainsi que l'état du cerveau et celui des muscles se prêtent de mutuelles lumières pour reconstruire une maladie d'une autre époque de la vie intra-utérine, et établir le point de départ commun et la liaison de la monstruosité et de la difformité.

J'ai appliqué la même démonstration aux monstres avec spina bifida complet et sans moelle. La série des gradations et des phases successives de la destruction de la moelle et de la formation du spina-bifida complet est plus facile encore à établir que pour la destruction du cerveau. En

(1) Tous ces faits, qui ne sont indiqués ici que d'une manière générale, seront exposés avec leurs moindres détails dans mon HISTOIRE GÉNÉRALE ET PARTICULIÈRE DES DIFFORMITÉS DU CORPS HUMAIN.

Ce fut pendant ces circonstances que Napoléon perdit dans sa famille un enfant qui lui était cher pour le présent et pour l'avenir. Quelle était sa maladie, demanda-t-il à Corvisart ? — Le *croup*, répondit le médecin. — Qu'est-ce que le croup, répliqua l'empereur ? — Une maladie horrible et incurable. — *Incurable !* dit Napoléon ; savez-vous bien, docteur, que ce mot est cruel pour l'humanité et honteux pour la science. Eh bien ! je donne soixante mille francs à celui qui en trouvera le remède. Tous les médecins furent appelés à ce magnifique concours. Double entra dans la lice, et si son mémoire ne fut pas couronné, au moins obtint-il le premier *accessit*, ce qui n'était pas un médiocre honneur (1). Des faits bien observés, des inductions clairement énoncées, la sagacité des vues, l'érudition choisie, mais surtout cette faculté d'investigation patiente et appliquée qui choisit un sujet et arrive en creusant profondément jusqu'aux sources des principes, tels sont les caractères de ce beau travail qui, par une coïncidence singulière pour l'avenir, est dédié à M. le maréchal Soult. Du reste, on ne trouve dans cet ouvrage aucune hypothèse, nulle tendance aux explications subtiles et chimériques. Les idées absolues ont toujours cet inconvénient de ne pas s'appliquer aux besoins, aux éventualités de la pratique, et cet inconvénient, Double sut l'éviter en se tenant au point de vue de l'observation et de l'induction la plus évidente. Toutefois la difficulté de bien reconnaître certaines affections pathologiques l'avait frappé ; il s'appliqua dès lors à saisir avec le moins d'erreur possible les caractères des maladies. Il avait raison, le diagnostic n'est-il pas la voie lumineuse qui conduit au meilleur traitement ? N'est-ce pas là ce qui constitue l'art d'interroger la nature, et l'art plus difficile encore d'en comprendre les réponses? Double publia une nouvelle édition du petit et excellent ouvrage de Klein, INTERPRES CLINICUS. Bientôt il conçut et exécuta le plan d'un grand ouvrage ; c'est sa SÉMÉIOLOGIE GÉNÉRALE, ou traité des signes et de leur valeur dans les maladies. Selon sa méthode, il ne voulut rien avancer que ce qu'il croyait certain autant que possible. Il écrivit donc lentement, soigneusement, scrupuleusement cet ouvrage, examinant, comparant, vérifiant les faits, cherchant surtout dans les signes et les symptômes l'exposition réelle, le portrait frappant de ressemblance de chaque maladie et des désordres sympathiques de l'économie. Le premier volume de cet ouvrage parut en 1811, le second en 1817 et le troisième seulement en 1822; c'est ainsi que se font les bons ouvrages de pratique. Or celui de Double n'a point vieilli aux yeux de l'homme sans prévention. C'est un excellent tableau de ce diagnostic d'ensemble et de corrélation des phénomènes morbides qui met si bien en relief les indications thérapeutiques. Si l'attention de l'auteur ne s'est point portée sur les lésions organiques, c'est que les rapports des signes avec ces lésions ne sont point aussi exacts qu'on le désire, c'est que les interprétations diffèrent ici sur beaucoup de points. Sans dédaigner le tribut des recherches nouvelles, Double s'en est tenu à l'expérience des siècles; l'avenir prouvera s'il eut raison, car la destinée de la science est d'avancer sans cesse et de ne s'achever jamais.

De pareils travaux le firent connaître du public ; il se livra dès-lors à la pratique, et son savoir, son coup-d'œil pénétrant, son grand sens médical, lui acqui-

(1) On sait que le prix fut partagé entre MM. Albers de Brême et Jurine de Genève. Le prix fut donné et le remède est encore à trouver.

effet, non seulement j'ai pu réunir une multitude de cas dans lesquels il n'y avait que destruction d'une portion de la moelle, suivant sa longueur, avec spina-bifida partiel correspondant; mais j'ai trouvé dans ces cas des traces évidentes de la maladie, soit dans les membranes, qui étaient déchirées, frangées, qui avaient contracté des adhérences, ou étaient épaissies, soit dans la moelle elle-même, dont les portions restantes offraient tout à la fois dans leurs extrémités libres les caractères du ramollissement et de la destruction, et dans les parties faisant immédiatement suite à ces dernières les caractères de la normalité. Si l'on pouvait conserver encore quelque doute sur la nature de ces destructions partielles de la moelle, je citerais une dernière catégorie de faits dans lesquels la moelle n'était pas entièrement interrompue à un point de sa longueur, mais où son tissu offrait, en quelques points, sans solution de continuité complète, des traces évidentes d'un ramollissement partiel, avec poche hydrorachique, et pertuis du canal, pour livrer passage au liquide de la poche. C'est ainsi que j'ai vu des exemples de spina-bifida de la région cervicale, dorsale supérieure, moyenne, inférieure, de la région lombaire et même sacrée de la colonne, et toujours la moelle et ses membranes offraient des traces incontestables de la maladie, des adhérences avec altération de consistance des méninges, et ramollissement ou destruction entière du tissu de la moelle. La liaison intime entre la maladie nerveuse et la rétraction musculaire ne peut être mieux constatée que dans le spina-bifida. Outre que, dans beaucoup de cas, la rétraction des muscles des membres et du tronc réalise une foule de difformités, entre autres des courbures très prononcées de la colonne, dans le sens antéro-postérieur, des luxations des fémurs et des pieds-bots, j'ai pu m'assurer que le spina-bifida lui-même n'est en grande partie que le produit de la rétraction des muscles profonds de la colonne, particulièrement des transversaires épineux, auxquels se distribuent, comme on sait, des filets nerveux immédiatement fournis par les paires rachidiennes.

L'examen des monstres sans cerveau et sans moelle, appliqué aux différentes phases de ces monstruosités, fournit donc des preuves matérielles, irrécusables, en faveur de l'existence d'une maladie de ces viscères comme cause de leur destruction, et comme point de départ de la rétraction musculaire qui l'accompagne. Cette vérité, déjà si bien établie par les faits qui précèdent, acquerra un nouveau caractère d'évidence par ceux qui vont suivre. Mais abordons la seconde objection.

Tous les monstres sans cerveau ou sans moelle ne sont pas nécessairement accompagnés de difformités générales, ni des mêmes difformités. Si nous étions obligé d'accepter la maladie cérébrale ou rachidienne comme une, absolue, identique dans tous les cas, l'objection serait embarrassante; mais l'action des états pathologiques, considérés comme causes, n'est jamais uniforme, et la métaphysique seule fait abstraction des différences de modes et de degrés, qui sont presque toujours inséparables de toute influence organique. Pour ce qui est de l'influence de la maladie du cerveau sur les muscles, et partant sur les difformités, j'ai montré dans mon mémoire sur l'étiologie générale des pieds-bots congénitaux que l'affection des centres nerveux peut agir sur les muscles de quatre manières différentes, qui constituent quatre degrés du même état pathologique de ce système. Les muscles peuvent être temporairement raccourcis (*contracture passagère*); ils peuvent l'être d'une manière permanente, sans paralysie (*contracture permanente*); ils peuvent être raccourcis avec paralysie (*contracture paralytique*); finalement, le raccourcissement peut se résoudre complètement en paralysie, et les muscles reprendre leur longueur normale (*relâchement paralytique*). Ces modes différens de l'affection musculaire, établis par une observation rigoureuse, comme des gradations du même état, peuvent donc exister tour à tour sous l'influence d'une affection en apparence identique, mais dont l'action varie en raison des parties du système qu'elle envahit, en raison de ses degrés différens d'action, et en raison d'une foule d'autres conditions que nous ne connaissons pas, mais que l'expérience nous force d'admettre dans leurs résultats. Partant de ces faits, comme rigoureusement établis, on comprend comment le raccourcissement spasmodique des muscles cessant pour se résoudre complètement, ou donner lieu au relâchement paralytique, les brisures du squelette conservent leurs formes et leurs rapports normaux. Ce fait, établi par voie d'induction dans la circonstance actuelle, se répète tous les jours expérimentalement sous nos yeux. Une foule d'affections cérébrales, identiques en apparence, sont ou ne sont pas accompagnées de contractures musculaires ou de paralysies; et il n'est pas rare de voir dans le cours d'une de ces affections, les différens modes de la rétraction des muscles, le raccourcissement spasmodique et intermittent, la contracture permanente et le relâchement paralytique, se succéder. Ajoutons, d'ailleurs, que les monstres anencéphaliens ou symèles, que l'on regarde comme dépourvus de toute difformité, et par conséquent de toute rétraction musculaire, présentent souvent l'une et l'autre à l'observateur qui sait les découvrir. Pour mon compte, j'ai rencontré un assez grand nombre de cas d'anencéphales et de spinas-bifidas sans difformités apparentes des membres, celles qui frappent ordinairement le plus; mais en explorant avec attention tout le système musculaire, j'ai toujours trouvé quelques unes de ses portions atteintes de rétraction, et la partie du squelette correspondante déviée dans le sens du raccourcissement des muscles. C'est principalement dans les muscles du col, du dos et des hanches qu'il faut chercher ces manifestations plus rares de la rétraction. Il est, d'ailleurs, très fréquent de rencontrer la combinaison de ces divers modes réunis sur le meme individu, ainsi que je le mettrai plus tard hors de doute, en parlant des difformités congéniales chez les enfans.

L'absence des difformités articulaires dans certains cas de monstruosité sans cerveau ou sans moelle ne met donc pas en défaut la doctrine que j'ai établie; elle sert seulement à montrer la multiplicité des modes d'action de la cause qui les produit.

§ II. — DES DIFFORMITÉS CHEZ LE FOETUS.

Les difformités chez les monstres, considérées comme expressions exagérées de la cause qui les produit, établissent, par leur intensité et leur généralité, un premier rapport précieux entre l'étendue et le degré de la lésion du système nerveux, et la généralité du système musculaire qui lui est subordonnée. Il n'y avait qu'une lésion centrale du système nerveux qui pût frapper de rétraction tout le système musculaire, et il n'y avait que le système musculaire qui pût réaliser la difformité générale du squelette. Mais pour que ce rapport soit rigoureusement incontestable, il faut qu'il puisse se retrouver et se vérifier à tous les termes, à tous les degrés de la série étiologique: il faut que la circonscription de la lésion du système nerveux, quant à son degré et à son étendue, soit représentée parallèlement par un nombre de difformités, et des dif-

---

rent une réputation méritée. Imbu des profondes doctrines de l'école de Montpellier, dont il était d'ailleurs l'*alumnus carissimus*, il s'en écarta peu, ou plutôt, appréciant la clarté, la méthode, l'esprit de recherche et d'exactitude de l'école de Paris, il s'était composé une sorte de rationalisme critique, expliquant beaucoup de choses et aplanissant bien des difficultés. Les rêveurs qui se perdent dans la sphère chimérique de l'idéal ou de l'absolu, et les matérialistes scientifiques, voulant toujours palper, compter, peser, lui paraissaient également dans l'erreur; et, pendant près de quarante ans de pratique, rien n'a pu le faire dévier. A de pareils hommes, la ténacité dans les principes, comme au chêne sa rude écorce et la vigueur de sa sève. Il avouait nettement son peu de confiance dans la médecine dite organique; le consensus vital et morbide est tel, que l'organe, selon lui, loin d'être le point de départ de la maladie, n'en est au contraire que le but, la simple manifestation. Est-ce que l'érysipèle, disait-il, inflammation évidente, ne dépend pas d'une cause générale et constitutionnelle? Pourrions-nous jamais guérir les ulcères vénériens, si nous ne savions qu'ils sont le résultat d'une cause spéciale, exigeant des remèdes spéciaux? Il en était ainsi de toutes les inflammations les plus franches, et lui-même se donnait en exemple de cette doctrine des causes diathésiques. Atteint, en 1839, d'une assez grave pneumonie, il était en voyage quand les premiers symptômes du mal se manifestèrent. Mais toujours médecin, toujours observateur, Double en étudia les commencemens avec un soin minutieux, comme s'il eût été question d'une autre personne. Or, disait-il, c'est dans cette circonstance solennelle que je me suis convaincu que la *localisation* est purement secondaire. Je sentais pour ainsi dire la cause du mal parcourir l'économie, hésiter sur le point où elle ferait explosion. J'eus d'abord un violent mal de tête et je craignis une apoplexie; bientôt de vives douleurs d'entrailles se firent sentir, et je crus à une colique inflammatoire; mais tout à coup la poitrine fut saisie et la pneumonie se déclara. On eût dit, ajoutait ce médecin, que le principe du mal tâtait pour ainsi dire tous les organes, puis se décidait brusquement à attaquer le plus faible et le moins résistant. Cette doctrine, qui remonte à Hippocrate, celle des causes et des forces, paraissait à Double la seule convenable, la seule qui pût maintenir la science à une certaine hauteur. Dans la médecine, comme dans les autres sciences, tout sort de l'esprit, tout vit de l'esprit; c'était là son point d'appui, son criterium médical et inébranlable. La médecine *enténébrée* dans la matière lui semblait non seulement peu digne de son objet, mais frivole, superficielle et bornée. A quoi bon des faits quand l'idée n'est pas dessous? Aussi, loin de regarder le dogme de la *réaction* comme un des mythes de la vieille médecine, il fallait toujours, d'après son opinion, partir de ce point; en admettre, en regarder les conséquences comme les larges et solides assises du temple de la science. A ses yeux, c'était un flagrant délit de sophisme médical, de s'en tenir à tarifer par des nombres les forces vitales et les résultats de leurs aberrations. On se tromperait néanmoins en croyant que Double n'eut pour guide, dans sa pratique, que des théories assez vagues, que c'était un médecin du dix septième siècle égaré dans le nôtre, comme on l'a cru. Il connaissait parfaitement les recherches, les travaux les plus modernes, mais il les jugeait avec sévérité, et d'anciennes doctrines *passées au fil du scalpel*, comme on l'a dit, lui semblaient au contraire pleines de vie sous bien des rapports. Cependant, dirigé par un sens droit et exercé, jamais il ne se laissa déborder par les notions purement spéculatives, jamais il n'eut foi aux systémati-

formités d'un degré correspondant; c'est à quoi vont aboutir, je pense, mes recherches sur les difformités chez le fœtus.

Il est assez difficile d'établir une ligne de démarcation tranchée entre ce que l'on doit entendre par fœtus monstre et fœtus difforme, beaucoup d'auteurs ayant confondu ces deux ordres de faits. Pour nous, le fœtus difforme est celui qui possède toutes les parties du corps, sans plus ni moins qu'à l'état normal, mais dont les différentes brisures du squelette, régulièrement développées, quant au nombre et au rapport de leurs élémens primitifs, peuvent être atteintes de toutes sortes de déviations. Cette définition exclut, comme on le voit, une foule de lésions connues sous le nom de vices de conformation, parce que ces lésions sont en effet de l'essence et du domaine de la monstruosité; mais elle laisse à la difformité le champ le plus vaste qui puisse lui appartenir. Prenant ce point de départ, j'ai réuni une collection de fœtus atteints de difformités sans monstruosités, depuis la difformité générale, c'est-à-dire celle qui occupe toutes les articulations du squelette, jusqu'à la difformité simple d'une seule articulation.

Le premier terme de cette nouvelle série comprend des cas d'hydrocéphales internes et externes très développées, sans destruction des parois du crâne et du canal vertébral. Chez ces fœtus, la maladie des deux hémisphères était accompagnée d'une rétraction générale du système musculaire, et des difformités permanentes de toutes les articulations. Plusieurs cas de cette nature m'ont offert à peu près toutes les variétés de difformités, de nombre, de distribution et de formes, au degré près peut-être, que j'avais constatées chez les monstres.

Dans une seconde catégorie, j'ai réuni des fœtus offrant une hydropisie ventriculaire, ou d'autres altérations cérébrales d'un seul hémisphère, coïncidant avec des difformités bornées à un seul côté du corps. Il y avait, comme dans les cas précédens, rétraction manifeste de tous les muscles d'un seul côté du corps, et harmonie parfaite entre le nombre et la direction d'action des muscles rétractés et les difformités.

J'ai formé un troisième terme de la même série avec des fœtus atteints de difformités seulement de la colonne et des membres inférieurs; la partie supérieure du tronc et les membres correspondans à l'état normal. Chez les sujets de cette catégorie, il y avait altération et destruction d'une seule portion de la moelle, de sa portion la plus déclive, caractérisée par un ramollissement plus ou moins profond, et adhérences ou destructions partielles des membranes.

Dans une dernière catégorie de faits, j'ai placé un sujet atteint de difformités d'un seul membre inférieur, flexion permanente du genou et pied-bot. La moelle explorée avec soin a montré une altération bornée à l'un des faisceaux antérieurs correspondant au côté du membre difforme; et, chose plus remarquable encore, les cordons nerveux antérieurs nés de ce faisceau étaient moitié moins développés que ceux du côté opposé. J'ai conservé cette pièce curieuse, ainsi que la plupart de celles des sujets dont il a été question jusqu'ici.

Est-il possible, en présence de cette nouvelle série de faits, de méconnaître la répétition exacte des précédens, reproduits seulement dans de moindres proportions, et peut-être à une époque plus avancée de la vie intra utérine? Chez les fœtus de la première catégorie, ne voit-on pas en effet, comme chez certains monstres anencéphales, la coïncidence d'une affection centrale du système nerveux avec la rétraction générale des muscles, et les difformités de toutes les articulations? La seule différence porte sur l'intensité de la lésion, qui, dans un cas, a détruit le cerveau et a réalisé des vices de conformation relatifs à ce degré de la maladie nerveuse, et peut-être aussi relatifs à l'âge où elle s'est développée; et, dans l'autre, a atteint l'organe sans le détruire, mais de manière cependant à retentir sur la généralité du système musculaire.

Ce rapport est si vrai, que, dans le plus grand nombre des cas, les difformités chez les monstres, celles de la colonne principalement, sont portées à un degré bien plus prononcé que chez le fœtus, bien développé d'ailleurs. Dans les deux ordres de faits, le système nerveux a été lésé; mais il n'a pas été atteint aussi profondément chez les fœtus que chez les monstres.

La liaison une fois établie entre les difformités générales des monstres, et les difformités générales du fœtus, il est facile de la suivre dans les autres termes de la même série. Dans une seconde catégorie de faits, nous voyons la délimitation des difformités à un seul côté du corps coïncider avec l'affection bornée à un des côtés du cerveau; dans une troisième, ce sont les difformités de la colonne et des membres inférieurs seulement, qui correspondent à la lésion de la portion inférieure de la moelle; enfin, nous voyons l'altération d'un seul faisceau antérieur de la moelle et des cordons nerveux qui en naissent représentée par la difformité d'un seul membre. Chacun de ces cas n'offre-il pas un exemple frappant de la relation intime, rigoureuse, d'une cause avec ses effets, et de leur délimitation parallèle et réciproque? Tous les faits ne se montrent pas avec des rapports aussi tranchés et aussi précis; mais le but de ce travail n'est pas de rechercher les diverses conditions qui peuvent compliquer et faire varier les rapports de la difformité avec la cause qui la produit, mais d'établir nettement ces rapports; or, les faits que je viens de signaler, et dont les analogues ne manqueront pas quand on les voudra chercher, ne me paraissent laisser aucun doute à cet égard.

Nous touchons à un troisième ordre de faits, aux difformités chez l'enfant. Mais avant d'aborder leur examen et de compléter par les lumières spéciales qu'ils porteront avec eux la partie de notre doctrine qui a trait aux difformités chez les monstres et le fœtus, il est indispensable de nous résumer, de concentrer dans un même foyer les lumières fournies par ces deux ordres de faits, et d'en abstraire les caractères essentiels qui doivent nouer les premiers anneaux de la chaîne avec les derniers; car si les difformités chez les monstres et le fœtus n'offrent avec celles que l'on rencontre chez l'enfant après la naissance d'autres différences que celles de l'époque de leur développement, il doit être possible et il est indispensable de retrouver dans les dernières, avec les modifications voulues par ces circonstances, les caractères essentiels des premières. A cette condition, la certitude que nous avons acquise relativement à l'origine des difformités des monstres et du fœtus pourra s'étendre à l'origine des mêmes difformités chez l'enfant, et réciproquement ces dernières donneront aux premières le complément de preuves qui résultera de l'observation appliquée d'une manière plus immédiate à l'étude de leur développement. Or, quels sont les caractères essentiels établissant la véritable origine des difformités chez les monstres et le fœtus? Ces caractères sont de quatre ordres : 1° les caractères de la cause éloignée, ou de la *lésion du système nerveux*; 2° les caractères de la cause immédiate ou prochaine, ou de la *rétraction musculaire*; 3° les caractères de *relation* de la cause éloignée, *lésion nerveuse*, avec la cause prochaine, *rétraction musculaire*; 4° les caractères de *relation ou d'harmonie* de la cause prochaine, *rétraction*

---

ques, à leurs pompeuses promesses, au fracas de leurs affirmations, à la spirituelle audace de leurs paradoxes. Les méthodes, les doctrines, les opinions! le temps les vanne à son crible éternel, il n'en reste que quelques grains de vérité. C'est là ce que Double tâchait de recueillir avec soin et prédilection. Il voulait que dans chaque maladie on pût saisir la chaîne continuel des causes et la série non le des effets, qu'on reconnût le principe vital, comme le véritable *substratum* des modifications morbides matérielles, qu'on admît dans la science, en se servant de l'idiome philosophique, la certitude du positif *abstrait*, comme la certitude du positif *concret*, c'est-à-dire, d'une part les forces et les lois, de l'autre les fonctions et les organes; enfin que, sans se perdre dans l'abîme sans fond des causes premières et indémontrables des maladies, on restât convaincu qu'il n'est pas possible de s'en tenir uniquement aux manifestations phénoménales et organiques. Tels furent les principes généraux d'observation qui, durant sa longue et heureuse pratique, ont constamment dirigé ce célèbre médecin; sa manière, celle des bons observateurs, était de remonter de symptôme en symptôme, de conséquence en conséquence, pour arriver à une *résultante*, mot qu'il affectionnait, et qui exprime admirablement la rigueur toute logique de son esprit.

Du reste, comme son éducation professionnelle était parfaite, il savait gouverner ses malades avec prudence et fermeté; de là l'attachement profond que lui vouèrent une infinité de cliens. En beaucoup de choses il réalisait l'idéal du vieux médecin d'autrefois ou de l'ancien magistrat; tantôt il partait avec cette manière grave et sévère qui lui était naturelle: tantôt il était gai, affectueux, prenant ce ton de douce plaisanterie qui suppose toujours la finesse des idées, ton si agréable quand c'est la nature qui le donne, mais si ridicule quand c'est la vanité qui le cherche. En général, son pronostic était toujours grave, d'après cette conviction, qu'il est indispensable d'imprimer au malade une crainte salutaire sur son état. Avec sa manière impassible et sentencieuse, sa parole lente et mesurée, sa voix forte et creuse, on eût dit plus d'une fois la figure inexorable de la fatalité sur son siége d'airain.

La haute position que Double avait acquise le fit désigner pour un des fondateurs de l'Académie royale de médecine. Tout homme a sa mesure à donner dans une société savante, et dès les premières séances, ce médecin donna la sienne de la manière la plus heureuse. Il déclara que l'Académie devant prélever sur chacun de ses membres un *impôt de travail et de temps*, il acceptait la condition avec un entier dévoûment. Il tint parole, car pendant vingt-deux ans, personne ne fit preuve de plus de zèle et d'assiduité; bien souvent les rapports les plus difficiles, les plus contentieux, furent dévolus à sa plume et à sa parole. Une rare maturité d'esprit, des connaissances solides et variées, de la justesse dans les idées, une élocution facile et correcte, le distinguèrent aussitôt. On reconnut l'homme sincère, judicieux, qui cherche le vrai pour le dire, et le dit pour être utile. Il avait d'ailleurs cette forte logique du bon sens, cette éloquence adroite, tranquille, qui se borne à prouver, à démontrer, qui ne cherche point à arracher le consentement, mais à l'obtenir, bien moins encore à combler le vide des pensées par des fleurs de rhétorique. Dans les discussions les plus vives, jamais on ne le vit s'emporter de manière à perdre la liberté de son jugement et l'à-propos de ses ressources. Sa méthode était de laisser engager la discussion; puis, pénétrant aux entrailles de la question, il en faisait jaillir la solution par des aperçus neufs,

musculaire, avec ses effets immédiats, les *difformités*. Définissons rapidement chacun des termes de cette formule.

A. CARACTÈRES DE LA CAUSE ÉLOIGNÉE DE L'AFFECTION NERVEUSE. — Ce premier ordre de caractères doit être recherché successivement dans les enveloppes osseuses et membraneuses du cerveau et de la moelle, dans le cerveau et la moelle eux-mêmes, et en dernier lieu dans les nerfs.

Le crâne est tantôt développé outre-mesure, comme dans l'hydrocéphale générale; tantôt l'une de ses deux moitiés est déprimée, l'autre saillante; tantôt les deux moitiés semblent avoir chevauché suivant un plan vertical, de manière à offrir une double saillie opposée, du frontal d'un côté, et de l'occipital de l'autre. Souvent les os sont disjoints et maintenus en rapports médiats seulement par la dure-mère, très dilatée. Dans tous ces cas, la consistance des os est non seulement diminuée par suite de leur élargissement, mais l'ossification y paraît retardée; on y voit des îlots osseux en grand nombre, comme si les os avaient été le siége de fractures considérables. Dans d'autres circonstances, le crâne est largement ouvert, ses os renversés et à moitié développés ou à moitié détruits, ou bien ils sont affaissés sur la base du crâne; mais quels que soient la forme et le degré de l'anencéphalie, il est presque toujours possible d'en retrouver les rudimens par un examen attentif, ce qui établit bien le fait de la disjonction, de la destruction, et non celui d'une absence complète de développement.

La colonne vertébrale conserve toujours aussi le nombre de ses élémens, au moins à l'état rudimentaire: corps vertébraux, apophyses transverses, apophyses épineuses, peuvent être retrouvés dans les cas de spina bifida, avec ou sans courbures de la colonne. Les apophyses épineuses divisées à leur sommet n'offrent pas un défaut de soudure, de réunion, par arrêt de développement de leurs parties, comme on l'a dit, mais sont violemment disjointes, renversées, entraînées dans le sens de certains muscles, ou aplaties sur les côtés, et offrent leur entier développement jusqu'à leurs tubercules terminaux; leur écartement, même dans les spina bifida très complets, est presque toujours très considérable, et accuse une force de disjonction active, et non un simple défaut de réunion passive. Somme toute, le caractère général des enveloppes osseuses du système cérébro-spinal, c'est la disjonction, le déplacement, l'altération, la déformation, mais avec persistance à l'état rudimentaire au moins, et non l'absence complète de développement.

Les méninges du cerveau et de la moelle offrent des caractères analogues et de même signification. Jamais absence complète de développement, mais traces d'altération ou de destruction. La dure-mère cérébrale sert souvent d'enveloppe au liquide, tenant les résidus du cerveau en suspension. Quand il n'y a plus de poche encéphalique, on retrouve sous les os crâniens affaissés tout ou partie de la dure-mère. Il en est de même des autres membranes du cerveau, qui forment avec le paquet des vaisseaux un lacis inextricable, frangé, couronnant la base du crâne. La dure-mère et les autres méninges rachidiennes se retrouvent aussi, même dans les spina-bifidas les plus complets. Ces membranes sont déchirées, amincies, ouvertes à la partie postérieure, collées contre la paroi restante du canal; mais on les retrouve constamment. C'est surtout dans les spina-bifida incomplets qu'on peut le mieux saisir le caractère essentiel de leurs modifications. A l'extrémité des parties saines qui continuent à envelopper la moelle, d'autres portions amincies, frangées, à moitié détruites, ou quelquefois épaissies, correspondent aux interruptions de la moelle ou à ses parties altérées, ramollies. En résumé, les membranes comme les os du système cérébro-spinal s'offrent avec un seul et même caractère: déplacement, altération de texture, destruction incomplète, mais toujours persistance partielle ou existence rudimentaire des parties.

Mêmes caractères dans le cerveau et la moelle. Altérations de texture sous toutes les formes et à tous les degrés, depuis la simple injection vasculaire jusqu'au ramollissement le plus profond, depuis la destruction de quelques points périphériques jusqu'à la disparition presque complète de la matière pulpeuse, réduite pour le cerveau à un liquide gélatiniforme, renfermé dans les membranes, ou à de simples et rares résidus cachés sous les voûtes crâniennes affaissées. Mêmes indices d'altération et de destruction morbides pour la moelle, et d'autant plus sensibles dans cette dernière, qu'elles se circonscrivent plus fréquemment sur une seule portion de sa longueur.

L'état des nerfs complète bien la signification de tous ces caractères; ils sont gros, raccourcis, tendus, principalement dans les cas où les muscles sont rétractés; ou bien ils sont réduits de volume, flétris, dans les cas où la rétraction a fait place au relâchement et à l'atrophie paralytique.

Tels sont les caractères de la cause éloignée ou de l'affection nerveuse.

B. CARACTÈRES DE LA CAUSE IMMÉDIATE OU DE LA RÉTRACTION MUSCULAIRE. — Les muscles sont raccourcis, tendus. Leur raccourcissement n'a pas lieu seulement dans le sens des mouvemens physiologiques, et comme pour rendre permanente une position normale: il peut s'effectuer dans toutes les directions à la fois, et être porté à un degré extrême dans le sens opposé aux mouvemens normaux, et déterminer dans ce sens des flexions permanentes ou des déplacemens articulaires, et même des fractures des os longs. La trame musculaire commence à passer à l'état fibreux, comme dans tous les cas de tractions permanentes, exagérées, de ce système.

C. CARACTÈRES DE RELATION DE LA CAUSE ÉLOIGNÉE AVEC LA CAUSE PROCHAINE. — Les caractères de la lésion du système nerveux, rapprochés de ceux de la rétraction musculaire, établissent bien la relation essentielle de ces deux ordres de faits, et la subordination des seconds aux premiers. Avec une lésion profonde ou destruction complète des organes centraux de ce système, rétraction générale et énergique de tous les muscles; avec une lésion profonde ou destruction d'un des côtés du cerveau, rétraction des muscles d'un des côtés du corps; avec une lésion profonde ou destruction de la partie déclive de la moelle, rétraction d'une partie des muscles du tronc et de ceux des membres inférieurs; avec altération de la partie inférieure d'un des faisceaux antérieurs de la moelle et des racines nerveuses qui en naissent, rétraction et paralysie des muscles du membre inférieur correspondant. En d'autres termes, relation intime entre l'étendue, le siége, le degré de la lésion du système nerveux, et l'étendue, le siége et le degré de la rétraction musculaire, et, finalement, relation confirmative des rapports établis par la physiologie entre ces deux systèmes.

D. CARACTÈRES DE RELATION OU D'HARMONIE ENTRE LA CAUSE PROCHAINE, LA RÉTRACTION MUSCULAIRE ET SES EFFETS IMMÉDIATS, LES DIFFORMITÉS. — Il n'y a pas seulement un rapport exact et intime entre

---

des considérations larges et saillantes. Donnant à sa parole l'autorité de son savoir et de la droiture de son caractère, toujours dans la voie d'une impartialité ferme et rassise, son opinion avait beaucoup de poids et de valeur; très souvent la décision de l'assemblée fut conforme à l'avis de ce médecin. Aussi Double était-il aimé, respecté, considéré à l'Académie de médecine, et, pour faire honneur à sa mémoire, les membres s'étant levés en masse, quittèrent le lieu de leurs séances quand on y apprit sa mort.

Nommé à l'Académie des sciences, en concurrence avec Broussais, Double y fit également preuve d'un savoir judicieux et profond; toutefois, depuis sa nomination à l'Institut, en 1832, son zèle et son exactitude furent les mêmes à l'Académie de médecine; il eût regardé comme un ridicule et une ingratitude marquée d'en agir autrement. L'Académie de médecine était sa véritable patrie scientifique. Double tenait d'autant plus à ses honneurs académiques, que ce furent les seuls qu'il ambitionna réellement, et qu'il rechercha. Chose bien remarquable à notre époque! ce médecin, célèbre à tant de titres, jouissant d'une haute considération, lié par des rapports de profession ou d'amitié avec des personnages puissans, n'eut jamais d'emploi rétribué. Il ne fut ni médecin d'hôpital, ni professeur, ni médecin chargé d'un service dans un établissement public; toujours il laissa passer ceux qui couraient à l'assaut des places: médecin praticien était la seule dignité de sa profession à laquelle il aspirât. Craignait-il donc les déceptions de la vanité, les angoisses d'une ambition trompée et affamée, les irritations de l'amour-propre en concurrence? Etait-ce pour éviter les dégoûts, les haines patentes ou cachées triste moisson à recueillir dans ce rude sentier? Voulait-il conserver sa liberté, car tous les valets ne portent pas livrée? Etait-ce répugnance à s'incliner devant certains hommes, à encenser la médiocrité toujours insolente dès qu'elle peut nuire ou protéger? On l'ignore. En effet, vivre dans le sens grave et viril de ce mot, c'est vivre pleinement et librement, dégagé des étreintes de toute protection officielle. Or, qui sait si Double ne préféra cette vie d'indépendance aux vicissitudes, aux embarras, aux épines d'une carrière opposée? Toujours est-il qu'il persista dans son éloignement pour toute espèce de place; il ne disputa rien, il ne fit ombrage à personne; les solliciteurs les plus âpres ne le rencontrèrent point dans leur voie douloureuse; aussi se vantait-il, avec une certaine satisfaction, *de n'avoir jamais mangé sa soupe dans l'écuelle de l'Etat.*

Une pareille conduite se trouvait parfaitement en rapport avec la nature pour ainsi dire spéciale de son intelligence. Son esprit, remarquable en effet par la justesse, la sagacité et la pénétration, se distinguait encore par cette supériorité de vues qui saisit la vie telle qu'elle est, s'empare des événemens et des hommes, les domine et marche toujours droit et ferme à son but. Une haute raison, une sûreté d'appréciation calme et vraie, nette et précise, le caractérisaient par-dessus tout. Toujours fin, toujours délié, toujours discret et précautionné, il savait préparer, attendre l'occasion et en profiter. On a dit que, pendant vingt-cinq ans, il avait conçu et disposé son plan pour arriver à l'Institut. Voulait-on connaître ses intentions? un silence très significatif, une réponse évasive venaient aussitôt s'interposer comme un impénétrable acier entre sa confiance et une importune curiosité. Aucune circonstance ne semblait troubler l'équilibre normal de son existence, tant son esprit paraissait froid, juste, méthodique, sans rien de facile, de coulant et d'onctueux. Sa conversation, toujours sérieuse, pleine de sens et

la somme des muscles rétractés et le nombre des articulations déplacées, le siége spécial de la rétraction et la direction spéciale des déplacemens, le degré du raccourcissement et la somme du déplacement; mais il existe une harmonie parfaite, essentielle, entre l'action spécifique, isolée, ou collective des muscles rétractés, et la forme spécifique, partielle ou totale des difformités; de telle manière que chaque difformité, considérée dans tous les élémens constitutifs de sa forme, c'est-à-dire dans les rapports nouveaux et permanens, imprimés aux différentes surfaces articulaires, aussi bien que dans l'expression d'ensemble résultant de ces divers déplacemens, offre la représentation exagérée, mais exacte, des formes affectées aux mouvemens physiologiques résultant de la contraction normale des mêmes muscles, et du déplacement temporaire des mêmes surfaces; d'où la confirmation de cette loi que j'ai formulée depuis longtemps, à savoir : « Que les causes essentielles des difformités possèdent une telle spécificité d'action à l'égard des déformations auxquelles elles donnent naissance, que chacune de ces causes se traduit à l'extérieur par des caractères qui lui sont propres, et à l'aide desquels on peut en général, par la difformité, diagnostiquer la cause, et par la cause déterminer la difformité. » (1)

Voilà donc une formule à termes précis, dont la liaison et la signification essentielles permettent de conclure d'une manière rigoureuse à l'analogie profonde, sinon à l'identité complète de tous les cas où elle sera applicable. Essayons de la mettre en regard du troisième ordre de difformités qui nous restent à déterminer.

(La suite au prochain numéro.)

(1) Voy. le RAPPORT DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES SUR LE CONCOURS POUR LE GRAND PRIX DE CHIRURGIE, p. 17.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

RÉSUMÉ STATISTIQUE DE LA CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HÔTEL-DIEU (SERVICE DE M. LE PROFESSEUR ROUX) PENDANT L'ANNÉE 1841; par MM. MAUNOURY et THORE, internes des hôpitaux et membres de la Société anatomique.

(SUITE. — Voir les numéros 23, 26, 30, 35 et 41.)

§ IV. — MALADIES DE L'APPAREIL GÉNITO-URINAIRE; TAILLE; LITHOTRITIE; MALADIES DU SEIN ET DU TESTICULE.

DE LA TAILLE ET DE LA LITHOTRITIE.

Nous allons faire précéder les résultats de l'année 1841 du tableau des calculeux entrés et opérés à l'Hôtel-Dieu depuis 1836.

Dans l'espace de cinq années, 24 calculeux ont été opérés, 6 de la lithotritie, 18 de la taille; ils ont été répartis ainsi par chaque année.

1836....		1 taillé....	1 guéri.
1837....	8	5 taillés...	4 sortis guéris. 1 a succombé après 2 mois.
		3 lithotritiés.	Tous les trois sont sortis de l'hôpital.
1838....	8	7 taillés...	4 morts de 2 à 5 jours après l'opération. 3 guéris.
		1 lithotritié	sorti guéri après 22 jours.
1839....	5	3 taillés...	2 sortis guéris. 1 mort 3 jours après l'opération.
		2 lithotritiés	sortis guéris.
1840....		2 taillés...	1 guéri. 1 mort 4 jours après son opération.

Sur 18 individus, il y a eu 11 guérisons, 7 morts.

Ce résultat, qui nous donne 3 guérisons pour 2 morts, est peu favorable, si on le compare avec celui obtenu par la lithotritie; mais, comme résultat d'une des opérations les plus difficiles et les plus graves de la chirurgie, il est assez beau, surtout si on fait attention à l'âge des malades: 2 étaient septuagénaires. Il faudrait aussi connaître les circonstances dans lesquelles les 5 autres se trouvaient au moment de leur opération; probablement si les calculs eussent été friables et petits, ils eussent été broyés.

Comme à la suite des opérations de hernies, la mort survient avec une rapidité remarquable; ainsi 6 individus sur 7 ont succombé dans les quatre premiers jours après l'opération.

Du reste, pour avoir une moyenne imposante qui nous permît de formuler une loi, il faudrait recueillir une grande masse de faits, car les causes de la mort après les opérations sont si variées, les circonstances pathologiques préexistantes ont une telle influence sur les suites de l'opération, qu'on trouve toujours à la règle des exceptions nombreuses.

Quant à l'âge des sujets :

De 3 à 25 ans..................	13
De 25 à 50 ans..................	3
De 50 à 75 ans..................	8
	24

Ainsi les calculs, dans la jeunesse, sont plus fréquens que dans la vieillesse. L'âge adulte en est presque exempt, car quelquefois le noyau primitif a commencé pendant la jeunesse, et n'a manifesté sa présence qu'après un laps de temps quelquefois très considérable.

Les professions de ces 24 sujets sont trop variées pour pouvoir en tirer un rapport de causalité.

En 1841, 7 calculeux sont entrés dans le service de M. Roux :

6 ont été opérés : { 4 par la lithotomie. 2 par la lithotritie.

Le septième sujet était une petite fille de 11 ans, qui avait un calcul énorme dans la vessie; elle succomba le jour même de son entrée à l'hôpital aux suites d'une diarrhée, qui l'avait réduite au dernier état de marasme.

Cette année a été la plus funeste pour les calculeux, car sur 6, 5 ont péri; c'est un des taillés qui a guéri.

d'à-propos, était une source d'idées saines et instructives qui, sans tarir, ne débordaient jamais, car la prudence les surveillait sans cesse. C'était toujours l'homme fort, l'homme calme, se possédant, ne marchant que sous la bannière d'une raison méthodique et sévère. Ni fanatique, ni détracteur outré, n'ayant pour qui que ce soit une admiration passionnée ou un mépris injuste, s'il blâmait avec retenue, il ne louait aussi qu'avec restriction; il ne disait point *anathème*, mais il ne criait jamais *hosanna*. Railleur agréable, quelquefois d'un sel fin dans son sérieux ironique, plus d'une fois il a laissé la marque de son sarcasme. Il disait d'un mauvais médecin qui avait fait un sot ouvrage, que ce confrère procurait à ses malades le repos de la tombe, et à ses lecteurs le repos du sommeil. Cependant il fut toujours exempt de préventions jalouses et étroites, surtout de cette niaise tendance de l'esprit de secte à rabaisser ses adversaires. Lorsqu'une discussion devenait vive et irritante, il refusait d'aller plus loin, ou bien, quand il s'y prêtait, on reconnaissait à sa logique serrée, au trésor d'érudition qu'il découvrait, le savant profond, la bonne tête, l'excellent jugement. Du reste, sa politesse exquise, sa polémique courtoise, supposaient toujours dans les autres la bonne foi qui était en lui. Une attaque publique, un pamphlet, n'ont jamais obtenu de lui la moindre réponse; sa réfutation à cet égard consistait dans le silence et le grand *bahut* de Fontenelle. Seulement, en 1833, lors des discussions à l'Académie de médecine sur l'organisation médicale, il rappelait en riant qu'un obscur journal l'accusait très sérieusement d'avoir allumé la *pomme de discorde* parmi ses confrères.

Son style était d'ailleurs complètement empreint de son esprit; ce style était savant, sans affectation; simple, correct, à formes nettes et arrêtées, éloquent avec mesure, coloré sans enluminure, sans autre prétention que celle d'un raisonnement vigoureux et pressant. Toutefois, le travail et l'effort s'y faisaient sentir; manquant de mouvement et de souplesse, on y trouvait peu de facilité, rarement de l'abandon, et jamais de ces négligences *soignées* qui ont tant de charmes quand on les emploie avec goût et discrétion. Ce style justifie pleinement l'assertion de Buffon. C'était l'homme même, droit et raisonnable, méthodique et logique, ferme et tenace, répétant dans les mouvemens de l'âme les plus tumultueux : « Le cœur souffre, mais l'homme ne fléchira pas. » Toujours bienveillant, serviable, ce médecin célèbre a rendu des services multipliés à une infinité de confrères, mais à sa manière, sans entraînement, sans élan, sans chaleur. Il tenait plus qu'il ne promettait, il obligeait même sans trop exiger cet énorme intérêt qu'on appelle reconnaissance. Et pourtant il n'eut point cette indifférence ou ce scepticisme impitoyable que donne aux intelligences d'une trempe moins généreuse que la sienne, la science amère de l'humanité. Du reste, personne mieux que lui n'a connu les hommes et n'a su s'en servir; le bruit, le brillant, le clinquant, le despotisme du succès, n'étaient pas faits pour lui en imposer. Par son discernement exquis, par sa finesse, sa patience et son esprit de conduite, il conquit une belle position, quoique dédaignant les allures de la basse intrigue et de la ruse. Rousseau dit, en parlant de Duclos, que c'était un homme *droit* et *adroit*; rien n'est plus vrai pour Double. Ce médecin fut éminemment doué de cet équilibre peu commun, qui donne de l'unité au caractère et fait les hommes complets, la hardiesse et la modération, la réserve du savant et l'affabilité de l'homme du monde, il eut de la souplesse et de l'indépendance du caractère, du savoir faire et de la dignité. La volonté, fondement et racine de la personnalité, était chez lui for-

Nous allons rapporter quelques-unes de ces observations, qui offrent le plus d'intérêt.

CALCUL VÉSICAL D'ACIDE URIQUE DE LA GROSSEUR D'UNE AMANDE; TAILLE BILATÉRALE; HÉMORRAGIE PENDANT L'OPÉRATION; SYMPTOMES DE RÉSORPTION PURULENTE; MORT.

OBS. I. — Penancier, 32 ans, cultivateur, muscles très prononcés, s'était toujours bien porté dans sa jeunesse. Il n'avait jamais souffert du côté des organes génito urinaires.

Au mois d'avril 1841, il éprouvait tous les cinq jours des douleurs très vives aux lombes; à la suite de ces douleurs, il urinait très souvent; son urine était limpide. Il n'a pas fait attention s'il y avait des petits calculs; il tombait continuellement dans une lassitude qui l'empêchait de travailler.

Il y a six semaines, en voulant uriner debout, le jet d'urine s'est arrêté brusquement; il est devenu filiforme.

8 jours avant son entrée à l'hôpital, son urine, de limpide qu'elle était, est devenue trouble et épaisse; nouvel arrêt brusque du jet de l'urine. Il entre à l'Hôtel-Dieu.

Un petit calcul, placé dans l'urètre, fait obstacle à l'introduction de la sonde. M. Maisonneuve, chargé du service par intérim, le retire au moyen d'une anse de fil d'archal passé derrière; il constate un second calcul d'une petite dimension dans l'intérieur de la vessie. Du reste, peu de douleur dans cet organe; largeur assez considérable du canal, urine claire. D'après l'aspect du calcul urétral, on peut conclure à la composition chimique de celui de la vessie.

Il résulte de ces données antérieures que la lithotritie aurait été très favorable dans ce cas.

OPÉRATION. L'incision courbe à concavité postérieure faite, la peau, le tissu cellulaire et les muscles incisés dans une assez grande profondeur, on ne sentait que difficilement la convexité du cathéter introduit dans l'urètre, tant le périnée avait une épaisseur considérable; l'introduction du lithotome double dans la cannelure, le mouvement de propulsion dans la vessie, l'enlèvement du cathéter, furent rapides et ne présentèrent rien de particulier.

Alors les lames du lithotome double furent écartées dans un diamètre de 12 lignes, et immédiatement après l'incision par le retrait de l'instrument, un jet de sang assez considérable se mêla à l'urine, imbiba tous les linges, et bientôt il s'écoula en nappe assez abondante; les tenettes se chargèrent d'un calcul de la grosseur d'une petite amande.

Malgré toute l'attention, on ne put voir le vaisseau lésé, ni faire la ligature.

On fut obligé de tamponner et d'appliquer une canule.

Le tampon et la canule furent enlevés quatre heures après leur application; l'hémorragie n'est pas survenue; l'artère lésée semblait être la transversale droite du bulbe.

Le surlendemain il a a commencé à vomir toutes ses boissons; fièvre intense; abattement.

Le quatrième jour, il survint des douleurs dans les articulations de l'épaule, du coude et du genou droits. Teinte ictérique; il n'eut jamais de ces frissons si fréquens dans les phlébites. Enfin il mourut 6 jours après l'opération.

AUTOPSIE 38 heures après la mort.

Dans la vessie, il ne restait plus de calcul; la muqueuse était résistante, non ramollie; l'urètre était incisé à sa portion prostatique et à sa portion membraneuse; par l'incision bilatérale, on avait ménagé le verumontanum et les canaux éjaculateurs, mais la plaie du côté droit était plus étendue que celle du côté gauche; c'était aussi du côté droit que provenait l'hémorragie; les limites de la prostate n'étaient pas dépassées; dans les veines il a été impossible de trouver du pus.

Il n'y avait pas d'abcès métastatiques dans les organes.

Le rein droit était désorganisé, réduit à l'état de coque multiloculaire; les parois avaient deux lignes d'épaisseur; la substance tubuleuse n'existait plus. Dans les locules, on a trouvé deux petits calculs; l'uretère était plus dilaté qu'à l'état normal; il était pas enflammé.

Le rein gauche avait son volume normal; il était d'une mollesse extraordinaire; injecté à sa surface de stries rouges très prononcées. En l'incisant, on voit que la substance corticale et la substance tuberculeuse sont désorganisées; à la moindre pression, on forme un détritus; l'injection est encore plus prononcée intérieurement.

L'estomac est marqué de stries rougeâtres dans son grand cul-de-sac, mais le duodénum et l'intestin grêle n'étaient pas du tout enflammés.

Il y avait du pus jaunâtre dans l'articulation de l'épaule gauche et celle du genou droit.

L'hémorragie survenue au moment de l'opération doit être considérée comme la cause principale des accidens qui ont entraîné si rapidement la mort du malade. Elle était si abondante qu'il n'y avait pas d'autre moyen de l'arrêter que par le tamponnement. On espérait le lendemain conserver les jours du malade; il se trouvait mieux; mais il survint des vomissemens si opiniâtres que rien ne put les arrêter; cependant à l'autopsie la muqueuse de l'estomac n'était pas altérée. Il n'a jamais paru de frissons de la fièvre purulente, et cependant à l'époque actuelle de la science, nous sommes forcés, de par l'autorité de M. Cruveilhier et de Dance, d'admettre la phlébite que nous n'avons pu trouver d'après l'inspection anatomique, nous affirmons un fait que nous ne voyons pas.

Pourquoi dans les infections dites purulentes, à la suite des opérations sur les voies urinaires, survient-il plus souvent des arthrites suppuratives que des phlébites du foie et du poumon? Il faut avouer que nous sommes encore bien ignorans sur les affections consécutives aux grandes opérations chirurgicales.

Dans l'observation suivante, les causes de la mort vont être à peu près les mêmes; comme elles vont se développer avec plus de lenteur, elles seront mieux saisies et plus manifestes sur le cadavre.

CALCULS VÉSICAUX AU NOMBRE DE CINQ CHEZ UN HOMME DE CINQUANTE-SIX ANS; GONFLEMENT CONSIDÉRABLE DU LOBE MOYEN DE LA PROSTATE; LITHOTRITIE; DÉCHIRURE DE LA PROSTATE EN AVANT; FIÈVRE PURULENTE; MORT.

OBS. II. — Matin, 56 ans, n'a pas eu de rhumatisme, ni la goutte, pas de blennorrhagie; ses parens n'ont point eu la pierre.

Depuis deux ans il a ressenti quelques douleurs en urinant; il était obligé de se comprimer la verge pour calmer la démangeaison; le jet d'urine s'arrêtait quelquefois, se bifurquait, ou était bien complet; la douleur étant devenue intense il entra à l'hôpital, et l'on put constater la présence de calculs.

Le canal était large, le cathétérisme facile, les calculs peu volumineux; il semblait qu'il y eût dans ce cas autant de chance pour l'une que pour l'autre opération; on laissa le malade libre du choix, il préfera la lithotritie.

OPÉRATION. — 1re SÉANCE. — Introduction facile de l'instrument. Après une investigation assez longue, on saisit un calcul.

Opéré le deux novembre, l'instrument marquait

	12 lignes,	premier broiement.
On saisit de nouveau à	6 —	deuxième broiement.
	7 —	troisième broiement.
	6 —	quatrième broiement.

Immédiatement après, bain de deux heures. Le malade rendit plusieurs petits fragmens dans la journée, et les jours suivans sans douleur vive et sans accident.

Quatre jours après, on veut faire une seconde séance, la sonde à injection est

---

tement prononcée, et pourtant il savait céder dans l'occasion; tout était calcul, raison, prévoyance et prudence, ce trait de caractère domina chez Double à toutes les époques de sa vie. Il est douteux qu'il ait jamais eu cette chaleur d'ame, cette vivacité de sentiment, cette fleur d'imagination, cette plénitude d'illusions, brillante couronne de la jeunesse, dont la perte est si regrettable dans l'âge mur et le temps d'épreuve. Plus il avançait en âge, moins il devenait ouvert, expansif pour ses plus anciens amis. Si on en croit un écrivain du dernier siècle, « le sage est officieux envers tous les hommes, familier dans la société, intime avec un seul. » On ne peut croire que Double ait jamais adopté la dernière partie de ce conseil; il fut impénétrable à tous. Peut-être croyait-il qu'on avait très peu d'amitié quand on avait beaucoup d'amis. Il n'a point dit son dernier mot en médecine; on n'a jamais su quelle était son opinion en politique, ni s'il en avait une, et cette locution si connue, *mettre son drapeau dans sa poche*, semble avoir été faite tout exprès pour ce médecin. Son extérieur même annonçait sa grande réserve; de la politesse, de l'urbanité, un ton parfait de convenance et d'usage du monde, mais un maintien posé, un air froid, digne, arrêtaient chez les autres tout entraînement, glaçait tout sentiment d'expansion, même dans les circonstances d'une intimité apparente. Double en robe de chambre ne différait pas beaucoup de Double l'académicien; quelquefois il en convenait, et il dit un jour à l'auteur de cette esquisse: « Je suis fait ainsi, mais je ne puis changer, mes bonnes et mauvaises qualités ont soixante ans de date. »

Que cet excès de prudence ait été le résultat du calcul, d'une réflexion exercée, ou bien le simple effet du caractère, sorte d'idiosyncrasie morale, il n'en est pas moins vrai que plus d'une fois ce fut la cause d'une opinion peu favorable émise sur ce médecin. On a dit qu'il était de ces personnes qui n'ont que de *seconds* mouvemens et qu'il n'était bonhomme que de profil. D'autres, poussant plus loin ce jugement satirique, affirmaient que son nom le définissait, en un mot qu'il était Double, *Double*. Eh bien! l'erreur était patente pour qui le connaissait sans trop le pénétrer. En parvenant à rompre çà et là l'écorce de glace de ses manières, on trouvait un fonds de naturel excellent, une ame affectueuse, mais qui peut-être voulait l'impossible, le constant accord de la raison et du sentiment. Même dans l'amitié, comme on l'a dit de Fontenelle, *il mettait son cœur en garde*; cependant, il eut et il a conservé de nombreux amis, tous révèrent sa mémoire, tous conservent précieusement son souvenir. C'est que sa prudence, sa finesse, n'ont jamais été contraires à qui que ce soit; c'est que cette tête et cette ame si bien d'accord, cette nature si une et si ferme, n'ont jamais dévié du sentier de la loyauté, qu'il n'était pas disposé à se débarrasser de l'honneur et de la conscience pour aller plus vite à la fortune; c'est que cet homme fort par excellence, parce qu'il l'était par raisonnement, était obligeant, dévoué, que ses intérêts n'ont jamais nui à l'amour-propre ni à l'avidité des autres.

Double avait encore une qualité précieuse, plus rare qu'on ne croit à notre époque, on respectait en lui la médecine et le médecin; car ses paroles dénotaient un vif et profond sentiment de l'excellence et de la dignité de sa profession. La médecine avait ses convictions les plus fermes, elle était pour lui un culte, une sorte de religion civile. Souvent il a répété que si vingt fois il revenait au monde, tout autant de fois il se ferait médecin. Rien de mieux, dira-t-on; quand on a sa haute position et sa fortune, tant de bonheur n'est pas fait pour ceux qui suivent la même carrière. Sans doute; mais la médecine fut-elle toujours pour Double

bien introduite, mais le litholabe ne put pas pénétrer au niveau de la portion prostatique; il s'écoula une quantité de sang assez considérable, et par le toucher rectal on reconnaît la déviation de l'instrument au niveau de la prostate; nous verrons tout à l'heure que cette déviation avait lieu en avant.

Une seconde tentative est faite quelques jours après, même résultat négatif.

Le 15 novembre, le malade ne peut uriner. On suppose l'engagement d'un fragment trop volumineux dans le canal. Depuis lors, ce malade n'a plus rendu de petits calculs. Impossibilité de l'introduction du litholabe, déviation de cet instrument, la prostate ne paraît pas volumineuse par le toucher rectal.

Pendant toutes ces manœuvres, le malade n'a pas éprouvé de fièvre ni de douleurs à la région hypogastrique.

17 novembre. Il a eu beaucoup de fièvre; la langue sèche, la peau chaude, perte d'appétit, pouls à 120 fort et résistant; il éprouve des douleurs dans les membres.

18 novembre. Fièvre intense, douleur au genou droit et à l'épaule droite. S'il n'avait pas subi ces manœuvres de lithotritie on le considérerait comme atteint de rhumatisme articulaire aigu.

19. Fièvre très intense, bouche sèche; saignée de 4 palettes; douleur très vive à l'épaule qui est légèrement gonflée; le genou droit est rempli par une quantité assez considérable de pus.

21. Délire toute la nuit, la langue est sèche, pas de douleur au ventre, ni de vomissement; la peau n'est pas jaune, le foie ne déborde pas les côtes; le malade urine dans son lit involontairement, il ne tousse pas; l'articulation du genou gauche est aussi enflammée; la fièvre est très intense.

Mort le 23 novembre, six jours après l'apparition de la fièvre.

Autopsie 46 heures après la mort.

Raideur cadavérique; dans les deux articulations fémoro-tibiales il y a de la synovie purulente, en grande quantité, bien liée, sans grumeaux. La séreuse dans les endroits non cartilagineux est rouge, enflammée; elle n'est pas tapissée par de fausses membranes. L'articulation de l'épaule gauche est aussi imbibée de pus en petite quantité, mais le pus a fusé au-dessous du deltoïde jusqu'à son attache inférieure; ce pus est concret; il n'est pas réuni en foyer, et il sépare le tissu musculaire du tissu périostique. La veine axillaire et l'humérale sont remplies par un caillot de sang bien organisé, blanchâtre; en le coupant en morceaux, on ne peut en faire suinter des gouttelettes de pus.

La muqueuse de l'urètre est saine dans toute son étendue; la région prostatique étant coupée par sa face supérieure, on constata 1° que la prostate au-devant de l'urètre est épaisse de 2 centimètres, et très mince en arrière, de sorte que le rectum n'est séparé du canal que par une épaisseur de 75 millimètres.

2° Une hypertrophie des deux lobes latéraux en haut et en dedans, de sorte qu'ils se touchent par leur face interne et rétrécissent par conséquent le canal.

En avant, une fausse route due à l'éraillure de son tissu; cette fausse route a 3 centimètres de longueur; elle forme un cul-de-sac qui est limité par l'aponévrose supérieure de la prostate.

3° Les sinus de Santorini ont été lacérés par la sonde. Ces sinus qu'on peut suivre au moyen d'un stylet sont remplis de caillots fibrineux organisés sans trace de pus; cependant leur organisation et leur solidité indiquent bien une inflammation de ces sinus.

4° Le lobe moyen de la prostate fait saillie dans la vessie; il a le volume d'une noix; il est libre et pédiculé, d'une consistance fibreuse recouvert par la muqueuse vésicale; il n'est pas éraillé; il obstrue complètement par son application en avant le col de la vessie.

5° La vessie contient cinq calculs cuboïdes, de 2 à 3 centimètres chacun; un seul a été broyé en plusieurs morceaux; il en reste encore plusieurs débris; ils sont formés en couche concentriques, d'une couleur blanche briquetée, friable. Les parois de la vessie sont épaissies; la muqueuse n'est pas ulcérée, non enflammée; les veines qui rampent autour de son col sont aussi remplies de caillots fibrineux, mais les veines hypogastriques ne contiennent que du sang noirâtre, liquide, sans trace de pus.

7° Les reins sont très ramollis; l'enveloppe fibreuse étant enlevée, on voit à la surface du rein gauche un grand nombre de petits foyers purulens, de la grosseur d'une tête d'épingle; autour de chaque point purulent, un cercle rougeâtre; ce sont autant de petits centres d'inflammation et de suppuration isolées.

Le rein droit est moins ramolli; à l'extrémité supérieure il se trouve un foyer purulent du volume d'une noisette; il y a des kystes aéreux à la surface; c'est la substance corticale qui est surtout ramollie, enflammée et jaunâtre; il n'y a pas d'abcès à l'intérieur.

Le foie et la rate ainsi que les poumons sont sains; il n'y a pas le moindre abcès métastatique.

Les parois du cœur sont flasques; la cavité droite contient un caillot très consistant.

En résumé :

1° Cinq calculs d'acide uride dans la vessie;
2° Altération de la prostate, hypertrophie considérable de son lobe moyen;
3° Fausse route peu étendue en avant de la prostate;
4° Inflammation des veines de Santorini;
5° Inflammation et petits abcès dans les reins;
6° Arthrites purulentes de plusieurs articulations.

Telles sont les altérations observées sur le cadavre.

La multiplicité des calculs, l'altération de la prostate étaient autant de causes organiques qui devaient rendre la lithotritie difficile et presque impossible; la taille eût donc été plus avantageuse; puis on aurait pu inciser le lobe moyen qui ne tenait aux autres lobes que par un pédicule étroit.

On a été trompé sur le volume de la prostate; le toucher rectal n'avait indiqué que les dimensions et une épaisseur normales; en effet, le gonflement de la partie supérieure était tout à fait à l'abri de notre investigation; l'explorateur de M. Mercier nous eût fait constater le volume du lobe moyen, ce qui eût été beaucoup dans ce cas; mais nous aurions encore été ignorans sur l'état des lobes latéraux.

Qu'en est-il résulté? Une fausse route opérée par le brise pierre. M. Roux le croyait placé entre le rectum et la prostate, même après le toucher par le rectum, relevant de plus en plus le bec de l'instrument, il le faisait arc-bouter avec plus de force contre la portion antérieure de la prostate; la fausse route était à droite et en avant. C'est surtout dans ces cas d'hypertrophie considérable que les fausses routes ont lieu en avant. Dernièrement nous avons été témoins d'une semblable déviation faite avec une sonde chez un homme qui avait aussi une prostate énorme antérieurement; cet homme placé dans un service de médecine mourut, et on put constater la fausse route.

Quand on voit des chirurgiens aussi habiles se fourvoyer, quelle prudence et quelle attention ne faut-il pas employer pour le cathétérisme? C'est surtout l'état et la position des organes qu'il faut savoir bien reconnaître.

Ces fausses routes antérieures et latérales sont bien plus graves que les postérieures; car les sinus de Santorini sont dilacérés, et c'est alors que surviennent les phlébites; nous avons bien trouvé dans ces sinus veineux des caillots sanguins organisés et enflammés; mais pas de trace de pus dans l'intérieur du caillot et du vaisseau, ni d'abcès métastatiques dans le foie, la rate et les poumons; il y avait seulement à la surface des reins de petits foyers purulens.

Mais, comme dans l'observation précédente, presque toutes les grandes articulations étaient prises d'inflammation suppurative; il n'y avait pas d'abcès dans les muscles, si ce n'est dans le deltoïde du côté gauche, en-

---

un calice de miel et de douceurs? N'a-t-il pas éprouvé dans les commencemens de cruels ennuis? et quand la fortune a souri, n'était-il pas déjà riche en résignation éprouvée et en douleurs souffertes? *Je n'ai pas un écu qui ne sente la fièvre*, disait-il, et l'originalité de l'expression peint avec vérité l'infatigable labeur avec lequel il a défriché le champ de la science. Son aspect seul indiquait les fatigues de son esprit. Maigre, grêle, de taille médiocre, il portait ordinairement la tête basse, suite d'une longue habitude de la méditation. Sa physionomie sans être régulière, mais à la fois sévère et intelligente, était spirituelle et expressive; son front largement sillonné de rides profondes et multipliées attestait la constante activité du cerveau. Quoique sujet à de violentes migraines, sa santé fut longtemps sans notable altération; mais en 1839, il fut atteint de cette péripneumonie qu'il observa si curieusement avec tant de soin et de détails. Plus tard, étant chez M. le maréchal Soult, dont il était le médecin de prédilection, il tomba frappé d'une syncope subite. Cet accident se dissipa, mais une grande difficulté de respirer fit croire à une congestion pulmonaire; il refusa formellement de se faire saigner, ou du moins il n'y consentit que très tard. Il n'était plus temps; il mourut le 12 juin 1842. On ferait une longue liste des médecins victimes de leurs opinions; ce sont aussi des témoins qui se sont laissé égorger; ils ont été des martyrs de leur foi médicale.

Double fut un de ces médecins habiles, exercés, consommés, qui font de bonnes choses plutôt que de grandes choses ou d'éclatantes découvertes. Si leur nom perd de leur éclat dans les âges suivans, c'est que les grands praticiens ne transmettent ni leur génie, ni leur tact, ni leur pénétration; le temps emporte même avec lui le souvenir de leurs travaux et de leurs bienfaits. Puisse cette esquisse écrite avec dévouement et sincérité rappeler ce que Double a fait et ce qu'il a été. Les justes éloges sont un parfum qu'on réserve pour embaumer les morts.

R. P.

— M. le docteur Foissac se présente à la députation. Il n'est ni de notre droit, ni de notre compétence d'examiner les titres et les opinions de notre estimable confrère. Nous ne pouvons que former des vœux pour le succès de sa candidature; bien sûr en cela d'être l'organe du plus grand nombre des médecins de la capitale, qui se plaisent à rendre hommage au caractère, à la capacité et aux lumières de M. Foissac.

— On écrit d'Alger, 6 novembre :

« M. Pugens, chirurgien sous-aide-major, amputé par suite de la blessure qu'il avait reçue au genou dans l'affaire du 5 octobre, s'était trouvé assez bien après cette grave opération pour qu'on pût espérer de le sauver; mais des accidens consécutifs sont venus compliquer sa position, et il a succombé le 4 de ce mois, emportant les regrets de ses camarades et de l'armée qui avait été témoin de sa belle conduite. »

— Souscription ouverte au bureau de la Gazette Médicale pour le monument à élever à la mémoire du baron Larrey. — 4e Liste.

Troisième liste: liste, 360 fr. — MM. Lacorbière, 25 fr.; Liandon, chirurgien en chef de l'hôpital militaire à Montmedy, 5 fr. — Total : 390 fr.

tre ce muscle et le périoste; la veine axillaire gauche contenait un caillot fibrineux, sans trace de pus.

D'après ces faits, on voit que cette observation n'est que le complément de la précédente, complément plus détaillé et plus précis.

A côté de ces deux observations se place tout naturellement l'histoire d'un jeune homme opéré de la taille, et qui est mort à la suite d'accidens semblables à ceux qui viennent d'être décrits. On nous pardonnera, nous l'espérons, de la reproduire avec tous ses détails, en raison de l'intérêt qu'elle présente et des réflexions qu'elle peut suggérer.

CALCUL VÉSICAL CHEZ UN JEUNE HOMME DE 19 ANS; TAILLE LATÉRALISÉE AVEC LE LITHOTOME CACHÉ; HÉMORRHAGIE ARTÉRIELLE VINGT JOURS APRÈS L'OPÉRATION; TAMPONNEMENT; AU 33e JOUR, FRISSONS; DOULEURS DANS LES ARTICULATIONS; MORT AU 40e JOUR DANS LE MARASME; COLLECTIONS PURULENTES DANS LE PÉRITOINE, LES PRINCIPALES ARTICULATIONS, DERRIÈRE L'OCCIPITAL, DANS LA GAÎNE DU NERF CRURAL; PETITES COLLECTIONS MÉTASTATIQUES DANS LE POUMON DROIT.

OBS. III. —Le nommé Petit (François), tourneur en bois, âgé de 19 ans, d'une bonne constitution, n'a jamais eu de maladies graves. Il a encore ses parens qui jouissent d'une bonne santé; aucun membre de la famille n'a été calculeux.

A l'âge de 7 à 8 ans, il a éprouvé les premiers accidens de sa maladie. Douleurs pendant et surtout après la miction; jet quelquefois interrompu; pas de rétention d'urine, ni d'hématurie. Il n'a point eu de douleurs dans la région des reins. Il consulte pour la première fois un médecin en 1837; ce médecin lui apprend qu'il a la gravelle; après l'avoir sondé, il lui prescrit l'usage de certains bois dont la composition n'est point connue, tisane de chenevis, d'asperges, etc. Il suit ce traitement pendant trois mois sans grande amélioration; il rend alors de petits graviers de couleur jaunâtre, mêlés à des graviers plus fins encore.

Il entre à l'Hôtel-Dieu le 1er mars 1841, est placé au n. 51, puis 48 de la salle Ste-Marthe. Il présente les symptômes suivans: douleurs qui se prolongent le long de l'urètre lorsqu'il a uriné; elles existent quelquefois, mais plus rarement, dans la vessie; douleur et sensation de chatouillement à l'extrémité du gland; elle s'accroît pendant la marche; besoin fréquent d'uriner; les urines, ordinairement limpides, prennent quelquefois une teinte de rouge foncé; le jet souvent interrompu d'une manière brusque; pas de douleurs dans la région lombaire.

Il a un appétit très prononcé, digère bien, présente tous les attributs d'une robuste constitution; point amaigri. Le cathétérisme, pratiqué le jour même de son entrée, permet de constater l'existence d'un calcul assez volumineux et rugueux.

Le 8 mars, le cathétérisme est renouvelé et donne le même résultat. Les urines conservées sont limpides, de couleur citrine, laissant au fond du verre un dépôt de mucus blanchâtre.

Le 10, l'opération est résolue et pratiquée. On donne un lavement et un bain au malade. La *taille* est faite en présence du professeur V. Mott avec le lithotome caché de F. Come (taille latéralisée) On a donné 13 lignes d'écartement à la lame. Rien de particulier si ce n'est la précision et la rapidité avec lesquelles l'opération a été faite. Le calcul saisi d'un premier premier coup et sans recherches a été extrait sans beaucoup d'efforts. La tenette avait été appliquée sur sa face la plus large et suivant son diamètre le plus long, disposition favorable à l'extraction qui eût été impossible si le calcul se fût engagé en travers. Ecoulement d'une petite quantité de sang.

La journée et la nuit qui suivent se passent très bien; légère accélération du pouls.

EXAMEN DU CALCUL. Il est de forme assez régulièrement ovale, aplati; sa surface est inégale et mamelonnée, surtout aux extrémités. Les plus gros mamelons ont la largeur d'une lentille; une couche lisse s'étend sur toutes ces inégalités et en cache quelques-unes. Le noyau central découvert dans un point paraît plus dur et de couleur plus foncée que le reste qui est d'un gris jaunâtre.

Poids		62 grammes	
Dimensions.	Grande circonférence.	12 cent.	6 millim.
	Petite circonférence..	10	0
	Longueur.	4	7
	Largeur	3	3
	Epaisseur	2 1/2	0

La coupe faite sur la ligne médiane permet de voir qu'il existe un noyau de 2 millim., formé lui-même de plusieurs couches grises et violacées; il existe autour une zône jaunâtre, dans laquelle on distingue plusieurs couches bien prononcées, quelques bandes de 2 à 3 millim., et enfin une croute plus friable, brillante et bien cristallisée.

Le 11 mars, le pouls à 80, peau sèche, aucune douleur dans le ventre, ni dans la région de la vessie; l'urine qui s'écoule par la plaie est limpide et n'est plus colorée en rouge; la sensation de cuisson est beaucoup moindre. Déjà, la veille, l'urine a coulé par l'urètre à plusieurs reprises, et son émission a été précédée de la sensation du besoin.

Le 12, peau fraîche, pouls à 80, ventre souple et indolent; l'urine coule en abondance et en quantité presque égale par l'urètre et par la plaie; cet écoulement n'est point continu; il est presque entièrement déjà sous l'influence de la volonté du malade. Sommeil paisible. Au milieu de la nuit, il a rendu par la plaie deux ou trois petits caillots noirâtres; l'urine qui s'écoule ensuite est légèrement teinte de sang.

13. Pouls à 100, ventre légèrement douloureux. Il a rendu un caillot peu volumineux par la plaie. (Bouillon.)

15. Apyrexie; l'urine sort toujours par la plaie et par l'urètre.

19. L'urine sort presque en totalité par l'urètre; plaie vermeille; bourgeons charnus d'un beau rose; appétit. (Une portion.)

24. Il mange deux portions. Etat très satisfaisant.

26. Une fenêtre est restée longtemps ouverte auprès de lui. Quelques frissons, sans autre symptôme fâcheux.

27. Anorexie; un peu de malaise.

29, vingtième jour après l'opération. Dans la nuit précédente il s'est déclaré une hémorragie assez abondante; on tamponne légèrement.

Au moment de la visite, le sang coule avec abondance par la plaie et des caillots sortent par l'urètre avec douleur et difficulté. On fait, au moyen d'une sonde, une injection d'eau tiède dans la vessie; elle sort par le périnée à peine colorée; la plaie est débarrassée des caillots qui la remplissent; tout à coup jet de sang assez considérable; la situation profonde et l'état de cicatrisation avancée de la plaie ne permettent point de l'atteindre et rendent infructueux tous les efforts faits pour le saisir avec la pince. M. Roux se décide à tamponner et à cesser ses recherches; car le malade est très pâle et la syncope imminente. Une sonde est d'abord introduite dans la vessie; puis un bourdonnet de charpie entouré de longs fils est porté au fond de la plaie; et une quantité assez considérable de charpie est placée ensuite, et maintenue par un bandage en T sur lequel la sonde est ensuite fixée. (Bouillon et vin chaud; glace sur le ventre.)

30. Les joues se colorent; le pouls qui était filiforme reprend de la force; un peu de malaise et d'agitation; urines rares non colorées; pas d'hémorragie. On supprime la glace.

31. On desserre le bandage; il a déterminé de légères escarres aux épines iliaques antérieures et supérieures; la face est colorée; le pouls plein à 90. (Potages.)

1er avril. Etat satisfaisant; sommeil paisible, pouls à 90, face colorée, urines rares, mais naturelle. On ôte la sonde, ainsi que le tampon qui a largement dilaté la plaie par laquelle l'urine sort, aujourd'hui, presque en totalité. Pas d'hémorragie.

2 avril. Douleurs vagues dans l'abdomen; anorexie; constipation. (Potion purgative.) Il a deux selles liquides dans la journée.

5 avril. Il est d'une grande faiblesse; il se lève pendant quelque temps.

7. Faiblesse générale, anorexie, digestion pénible, météorisme, diarrhée. L'urine sort en égale quantité par l'urètre et par la plaie; escarres superficielles aux épines iliaques et au sacrum.

10. Pâleur et émaciation, ventre météorisé et un peu douloureux; sensation pénible dans la région de la vessie; inappétence, un peu de diarrhée, quelques nausées, apyrexie. Les escarres commencent à se détacher. (Vin de Bagnols, lavement laudanisé.)

11. La veille au soir, en se recouchant, il est pris d'un frisson très violent, qui dure plus d'une heure.

Agitation considérable de tout le corps, claquement des dents, lèvres pâles, teinte violacée de toute la face. Il est tellement affaibli qu'il semble prêt à succomber. On le réchauffe avec beaucoup de peine. Le matin, à la visite, la face encore pâle et violacée, soubresauts de tendons, pouls filiforme, 120 pulsations; ventre météorisé, douloureux, surtout dans la région hypogastrique; prostration. L'urine sort en plus grande quantité par la plaie. (Liniment de huile de camomille et laudanum sur le ventre.)

12. La veille, à 5 heures du soir, nouveau frisson un peu moins intense que le premier. Même état que la veille; pouls filiforme, à 130; peau froide et décolorée, soubresauts de tendons, mouvemens convulsifs de la face, langue sèche et pâle, soif vive, douleur dans le bassin et à la région hypogastrique, météorisme, anxiété très prononcée.

Le soir, amélioration légère. Le pouls ne bat plus que 100 fois, plus résistant. Les douleurs ont diminué.

13. Encore un frisson la veille. A 6 heures et demie du soir, même état. (40 centigrammes de sulfate de quinine sont administrés en 2 fois. Le soir l'accès revient, mais il est moins intense et ne dure qu'une demi-heure.

14. Il accuse une grande difficulté à faire agir les membres abdominaux; il y éprouve de très vives douleurs. La région inguinale droite est très sensible au toucher; on y sent une rénitence très prononcée; pas de fluctuation. Le pouls a repris sa fréquence; affaissement. l'urine sort en totalité par la plaie. (Appliquer 25 sangsues, *loco dolenti*, sulfate de quinine, 60 centigrammes.)

Un frisson qui survient le matin s'oppose à l'administration du sulfate de quinine. Un autre accès le soir, vers 8 heures.

15. Même état, pouls à 130; décomposition des traits; émaciation. On renonce à l'emploi du sulfate de quinine.

16. Douleurs aiguës dans les membres inférieurs et surtout à l'aine droite; pas de fluctuation; les genoux volumineux; rotule projetée en avant et soulevée par un liquide.

17. Prostration, tremblement de la langue, prononciation incertaine, soubresauts de tendons, pouls filiforme, à 130; douleur très vive à la partie postérieure de la tête et du cou, de même dans les articulations coxo-fémorales, aux genoux, aux coude-pieds. La synoviale du genou est manifestement distendue par un liquide; fluctuation facile à constater. A la partie supérieure de la cuisse droite, tension considérable et douleur aiguë, comme s'il existait une accumulation de pus profonde, et qui ne peut être révélée par la sensation de la fluctuation. L'artère crurale est soulevée. Langue pâle, soif, ventre météorisé, face pâle, sans teinte jaunâtre; le foie peu volumineux; dans la douleur de la région hépatique, la plaie du périnée a une teinte blafarde, elle est béante, et l'urine sort en totalité par cette voie. Diarrhée liquide et selles involontaires.

Le 18, quarantième jour après l'opération. Il n'a point eu de frissons la veille; le matin même état que les jours précédens; le soir, délire tranquille, marmottement, parole difficile, affaissement; mort dans la nuit à 3 heures.

AUTOPSIE le 20 à neuf heures du matin.

HABITUDE EXTÉRIEURE. Emaciation; les escarres du bassin sont tombées et ont laissé des plaies de 3 à 4 centimètres de diamètre. Le sacrum est dénudé dans une

étendue égale à la largeur de la main; fluctuation évidente dans les deux articulations fémoro-tibiales.

THORAX. Les deux plèvres ne présentent rien de remarquable. Le poumon droit présente à la face externe de son lobe supérieur, deux petits abcès du volume d'un pois, remplis d'un pus fluide et crêmeux. Autour d'eux, le tissu pulmonaire, dans une zone d'un ou 2 millimètres, a une teinte violacée, est à peine crépitant. Le reste de ce poumon, ainsi que le gauche, sont parfaitement sains, et l'on n'y peut découvrir d'autres abcès, malgré les recherches les plus minutieuses.

ABDOMEN. Le foie est pâle et ne renferme aucun abcès; sa vésicule est remplie par une bile visqueuse et jaunâtre; rate de forme très allongée divisée par plusieurs scissures; coloration et consistance normales. Estomac vide et distendu par des gaz inodores. Les intestins sont aussi dilatés par des gaz; ils sont minces et demi-transparens, la muqueuse pâle et un peu ramollie. Le rein gauche sain; à la partie interne et inférieure du rein droit existe un foyer capable de contenir une petite noix; le pus qu'il contenait commence à se faire jour au dehors et à s'épancher dans le tissu cellulaire voisin; il était tout à fait superficiel; la substance corticale est jaunâtre; pas de traces de calculs, ni de graviers. Les uretères n'ont rien offert de particulier.

Il existe dans le repli recto-vésical du péritoine une quantité assez considérable de pus jaunâtre crémeux et bien lié (200 grammes environ); le péritoine est d'ailleurs parfaitement sain; pas de pseudo-membranes, d'injection, d'adhérences des intestins, etc. La vessie est fortement revenue sur elle-même; elle forme un petit corps dur et semblable, à cause de l'épaisseur de ses parois, à l'utérus. Le tissu cellulaire du petit bassin est à l'état normal et ne renferme aucune collection purulente. Les veines qu'on a pu examiner dans le voisinage de la vessie n'offrent aucune trace d'inflammation. La plaie faite à la vessie est fort rétrécie, et à peine le petit doigt peut-il s'y introduire; celle des parties molles a une forme triangulaire à base placée du côté de la peau du périnée; elle se rétrécit beaucoup au niveau du bulbe et de la prostate, qui a été légèrement intéressée; les parois de la vessie très épaissies; la muqueuse a une teinte grisâtre, peu ou point ramollie, elle est complètement vide; les recherches n'ont pu apprendre quelle avait été la cause de l'hémorragie.

ABCÈS. Une grande quantité de pus existe dans la gaîne du nerf crural, depuis l'anneau jusqu'à sa division à la partie supérieure de la cuisse. Dans les articulations du genou, on trouve une collection considérable de pus jaune et crêmeux; la synoviale est pâle et sans aucune trace d'inflammation; pus analogue, mais en quantité beaucoup moindre dans les articulations coxo-fémorales.

Il n'existe point de pus dans les articulations scapulo-humérales, ni à celles du poignet. Il n'y a que l'articulation du coude qui contienne un liquide synovial purulent, en petite quantité d'ailleurs.

A la partie postérieure du crâne, immédiatement derrière l'occipital, et sous les muscles profonds de cette région on voit une collection de pus grisâtre et même de couleur brune; il est mal lié et très fluide.

Le cerveau est à l'état normal.

Ainsi que nous l'avons déjà dit, cette observation présente plus d'une circonstance digne d'intérêt. D'abord, la simplicité de l'opération et la rapidité avec laquelle la vessie est ouverte, le calcul saisi et extrait; les suites immédiates sont aussi heureuses que possible: l'urine sort le premier jour en égale quantité par la plaie et par l'urètre; son excrétion est sous l'influence de la volonté; la plaie semble s'être réunie par première intention; le malade arrive ainsi au vingtième jour sans que le moindre accident vienne traverser un succès que l'on doit regarder comme assuré; c'est alors qu'une hémorragie se déclare, hémorragie artérielle et non point due, comme dans la plupart des cas et surtout chez les vieillards, aux nombreuses veines, aux plexus qui entourent la prostate et le col de la vessie: le sang était rutilant et lancé par un jet d'un certain volume. Cette hémorragie, à une époque aussi avancée, lorsque la plaie était presque entièrement cicatrisée et donnait à peine passage à quelques gouttes d'urine, n'est pas chose fort commune; il serait difficile de recueillir beaucoup d'exemples analogues.

A quelle cause faut-il l'attribuer?

L'explication la plus naturelle, à notre sens, c'est qu'elle était due à des érections soit spontanées, soit provoquées par la masturbation. Quoique les questions adressées au malade n'aient eu qu'un résultat négatif, nous n'en persistons pas moins à croire que c'est la seule cause qui ait pu agir. Nous nous rappelons à ce sujet un fait semblable observé par M. le professeur Riberi, l'un des chirurgiens les plus distingués de l'Italie, sur un enfant qu'il nous a fait voir à l'hôpital St-Jean de Turin, lors de notre passage dans cette ville, où nous accompagnions M. Roux. Cet enfant avait subi avec un plein succès l'opération de la taille, qu'on pratique fréquemment à Turin, comme dans tout le reste de l'Italie, lorsque quelques jours après l'opération il se déclara, et à plusieurs reprises, des hémorragies qu'il fut assez difficile de comprimer. M. Riberi, ne sachant trop comment les expliquer, fit observer attentivement le jeune malade, apprit qu'il se livrait à l'onanisme; il lui fit mettre une camisole de force et les hémorragies ne reparurent plus. Tout porte à croire qu'il en a été de même pour notre jeune taillé.

M. Roux, après avoir débarrassé la plaie des caillots qui en remplissaient, vit un jet de sang s'élancer des parties profondes; prévoyant les inconvéniens, les dangers même (et l'évènement justifia ses craintes), qui devaient résulter de la compression exercée par le tamponnement, il fit de nombreux efforts pour saisir l'artère: ce fut en vain. Cependant l'état du malade devenait fort inquiétant, il pâlissait, il était dans un état voisin de la syncope, il eût été imprudent de prolonger ces tentatives et le tamponnement fut pratiqué.

Il est impossible de ne point croire que la présence de ce corps étranger au milieu d'une plaie qu'il distendait fortement n'ait pas été le point de départ d'accidens sérieux et la cause médiate de la mort. A dater de ce moment, le malade tombe dans un état de langueur et d'affaiblissement qui augmente chaque jour; il perd l'appétit, éprouve des douleurs dans l'abdomen, il a de la diarrhée.

Quoique l'hémorragie n'ait point reparu après l'enlèvement du tampon, le pouls reste filiforme, la peau décolorée. Plus tard, de violens frissons reviennent tous les soirs périodiquement. On essaie un traitement qui avait parfaitement réussi dans une autre circonstance chez un enfant opéré de la taille l'année précédente; on lui administre le sulfate de quinine, mais sans résultat aucun; l'état s'aggrave de plus en plus. Une tuméfaction considérable apparaît dans le pli de l'aine droite, les grandes articulations deviennent douloureuses, se remplissent de pus; il meurt dans le marasme 40 jours après l'opération.

L'autopsie est venue nous montrer des lésions tout à fait analogues à celles des observations qui précèdent; abcès métastatiques très rares et très petits dans les viscères parenchymateux, deux de la grosseur d'un pois dans le poumon droit, et qui auraient pu échapper même à une investigation attentive; un autre plus volumineux dans le rein gauche, le pus qu'il contenait commençait à s'épancher dans le tissu cellulaire ambiant. Rien de plus.

Mais en revanche, on trouve un abcès formé d'un pus grisâtre et mal lié, derrière l'occipital et sous les muscles profonds de cette région, un autre dans la gaîne du nerf crural à droite et qui se prolongeait jusque dans l'abdomen et faisait pendant la vie une saillie considérable à la partie supérieure de la cuisse; enfin la plupart des grandes articulations contenaient aussi un liquide purulent, ici crémeux et épais, là séreux et très fluide. Le péritoine même en contenait une assez grande quantité assemblée dans le cul-de-sac recto-vésical. Il s'était formé ou déposé là, comme dans les synoviales articulaires, c'est-à-dire sans que sa présence fût accompagnée du moindre signe d'inflammation. Il est impossible de l'attribuer à la péritonite, car il n'en existait aucune trace; le péritoine était pâle, non injecté, pas de pseudo-membranes, d'adhérences. L'analogie de la collection purulente de la séreuse du ventre avec celles des articulations était complète.

Nous avons déjà exprimé nos doutes au sujet de ces curieux phénomènes. Toujours disposés à en chercher l'explication, nous avons cru la trouver avant la mort du malade dans l'existence d'une plébite causée par la présence du tampon dans la plaie. Sans abandonner tout à fait cette hypothèse, nous devons dire que notre scalpel n'est point venu la justifier et que nous n'avons pu, comme dans d'autres cas, découvrir dans les veines du petit bassin aucune trace d'inflammation.

Nous allons rapporter d'une manière plus abrégée l'observation d'un homme qui a succombé rapidement, 53 heures après l'opération, sans doute à une péritonite à peine indiquée par les lésions pathologiques. Une circonstance remarquable, c'est qu'on trouva à l'autopsie un calcul aussi volumineux que celui qui avait été extrait et dont l'existence n'avait point été reconnue, ainsi que trois autres qui étaient placés dans des loges et faisaient à peine saillie dans l'intérieur de la vessie.

CALCUL VÉSICAL TRÈS VOLUMINEUX; TAILLE LATÉRALISÉE; SYMPTÔMES DE PÉRITONITE; MORT AU BOUT DE 53 HEURES; A L'AUTOPSIE ON TROUVE UN AUTRE CALCUL TRÈS VOLUMINEUX ET TROIS AUTRES LOGÉS DANS LES CELLULES.

OBS. IV. — Boulanger, âgé de 60 ans, sans état, était venu plusieurs fois à l'Hôtel-Dieu; la dernière, pendant l'année 1839; la présence d'un calcul de volume moyen avait été reconnue. La lithotritie lui fut proposée; il refusa de s'y soumettre.

Il revint à l'Hôtel-Dieu vers la fin de décembre 1840. Il offrait tous les symptômes d'un calcul vésical, dont l'existence fut confirmée par le cathétérisme. On reconnaît qu'il est très volumineux. Il consent à subir l'opération de la taille. Elle lui est pratiquée le 6 janvier 1841, suivant la méthode latéralisée et avec le lithotome caché, à la lame duquel on donne une ouverture de 13 lignes; on introduit une grosse tenette, le calcul est saisi assez facilement, mais les manœuvres pour l'extraire sont pénibles et durent près de quatre minutes.

Le calcul extrait a une forme aplatie, allongée; son grand diamètre a 5 centimètres; son petit, 4 centimètres; sa grande circonférence, 13 centimètres; la petite, 11. Il est gris-brunâtre et paraît formé d'acide urique. Poids, 57 gramm. Il a été saisi par sa face la plus large et par son plus petit diamètre.

Le soir de l'opération et le lendemain 7 au matin, le malade est sans fièvre, conserve sans fatigue le décubitus dorsal; les urines coulent en grande quantité par la plaie et sont teintes en rouge. Le soir, un peu d'agitation, fièvre, soif vive, ventre souple et indolent.

Le 8, état fâcheux; l'opéré s'est levé; il demande à manger; agitation consi-

dérable, traits altérés, face pâle, peau froide, respiration très accélérée, 40 inspirations par minute; ventre météorisé, douloureux, supporte difficilement la pression. L'urine coule en abondance; elle est sanguinolente, soif vive, langue sèche. (50 sangsues sur le ventre.)

Dans la journée, l'état devient encore plus grave; délire, frissons continuels. Il meurt à trois heures après midi.

Autopsie faite le lundi 11 janvier.

Thorax. Poumons non adhérens, crépitans, parfaitement sains.

Abdomen. L'estomac et les intestins très dilatés par les gaz. On trouve 100 grammes environ de sérosité sanguinolente dans le petit bassin. Le péritoine n'offre point de pseudo-membranes, pas de pus, pas de traces bien évidentes d'inflammation. La vessie est très développée et sa capacité très grande. Le cathéter qu'on y introduit annonce la présence d'un autre calcul Le second calcul pèse 62 grammes; sa forme est triangulaire, à angles arrondis, légère dépression au milieu de ses faces; hauteur, 5. centim. 2 millim.; largeur à la base, 4 cent. 8 mill.; grande circonférence, 13 cent.; petite circonférence, 11 cent. Les parois de la vessie sont très épaisses; la muqueuse est saine, non ramollie. Trois loges sont remplies par des calculs du volume d'une noisette analogues aux autres Ils faisaient à peine saillie dans la cavité de la vessie. La plaie faite à la vessie n'est pas très grande. On a éprouvé beaucoup de difficultés à faire passer le calcul trouvé dans la vessie. La cavité était complètement vide. La plaie faite à l'urètre et au col commence immédiatement derrière le bulbe et intéresse une partie de la prostate Les tissus du périnée un peu contus. Il existe une petite quantité de pus infiltré dans le tissu cellulaire du petit bassin.

Avant de terminer cette revue dont l'anatomie pathologique a malheureusement fait presque tous les frais, c'est ici le lieu de rapporter le seul fait de guérison que nous ayons pu recueillir cette année. Il n'a point de l'intérêt sous ce rapport seulement, mais il a offert à notre observation une circonstance singulière. Par le cathétérisme, on avait reconnu l'existence d'un calcul dont le volume à peine égal à celui d'une noix aurait naturellement indiqué l'emploi de la lithotritie; cependant M. Roux remarqua, par un examen plus attentif, que ce calcul était inégal, rugueux; il en conclut qu'il était formé d'oxalate de chaux, mural, et par conséquent difficile à attaquer par des instrumens de lithotritie. Cette raison lui fit préférer la taille. Mais quel fut son étonnement, lorsqu'après avoir pénétré dans la vessie et saisi le calcul, il le vit s'écraser dans les tenettes avant qu'il fût complètement extrait! En effet, ce calcul, par son aspect et sa composition chimique, devait être rangé dans la classe des calculs muraux; mais il offrait une curieuse disposition; un noyau grisâtre placé au centre était tout à fait libre et isolé dans une coque de forme arrondie dont les parois avaient à peine 1 ou 2 millim. d'épaisseur et devaient céder à une compression un peu forte. Certes cette disposition était bien favorable à l'application de la lithotritie, mais comment la diagnostiquer? Peut-on exiger un tact assez fin, une ouïe assez déliée, pour reconnaître au choc du cathéter comme un pareil calcul, qu'il n'était pas entièrement solide et formé d'une croûte si mince? On trouvera dans l'observation qui suit tous les détails possibles sur cette singulière concrétion.

L'opéré, après avoir éprouvé des accidens qui devaient inspirer des craintes (frissons, fièvres, vomissemens, etc.), s'est rétabli très rapidement, et sa guérison a été parfaite.

CALCUL MURAL CHEZ UN JEUNE HOMME DE 22 ANS; TAILLE LATÉRALISÉE AVEC LE GORGERET D'HAWKINS; LE CALCUL, FORMÉ D'UNE COQUE FRIABLE, SE BRISE ENTRE LES MORS DE LA TENETTE PENDANT L'EXTRACTION; GUÉRISON.

Obs. IV. — Fournery, âgé de 22 ans, clerc d'huissier, est admis à l'Hôtel-Dieu le 16 janvier 1841. Il est d'une assez bonne constitution. Ses parens vivent encore et se portent bien. Il est à Paris depuis quatre ans, et c'est depuis cette époque qu'il a commencé à souffrir. A l'âge de 18 ans, il a éprouvé une rétention d'urine qui a duré huit jours; il pissait avec difficulté et le jet s'arrêtait brusquement; pas de douleurs dans les reins, la vessie, etc Il va dans son pays et les accidens disparaissent; il y a pendant une année rémission complète. Trois mois avant son entrée à l'hôpital, il sort de son urètre quelques gouttes de sang pur, à la suite d'une marche forcée. Depuis lors, douleurs assez vives dans la vessie, pendant et après la miction; c'est surtout pendant que l'urine coule qu'il souffre davantage. Ce jet est quelquefois brusquement interrompu Quelquefois il a eu des incontinences d'urine. Par le cathétérisme, on reconnait qu'il existe dans la vessie, dans son bas-fond, un calcul inégal, rugueux et peu volumineux. Le malade éprouve des souffrances assez vives le long de l'urètre et jusqu'au fond. Ses urines sont claires et sans dépôt.

L'opération est pratiquée le 27 janvier 1841; elle est faite suivant la méthode latéralisée et avec le gorgeret d'Hawkins; la tenette saisit le calcul facilement, et il est extrait sans beaucoup de peine; il est noir et sphérique, mais il a éprouvé entre les mors des tenettes un commencement de broiement, et les spectateurs, en l'examinant, achèvent de le réduire en morceaux. Quelques fragmens, restés dans la plaie, ont été extraits avec la curette. Une injection faite dans la vessie ne ramène aucun débris.

Rien de particulier dans l'état du malade; il éprouve, quelques heures après l'opération, le besoin d'uriner, il fait un effort et un caillot s'échappe par la plaie et est suivi par une quantité assez grande d'urine un peu sanguinolente. Il se plaint d'éprouver de la cuisson dans la plaie; douleur le long de l'urètre et au gland; 100 pulsations. (Potion laudanum, 24 gouttes; injection d'huile dans l'urètre.)

Examen du calcul. Il avait au moment de son extraction une forme sphérique. L'examen répété sans précaution l'a réduit en fragmens de grandeurs diverses. Noyau grisâtre du volume et de la forme de deux grains de café réunis; puis quatre ou cinq fragmens de 2 à 3 centimètres, minces, aplatis, d'un brun noirâtre, et inégaux, et un plus grand nombre de petits fragmens qui présentaient les mêmes caractères; leur surface est couverte de petits mamelons très prononcés entre lesquels on trouve de petits caillots rougeâtres. Il est facile, en réunissant tous ces fragmens, de recomposer le calcul et de voir qu'il était formé d'un noyau libre dans une coque à minces parois. L'analyse a démontré qu'il était formé d'oxalate de chaux.

28 janvier. Le pouls a une fréquence modérée; ventre indolent; les urines sortent claires par la plaie et déterminent une sensation de cuisson très vive. Au milieu de la journée, frisson qui dure une demi-heure; il est suivi de chaleur et de sueur.

Saignée du bras, 12 onces. Le caillot est ferme, adhérent au vase, légèrement couenneux.

29. 90 pulsations; au milieu de la journée, nausées et vomissemens de bile verdâtre; pouls à 130; affaissement; glace à l'intérieur; la nuit est bonne; plus de nausées ni de vomissemens.

30. 80 pulsations; ventre indolent; sensation de bien-être. Le soir, état aussi satisfaisant.

1er février. 64 pulsations; peau fraiche; l'urine ne sort que par la plaie; son passage ne cause plus de sensation pénible; il rend encore un petit caillot noirâtre; appétit très prononcé. (On lave la plaie avec de l'eau de guimauve; 2 bouillons.)

3 février. La moitié de l'urine sort par la plaie, et l'autre moitié par l'urètre.

5. L'action d'uriner est toujours précédée du besoin, il faut qu'il exerce un effort, et l'urine sort par la plaie et par l'urètre.

8. L'urine sort en plus grande quantité par l'urètre; il n'a point eu de selles depuis plusieurs jours. (Lavement purgatif; alimentation légère.)

13. On cautérise avec le nitrate d'argent la plaie, qui est vermeille et bourgeonnée; il existe encore un petit pertuis par lequel s'échappent quelques gouttes d'urine.

Le 1er mars il ne sort plus d'urine par la plaie.

Il sort très bien guéri le 8 mars.

(*La suite à un prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 14 NOVEMBRE.

M. le capitaine Duperrey a été nommé membre de l'Académie des sciences (section de navigation) en remplacement de M. de Freycinet. Sur 50 votans il a obtenu 44 voix.

M. Castel écrit pour se porter candidat à la place vacante par le décès de M. Double. Il joint à sa lettre la liste manuscrite de ses titres, ainsi que la première partie d'un ouvrage intitulé : Les bases physiologiques de la médecine.

MALADIES DU SEIN.

M. Tanchou adresse à l'Académie une lettre sur le traitement des tumeurs du sein, dans le but de prévenir, dit-il, leur dégénerescence cancéreuse. D'après M. Tanchou, les tumeurs du sein sont des maladies graves et qui augmentent en raison de la civilisation. Il en donne des preuves par des chiffres. Par exemple, en 1830, il est mort 668 personnes du cancer dans le département de la Seine; en 1840, il en est mort 889. Dans le premier cas, c'est 1,96 p. 0/0; dans le second, c'est 2,40, sur le chiffre de la mortalité qui est de 382,851 pour les onze années. A Paris seulement il y a eu, en 1830, 595 décès du cancer, et en 1840, 779, ce qui donne 2,54 p. 0/0; tandis que dans le reste du département de la Seine il y en a eu 73 en 1830, 110 en 1840, ce qui donne 1,83 sur la mortalité.

M. Tanchou propose différens moyens pour arrêter le développement des tumeurs du sein. Il s'élève fortement contre l'opération et contre les caustiques tendant à remplacer celle-ci. Il s'appuie de preuves prises dans l'histoire de la médecine et auprès des grands maîtres. Entre autres moyens, il propose la compression avec des compresseurs particuliers, ainsi que l'emploi de sachets avec les substances suivantes :

Iodure de potassium........	5 00
Eponge en poudre.........	10 00
Chlorydrate d'ammoniaque .	40 00
Chlorydrate de sodium......	10 00

Enfin, M. Tanchou a recours à la poudre fondante dont voici la formule :

Eponge en poudre..........	20 00
Nitrate de potasse	1 00
Iris de Florence.............	1

Mêlez.

Trente personnes, dit-il, ont été traitées par cette méthode et toutes parais-

sent avoir éprouvé une amélioration marquée dans leur position. Quelques-unes ont vu leur glande se fondre entièrement; la plupart en conservent des débris, aucune malade n'a été opérée quoique plusieurs aient dû l'être avant de commencer le traitement. M. Tanchou termine en donnant plusieurs observations à l'appui de ses idées.

MATIÈRE MÉDICALE. — LACTUCARIUM.

M. Aubergier, docteur de la Faculté des sciences, professeur suppléant à l'École préparatoire de médecine de Clermont-Ferrand, adresse l'extrait d'un mémoire sur le *lactucarium*, qu'il se propose d'envoyer prochainement.

Lorsqu'on pratique, dit-il, des incisions aux tiges de la laitue montée à l'époque de la floraison, il s'en échappe un suc laiteux d'une grande amertume, qui se dessèche rapidement au contact de l'air; ce suc a été nommé lactucarium; dans tous les temps il a été comparé au suc de pavot; cette comparaison a paru aussi bien fondée, tant sous le rapport de l'action médicale, que sous celui des caractères physiques, au docteur Coxe, qui a expérimenté le lactucarium à Philadelphie, à Duncan et quelques-uns de ses compatriotes, qui l'ont expérimenté à Edimbourg, et enfin au docteur Bidault de Villiers, qui a répété en France les expériences faites en Amérique et en Angleterre. Tous ces observateurs se sont accordés pour reconnaître que le lactucarium possède les propriétés calmantes de l'opium sans en avoir les inconvéniens; c'est-à-dire qu'il ne produit ni la constipation opiniâtre, ni la congestion cérébrale, qui accompagnent souvent l'usage de ce médicament.

Comme on se procurait par incisions de si petites quantité de suc, que le docteur Bidault de Villiers avoue n'en avoir jamais possédé à la fois plus de 15 gram., on a été obligé de remplacer le lactucarium par un extrait préparé avec la plante entière.

Dans cet extrait, connu sous le nom de thridace, le principe actif concentré dans le principe laiteux se trouve noyé dans les substances insignifiantes contenues dans l'eau de végétation, si tant est même qu'il en existe, car l'analyse va nous démontrer que ce principe actif étant presque insoluble dans l'eau froide, il doit rester dans les marcs, au lieu de passer dans le suc destiné à la préparation de l'extrait. Il en résulte que la thridace est un médicament inoffensif, et les médecins qui s'en sont aperçus avant que la théorie vînt les en avertir ont presque entièrement renoncé à l'employer.

On ne peut donc s'attendre à obtenir les résultats constatés par les premiers observateurs qu'en employant le suc laiteux lui-même. Il importait dès-lors qu'on fît de nouveaux efforts pour surmonter les difficultés qui ont empêché jusqu'ici de mettre ce produit à la disposition des praticiens; tel est le but que je me suis proposé; sans me laisser décourager par l'insuccès de mes premières tentatives, j'ai varié mes expériences, et c'est la comparaison établie entre le suc de la laitue et celui du pavot qui m'a guidé dans la nouvelle direction que j'ai donnée à mes recherches. Quoique toutes les espèces du genre pavot contiennent le suc laiteux avec lequel on prépare l'opium, cependant ce produit ne peut être obtenu commercialement par incisions qu'en cultivant les espèces dans lesquelles les péricarpes atteignent un développement suffisant. La récolte en deviendrait impossible si l'on s'adressait à certains pavots que nous ne connaissons qu'à l'état sauvage, par exemple, au pavot douteux ou au pavot coquelicot.

Je ne pouvais donc espérer résoudre le problème que je m'étais proposé qu'en choisissant pour les cultiver des espèces dont le suc laiteux aurait la même composition et les mêmes propriétés que celui de la laitue cultivée, mais dont les tiges prendraient plus de développemens que celles de mes premières plantations. En prenant ainsi pour guide la loi des analogies entre les végétaux appartenant aux mêmes groupes, je suis arrivé à un résultat singulier; dans certaines espèces, le suc laiteux, au lieu d'être amer, est au contraire fade et douceâtre. Il contient beaucoup de mammite, mais pas de principe amer, et n'a aucune propriété calmante. Je citerai comme exemple le *lactuca stricta, acuminata et longata* de l'Amérique septentrionale; mais dans d'autres espèces, ainsi que je m'y attendais, le suc laiteux à la même la composition chimique, les mêmes propriétés médicales que celui de la laitue cultivée; parmi celles-ci, l'espèce la plus remarquable, la plus intéressante, surtout sous le point de vue qui m'occupait, était indiquée pour ainsi dire par le nom qu'elle porte; c'est l'*altissima*, dont les tiges atteignent par la culture jusqu'à 3 mètres de hauteur et 4 centimètres de diamètre. Il en résulte qu'on peut recueillir par incision des quantités de suc laiteux telles, que je puis avancer que le lactucarium pourra conserver sur l'opium, pour le prix, la prééminence qu'on lui a attribuée sous le rapport des propriétés médicales.

Au moment où il s'échappe des incisions, le suc offre la couleur et la consistance de la crême; bientôt il se coagule et se colore en jaune, puis en brun, et il se dessèche assez promptement en perdant 71 p. 0/0 de son poids; souvent il se couvre d'efflorescences cristallines, que le docteur Bidault de Villiers attribuait à un alcali végétal, et qui ne sont autre chose que de la mammite; sous l'influence des alcalis, le suc frais se colore en rose, et la solution précipite les persels de fer en brun, tandis que la liqueur qui surnage le précipité devient verte.

L'analyse du lactucarium qui m'a conduit à établir l'identité du suc dans certaines espèces a donné les résultats suivans :

Une matière amère, cristallisable, de la mannite, de l'asparagine. Une matière cristallisable colorant en vert les sels de fer. Une résine électro-négative combinée à la potasse, une résine indifférente, de l'ulmate de potasse, de la cérine, de la myricine, de la pectine, de l'albumine, de l'oxalate acide de potasse, du malate de potasse, du nitrate de potasse, du sulfate de potasse, du chlorure de potassium, du phosphate de chaux et de magnésie, des oxides de fer et de manganèse, et enfin de la silice. On voit, d'après cette analyse, que le lactucarium du suc de la laitue est dû à un mélange de cire et de résine, et non au caoutchouc, comme Schrader et Pfaff l'avaient avancé. C'est une émulsion végétale à base de cire qui se rapproche de celle que fournit l'arbre de la vache, dont M. Boussingault nous a fait connaître la nature.

La substance la plus intéressante isolée dans cette analyse est certainement la matière amère que j'ai obtenue à l'état cristallin, et qui est au lactucarium ce que la morphine est à l'opium, à cela près que la morphine est alcaline et que la matière active du lactucarium est neutre; cette matière, presque insoluble dans l'eau froide est plus soluble à chaud; elle se sépare, par le refroidissement, en paillettes nacrées ressemblant à l'acide borique; elle est soluble dans l'alcool faible et dans l'alcool fort, mais plus à chaud qu'à froid. Elle est complètement insoluble dans l'éther; chauffée, elle se charbonne sans se sublimer; sa solution s'altère sous l'influence des alcalis, et l'amertume disparaît sans qu'un acide puisse la faire revenir.

Le peu de solubilité dans l'eau froide de la matière amère prouve, ainsi que je l'ai dit en commençant, qu'elle ne peut se trouver en dissolution dans le suc qu'on obtient en exprimant la plante et l'on peut supposer que la petite quantité qui doit être entraînée s'altère pendant l'évaporation. Les expériences médicales faites par M. Bertrand fils, professeur à l'école préparatoire de médecine de Clermont-Ferrand, ont confirmé les conséquences tirées de l'analyse et ne laissent plus de doutes sur les propriétés calmantes du lactucarium.

Je crois donc pouvoir conclure des recherches dont je viens d'exposer les résultats que le lactucarium doit devenir le rival de l'opium dans la pratique médicale et que son emploi diminuera en France la consommation d'un produit pour lequel nous payons un impôt considérable à l'étranger.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 15 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. FOUQUIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

MM. Dumas, Cap et Mialhe écrivent à l'Académie pour se porter candidats à la place vacante dans la section de physique et de chimie.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA TÉNOTOMIE DES FLÉCHISSEURS DE LA MAIN ET DES DOIGTS.

M. Bouvier déclare ne vouloir point s'arrêter aux questions générales agitées en dehors de la question de la ténotomie des fléchisseurs des doigts.

Relativement aux deux opérées présentées par M. Guérin, M. Bouvier en donne deux appréciations qui ont varié d'une séance à l'autre. Dans l'avant-dernière, M. Bouvier avait reconnu, après un examen, que la plus âgée des malades avait conservé un mouvement très affaibli de la troisième phalange du médius et de l'annulaire, et de la deuxième de l'auriculaire. Après un second examen, M. Bouvier déclare que tous ces mouvemens n'existent pas. Il ajoute, d'ailleurs, que la malade ne pouvant se servir de sa main opérée pour coudre a appris, depuis l'opération, à coudre de la main gauche. En ce qui concerne la plus jeune des malades, M. Bouvier avait déclaré, après examen, dans l'avant-dernière séance, que le mouvement de la deuxième phalange de l'index était peu étendu, que la flexion de la troisième phalange du médius et de l'annulaire était très bornée, et la flexion de la troisième phalange de l'indicateur et du petit doigt complètement abolie. Après un nouvel examen, il déclare que la flexion de la troisième phalange du petit doigt, au lieu d'être abolie, n'est que très faible; que celle de la troisième phalange de l'annulaire est un peu moins bornée; que la troisième phalange du médius jouit d'un mouvement encore un peu plus étendu. La deuxième phalange de l'index lui paraît aussi posséder un mouvement plus étendu qu'il ne l'avait cru d'abord.

M. Bouvier se livre ensuite à des considérations pour démontrer que chez ces deux malades les résultats ont été les mêmes que ceux qu'il avait constatés dans ses expériences sur les chiens. Il n'excepte que les effets de la section du fléchisseur sublime, faite isolément dans la paume de la main; il n'avait pas expérimenté cette opération, qui, du reste, n'a produit à ses yeux sur Clémentine Mouchy qu'un demi-succès.

A propos des effets de la section isolée du fléchisseur sublime sur les mouvemens des doigts, M. Bouvier entre dans les développemens qui suivent.

M. Gerdy nous a présenté, dit-il, des expériences desquelles il résulterait que les adhérences réciproques des muscles de l'avant-bras ou de la main n'empêchent pas la flexion des doigts. Cela est vrai jusqu'à un certain point; mais les mouvemens sont bien différens, dans ce cas, de ce qu'ils doivent être à l'état normal.

Voici un avant-bras sur lequel j'ai réuni par un point de suture le cubital antérieur et le tendon fléchisseur profond, qui appartient au petit doigt. Vous voyez que la traction exercée sur le fléchisseur, au-dessus de la suture, n'agit sur le petit doigt qu'en inclinant en même temps la main sur l'avant-bras, qu'elle ne produit que la flexion incomplète de la deuxième phalange, sans agir sur la troisième. Au contraire, en tirant sur le fléchisseur du petit doigt, au-dessous de la suture, on obtient un mouvement isolé et l'on détermine une flexion beaucoup plus étendue, à laquelle participent toutes les phalanges. La même expérience, répétée sur le radial antérieur et le tendon du sublime appartenant au médius, donne le même résultat.

J'ai cousu ensemble, sur ce doigt, le tendon du sublime et celui du profond. Je suspends un poids de 500 grammes à ces tendons, vis-à-vis du point où ils adhèrent; la deuxième phalange éprouve la flexion normale, mais non la troisième qui n'exécute qu'un mouvement très borné. Je transporte le poids à l'extrémité d'un fil fixé au profond, au-delà de la suture, et la flexion de la troisième phalange atteint aussitôt son plus haut degré normal, parce que le tendon est libre de glisser sur le sublime, qui tout à l'heure empêchait son mouvement.

C'est là un fait fort simple de mécanique, qui existera toutes les fois que les tendons réunis n'auront pas, dans l'état naturel, la même étendue de mouvement.

Ainsi, l'adhérence du sublime au profond a pour effet, tout en laissant subsister le mouvement de la deuxième phalange, de diminuer considérablement celui de la troisième. Or, la section du sublime chez Clémentine Mouchy n'a pas nui à la flexion de la deuxième phalange, et n'a laissé à la troisième qu'un mouvement rudimentaire, absolument comme l'adhérence produite artificiellement sur ce doigt. Ne doit-on pas en conclure que la section a placé les deux tendons dans les conditions où ils se trouvent dans notre expérience, et si ce n'est l'inspection directe par la dissection des parties, est-il une preuve plus sensible de l'adhérence qui s'est produite entre le sublime et le profond consécutivement à l'opération?

En terminant, M. Bouvier conclut que pour lui il n'y avait pas d'indications à la ténotomie dans les deux cas opérés par M. Guérin; qu'il se serait borné à l'emploi des appareils orthopédiques. Ce n'est qu'après avoir échoué par ces moyens qu'il faut en général recourir à la section des tendons (1).

M. Renauldin : La discussion de la ténotomie, quoique très intéressante, devant encore se prolonger peut-être pendant plusieurs séances, je pense qu'il faudrait, ou la continuer d'une autre manière, c'est-à-dire dans des séances supplémentaires, ou bien la déclarer close; car l'Académie a beaucoup de travaux en arrière dont il serait urgent qu'elle s'occupât sans retard.

M. Rochoux appuie la première partie de la proposition de M. Renauldin. L'Académie, dit-il, doit se conduire d'après ses précédens; or, on doit se rappeler que la discussion sur la distinction entre les nerfs sensitifs et moteurs a été continuée et terminée dans des séances extraordinaires qui avaient lieu le samedi.

M. Gerdy : Je crois que la discussion est arrivée à son terme; elle pourrait finir dans cette séance; pour ma part, je répondrais en dix minutes, si M. Velpeau qui est inscrit avant moi ne devait pas parler longtemps.

M. Velpeau : J'ai beaucoup de choses à dire.

M. Gerdy : Eh bien! M. Velpeau pourrait parler dans cette séance; l'Académie ne pourrait que gagner à l'entendre de suite.

La proposition de M. Renauldin est mise aux voix et adoptée.

M. le Président : La parole est à M. Velpeau.

M. Velpeau : Il est quatre heures vingt minutes. Je crois devoir prévenir que je dois entrer dans des développemens assez étendus; d'ailleurs, d'autres membres sont inscrits. Je propose donc de remettre la suite de la discussion à un autre jour, à samedi prochain, si l'Académie le juge convenable.

M. Mérat : M. Briquet est inscrit depuis longtemps pour la lecture d'un mémoire important; il serait à désirer qu'il eût la parole aujourd'hui et que la discussion sur la ténotomie fût remise à samedi.

La proposition de M. Velpeau appuyée par M. Mérat est adoptée.

M. le Président annonce que la discussion sur la ténotomie sera reprise dans la séance de samedi 26 novembre.

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU.

M. Briquet lit un mémoire sur l'emploi du sulfate de quinine à haute dose dans le traitement du rhumatisme aigu.

M. Briquet a été conduit à l'usage de cette médication par l'emploi qu'il en fit, il y a quelques mois, contre les fièvres typhoïdes. Ayant observé que les effets les plus frappans du sulfate de quinine étaient une perversion très remarquable du type nerveux, un ralentissement très notable du pouls et un abaissement de la température de la peau, il pensa qu'on pourrait tirer parti de ces propriétés pour rompre les mouvemens fluxionnaires et pour calmer la surexcitation du cœur. Or, le rhumatisme aigu étant une des maladies dans lesquelles ces deux circonstances existent à un degré prononcé, il fut naturellement porté à le soumettre à l'action de ce médicament, et le premier résultat fut si décisif, qu'il s'occupa aussitôt de multiplier ses recherches.

Vingt-trois sujets affectés de rhumatisme aigu ont été soumis à cette médication; dix neuf ont été traités dans le service de M. Briquet, un l'a été dans sa pratique civile et les trois autres dans des services étrangers au sien. Tous ces malades n'ont point été des sujets choisis.

Voici comment ils ont été traités :

Le premier jour on faisait prendre selon le sexe, l'âge ou la constitution du malade, 4, 5 ou six grammes de sulfate de quinine dissous dans une potion gommeuse de 190 grammes à l'aide de 10 à 12 gouttes d'acide sulfurique. La potion était donnée par cuillerée à bouche toutes les heures, de manière à ce qu'elle fût prise en douze heures.

Le second jour on donnait ordinairement la même dose et de la même manière que le premier jour.

A partir du troisième jour, comme il y avait presque toujours ou cessation des accidens ou bien une amélioration notable, on diminuait la dose d'un gramme par jour, quelquefois de deux grammes.

Le plus ordinairement le traitement a duré de six à huit jours, et pendant tout ce temps les malades ont pris de 25 à 30 grammes de sulfate de quinine. La solution a été la forme la plus ordinairement employée; cependant lorsque les malades montraient de la répugnance, on donnait le médicament en poudre ou en pilules. Les moyens adjuvans ont été l'usage de la tisane de bourrache miellée, des cataplasmes laudanisés et le repos le plus complet.

Voici maintenant l'état des malades et les résultats de ce traitement :

Les vingt-trois malades se composaient de quinze hommes et huit femmes. Le plus grand nombre avait de vingt à trente ans. Le tiers au plus était des sujets forts; les deux autres tiers étaient d'une constitution lymphatique ou d'une structure grêle. Plus d'un tiers avaient déjà été affectés de rhumatisme aigu, et un quart à peu près avaient des signes de péricardite chronique. Lors de leur entrée à l'hôpital, il y avait terme moyen de trois à cinq jours que la douleur ou le gonflement avait envahi les articulations. A l'exception d'un seul, tous ont commencé le traitement le lendemain de leur entrée à l'hôpital. A cette époque, les deux tiers avaient la teinte jaune-paille, la langue humide et blanche; chez presque tous perte de l'appétit et soif vive; très rarement de la diarrhée, très rarement aussi de la toux. Un peu plus d'un tiers présentaient des signes évidens de péricardite ou d'endocardite ancienne ou récente à des degrés divers. Chez quatre le pouls était à 60, 65; chez treize, il était à 70, à 80, à 90, et chez les six autres il était à 100, 120.

Chez tous, le rhumatisme était caractérisé par une vive douleur, soit continuelle, soit provoquée par la pression ou par le mouvement, par du gonflement avec tension, chaleur et quelquefois rougeur de la peau, avec développement des veines voisines. Chez quelques-uns l'inflammation avait la forme phlegmoneuse; chez d'autres il y avait seulement hydarthrose; enfin chez un petit nombre il y avait des douleurs dans le corps des muscles. Le nombre des lieux envahis à la fois par le rhumatisme a varié de quatre à douze.

Après vingt-quatre heures de traitement, il n'y eut que quatre malades chez lesquels on ne constata pas une diminution prononcée des symptômes rhumatismaux, et encore faut-il ajouter que l'un d'eux n'avait pris qu'une partie de la potion. Chez un, les phénomènes morbides locaux avaient complètement disparu après quarante-huit heures de traitement. Cette disparition eut lieu chez quatorze dans le courant de la troisième journée. Enfin dans le courant du quatrième jour, elle s'observa chez six; de telle sorte qu'à cette époque tous les malades étaient guéris à l'exception de deux, dont l'un était une jeune femme affectée d'un rhumatisme universel aigu qui ne disparut qu'au septième jour, et l'autre était un jeune homme chez lequel au cinquième jour il n'y avait pas de changement sensible, et qui cessa de suivre le traitement. M. Briquet observe qu'il entend par cessation complète du rhumatisme, l'absence complète de douleur et de gonflement, et le retour de la liberté et de la facilité des mouvemens des articulations malades.

On n'a pas observé que la date ancienne ou récente de la maladie ait eu de l'influence sur la facilité à céder au traitement, puisque des malades qui étaient affectés depuis huit jours ont guéri aussi rapidement que ceux chez lesquels la maladie ne datait que de trois jours. Cependant M. Briquet fait remarquer qu'il n'a pas expérimenté sur une assez grande échelle pour se prononcer d'une manière absolue à cet égard. Il a observé qu'en général la résolution a été d'autant plus rapide que la maladie était moins intense.

En même temps que les phénomènes locaux cédaient sous l'influence du traitement, on voyait l'appétit renaître, de telle sorte qu'au troisième jour la plupart des malades prenaient des bouillons, qu'au cinquième jour ils mangeaient des potages, et qu'au sixième ou septième jour ils prenaient des alimens solides.

La rechute ne s'est montrée que chez deux malades. Aucun d'eux n'a été perdu de vue par M. Briquet.

Le seul cas d'insuccès a été un rhumatisme du poignet.

Tels sont les résultats exacts obtenus par M. Briquet.

Le travail de M. Briquet est renvoyé à une commission composée de MM. Baron, Bricheteau et Gaultier de Claubry.

Il est cinq heures un quart, la séance est levée.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

ÉTRANGLEMENS DES HERNIES.

Monsieur le rédacteur,

Malgré le désir que j'avais de rester désormais étranger à toutes les discussions touchant le siége de l'étranglement herniaire, tant qu'elles ne s'appuieraient point sur des faits pertinens, c'est-à-dire sur des autopsies, il m'est impossible de ne pas répondre à l'appel que vous me faites dans votre numéro du 1er octobre, p. 637. Il s'agit d'une hernie crurale, formée par l'intestin, *de 24 millimètres de hauteur*, et que l'on prétend avoir été étranglée par l'anneau crural. A cette assertion exorbitante, je m'étais écrié : *Ceci est une autre découverte!*

M. Marchal a déjà relevé l'argument que je tirais de la hauteur de la hernie, et il avoue qu'il ne le comprend pas. Je n'avais vu là qu'un *lapsus plumæ* dont il ne fallait pas faire un trop grand crime à un écrivain estimable; mais vous prenez la chose pour vôtre; vous déclarez qu'*absolument vous ne comprenez pas non plus*; et vous terminez par une agréable plaisanterie sur *la puissance de l'incompris, si grande de nos jours.*

Vous ne nous avez pas accoutumés à ces légèretés, Monsieur. Votre critique est d'ordinaire plus grave et plus intelligente, et je suis telle-

(1) Si les exigences du compte-rendu nous obligent, en quelque sorte, à publier les assertions et les dénégations de M. Bouvier, que nous savons n'être ni exactes ni fondées, nous ne nous croyons pas obligé néanmoins de le faire sans prendre des réserves formelles. Or, nous croyons pouvoir annoncer par avance que le second examen auquel M. Bouvier s'est livré sur nos opérées, n'a pas été plus rigoureux ni plus éclairé que le premier. Notre dernière réplique rétablira, nous l'espérons, la vérité sur tous ces points. (J. G.)

ment surpris d'être obligé de lui venir en aide que je ne sais comment tourner ma réponse.

Je n'ai assurément pas la prétention de vous apprendre que l'anneau crural ayant 27 millimètres dans un sens, et 18 à 20 dans l'autre, est trois ou quatre fois trop grand pour étrangler une hernie intestinale de 24 millimètres de hauteur.

Si ces chiffres ne suffisent pas pour vous convaincre, mesurez l'anneau vous-même, puis mesurez l'orifice nécessaire pour étrangler une hernie de 24 millimètres de hauteur; une ficelle passée autour du pédicule d'une semblable hernie vous édifiera parfaitement à cet égard.

Si vous voulez une expérience plus directe, ouvrez l'ahomen d'un cadavre, déprimez le péritoine dans l'anneau crural de façon à créer une hernie de 24 millimètres de hauteur, et vous jugerez s'il est possible que l'anneau l'étrangle.

Si vous vous méfiez des expériences, je puis vous dire que ces hernies dans le canal ne sont pas rares chez les vieillards de Bicêtre; que le sac péritonéal se présente alors en forme de bonnet de nuit, avec l'orifice plus large que le fond; et que l'idée d'un étranglement par un orifice plus large que la cavité a quelque chose que je ne comprends pas à mon tour.

Je dis donc, comme je l'avais déjà professé et publié, je répète que l'étranglement par l'anneau crural d'une hernie intestinale de 24 millim. de hauteur est radicalement, absolument et éternellement impossible.

Mais, dit-on, cela a été vu pourtant. — A cela, je n'ai qu'un mot à répondre; cela n'avait jamais été vu jusqu'à la fameuse observation de M. Sédillot; et j'espère bien, pour l'honneur de la chirurgie française, que cela ne se reverra jamais.

J'ai l'honneur d'être, etc. MALGAIGNE.

Monsieur le Rédacteur,

Lorsque je publiai dans les ANNALES le travail SUR LE SIÉGE DE L'ÉTRANGLEMENT HERNIAIRE, dont vous avez rendu compte dans votre numéro du 1er octobre, p. 637, j'avais annoncé l'intention de ne pas répondre aux inévitables objections de M. Malgaigne. Connaissant les moyens de discussion dont il a fait usage, pour défendre sa prétendue doctrine, contre le remarquable Mémoire de M. Diday, les recherches de M. Laugier, les jugémens de MM. Vidal de Cassis et Marchal, et les expériences décisives de M. Velpeau, je regardais comme impossible qu'il souscrivît aux faits empruntés à ma clinique. C'était là une satisfaction que son talent d'écrivain et sa position dans la presse empêchaient de lui refuser.

Cependant, dès qu'une question est arrivée au point de ne plus faire doute pour personne, et que l'auteur d'une malheureuse hypothèse persiste seul à la défendre, ne serait-ce pas justice de ne plus s'en occuper?

Je ne me serais donc nullement ému d'entendre M. Malgaigne appeler la chirurgie française à son aide, et déclarer de son ton le plus tranchant l'honneur de l'art compromis par des observations comme les miennes. Quand on a inventé le tourniquet de J.-L. Petit, pour les fractures de la clavicule, l'implantation d'un crochet de fer dans les fragmens de la rotule, et bon nombre d'autres procédés de ce genre, il est de droit de parler de l'honneur de la chirurgie, et nous étions habitués à ce langage; mais puisque vous me priez, Monsieur le rédacteur, de vous donner quelques explications sur l'objection développée dans la lettre de M. Malgaigne, je le ferai d'autant plus volontiers qu'il s'agit d'un point de fait à éclaircir.

M. Malgaigne déclare l'étranglement par l'anneau crural d'une hernie intestinale de 24 millimètres de hauteur, radicalement, absolument et éternellement impossible. Il se fonde sur ce que l'anneau crural ayant 27 millimètres dans un sens et 18 à 20 dans l'autre, est trois ou quatre fois trop grand pour étrangler une hernie intestinale de 24 millimètres. M. Malgaigne veut-il parler du diamètre du point étranglé, ou réellement de la hauteur de l'anse intestinale déplacée. Dans le premier cas, il nous serait loisible de décliner ce débat, en faisant remarquer la complète erreur de M. Malgaigne au sujet des termes qu'il incrimine. Il n'est nullement dit dans l'observation recueillie par M. Villemin et rapportée dans mon travail, que le diamètre de l'anse intestinale, au point de l'étranglement par l'anneau crural, fût de 24 millimètres, mais que telle était la hauteur de l'anse intestinale mesurée en dehors de l'anneau; à cet égard le texte est précis et explicite, et il aurait fallu une étrange distraction pour y trouver le diamètre du sillon circulaire formé par l'étranglement.

Dans le second cas, serait-ce sérieusement que M. Malgaigne nierait la possibilité de l'étranglement d'une anse intestinale de 24 millimètres de hauteur? Nous hésitons à le supposer; cependant, comme les termes de sa lettre sont fort obscurs, et qu'il est impossible de savoir quelles réserves il se prépare, nous dirons qu'en étranglant avec un fil une anse intestinale saine et par conséquent non tuméfiée, de 24 millimètres de hauteur au-dessous de l'étranglement, nous avons trouvé au point où portait le fil, peu serré il est vrai, mais formant sillon, 84 millimètres de circonférence ou 28 millimètres de diamètre, ce qui dépasserait les dimensions de l'anneau crural et prouverait la possibilité d'augmenter de beaucoup la constriction, sans empêcher en rien l'étranglement. Ce fait suffit, je crois, pour montrer le peu de valeur des expériences cadavériques de M. Malgaigne, qui ne s'est pas même donné la peine d'en indiquer le résultat.

L'exemple des hernieux de Bicêtre, dont le sac présente la forme d'un bonnet de nuit, n'est pas plus concluant. Une hernie simple et réductible peut offrir un tel aspect; mais il n'en est plus de même dès qu'il y a étranglement, cet accident ayant généralement lieu plutôt par la tuméfaction et la réaction de l'anse intestinale herniée contre l'anneau, que par la constriction primitive de cette ouverture; de sorte qu'une hernie qui n'est pas étranglée actuellement est susceptible de le devenir sans que l'anneau se soit rétréci. Ce sont là des phénomènes qu'aucun chirurgien n'ignore, mais qu'il était peut-être utile de rappeler, afin d'établir nettement la possibilité d'un étranglement par un anneau assez large pour n'exercer primitivement qu'une très légère striction sur l'anse intestinale qui l'a traversé.

L'idée d'un étranglement par un orifice plus large que la partie étranglée est certainement fort incompréhensible, et nous avons fait valoir cet argument, pièces pathologiques en main, contre la doctrine exclusive des étranglemens par le collet du sac herniaire. M. Malgaigne a essayé de rétorquer contre nous les mêmes formules de démonstration, mais il eût fallu les appuyer sur des faits réels, et non pas sur des affirmations erronées ou sans fondement.

Nous ajouterons que l'anneau crural représente, dans l'étranglement, un lien linéaire, et que la hernie pouvant se faire immédiatement au-dessous de lui, il n'est nullement nécessaire que l'anse intestinale déplacée ait 24 millimètres de hauteur pour être susceptible de s'étrangler.

Mais c'est assez nous arrêter à la supposition d'une idée, que nous attribuons peut-être gratuitement à M. Malgaigne, et s'il n'a pas voulu parler de la hauteur de l'anse intestinale herniée, mais du diamètre de l'étranglement, nous allons rechercher s'il est vrai, comme il l'affirme, qu'un étranglement par l'anneau crural de 24 millimètres de diamètre soit radicalement, absolument et éternellement impossible.

La raison tirée des dimensions normales de l'anneau est complètement fausse au point de vue pathologique. L'anneau crural présente à l'état normal un espace plein, occupé par l'artère et la veine crurales, des feuillets fibro-celluleux distincts, des vaisseaux et un ganglion lymphatiques; et ce n'est pas l'anneau entier qui donne passage aux hernies, mais seulement dans l'immensité des cas, l'étroit intervalle, situé entre le côté interne de l'anneau et le bord correspondant de la veine crurale. J'ai mesuré cette portion de l'anneau sur plusieurs femmes âgées et ayant eu des enfans, et je l'ai trouvée de 6 à huit millimètres de largeur, ce qui en était le plus grand diamètre. Pour plus de certitude, j'ai enlevé le tissu cellulaire et le ganglion lymphatique, qui remplissent cet espace, j'y ai introduit le doigt, en refoulant de haut en bas les tissus, et la circonférence de cette ouverture artificielle a été de 42 millimètres ou 14 millimètres de diamètre, ce qui laisse encore une certaine latitude pour arriver à 24.

Mais, objectera-t-on, quand une hernie a lieu, les vaisseaux sont fortement refoulés en dehors, et la voie traversée par l'intestin est très agrandie. Cela est vrai, mais cette dilatation se fait principalement aux dépens des enveloppes fibreuses, peu du côté des vaisseaux, et elle n'est jamais considérable pour les hernies crurales, acquérant rarement de grandes dimensions.

Dans les hernies récentes, le refoulement des parties est encore moins marqué; la veine crurale est à peine comprimée, comme le prouve l'absence de l'œdème et de la coloration bleuâtre du membre. Les dissections montrent, d'ailleurs, quels sont les moyens de protection de la veine crurale contre cette compression prétendue. Une toile fibreuse lui sert de soutien et de point d'appui, et elle est en outre fixée par les veines épigastrique, pelviennes et obturatrice qui s'y déversent.

Une anse intestinale herniée est de plus entourée du péritoine, de son fascia propria, du tissu cellulaire, formant le septum crural, des vaisseaux et ganglions lymphatiques, et l'on comprendra comment l'anneau peut la ramener par la constriction qu'il exerce sur elle à 24 millimètres de diamètre et même à beaucoup moins d'étendue. Les faits nombreux dans lesquels on voit l'étranglement porter sur un simple pincement de l'intestin ou sur l'appendice cœcal, sont à cet égard démonstratifs pour tout autre que pour M. Malgaigne.

Nous croyons donc pouvoir affirmer à notre tour que l'étranglement par l'anneau crural d'une anse intestinale soit de 24 millimètres de hauteur, soit de 24 millimètres de diamètre, est radicalement, absolument et éter-

nellement possible, de quelque manière qu'on le considère et qu'on l'étudie.

Je répéterai ici, en terminant, ce que j'ai déjà dit dans mon premier travail. Je n'ai pas eu un instant la pensée de convaincre M. Malgaigne, ni de l'amener à une discussion sérieuse. Ses lettres sont d'agréables récréations, où il esquive ou déplace toutes les questions, et ce qui lui importe, je crois, c'est d'occuper le public et de l'intéresser par les vives et amusantes saillies de son esprit et de son style. Les démonstrations positives sont plus dans la nature de mes goûts, et je ne vous aurais pas, Monsieur le rédacteur, adressé cette réponse, si je ne l'avais cru susceptible de mieux préciser quelques points de l'histoire des hernies.

Agréez, etc.

C. Sédillot.

BIBLIOGRAPHIE.

Des sondes et des bougies en gélatine indestructible de l'ivoire; par J.-J. Cazenave, médecin à Bordeaux. — Paris, 1841; chez J.-B. Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

A côté des insignifiantes productions dont la spécialité des affections génito-urinaires semble en quelque sorte avoir aujourd'hui le privilége de doter la science, on distinguera sans doute la monographie de M. Cazenave sur les sondes et les bougies en gélatine de l'ivoire. Après l'avoir lue avec attention on n'aura pas plus de peine à s'expliquer la faveur qui l'a déjà accueillie qu'à préjuger celle que l'avenir lui réserve encore. Ce succès, elle le mérite à plusieurs titres. Offrant aux hommes de science une découverte aussi neuve qu'intéressante, aux praticiens, un procédé déjà éprouvé par l'expérience, aux esprits inventifs le tableau instructif des essais, des incertitudes, des tâtonnemens à travers lesquels passe nécessairement toute idée théorique avant de se convertir en précepte applicable, on voit que, malgré son petit volume, cet opuscule a de quoi piquer la curiosité et captiver l'intérêt de toutes les classes de lecteurs. Quelques mots d'analyse vont confirmer ce jugement.

Nous avons donné au procédé de M. Cazenave le nom de découverte. Il suffit en effet de suivre les phases que son idée a subies, les modifications nombreuses qu'elle a essuyées avant de devenir réalisable, pour se convaincre que c'est bien là une découverte de bon aloi, propre à l'auteur et qu'il peut revendiquer comme le fruit légitime et chèrement acheté de ses méditations et de ses veilles. Tout a cédé devant sa patience et ses efforts. Ayant sans cesse sous les yeux le but qu'il voulait atteindre, il expérimenta en premier lieu avec diverses substances qui paraissaient devoir remplir toutes les conditions de poli et de flexibilité nécessaires pour des sondes. Ainsi il fit d'abord tourner et forer des batonnets en fanon de baleine. Mais la difficulté fut ensuite de les ramollir; car les acides affaiblis n'avaient que peu d'action sur ces corps, tandis que, employés concentrés, ils les détruisaient en presque totalité. L'auteur prit alors des défenses de norwals; mais cette seconde tentative ne fut pas plus heureuse que la précédente, l'action des acides deformant les sondes ainsi construites et donnant surtout à leur surface un rugueux, un dépoli incompatibles avec l'usage auquel on les destinait. La même imperfection dons les résultats empêcha de songer à utiliser les os longs des grands quadrupèdes. Enfin, après tant d'essais, dont les premiers datent de 1831, M. Cazenave eut la satisfaction de trouver dans l'ivoire toutes les propriétés qu'il cherchait. En dépouillant une tige d'ivoire des sels calcaires par l'immersion dans l'acide hydro-chlorique, il obtint des instrumens parfaitement calibrés et très capables en apparence de remplacer les sondes et bougies dites de gomme élastique.

Deux défauts graves s'observaient cependant encore sur ces cathéters, et auraient bien suffi pour les rendre entièrement impropres à tout service. D'abord, lorsqu'on en venait à essayer de leur imprimer une certaine courbure, le contour des yeux se fendait immanquablement. L'auteur trouva moyen de remédier à cet inconvénient en garnissant de cire la circonférence des yeux des sondes pendant leur immersion dans la liqueur acide. De cette manière, cette partie de l'instrument conserva une proportion plus grande de sels calcaires et demeura plus solide et plus susceptible par conséquent de résister à l'effort qui tendait à la faire éclater.

Le second vice des sondes de gélatine était plus grave encore. Après les avoir introduites plusieurs fois dans l'urètre, l'auteur s'aperçut bientôt qu'elles se ramollissaient, se dissolvaient, se fendaient suivant leur longueur; en un mot, ne pouvaient se conserver et devenaient même d'un usage dangereux. Ici, encore, une nouvelle voie s'offrit à son esprit inventif: mais l'objet même de ces recherches semblait les condamner à rester bien longtemps stériles. Il s'agissait en effet de trouver un procédé capable de conserver indéfiniment la gélatine de l'ivoire qui serait introduite chaque jour dans l'urètre et la vessie, de l'empêcher de se dissoudre, tout en conservant sa solidité, sa flexibilité, son beau poli, et le velouté, le visqueux, le glissant de son contact. Après de nombreux essais avec le tannin, essais répétés soit par l'auteur, soit par M. Fauré, chimiste de Bordeaux, il fallut renoncer à ce mode de préparation qui ne donnait que des produits imparfaits. Enfin, M. Cazenave avait épuisé toutes les tentatives, lorsque des observations répétées lui découvrirent le moyen qu'il cherchait depuis si longtemps en vain. Ce procédé, nous ne le décrirons pas ici; nous dirons seulement qu'il est simple et sûr dans son application et qu'il communique en peu de temps aux sondes d'ivoire une indestructibilité et une flexibilité complètes. L'ouvrage de M. Cazenave contient, d'ailleurs, des détails au moyen desquels tout praticien attentif pourra préparer lui-même ces instrumens d'un usage si commode et si avantageux. Il donne aussi le moyen de les conserver à volonté, et suivant les besoins, à l'état sec et dur, ou ramollies et flexibles.

Après cette histoire, si attachante dans le texte de M. Cazenave, de l'évolution qu'a dû subir sa découverte avant d'arriver au point où elle pût être une conquête importante pour la chirurgie pratique, il n'y aura pas moins d'intérêt pour le lecteur à prendre connaissance des applications heureuses qu'il en a déjà données. Ici nous pouvons invoquer une expérience plus étendue que celle du médecin de Bordeaux; car depuis plusieurs années, l'usage des sondes d'ivoire s'est répandu sur une vaste échelle, et l'on est à peu près d'accord aujourd'hui sur le rang qu'elles do vent conserver dans les procédés du cathétérisme, soit simple, soit curatif des strictures de l'urètre. Indiquons seulement, en terminant, deux des avantages de ce procédé sur lesquels l'auteur insiste plus particulièrement. D'un côté, l'augmentation de diamètre des sondes et des bougies en gélatine par l'humidité offre une utilité incontestable pour procéder à la dilatation temporaire ou permanente de l'urètre rétréci et pour préparer certains malades à la lithotritie. Mais comme la bougie se gonfle davantage derrière le rétrécissement qu'à son niveau, on pourrait éprouver en conséquence quelque difficulté à la retirer ensuite; si, prévenu de cet obstacle, on n'avait pas le soin de ne l'enfoncer que très peu au-delà du point coarcté. En second lieu, l'auteur fait remarquer, d'après sa propre expérience, que lorsqu'on a ramolli dans l'eau distillée froide les sondes et les bougies d'ivoire, leur surface acquiert un poli gluant et visqueux, qui les fait glisser dans la main absolument comme le fœtus putréfié glisse sous la main de l'accoucheur, grace à l'enduit albumineux qui sert à le lubréfier. On comprend tout l'avantage de cette propriété, lorsqu'il s'agit de faire traverser à l'instrument le canal de l'urètre. Mais, ici encore, l'état pathologique crée des conditions nouvelles beaucoup moins favorables à la manœuvre que la disposition normale. S'il faut, en effet, enfiler un point rétréci du canal, on conçoit que le contour de la stricture serrant plus ou moins fortement la sonde, la dépouillera, en tout ou en partie, de cet enduit qui facilite son passage. M. Cazenave est encore parvenu à neutraliser cet obstacle, en injectant préalablement de l'huile dans le canal et en en garnissant l'instrument, de sorte que celui ci garanti, pendant son trajet, contre le frottement, conserve jusqu'au niveau du rétrécissement l'enduit qui doit l'aider à en traverser la lumière.

Telles sont les idées principales que renferme la nouvelle publication de M. Cazenave. Dans l'impossibilité de reproduire complètement le travail de notre honorable et ingénieux confrère, nous nous sommes attachés de préférence à caractériser, par quelques exemples, le genre particulier de mérite qui le distingue. Notre but sera atteint, si nous avons pu ainsi fixer, sur cet intéressant opuscule, l'attention des praticiens qui se preoccupent du traitement si imparfait encore des rétrécissemens de l'urètre.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des Hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et de messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOGÉNIE.

ESSAI D'UNE THÉORIE GÉNÉRALE DES DIFFORMITÉS ARTICULAIRES DU SYSTÈME OSSEUX, CHEZ LES MONSTRES, LE FOETUS ET L'ENFANT; mémoire lu à l'Académie des sciences le 28 septembre 1840, par le docteur JULES GUÉRIN.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

§ III. — DES DIFFORMITÉS ARTICULAIRES CHEZ L'ENFANT.

Les difformités articulaires essentielles chez l'enfant sont ou antérieures ou postérieures à la naissance. Dans le premier cas, si ma théorie est vraie, elles doivent être la continuation, ou au moins la répétition, à des degrés moindres et dans de moindres proportions, de celles dont nous avons cherché à déterminer l'origine chez les monstres et le fœtus; dans le second, elles doivent en offrir la reproduction et en quelque sorte la vérification expérimentale. C'est sous ce double point de vue que nous allons les examiner.

S'il était toujours possible de constater chez l'enfant atteint de difformités articulaires congénitales la lésion matérielle du système nerveux, il serait à peine nécessaire de montrer leur liaison essentielle avec les mêmes difformités chez les monstres et le fœtus. Mais c'est sur le vivant et non sur le cadavre que cette constatation doit avoir lieu. Il importe donc de savoir: 1° s'il existe des caractères extérieurs certains, à l'aide desquels on puisse reconnaître sur l'enfant qui vit les traces d'une lésion ancienne du système nerveux, comme cause des difformités; 2° si, dans les cas où la nécroscopie peut compléter le diagnostic établi par la méthode symptomatologique, les inductions de cette dernière méthode sont confirmées par les lumières directes de la première.

La lésion ancienne du cerveau ou de la moelle peut se traduire sur le vivant par des caractères qui n'appartiennent qu'à elle seule, et qui laissent dans les traits, dans la physionomie, dans tout l'ensemble du sujet, un cachet indélébile. Telles sont l'inégalité des deux moitiés du crâne, la différence dans l'intensité visuelle des deux yeux, avec ou sans strabisme, avec ou sans mobilité spasmodique; la prédominance d'une moitié du visage, et même de toute une moitié du corps sur l'autre; une diminution sensible dans la force et la caloricité d'un membre, ou un certain degré de paralysie. Ces reflets les plus constans de la maladie peuvent encore être accompagnés de caractères plus significatifs, mais moins fréquens; l'idiotie, l'aliénation mentale, l'épilepsie, et autres affections nerveuses, coïncident assez souvent avec les difformités congénitales les plus prononcées. Les hospices consacrés aux maladies de ce genre, Bicêtre et la Salpêtrière, en offrent de nombreux exemples. Dans tous ces cas, comme dans les précédens, l'autopsie ne manque pas de montrer des traces matérielles d'une lésion ancienne du système nerveux. Ces cas, où l'analyse pathologique peut être complétée jusqu'au bout, et auxquels la formule étiologique des difformités congénitales peut être appliquée dans tous ses termes, servent à marquer le passage à un ordre de faits où le même dé-

Feuilleton.

DU PLAGIAT MÉDICAL.

Nous ne sommes pas de ceux qui, rendant peu de justice à notre époque, prétendent qu'elle n'a ni physionomie, ni caractère. C'est là, du reste, un reproche qu'on a toujours adressé au temps présent. Le temps est comme les hommes: on ne le juge bien que quand il est passé. Pour l'apprécier à sa juste valeur, il faut le voir à distance. C'est que le temps a aussi ses envieux, ses détracteurs, et le nôtre n'est pas plus à l'abri de leurs injustices que les contemporains eux-mêmes. Pour nous, qui faisons également et avec la même satisfaction l'histoire médicale des hommes et des choses, nous sommes également disposés à rendre justice aux hommes et au temps actuel; et nous commençons par reconnaître qu'à aucune époque de notre science et de notre art, les hommes et leurs œuvres n'ont été plus caractérisés. Nous ne prétendons pas qu'il n'y ait jamais eu plus de conscience, plus de talent, plus d'originalité et de fécondité: ceci est autre chose. La physionomie et le caractère ne sont pas nécessairement l'expression la plus accentuée du beau, du bon et du meilleur. Les produits de l'homme, comme ceux de la nature, peuvent avoir des traits marqués de tout genre, de toute qualité, de tout type; l'animal du bas de l'échelle n'est pas moins caractérisé dans son espèce que, dans la sienne, l'être le plus élevé de la création. On peut donc dire, sans exagérer ni diminuer les mérites de notre époque médicale, qu'elle est caractérisée et fortement caractérisée. Cela ne préjuge rien sur ses qualités ni sur ses défauts. Pour le moment, nous ne voulons pas même rechercher si certains défauts, si certains traits peu flatteurs ne sont pas la conséquence inséparable de qualités correspondantes. Car on ne le remarque pas assez, un certain mal est presque toujours le produit d'un certain bien. Nous ne voulons que constater, qu'étudier certains traits caractéristiques de notre temps médical, laissant à de plus habiles et de plus clairvoyans le soin de régler les rapports qui existent entre les ombres, les accidens peu agréables de sa physionomie, et les traits qui doivent la relever et la faire distinguer parmi toutes les époques médicales.

Eh bien! un des traits les plus caractérisés de notre époque effervescente et laborieuse, c'est le plagiat. Dans aucun temps, on n'a vu plus d'individus s'emparer avec plus d'aisance des idées et du travail d'autrui: c'est la chose la plus simple, la plus naturelle, et cela doit être: ce que tout le monde fait, tout le monde croit pouvoir le faire; et par cela même que tout le monde le fait, il y a dans l'exécution de la même chose par un grand nombre d'individus de caractères, d'esprit différens, d'aptitudes et de mœurs différentes, des formes aussi nombreuses, aussi variées, aussi délicatement variées, que les causes qui les produisent. Ainsi le plagiat, exercé par cette multitude d'auteurs qui se croisent en tout sens, qui travaillent avec des vues, des idées et des lumières si diverses, dans une direction si souvent opposée, engendra une richesse de manières, que l'imagination aurait de la peine à prévoir, et que l'esprit ne saurait trop admirer. L'histoire des formes sous lesquelles nous voyons aujourd'hui se manifester le plagiat médical serait on ne peut plus intéressante: mais elle demanderait une grande variété de con-

veloppement de preuves n'est plus possible. Mais le rapport exact qu'il y a entre les reflets extérieurs d'une lésion ancienne du système cérébro-spinal et les caractères matériels, directs, nécroscopiques, de cette lésion permettent de regarder comme identiques ou au moins comme unis par des liens étroits les cas où ces deux ordres de caractères sont apparens, et ceux où les caractères extérieurs seuls sont visibles; c'est une solidarité qui permet de conclure de l'existence manifeste des uns à l'existence cachée ou entièrement effacée des autres. Avec le secours de cette méthode, c'est-à-dire de la série étiologique, on peut arriver à combler, par des intermédiaires régulièrement gradués, l'espace compris entre les deux manifestations extrêmes de la même cause. C'est ainsi que la distance, si énorme en apparence, entre la difformité générale des monstres et le simple pied-bot congénital chez l'enfant, peut être occupée par une série de faits tous liés entre eux, de manière à ce que le premier donne la clef du second, le second la clef du troisième, le troisième la clef du quatrième, et ainsi de suite jusqu'à ce qu'on arrive insensiblement au dernier anneau de cette chaîne, régulièrement décroissante, d'effets dépendans d'une seule et même cause (1). En effet, à partir de la difformité générale ou multiple, au degré compatible avec l'exercice de la vie, jusqu'au plus simple pied-bot congénital, on peut retrouver, à la différence du nombre et du degré près, tous les caractères fournis par les difformités des monstres et du fœtus. Ainsi, on peut toujours retrouver les caractères de la rétraction musculaire, ceux du rapport de la lésion nerveuse avec la rétraction, et ceux du rapport de cette dernière avec les difformités qu'elle réalise. On peut dire même que ce que les uns perdent en nombre et en étendue paraît s'ajouter au relief et à l'accent spécifique des autres. Là où les traces directes, matérielles, et les reflets extérieurs de la lésion cérébrale ou spinale manquent, là où même l'affection d'abord centrale s'est concentrée ensuite dans les nerfs, au même est née et s'est circonscrite dans ces derniers, comme cela arrive pour un grand nombre de pieds-bots simples, les caractères de la rétraction et ceux surtout du rapport de la rétraction avec les formes spécifiques de la difformité sont on ne peut mieux accentués. Les muscles rétractés sont durs, tendus, fibreux; ils forment exactement la corde des courbures; leur nombre, le sens de leur action, leur degré de rétraction, président rigoureusement au nombre des élémens de la déformation, à la direction et à la somme de déplacement de chacun d'eux; en un mot, il y a harmonie parfaite et parallélisme complet entre ces deux ordres de faits, dont l'un est la cause expérimentale et efficiente de l'autre. Un seul exemple suffira pour bien faire ressortir la rigueur de ces rapports : soit *un pied-bot varus-équin composé au second degré.* Dans cette difformité, le pied offre une série de lésions, de déformations particulières, dépendantes de l'action propre de certains muscles, et une déformation générale d'ensemble dépendante de la simultanéité et de la combinaison d'action de tous les muscles rétractés. Voici l'énoncé de tous ces faits, dans leurs rapports avec les élémens de causalité qui les produisent. Soit, disons-nous, un varus-équin composé au second degré; le talon est élevé : rétraction des jumeaux et soléaire; le pied est renversé sur sa face externe : rétraction du jambier antérieur; l'avant-pied est dans l'adduction forcée : rétraction du jambier postérieur; le pied est cambré suivant son bord interne : rétraction du plantaire interne; la surface plantaire est profondément excavée : rétraction du court fléchisseur commun des orteils et du fléchisseur propre du gros orteil et de l'aponévrose plantaire; les orteils sont sub-luxés dans le double sens de la flexion et de l'extension : rétraction simultanée des extenseurs et fléchisseurs des orteils; voilà pour la subordination et l'adaptation spécifique de chaque élément de déformation à l'action propre du muscle ou des muscles rétractés. La forme carrée du pied, son rabougrissement, sa largeur insolite, sa courtesse, sa double courbure suivant les deux faces, répondent bien à l'action collective et simultanée de tous les muscles rétractés à la fois, qui les tiennent comme bridés entre leurs insertions opposées, et empêchent son développement en longueur. Enfin, les caractères généraux de la rétraction peuvent se lire dans la consistance et la forme particulière du mollet, qui est dur, fibreux, très court, et placé immédiatement au-dessous de l'espace poplité, à cause de la rétraction qui porte exclusivement sur les fibres charnues, de la tension extrême et constante qui les fait passer à l'état fibreux. Voilà ce que l'observation analytique établit pour cette forme de pied-bot, et ce qu'elle établit pour toutes les variétés possibles de difformités, aussi bien pour celles du torticolis que pour celles de l'épine, pour celles du bras, de l'avant-bras, que pour celles des hanches et du genou. En d'autres termes, on trouve presque toujours les caractères généraux de la rétraction dans les muscles qui en sont atteints, et une relation exacte, rigoureuse, entre la direction, la forme et le degré de la difformité, considérée dans ses élémens et sa totalité, et la direction, la combinaison et le degré d'action des muscles rétractés.

Tels sont les caractères à l'aide desquels il m'a paru possible d'établir une même étiologie pour toutes les difformités articulaires congénitales, chez les monstres, le fœtus et l'enfant; cette détermination ne repose, je le reconnais, que sur l'observation, et sur l'observation appliquée suivant une méthode qui, si je ne m'abuse, n'a pas encore été mise en usage. A ce titre, ses produits ne doivent peut-être pas être acceptés comme régulièrement et définitivement constitués, à l'égal de ceux de toute autre méthode mieux éprouvée et plus anciennement établie. Mais si, à l'aide d'un autre artifice logique, je parviens à sanctionner chacun de ces résultats du contrôle et de l'autorité de l'expérimentation elle-même ou d'une preuve équivalente; si je parviens à démontrer qu'il est des cas où la nature se charge elle-même d'expérimenter sous les yeux de l'observateur, et que dans ces épreuves l'évidence de chacun des termes de la formule étiologique que j'ai établie peut s'accroître du bénéfice de l'expérience directe, j'aurai donné, je pense, à ma démonstration, le caractère de certitude et d'évidence qu'on n'exigé jusqu'ici de toute démonstration scientifique rigoureuse. Eh bien! ce qui peut manquer sous ce rapport à la théorie des difformités congénitales chez les monstres, le fœtus et l'enfant, considérées comme le produit d'un même fait agissant dans des conditions différentes et à des degrés différens, la détermination étiologique des difformités consécutives à la naissance va le fournir.

Les difformités articulaires essentielles (1) qui se développent après la

(1) Mémoire sur l'étiologie générale des pieds-bots congénitaux, p. 17.

(1) Nous montrerons plus loin que nous n'avons voulu comprendre dans la théorie de la rétraction musculaire que les difformités qui sont véritablement *essentielles*, c'est-à-dire celles qui ne sont pas le produit et un épiphénomène d'une maladie préalable des articulations ou des os. Aussi les difformités *rachitiques, scrofuleuses, arthralgiques*, ou même *traumatiques*, ne sont pas des

naissances et une vaste érudition. Nous allons essayer d'en indiquer quelques-unes, laissant à chacun le soin de compléter ce que cette énumération aura nécessairement de superficiel et d'incomplet.

Il est bon d'établir d'abord une grande division entre le plagiat des *idées* et le plagiat des *faits*: division quelque peu arbitraire au fond; car les idées, quand elles sont bonnes et vraies, sont des faits, et les faits, quand ils sont réels et compris, sont des idées. N'importe si cette division pèche pour le fond, elle est bonne et commode pour la forme. Au point de vue qui nous occupe, une idée c'est la vue d'un rapport, la formule d'une loi, d'un principe, le caractère ou la notion d'une cause, toutes choses nécessairement abstraites, qui peuvent s'exprimer en quelques mots, qui parlent plus à l'esprit qu'aux yeux, édifient plus l'élite que la foule. C'est souvent la résultante, le dernier mot des labeurs et des méditations du génie. Un fait, au contraire, c'est l'indication d'un muscle, d'un filet nerveux; la description empirique d'une tumeur, d'une fracture, d'un des mille accidens produits par la collision du monde extérieur avec l'organisme; c'est un coup de bistouri dans telle ou telle direction, avec plaie de telle forme, de telle dimension; c'est une vis, un écrou, une tige, toutes choses qui peuvent se décrire, se mesurer, se représenter dans une planche, et prendre rang définitif et presque ineffaçable dans le musée infini des produits concrets du hasard ou de l'esprit humain. Ainsi considérés, les faits sont ce qui frappe plus les sens que l'intelligence: c'est ce qui est rouge, blanc, bleu, carré, rond, long, large, étroit, c'est en un mot ce que tout le monde peut voir, ce qui ne peut s'altérer, se défigurer, du moins dans sa constitution matérielle, sans que tout le monde s'en aperçoive. Cette seule opposition suffirait pour montrer la grande différence qui existe, au point de vue du plagiat, entre l'idée et le fait; différence qui justifie notre division, bien que, comme nous l'avons reconnu plus haut, l'idée et le fait, au point de vue essentiel, se confondent le plus souvent. Mais cette différence, déjà si bien motivée en théorie, l'est bien autrement dans la pratique. Tel auteur qui se ferait un scrupule d'employer, sans vous citer, la forme de votre bistouri, la direction de votre incision, la matière de votre bandage, regarde comme du domaine public, s'approprie avec la plus grande aisance la partie intelligente, l'idée génératrice et générale de ces réalisations accidentelles. Cette distinction entre le plagiat des idées et le plagiat des faits est encore motivée et utile à un autre point de vue. Elle est destinée à mettre en lumière des faits entièrement méconnus.

L'opinion qu'on paraît avoir des plagiaires et du caractère moral du plagiat scientifique est loin d'être ce qu'elle devrait être au profit des savans. Il n'est aucun de ceux-ci qui ne prise plus son idée, sa découverte, que son argent, quoique, à vrai dire, il pût, sans trop de modestie, préférer l'un à l'autre, quand il est assez heureux pour avoir le choix. Or, il n'est, contre la spoliation de son bien le plus cher, aucune espèce de garantie sociale. Cette garantie n'existe même pas dans l'opinion. Aux yeux des hommes les plus éclairés, les plus capables d'indépendance et de moralité dans leurs jugemens, l'homme qui s'approprie le plus petit objet matériel en votre possession, le voleur le plus modeste et le plus vulgaire, sera regardé comme bien autrement coupable que le plagiaire, c'est-à-dire le voleur de vos idées. Etrange anomalie, qui s'explique jusqu'à un certain point par la puissance des préjugés, mais qui a aussi sa raison dans le défaut de notions sur le véritable caractère du plagiat. En effet, on ne connaît bien son existence, ni comme fait réel de dol et de spoliation, ni sous le rapport des for-

naissance doivent être considérées sous le double rapport de leurs caractères et de leur mode de développement. La première chose à faire est donc de rechercher si elles offrent, et jusqu'à quel point elles offrent les formes et toutes les circonstances extérieures et phénoménales des difformités congéniales; la seconde, si elles se développent sous l'influence d'une lésion du système nerveux.

Relativement au premier point, il est de toute évidence que les difformités articulaires essentielles qui peuvent se manifester après la naissance sont susceptibles de reproduire toutes les formes et nuances des difformités congénitales, depuis la difformité générale de toutes les articulations jusqu'au plus simple pied-bot.

J'ai réuni dans cette vue une collection de faits qui offrent en quelque façon le calque de tout ce qui s'observe chez les monstres et le fœtus.

Dans un premier groupe, j'ai rassemblé un certain nombre de cas de difformités générales de toutes les articulations produites par une affection centrale aiguë du cerveau, laquelle avait été caractérisée par les symptômes les mieux accusés, et était survenue quelques jours ou quelques semaines après la naissance. Ces cas n'offrent pas seulement la réunion des difformités de l'épine, du bras, de l'avant-bras, des genoux et des pieds, telles qu'on les observe chez les monstres et le fœtus, et qui consistent surtout dans des flexions ou inclinaisons articulaires permanentes, mais même les luxations complètes du fémur les mieux caractérisées. Ce fait de la luxation complète des fémurs, on le remarquera, ne s'observe que dans les cas de maladies convulsives qui se développent très peu de temps après la naissance, c'est-à-dire à une époque où les cavités articulaires sont encore peu profondes et permettent un déplacement facile. Dans ceux où la maladie survient à une époque plus éloignée, c'est-à-dire quand les cavités sont mieux formées, il peut encore exister des difformités de la hanche, caractérisées par des directions anormales en rapport avec les muscles rétractés, comme des flexions, des adductions ou des abductions permanentes, mais sans déplacemens articulaires complets, sans luxations.

Entre ce premier groupe de faits présentant des difformités générales de tous les degrés et un dernier groupe ne renfermant que des cas de difformités d'une seule articulation, comme le simple pied-bot, j'ai espacé, comme pour les difformités chez les monstres et le fœtus, une série de cas offrant tous les degrés intermédiaires à ces deux extrêmes, avec coïncidence de caractères extérieurs très apparens d'une affection de l'un des centres nerveux. Quiconque aura été à même d'observer beaucoup d'enfans saura combien, à l'époque du travail de la dentition et sous l'influence de ce travail, les exemples de convulsions suivies de difformités sont fréquens; or rien n'est aussi facile que de constater tous les degrés, toutes les nuances de l'affection nerveuse qui se développe à cet âge, et parallèlement toutes les combinaisons, toutes les variétés de difformités qui en proviennent. Ces difformités sont en tout point semblables à celles qui s'observent chez les monstres et le fœtus, si ce n'est que le plus communément les traces extérieures de la maladie et ses effets généraux sont d'autant plus sensibles, qu'elle s'est développée à une époque plus éloignée de la naissance. J'ai cru remarquer, en effet, que les sujets chez lesquels les difformités surviennent le plus tard présentent dans les traits du visage et dans toute l'habitude du corps ce cachet profond des anciennes maladies cérébro-spinales; et les muscles rétractés sont presque toujours atteints, au moins quelques-uns d'entre eux, d'un certain degré de paralysie. Ce caractère particulier de la maladie cérébro-spinale, qui survient à une époque plus éloignée de la naissance, tend à devenir de plus en plus prononcé; car à un âge plus avancé, on sait que la paralysie est comme l'expression pathognomonique et le résultat nécessaire d'une affection matérielle des centres nerveux.

Jusqu'ici je me suis borné à considérer le développement des difformités articulaires congéniales ou consécutives comme indispensablement lié à une lésion du système nerveux, par l'intermédiaire de la rétraction musculaire; mais ces deux faits, considérés dans leur influence immédiate et instantanée, ne suffisent pas à formuler toutes les circonstances de ce développement. Les difformités congénitales ou consécutives n'offrent pas, dès la naissance, ou immédiatement après la maladie nerveuse qui les produit, ni les formes, ni le degré qu'elles acquièrent consécutivement. Il est au contraire bien établi par l'observation que beaucoup d'entre elles ne commencent à se manifester, et que toutes ne se complètent qu'au fur et à mesure de la croissance du squelette. En examinant et en analysant ce fait dans toutes ses particularités, j'ai pu m'assurer que les muscles atteints de rétraction perdent une partie de leur force de développement, et ne continuent plus à croître dans la proportion des muscles sains et des parties du squelette qu'ils entourent. Dès lors une différence s'établit entre l'allongement des muscles sains et des muscles rétractés, entre la croissance de ces derniers et celle du squelette. En vertu de cette inégalité de développement entre des parties qui, à l'état normal, et pour l'accomplissement des formes normales, doivent être animées de la même impulsion, la portion du squelette à laquelle se rendent les muscles rétractés est retenue comme bridée, dans la direction de ces derniers, et se dévie de plus en plus. Cette circonstance étiologique nouvelle perpétue en quelque façon l'action primitive de la rétraction : delà un accroissement incessant de la difformité, qui établit à chaque instant un rapport de plus en plus harmonique entre les formes particulières qu'elle revêt et les élémens mécaniques qui la réalisent. Enfin, pour compléter avec toute la rigueur possible la formule des élémens de causalité primitive des difformités articulaires, je dirai qu'en vertu de certains degrés de la lésion nerveuse, les ligamens eux-mêmes peuvent être atteints de rétraction et d'insuffisance de développement consécutifs; la peau, le tissu cellulaire, et les autres tissus peuvent subir une influence analogue et concourir, aussi au développement des difformités et à la réalisation de leurs formes spécifiques.

Le fait de l'arrêt de développement des muscles atteints de rétraction, fourni par l'observation de ce qui se passe après la naissance, est une lumière nouvelle qui éclaire très légitimement ce qui se passe à une époque antérieure dans le développement des difformités chez les monstres et le fœtus. Non seulement il ne répugne en aucune façon d'admettre que les muscles frappés de rétraction à une époque quelconque de la vie intra-utérine doivent, au même titre que les muscles rétractés après la naissance, être dépossédés d'une certaine portion de leur force de développement; mais l'examen attentif des formes et des caractères des difformités l'établit directement. Certains pieds-bots, certaines courbures de l'épine, certaines luxa-

difformités essentielles. Nous réservons exclusivement cette dénomination pour les difformités sans lésion ni altération primitive des parties qui en sont le siége.

---

mes variées qu'il affecte, ni sous celui des circonstances dans lesquelles il se pratique. Voilà donc autant de points de l'histoire du plagiat qu'il n'est pas inutile d'élucider.

De tout temps, il y a eu des hommes qui, par instinct autant que par calcul, ont trouvé plus commode de prendre les idées d'autrui que d'en avoir à eux. Il y a pour ces sortes d'emprunts des habitudes à l'usage de toutes les époques, de tous les pays. Ce n'est pas de ces traditions vulgaires que nous voulons nous occuper. Notre temps a mieux sous ce rapport que le temps passé, et c'est à ce titre qu'il peut être considéré comme parfaitement caractérisé. Nos ancêtres nous ont laissé l'exemple de gens qui ont copié leurs devanciers sans scrupule ni artifice. C'est ainsi que les Arabes ont souvent traduit les Grecs sans les citer, en se donnant la peine seulement de les traduire. Avicenne et Oribase sont pleins de Galien. Mais ces procédés sont, je l'ai dit, trop simples. Nous ne voulons pas affirmer pourtant qu'ils soient tombés en désuétude, bien au contraire. On connaît de ces savans, réputés pour leur rare érudition, qui ne se font pas faute de repêcher au profit de leur génie inventif bon nombre d'idées perdues et emportées dans les eaux du temps et de l'oubli. On pourrait appeler cette première forme le *plagiat des érudits*, le *plagiat historique* Bien que d'origine ancienne, il s'est modernisé en se perfectionnant, et il ne serait pas difficile d'en indiquer plusieurs sous variétés. Il se reconnaît d'ordinaire à un grand amour des livres, à un esprit étroit et stérile, à un jugement faux et à des connaissances très étendues en surface, mais minces et laminées en proportion.

Une autre forme, qui se rapproche beaucoup de la précédente, est le plagiat par *traduction*. Il est beaucoup plus difficile, aujourd'hui que la connaissance des langues est si répandue. Plus usité chez nos voisins que chez nous, il est surtout très employé en Allemagne, en Italie, un peu moins en Angleterre. Il réussit très bien. Ceux qui l'emploient sont merveilleusement protégés par certains confrères nationaux. Vous avez eu une heureuse idée, vous l'avez exprimée en termes clairs, mais en peu de mots : elle est importée au-delà du Rhin, imprimée, délayée et un peu défigurée. Un traducteur la ramène en France, comme d'origine germanique, et tout le monde de la saluer, de l'accueillir, de la citer partout avec autant de conscience que de désintéressement. Du reste, le plagiat par *traduction* a mille formes diverses. Un mémoire est traduit littéralement dans un traité général. En Allemagne, comme en France, le traité général est un moyen facile, heureux, expéditif de s'approprier les recherches originales des pauvres auteurs de mémoires. Ceux-ci s'appellent des brochures, les traités classiques se nomment des livres; il est tout naturel que le livre absorbe la brochure, et que l'une se perde dans l'autre comme le ruisseau dans la rivière. Il y a des gens qui se donnent moins de peine et agissent plus sans façon. Un auteur de ma connaissance avait composé un mémoire sur un point spécial de chirurgie. Un chirurgien italien le traduisit littéralement et mit son nom à la traduction, comme si c'eût été un ouvrage de sa façon; seulement il le dédia à l'auteur français, qui fut sans doute très flatté de la déférence et lui répondit :

Vous m'avez fait, seigneur,
En me VOLANT beaucoup d'honneur.

Le procédé de l'auteur italien en rappelle plusieurs autres analogues. Nous citerons comme tels les plagiats par *protection*, par *amitié*, par *admiration*.

tions, chez les monstres et le fœtus sont si prononcés à la naissance, qu'il est impossible de concevoir de tels déplacemens, de telles difformités, réalisés immédiatement au degré où elles se présentent, sans déchirures des ligamens et fractures des os. Les formes arrondies, l'adaptation des moyens d'union du squelette aux déformations dont il est atteint, attestent au contraire qu'elles se sont complétées par degrés au fur et à mesure de la croissance du sujet.

Telle est ma théorie générale des difformités essentielles révélée et établie par l'observation. Je pourrais m'en tenir à cette démonstration, convaincu déjà, par dix années d'un contrôle quotidien, qu'elle n'a qu'une confirmation définitive à attendre des faits ultérieurs. Mais il n'est pas absolument nécessaire de subordonner son évidence aux observations de l'avenir; celles que j'ai recueillies et qui lui servent de base peuvent, considérées à un point de vue nouveau, lui donner immédiatement la force de la chose démontrée, telle qu'elle pourrait résulter de l'expérience directe.

Parmi les observations de difformités articulaires que j'ai vues se développer après la naissance, plusieurs sont survenues à la suite de lésions traumatiques matérielles du cerveau ou de la moelle, produites par des accidens instantanés. Dans un cas, c'est une chute d'un lieu élevé, sur la tête, qui donne lieu aux symptômes cérébraux les plus intenses, et consécutivement à la contracture de presque tous les muscles du corps. Avec la disparition des accidens cérébraux, la contracture a cessé dans un certain nombre de muscles; elle a persisté au contraire dans un grand nombre d'autres, et a réalisé une difformité générale de presque toutes les articulations, dont le développement s'est accru et complété par la croissance du sujet. Dans un autre cas, c'est encore une chute d'un lieu élevé, mais sur la partie inférieure de la colonne. Une fracture incomplète des vertèbres a produit immédiatement une paraplégie, laquelle, à mesure que la colonne s'est consolidée dans sa direction normale, s'est graduellement dissipée et a été remplacée par la contracture des muscles des jambes, et finalement par la rétraction seulement de ces muscles, réalisant les pieds-bots les mieux caractérisés. Dans d'autres cas encore, c'est la destruction tuberculeuse des corps vertébraux qui produit une compression de la moelle et la paralysie des muscles des membres. A mesure que celle-ci se résout, les muscles se contracturent, passant successivement d'un degré prononcé de la paralysie à un degré moindre; finalement ils récupèrent leur contractilité normale, mais en conservant la brièveté de la contracture. L'observateur attentif peut ainsi assister non-seulement aux transformations successives des différens modes et conséquences de la paralysie, mais à la réalisation des difformités que produit la rétraction presque en regard de la maladie dont elle émane.

Que manque-t-il à ces faits, choisis exprès aux deux extrêmes de la série étiologique, pour avoir le caractère d'expériences directes? C'est bien la lésion du système nerveux, provoquée en quelque façon artificiellement, et reproduisant artificiellement avec les mêmes symptômes, les mêmes caractères, c'est-à-dire avec des résultats semblables, pour ne pas dire identiques, l'affection ou la lésion cérébro-spinale spontanée qui est produite par cause interne, et révélée seulement par ses effets. Il n'y a d'autre différence entre ces expériences dues au hasard et celles qui pourraient être instituées directement, si ce n'est que les premières ne peuvent être multipliées et reproduites à volonté, et par conséquent conduire à une détermination rigoureuse des conditions où la provocation artificielle de la cause donnera à coup sûr, toujours les mêmes effets. Mais ceci est un autre ordre de faits encore. Ce qu'il nous importait d'établir expérimentalement d'abord, c'est qu'une lésion traumatique du cerveau ou de la moelle peut réellement produire, dans certaines conditions, les mêmes résultats que l'induction nous avait permis de conclure de l'analyse des faits spontanés par cause interne; c'est que la contracture musculaire est directement liée à la lésion du système nerveux et délimitée à la délimitation de cette lésion; c'est que la contracture est une phase, un mode particulier de la paralysie; c'est que les muscles rétractés produisent les difformités; c'est que la rétraction frappe les muscles d'un certain arrêt de développement en vertu duquel ils ne peuvent suivre la croissance du squelette, et complètent progressivement le développement des difformités. Toutes ces conclusions de l'observation ne ressortent-elles pas directement des deux ordres d'expériences que je viens d'analyser? Voilà donc les trois premiers termes de la formule étiologique expérimentalement reproduits avec les caractères formulés par l'observation, à savoir : la lésion nerveuse, ou cause éloignée, la rétraction musculaire, ou cause directe, et la liaison essentielle et rationnelle de ces deux faits. Que manque-t-il pour compléter cette démonstration expérimentale? Il faudrait pouvoir reproduire instantanément les formes spécifiques des difformités dans leurs rapports avec les élémens mécaniques de la cause immédiate, c'est-à-dire avec la rétraction nettement spécifiée, localisée dans certains muscles. Eh bien! cette dernière expérience, quoique impossible dans la généralité des cas, parce que les difformités reçoivent pour l'accomplissement successif de leurs formes caractéristiques et définitives le concours de causes intercurrentes, peut néanmoins être réalisée dans certaines conditions, comme on va le voir.

Il existe un mode particulier de rétraction, que j'appelle la rétraction spasmodique intermittente, caractérisée par un raccourcissement assez facile à vaincre, mais qui se reproduit instantanément en l'absence de la volonté, sous l'influence d'une secousse du membre ou d'une cause morale. Les difformités, les pieds-bots, par exemple, produits par ce mode particulier de rétraction chez les jeunes sujets, peuvent, au moyen de quelques efforts, être réduits plus ou moins complètement avec la main. Tout à coup le spasme musculaire revient, s'accuse par la tension et le soulèvement des muscles, et reproduit exactement, sous les yeux de l'observateur, la difformité avec les caractères spécifiques qu'elle avait avant l'expérience, caractères qui répètent rigoureusement ceux des mêmes difformités produites par la rétraction musculaire. J'ai répété plusieurs fois cette expérience sur certains pieds-bots. Est-il possible de méconnaître dans cette circonstance la rétraction musculaire expérimentant et mettant hors de doute, par ses alternatives de relâchement et de retrait, la subordination de la difformité à la rétraction des muscles, et le rapport immédiat, l'harmonie profonde entre l'action spécifique de ces muscles et les formes spécifiques de la difformité; rapport qui s'observe d'une manière permanente avec la rétraction continue dans les difformités permanentes? Ne sont ce pas, de part et d'autre, les mêmes formes, les mêmes directions? Les degrés et la durée seuls varient. La même expérience à peu près se répète à chaque instant dans les pieds-bots les plus ordinaires chez les enfans, et surtout pendant le traitement de la difformité. Au repos, le pied présente ordinairement un degré moins prononcé de la difformité; tout à coup le raccourcissement des muscles dont il dépend s'exagère sous l'influence des mouvemens physiologiques pendant les pleurs de l'enfant, et avec elle le pied-bot, partiellement réduit par les machines, ou diminué par le relâ-

---

Le premier est surtout très commun. Beaucoup de jeunes auteurs ont soif de renommée; ils brûlent d'être cités dans les ouvrages encyclopédiques, d'entendre leurs noms répétés dans les Académies. Des protecteurs, qu'on pourrait regarder comme des courtiers d'idées, se chargent de les produire, mais prélèvent et s'appliquent, comme de raison, une portion de l'invention qu'ils achalandent. De là ces mémoires à deux et trois auteurs, d'âge et de position si différens. Le plagiat par *amitié* a quelque chose de plus moderne et de plus distingué. Vous avez des ennemis qui vous dénient tout, qui attribuent tout à l'étranger, qui trouvent tout ce que vous avez fait dans les anciens; vous êtes discrédité, dévalisé. Un ami généreux réclame pour vous, il vous défend, il trouve certaines de vos idées neuves, originales; mais il vous prend les autres; il cite dix lignes de votre texte, et vous en prend vingt sans citer d'où il les prend. Vous plaindrez-vous? Ce serait du plus mauvais goût, du plus détestable caractère; et si vous ne faites pas l'éloge de l'ouvrage où vous êtes si gracieusement traité, si généreusement défendu, vous êtes réputé pour un ingrat, pour un véritable mauvais coucheur. Le *plagiat par admiration* est le perfectionnement du genre. On s'extasie sur la grandeur de vos vues, on déclare vos idées les plus importantes, les plus originales de l'époque, et on a tant de sympathies pour elles, qu'on finit par les regarder, les appliquer et les donner comme siennes.

Il est une variété de plagiat qui est surtout en vogue : c'est le *plagiat par substitution et perfectionnement*. Tout le monde aujourd'hui s'occupe de tout. Il est difficile d'avoir et d'émettre une idée, de proposer une méthode, qui ne soit immédiatement professée, essayée, corrigée et augmentée. Il y a des hommes d'une activité et d'une fécondité prodigieuses sous ce rapport. Ces hommes sont ordinairement des esprits *universaux*, *encyclopédiques*, comme ils s'appellent, en opposition avec les *spécialistes*, pour lesquels ils n'ont aucune espèce d'estime. Ceux-ci ne sont bons qu'à rétrécir la science : ils inventent, mais leurs inventions sont brutes, informes, empreintes d'exagérations, contre lesquelles ils s'empressent de prémunir la jeunesse et les praticiens, et qu'ils corrigent, polissent à l'usage de ces derniers. Une érigne plus courte, une pince plus longue, une lame de bistouri plus large ou plus pointue, une incision semi-lunaire au lieu d'une droite, un point de suture d'arrière en avant au lieu d'avant en arrière, de la dextrine pour de l'amidon, du papier en place de linge, des injections d'iode ou de chlore là où il n'est besoin de rien injecter, sont autant de perfectionnemens heureux qui, dans les ouvrages classiques, les manuels et les dictionnaires, donnent le pas à leurs auteurs sur les procédés grossiers des inventeurs maladroits et niais.

Il y aurait encore à citer une foule de sous-variétés de plagiat. Le plagiat par *compère* : un auteur fait rendre compte de son œuvre; le complaisant qui s'en charge lui attribue généralement les idées d'autrui; il dépossède le riche pour le pauvre, et fait ainsi un acte de charité qui a l'approbation des fidèles. Le plagiat par *exagération* : vous n'avez pas d'idées, vous prenez la première venue, la vérité la plus ancienne et la mieux établie, vous la convertissez en paradoxe. Vous substituez un *toujours* à *quelquefois*, un *jamais* à *toujours*, et vous vous immortalisez par l'opposition des bénévoles qui vous prennent au sérieux. Le plagiat par *induction*, par *interprétation*, par *imitation*, par *omission*, par *suppression*, par *falsification* dont l'origine, et la fréquence dispensent de tout commentaire.



chement du repos, reparait plus prononcé qu'auparavant, et avec tous les caractères de forme, de direction qui dépendent de l'action spéciale et de l'intensité d'action des muscles qui sont le siége de la rétraction (1).

Aux faits qui précèdent, considérés comme des expériences, j'ajouterai ce dernier, qui complètera leur signification. J'eus à traiter deux enfans jumeaux, atteints chacun d'un double pied-bot congénital. Je les guéris complètement de leur difformité à l'aide du plâtre coulé et des machines. Le traitement était terminé depuis six mois, lorsque l'un des deux fut pris d'une affection cérébrale convulsive, qui reproduisit en trois jours les deux pieds-bots tels qu'ils existaient avant leur redressement. Je les traitai et les guéris de nouveau; et comme si la première expérience n'avait pas suffi, un an après, le même sujet fut repris de convulsions moins fortes que les précédentes, et l'un des pieds-bots seulement, celui qui avait été le plus prononcé, revint, mais à un degré moindre que la première fois. Dans les trois cas, c'est-à-dire à la naissance, après la première et la seconde attaque de l'affection cérébrale, les pieds-bots s'étaient présentés avec les formes et les élémens anatomiques les plus parfaitement semblables. Cependant, à la naissance, ces deux jumeaux offraient les apparences de la plus parfaite santé, et leur double difformité était la seule trace qu'ils présentassent de l'affection intra-utérine qui l'avait produite (2). Cette dernière expérience, la plus complète et la plus concluante de toutes, n'offre-t-elle pas à elle seule la reproduction des quatre termes de la formule étiologique dans leurs caractères propres et leur caractère de connexion et de relation essentielle? N'y lit-on pas en toutes lettres la maladie cérébrale, la contracture musculaire, cette contracture procédant de la lésion nerveuse, et les difformités mécaniquement produites par les muscles rétractés, le tout offrant la répétition matérielle d'un fait qui s'était passé pendant la vie intra-utérine?

Voilà, si je ne me trompe, la vérification tout expérimentale de la théorie formulée par l'observation.

Pour porter cette démonstration au degré d'évidence qui a été jusqu'ici le privilége exclusif des sciences purement experimentales, il faudrait que l'expérimentation, effectuée par le hasard, pût être reproduite à volonté, avec la détermination préalable des conditions de variation de l'expérience, ce qui est impossible; c'est là, en effet, la dernière limite devant laquelle sont obligées de s'arrêter les sciences d'observation. Mais les faits, qu'il n'est pas donné à la volonté d'un seul homme de réunir, dans un espace de temps très court, se présentent d'eux-mêmes, distribués dans un espace de temps plus étendu, à l'observation et à la méditation de plusieurs. C'est de cette manière que les vérités d'observation s'établissent et se complètent: elles sont l'œuvre du temps, qui consolide tout ce qui est vrai. Puisse-t-il compléter ainsi la démonstration de la théorie, qu'il ne m'a pas été permis de rendre plus évidente.

§ IV. — Conséquences et applications générales de la théorie.

Tout ce qui précède n'a eu d'autre but que de montrer l'existence du fait de la rétraction musculaire active produite par une lésion du système nerveux, et produisant les difformités articulaires du squelette. Ce fait une fois établi, il reste à indiquer ses conséquences, à le suivre dans ses applications. J'ai déjà pourvu en grande partie à ces besoins par mes mémoires particuliers sur le *torticolis*, la *déviation de l'épine*, les *luxations congéniales*, le *pied bot* et le *strabisme*. Ces mémoires ne sont en effet que des applications de ma théorie générale; à ce titre, ils en ont été tout à la fois la vérification et une démonstration nouvelles. S'il est vrai que toutes ces difformités particulières soient le produit et comme l'expression d'un même fait, de la rétraction musculaire, chacune d'elles en particulier doit trouver la raison matérielle de ses formes, de ses variétés, de ses degrés, dans la rétraction différemment distribuée et combinée dans les muscles de la partie déviée; si réciproquement tous les élémens de forme, de direction, de manifestation spécifique de chacune de ces difformités sont dans un rapport rigoureux avec l'action des muscles rétractés, et répètent à l'état pathologique la direction, les formes des mêmes parties pendant les mouvemens physiologiques, est-il possible de méconnaître, et n'est-il pas au contraire rigoureusement démontré, que l'action musculaire est l'élément mécanique qui les réalise? Les applications particulières que j'ai faites de cette doctrine, je le répète, conduisent à ce double résultat, à savoir que chaque difformité est un moyen de vérification et de démonstration nouvelles de la théorie de la rétraction musculaire. Il est un troisième résultat qui est la conséquence naturelle des deux premiers. L'observation empirique n'avait constaté jusqu'ici qu'un certain nombre de difformités vaguement déterminées. L'observation étiologique a, par une analyse rigoureuse, prévoyante, motivée, complété la détermination de ces formes déjà décrites. Entre les coupes arbitraires précédemment établies, elle a espacé une foule de variétés et nuances intermédiaires, résultant des modes particuliers d'action de la cause connue. Mais par cela que la notion étiologique a pu compléter la détermination des formes empiriquement indiquées, elle est une clé qu'on appliquera à l'observation ultérieure, comme elle a été appliquée à l'observation passée; avec cette différence encore, qu'elle n'attendra plus les essais grossiers de l'observation empirique pour les réformer et les compléter. En tant que théorie vraie, elle précédera l'observation pour les cas à constater, comme elle l'a éclairée et complétée pour les cas connus. Or les combinaisons de la rétraction musculaire peuvent être si multipliées, les muscles sont si nombreux, si différens dans leur action propre et leur action collective; l'affection nerveuse a des modes et des degrés si divers, que la série des permutations de ces termes est presque indéfinie. Il suffit de savoir qu'un seul faisceau musculaire peut être atteint de rétraction, comme tous les muscles de l'économie peuvent être simultanément rétractés; que l'on considère par la pensée, si cela est possible, toutes les combinaisons intermédiaires à ces deux actions extrêmes de la même cause, ainsi que les déformations différentielles qu'elles seraient susceptibles d'entraîner, et l'on aura une idée de la multiplicité des formes qui pourraient en résulter. L'histoire naturelle de toutes ces difformités, éclairée au flambeau de leur véritable cause, permet donc de les prévoir avant leur manifestation, et établit en quelque sorte leur détermination rationnelle en même temps que leur possibilité.

Il me reste à discuter la question de savoir s'il existe d'autres difformités articulaires congénitales ou consécutives que celles produites par la rétraction musculaire, mise en jeu par une affection nerveuse; quelle

(1) Mémoire sur l'étiologie générale des pieds-bots congénitaux, p. 21.
(2) Mémoire sur l'étiologie générale des pieds-bots congénitaut, p. 22.

Telles sont les variétés les plus communes d'une pratique propre surtout à notre époque. La nomenclature seule des formes sous lesquelles elle se produit montre que le sujet est fécond et digne de toutes nos méditations. Nous ne renonçons pas à pousser nos investigations plus loin. Le mécanisme suivant lequel le plagiat médical s'exécute, ses causes prochaines, éloignées ou occasionelles, les avantages qu'il procure, les inconvéniens qu'il entraîne, l'influence qu'il exerce sur la science et le cachet particulier qu'il doit imprimer aux travaux contemporains, pourront donner lieu à d'autres remarques.

X.

— M. le ministre de l'instruction publique, d'après l'avis du conseil royal, vient d'accorder à la Faculté de médecine, sur les fonds du budget de 1842, une allocation supplémentaire de prés de 7,000 fr. Cette somme a été demandée pour l'acquisition d'instrumens de physique, de piéces plastiques d'anatomie pathologique humaine et comparée, de livres de prix qui manquaient à la bibliothèque, et dont l'achat aurait absorbé une trop grande partie de l'allocation ordinaire; enfin pour la réimpression des catalogues raisonnés du beau musée d'anatomie qui s'enrichit tous les ans par les soins du directeur et des autres professeurs. Nous félicitons la Faculté de cette bonne fortune, qu'elle doit sans doute à l'appui bienveillant de M. le conseiller Orfila; et nous espérons que le ministre éclairé qui se trouve en ce moment être le chef de l'Université continuera de favoriser une école qui, par la solidité de son enseignement et la juste sévérité qu'elle déploie dans les examens, prouve qu'elle est à la hauteur de la mission qui lui est confiée. (Gaz. méd. de Strasb.)

— Les médicamens sont taxés en Allemagne; un arrêté du gouvernement, rendu sur l'avis du conseil sanitaire supérieur, fixe tous les ans le prix des substances et des opérations pharmaceutiques. Un court extrait de l'ordonnance du grand-duc de Bade, pour l'année 1842, permettra de comparer les prix allemands aux nôtres, et fera connaître jusqu'à quels minutieux détails descendent les réglemens de nos voisins. Nous conservons leurs monnaies et leurs poids, en rappelant que 1 kreutzer vaut environ 3 centimes 1/2, et que la livre du pays de Bade est celle dont on se servait à Strasbourg.

Voici le prix de l'once pour certains médicamens: L'aloés hépatique, 4 kreutzer; l'éther sulfurique, 12; l'éther acétique, 30; l'eau de laurier cerise, 10; l'assa fœtida, 8; le baume du Pérou, 18; le baume de copahu, 10; le camphre, 18; la cannelle blanche, 4; le quinquina, de 16 à 84; le cubèbe, 4; l'emplâtre agglutinatif, 4; le galbanum, 8; le liniment ammoniacal, 6; l'huile de ricin, 6, le sucre de lait, 3; le sirop de guimauve, 6, etc. Le prix du gros est: pour l'opium de 17 kreutzer; la poudre de Dower, 3; le castoréum, 44; l'extrait de laitue, 8; de scille, 9; de valeriane, 8; la pierre divine, 4, etc.

La préparation d'un cataplasme chaud est taxée 6 kreutzer; une macération de 24 heures, 6 kr. par 6 onces, et 3 kr. par 24 heures en sus; une filtration jusqu'à une livre, 4 kr.; une émulsion, 4; une poudre, 1 kr. par paquet; un jus d'herbe, 6 kr.; une masse pilulaire, 6 kr. pour 1 gros, et 2 kr. pour chaque gros en sus; enfin une simple mixtion, 1 kreutzer. (Id.)

est la nature, le siége propre et les différens modes de cette affection; si la démonstration appliquée à l'origine des difformités peut être logiquement retournée à celle des monstruosités; si la rétraction musculaire est un élément nécessaire, intégrant de ces dernières; ou bien si la lésion nerveuse qui produit les monstruosités et les difformités n'agit pas à l'égard de ces deux ordres de faits d'une manière différente, réalisant des effets qui peuvent collectivement intervenir dans la réalisation des produits définitifs de la même cause, mais qui n'exercent, l'un à l'égard de l'autre, aucune action de cause essentielle. L'examen de toutes ces questions est immédiatement indispensable pour combattre ou prévenir des objections qui ne se produiront plus sans doute lorsque je les aurai rendues sans objet.

(La fin au prochain numéro.)

ÉPIDÉMIES.

DE L'IDENTITÉ DE NATURE DES FIÈVRES D'ORIGINE PALUDÉENNE DE DIFFÉRENS TYPES, A L'OCCASION DE DEUX MÉMOIRES DE M. RUFZ SUR LA FIÈVRE JAUNE QUI A RÉGNÉ A LA MARTINIQUE, DE 1838 A 1841; rapport fait à l'Académie royale de médecine, par M. Chervin.

(Suite et fin. — Voir les numéros 37, 40, 42, 43 et 46.)

DE LA NON CONTAGION DE LA FIÈVRE JAUNE ET DE L'URGENCE D'ABOLIR LES QUARANTAINES ÉTABLIES CONTRE CETTE MALADIE.

La fièvre jaune se montra à la Dominique en avril 1838. Elle fut signalée à la Point-à-Pitre, île Guadeloupe, le 27 juin (1), et son existence fut également constatée à la Basse-Terre, le 3 juillet.

Le 15 du même mois, le conseil de santé de la ville de St-Pierre arrêta que les bâtimens venant des colonies suspectes seraient soumis à une quarantaine de 15 jours dans les bassins du Fort-Royal, et, malgré cette précaution, le 16 septembre, un cas de fièvre jaune fut reconnu dans la première de ces villes, où la maladie prit le caractère épidémique dans le commencement d'octobre.

Les autorités de la Martinique auraient dû se rappeler que les mesures sanitaires n'ont jamais préservé leur colonie de la fièvre jaune. Cette maladie ayant éclaté à la Guadeloupe, vers le milieu de Floréal, an X, le contre-amiral Villaret-Joyeuse fit prendre des précautions rigoureuses pour que la Martinique n'eût aucune communication avec cette colonie, ce qui n'empêchait pas qu'elle ne souffrît cruellement du fléau dont on cherchait à la garantir (2).

Lorsque la fièvre jaune parut à la Guadeloupe, en 1816, l'intendant de la Martinique fit établir des mesures très sévères contre les provenances de la première de ces îles, et, malgré ces précautions, la maladie se montra bientôt après dans les villes de St-Pierre et du Fort-Royal, où elle fit de grands ravages (3).

Mais ce qu'il y a de remarquable, c'est que les Anglais n'établirent point de quarantaine dans leurs colonies, qui communiquaient librement avec la Guadeloupe, dont ils étaient alors en possession, et, cependant, d'après le docteur William Fergusson, qui était à cette époque médecin-inspecteur des hôpitaux dans les îles du Vent, la Dominique Tabago, St-Vincent, etc., n'eurent pas un seul cas de fièvre jaune (*not a single case*), bien que deux bâtimens de guerre *le Tigris* et *le Childers* apportassent dans cette dernière île plusieurs cas bien marqués de cette maladie, lors de l'évacuation de la Guadeloupe par les troupes britanniques (4), et voilà à quoi servent les quarantaines!

En 1838, la ville de St-Pierre se trouvait dans les circonstances les plus favorables pour éloigner toute idée d'importation, et néanmoins ce fut là précisément que la maladie se montra, et resta confinée pendant longtemps. Si elle eût éclaté au Fort-Royal, on n'aurait certes pas manqué de l'attribuer aux navires suspects, que, depuis le 15 juillet, on y envoyait en quarantaine, et pourtant c'eût été une grande erreur.

D'un autre côté, le 14 octobre, les musiciens du deuxième régiment s'embarquèrent au Fort-Royal, sur le brick *l'Inconstant*, pour se rendre à St-Pierre, où ils furent logés pendant trois jours dans une caserne où avait sévi la fièvre jaune; mais, suivant M. le docteur Luseau, médecin en chef au Fort-Royal, « cette caserne avait été évacuée, laissée ouverte jour et nuit, et désinfectée avec le chlorure peu de jours avant leur arrivée.

» Ce brick, continue M. Luseau, de retour au Fort-Royal, dans la nuit du 18 au 19 octobre, a mis à terre tout le corps de musique, et du 22 au 23, 10 hommes ont été dirigés sur notre hôpital (1), après deux, quatre jours d'invasion, avec des symptômes tellement graves que six ont succombé; du 22 au 31, nous avons reçu en tout 27 personnes atteintes de la fièvre jaune.

» Nous devons faire observer aussi, ajoute M. Luseau, que nous avons placé sans distinction ces malades parmi ceux qui avaient d'autres affections, et que nous n'avons pas vu celles-ci changer de caractère, pour revêtir la forme de la fièvre jaune (2). »

Voilà comment s'exprimait le médecin en chef de l'hôpital du Fort-Royal, dans un rapport officiel, en date du 10 novembre 1838, ce qui n'a pas empêché M. Bertulus d'attribuer la fièvre jaune qui éclata dans cette ville aux musiciens dont il s'agit. « Ces individus, dit-il, furent le noyau de la terrible épidémie qui a dévasté le Fort-Royal en 1838 et en 1839. D'abord confinée dans l'hôpital, la fièvre jaune ne tarda pas à envahir le ville, où elle fit de nombreuses victimes (3). »

L'Académie appréciera à sa juste valeur cette allégation, qui est en opposition directe avec le témoignage unanime de MM. les docteurs Luseau, Dutroulau, Catel et Rafz, et, qui plus est, avec les faits (4).

Mais si, par une coïncidence qui aurait pu avoir lieu, l'épidémie du Fort-Royal se fût développée immédiatement après le retour des musiciens dans cette ville, cette circonstance aurait pu faire croire à la contagion, et cependant sans nul fondement réel. Fort heureusement la marche que l'épidémie a suivie à la Martinique repousse toute idée de transmission de la maladie. Le temps qui s'est écoulé entre la manifestation du fléau dans la ville de St-Pierre et son apparition subséquente dans les villes du Marin, du Fort-Royal et de la Trinité, lorsque les communications étaient parfaitement libres, est une preuve frappante que le mal dont il s'agit n'a rien de contagieux, et qu'il ne se transmet ni par les individus, ni par les effets, ni par les marchandises.

Si, dès l'apparition de la fièvre jaune à St-Pierre, les villes du Fort-Royal, de la Trinité et du Marin se fussent rigoureusement isolées; si elles avaient interrompu toute communication avec le théâtre de l'épidémie, on aurait pu attribuer leur préservation temporaire aux mesures de précaution mises en usage, et leur envahissement ultérieur par le fléau à quelques violations clandestines des réglemens sanitaires. Eh bien! dans ce cas, comme dans tant d'autres, ces suppositions eussent été purement gratuites. On n'eut recours à aucun moyen d'isolement, toutes les relations furent entièrement libres, et néanmoins la maladie resta longtemps confinée dans la ville de St-Pierre.

Enfin, suivant M. le docteur Dutroulau, chirurgien en chef de l'hôpital

(1) D'après un rapport de M. Cornuel, la fièvre jaune se serait déclarée dans cette ville le 18 juin.

(2) Rouvier, Dissertation citée, p. 18, dans la note.

(3) Dariste, Recherches pratiques sur la fièvre jaune, p. 22.

(4) At the last mentioned island, both *the Tigris* and *Childers*, ships of war, imported distinct well marked instances of the disease from Pointe-à-Pitre, on the evacuation of Guadeloupe. (Medico-chirurgical transactions, vol. viii, second edit., p. 143.)

(1) Suivant M. Bertulus, le 17 octobre 1838, il y aurait eu deux cas de fièvre jaune dans cet établissement, assertion qui est évidemment inexacte, d'après le rapport officiel du médecin en chef.

(2) Rapport sur la situation de l'hôpital du Fort-Royal en octobre 1838.

(3) Mémoire présenté à l'Académie le 24 mai dernier et publié dans les Annales maritimes pour le mois de septembre suivant.

(4) Dans sa séance du 18 janvier dernier, l'Académie a nommé une commission composée de MM. Villeneuve, Espiaud et Gérardin, rapporteur, pour examiner trois écrits qui lui ont été adressés par M. Bertulus, et dans lesquels ce médecin s'efforce d'établir que la fièvre jaune et le choléra-morbus sont des maladies contagieuses dont on doit se préserver par de rigoureuses quarantaine. En attendant le rapport à intervenir, je ferai remarquer que M. Gérardin et M. Bertulus diffèrent d'opinions sur tous les points capitaux : *origine, nature, thérapeutique*, etc., etc., excepté sur la prétendue transmission de la fièvre jaune et la nécessité de mesures sanitaires contre cette maladie. Il faut convenir que de telles dissidences entre d'aussi fervens contagionistes ne sont certes pas en faveur de la solidité de leurs doctrines.

Or, avant de chercher à éclairer les gouvernemens sur les hautes questions d'hygiène publique, ces messieurs feraient bien, ce me semble, de commencer par se mettre d'accord. Ainsi, par exemple, M. Bertulus prétend que le choléra-morbus est éminemment contagieux. « Les quarantaines, dit-il, sont aussi utiles contre le choléra que contre la peste. » — Tandis que M. Gérardin soutient, au contraire, que cette maladie est dépouillée de tout caractère transmissible, et que les cordons sanitaires, les lazarets et les quarantaines sont non seulement inutiles contre cette affection, mais donnent lieu aux plus funestes conséquences; mais il soutient en même temps que la fièvre jaune est très contagieuse, et que l'Europe ne peut se mettre à l'abri de ce fléau que par de nombreux bureaux de santé et de rigoureuses quarantaines. — Auquel de ces deux conseillers l'administration devra-t-elle accorder sa confiance? L'expérience est venue nous l'apprendre. (Note ajoutée à l'impression.)

du Fort-Royal, « une question qui n'est pas douteuse dans cette épidémie, c'est celle de la contagion. Je ne connais pas un cas, dit-il, qui milite en sa faveur, quoique je n'aie rien négligé pour en acquérir la preuve. Dans les casernes, ni à bord des bâtimens, d'où viennent tous les malades, les médecins n'en ont pas observé d'exemple. Mais des foyers d'infection bien circonscrits ont pu être constatés. Ainsi, je citerai le carénage et la caserne des marins, dite *Cayenne*, qui, à toutes les époques de l'épidémie, ont fourni le plus de malades proportionnellement. » (Thèse citée, p. 18 (1).)

Les preuves de non contagion furent aussi des plus évidentes à la Guadeloupe. Dès que la fièvre jaune commença à sévir dans la garnison de la Basse-Terre, l'autorité fit sortir de leurs casernes une grande partie des troupes et les envoya camper sur les hauteurs qui avoisinent la ville, où elles furent logées dans diverses habitations; par ce moyen, elle sauva la vie à un grand nombre de militaires, qui eussent été victimes de la maladie si on les avait laissés dans le foyer d'infection. On fit précisément le contraire de ce qu'auraient fait les contagionistes, qui, dans leur zèle pour la conservation de la santé publique, auraient cerné rigoureusement la ville par un cordon de troupes qui, la baïonnette en avant, auraient repoussé impitoyablement quiconque se serait avisé de vouloir échapper à la mort par la fuite (2).

Les militaires dont on put se passer pour le service de la place furent donc évacués sur plusieurs habitations voisines et sur le Matouba, et bientôt après ils cessèrent de fournir des malades, à moins qu'ils ne vinssent se plonger de nouveau dans le foyer d'infection.

« Il importe surtout de remarquer, dit M. le docteur Cornuel, qu'après un certain temps de séjour, le temps nécessaire pour que l'infection prise dans la ville fût épuisée, aucun soldat n'a contracté la fièvre jaune dans les cantonnemens;

» Que lorsque quelque malade de fièvre jaune nous a été envoyé des cantonnemens à l'hôpital, il a toujours été constaté que le sujet était venu en ville un ou plusieurs jours avant l'invasion de la maladie;

» Que, bien que des maladies aient en conséquence commencé dans les cantonnemens, cependant les hommes malades n'ont point communiqué là leur maladie aux autres hommes avec lesquels ils logeaient;

» Qu'enfin quelques individus, des officiers, par exemple, logés au Matouba ou ailleurs, forcés de descendre en ville pour le service, y ont contracté le germe de la maladie, qui ne s'est déclarée qu'après leur retour au Matouba, que là la fièvre jaune a suivi ses périodes avec toute la triste régularité qui lui est ordinaire; que successivement les symptômes funestes se sont déclarés : ictère, hoquets, vomissemens striés de noir, hémorrhagies passives, etc.; qu'enfin la mort a terminé ce douloureux cortége, sans que l'affection se soit communiquée à aucune des personnes qui soignaient le malade ou se trouvaient près de lui pendant la durée de la maladie, hommes, femmes ou enfans, tous plus ou moins récemment arrivés d'Europe (3). »

« Les 52 hommes, dit M. Cornuel, dans un autre rapport, faisant partie du premier régiment de marine qui nous sont arrivés il y a deux mois sur la corvette l'*Oise*, et qui ont été immédiatement envoyés au Matouba, n'ont pas fourni un seul malade, bien que les communications entre la ville et ce cantonnement soient journalières. La seule précaution prise est d'empêcher ces hommes de descendre en ville : elle a suffi pour les préserver des atteintes de la fièvre jaune. Ce fait est rigoureusement exact et l'observation en est fort remarquable (1). »

Cette observation est remarquable sans doute, mais elle n'est point nouvelle. Elle fut faite en 1802 et en 1803, par les Français (2); par les Anglais, dans leurs deux occupations de la Guadeloupe, du mois de février 1810 à la fin de juillet 1816 (3), et enfin de nouveau par nos compatriotes, depuis cette dernière époque jusqu'en 1827 (4).

D'après les faits exposés plus haut et beaucoup d'autres qui se sont également passés sous leurs yeux, MM. les membres du conseil de santé de la Basse-Terre pensent « que la fièvre jaune est une maladie miasmatique dont le foyer existait dans la ville et qu'elle n'est point contagieuse (5). » L'examen que nous avons fait des nombreux rapports adressés à M. le ministre de la marine sur l'épidémie dont il s'agit nous confirme entièrement dans cette opinion. On ne saurait, en effet, résister à la masse de preuves qui établissent que cette maladie est produite par une infection locale, mise en action par des causes générales, et qu'elle est dépouillée de tout caractère contagieux. Ajoutons que les faits qui ont eu lieu dans l'épidémie de la Dominique corroborent entièrement ce qui s'est passé à cet égard dans celles de la Martinique et de la Guadeloupe. Voici en quels termes le docteur Imray s'exprime sur ce point :

« Ayant suivi avec beaucoup de soin (*Closely watched*) les progrès de la fièvre, depuis sa première apparition dans cette île jusqu'à sa cessation complète, la seule opinion que pouvait former un observateur sans idées préconçues était que la maladie avait pris naissance et s'était propagée par des causes tout à fait indépendantes de la contagion (6). » Cet auteur cite ensuite des faits qui prouvent que la maladie n'est ni importée ni contagieuse. Nous ferons observer à cette occasion que les divers mémoires que l'Académie a reçus, depuis quelques années, sur la fièvre jaune, tendent tous aux mêmes conclusions.

Ainsi, dans l'histoire que M. le docteur Goupilleau vous a donnée de la fièvre jaune qui régna dans la ville de Tampico, en 1836, ce médecin se prononce formellement contre la contagion, en s'appuyant sur des faits qui ont eu lieu sous ses yeux. « Le nombre des médecins contagionistes, dit-il, devient chaque jour plus limité, et parmi ceux qui professent ici cette opinion aucun ne s'appuie sur un seul fait fondamental; aussi personne ici ne craint d'approcher des malades (7). »

Vous avez reçu cinq mémoires sur les épidémies de fièvre jaune qui ont eu lieu à la Nouvelle-Orléans depuis 1837; pas un seul n'est en faveur de la contagion (8), et vous avez entendu tout récemment dans quels termes énergiques, M. Thomas, votre correspondant à la Louisiane, s'est élevé devant vous contre cette absurde et funeste doctrine (9). Dans la relation que le docteur Maher vous a donnée de la fièvre jaune qui régna à bord de la frégate l'*Herminie*, en 1837 et en 1838, le système de la contagion est aussi combattu avec force, et nous avons eu l'honneur de vous faire connaître l'opinion bien formelle de M. Catel et de M. Ruiz sur cette haute question. Enfin, jugez de la puissance de la vérité; il n'y a pas jusqu'à M. Bertulus qui ne vienne appuyer de son propre témoignage la doctrine de la non-contagion qu'il combat pourtant avec tant de zèle.

« J'ai observé, dit-il, la fièvre jaune aussi bien qu'il m'a été possible de le faire; mais l'expérience n'a rien pu m'apprendre sur cette grave question..... sur la question de savoir si cette maladie peut ou non se transmettre d'individu à individu, soit par infection, soit par contagion immédiate (10). »

Si les 116 marins de *la Caravane*, qui furent atteints de la fièvre jaune, n'ont pas offert à M. Bertulus un seul fait de contagion, il faut convenir qu'il n'y a pas de faits de ce genre, ou que, s'il en existe, ils

(1) Malgré les faits de non-contagion dont il a été témoin, M. Dutroulau ne voudrait pas affirmer, dit-il, d'une manière absolue, que la fièvre jaune n'est pas contagieuse, et il ajoute que, si « elle n'a pas offert ce caractère à la Martinique, elle a pu le revêtir à Gibraltar. » (Ibid.)

Qui a dit à ce médecin que la fièvre jaune a été contagieuse dans cette dernière place? Serait-ce par hasard M. le docteur Louis, à qui il a dédié sa thèse, et qui, en 1828, fut envoyé à Gibraltar avec M. Trousseau et moi pour y observer cette maladie? S'il en est ainsi, je porte à M. Louis le défi le plus formel de prouver ce qu'il a avancé. Il sait tout aussi bien que moi que certains personnages firent des efforts inouïs dans le but d'établir l'importation et la contagion de la fièvre dont il s'agit, et qu'ils échouèrent complètement dans cette tentative. Il sait tout aussi bien que moi que de prétendus faits de contagion étaient fabriqués de toutes pièces, pour ainsi dire, sous nos yeux, et que mon active vigilance déjoua plus d'une fois les projets des habiles fabricateurs.

Au surplus, MM. Louis et Trousseau ont dit maintefois devant moi, à Gibraltar, à Madrid et à Paris, qu'ils n'avaient pas d'opinion arrêtée sur l'origine et le mode de propagation de la fièvre jaune dont nous fûmes témoins dans la première de ces villes, en 1828. Est-ce qu'ils auraient fini par en adopter une et auraient choisi celle de la contagion? Ce ne serait certes pas là le cas de dire : Mieux vaut tard que jamais. (Note ajoutée à l'impression.)

(2) D'après une lettre de M. le gouverneur de la Guadeloupe à M. le ministre de la marine, en date du 19 septembre 1838, il y eut à la Basse-Terre et à la Pointe-à-Pitre une émigration considérable, des créoles comme des Européens.

(3) Rapport en date du 16 octobre 1838.

(1) Rapport de MM. les membres du conseil de santé, Daver, Vanault et Cornuel, en date du 18 juillet 1839.

(2) M. le docteur Rouvier, Dissertation citée, p. 39.

(3) Le docteur Robert Jackson, ouvrage cité, p. 393.

(4) Le docteur Valable, Annales maritimes, 1re série, vol. xi, p. 776.

(5) Rapport de M. Cornuel, président du conseil, en date du 21 septembre 1838.

(6) The only opinion that could be formed by an unprejudiced observer was, that it originated and extended itself from causes altogether independant of contagion. (Vol. cité, p. 94.)

(7) Voir le Bulletin de l'Académie, vol. iii, p. 303.

(8) Ces documens sont :

1° Un mémoire de M. Halphen sur l'épidémie de 1837;

2° Une communication de M. le docteur Thomas sur la même épidémie;

3° Un rapport imprimé de la Société médicale de la Nouvelle-Orléans sur l'épidémie de 1839;

4° Un mémoire de M. Thomas sur la même épidémie;

5° Un nouveau mémoire de ce zélé correspondant sur l'épidémie de 1841.

(9) Dans un mémoire qu'il a lu dans la séance du 26 juillet 1842.

(10) Bulletin de l'Académie de médecine, t. vii, p. 308.

sont infiniment rares; car ce fervent contagioniste, ce courageux défenseur des quarantaines et des lazarets, était certainement dans les dispositions d'esprit les plus favorables pour découvrir et enregistrer soigneusement tout ce qui aurait pu venir à l'appui de sa manière de voir sur le mode de propagation de la fièvre jaune.

Pour terminer ce que nous avions à dire sur ce point, ajoutons que l'Académie recevra bientôt une lettre imprimée, relative à cette maladie et à la possibilité de son importation en Europe, lettre qui a été adressée à M. Bertulus par M. Souty, chirurgien-major à la Martinique.

Après avoir observé la fièvre jaune dans les Antilles en 1825 et en 1826 et pendant les trois dernières années qui viennent de s'écouler, M. Souty est fermement convaincu que cette maladie n'est point transmissible, et que l'Europe n'a parconséquent rien à redouter de son importation, et c'est par suite de cette conviction profonde qu'il a cru devoir réfuter quelques-unes des nombreuses et graves erreurs que son collègue, M. Bertulus, a consignées dans un mémoire intitulé : DE L'IMPORTATION DE LA FIÈVRE JAUNE EN EUROPE. M. Souty a rempli cette tâche d'une manière pleine de convenance, mais en même temps accablante pour l'auteur du mémoire.

Ainsi, les épidémies qui ont eu lieu dans ces derniers temps, comme toutes celles qu'on avait observées précédemment, prouvent jusqu'à la dernière évidence que la fièvre jaune n'est transmissible d'aucune manière, et que par conséquent les mesures que l'on prend dans le but d'en préserver les populations sont complètement inutiles et nuisent en pure perte au commerce et aux relations sociales. En un mot, tout justifie les observations que fait M. Rufz dans le passage suivant :

« Après tant d'épreuves et de contre-épreuves sur la non-contagion de la fièvre jaune, conçoit-on, demande ce médecin, que les gouvernemens persistent à maintenir les quarantaines? Quelle lumière faut-il donc pour être éclairé? On a renoncé aux quarantaines pour le choléra, et au Havre, à Bordeaux, à Marseille, on allonge la longue et véritable quarantaine de 30 à 50 jours qu'exige la traversée de l'Océan, et pour comble de dérision, ajoute M. Rufz, il suffit qu'un navire touche vingt-quatre heures dans un port d'Angleterre pour être à l'abri de cette mesure vexatoire; on est alors considéré comme venant d'Angleterre. C'est aussi ce que font quelques-uns de nos capitaines marchands; lorsque les vents les portent sur les côtes de la Grande-Bretagne ils y touchent pour éviter la quarantaine au Havre. »

M. Rufz se trompe sur ce point; un bâtiment parti des Antilles qui touche en Angleterre n'est pas exempt de la quarantaine à son arrivée dans un port de France; mais il arrive assez souvent que des passagers se font mettre à terre sur quelque point du royaume-uni, se rendent ensuite rapidement en France par les bateaux à vapeur, et ils voyagent librement et sans entraves pendant que le navire qui les a portés fait sa quarantaine (1).

Tout récemment un navire qui avait fait voile de la Martinique avec patente brute arriva de la Manche ayant à bord 22 passagers. Un enfant étant mort dans la traversé, cela devait faire prolonger la quarantaine de 5 jours, et la faire porter probablement à 15, et peut-être à 20. Justement effrayés de l'ennui et de la perte de temps qu'ils allaient éprouver, les passagers se firent débarquer en Angleterre, d'où ils vinrent en France sans être assujétis à la quarantaine un seul instant. Ne voilà-t-il pas d'excellentes garanties pour la santé publique! Nous tenons ce fait d'un médecin honorable, connu de l'Académie, lequel était passager à bord du navire dont il s'agit. Nous apprenons également d'une manière certaine que ces jours derniers (fin d'août) un bâtiment venant de la Guadeloupe était en quarantaine pendant que ses passagers s'occupaient librement de leurs affaires ou de leurs plaisirs au Havre, à Rouen et à Paris! Un négociant de nos amis était au nombre des passagers qui, dans ce cas-ci, furent pris en mer par un bateau pilote, et le navire ne mouilla point.

Combien nos compatriotes ont-ils laissé d'argent en Angleterre, par suite de cette relâche et du débarquement des 22 passagers? Ce n'est pas exagérer d'en porter le chiffre à 4000 ou 5000 fr. De pareilles émissions de capitaux français ont eu lieu nombre de fois, et voilà à quoi servent nos ridicules et absurdes quarantaines! Du reste, qu'on ne pense pas que ce moyen d'éluder les mesures sanitaires soit une invention nouvelle. En 1822, le rapporteur de votre commission dinait au Havre avec un négociant qui arrivait de la Martinique, pendant que le bâtiment sur lequel ce même négociant était venu faisait sa quarantaine. Cet état de choses dure depuis plus de vingt ans, et nous n'avons point eu la fièvre jaune!

(1) Les capitaines se prêtent très volontiers à ces débarquemens, vu que, par ce moyen, ils n'ont de passagers à nourrir ni pendant le reste de la traversée, qui, avec des vents contraires, peut être fort longue, ni pendant la quarantaine.

Il est d'ailleurs arrivé assez souvent que des personnes partant de la Martinique ou de la Guadeloupe pour venir en France ont pris la voie de l'Angleterre pour se soustraire aux rigueurs de notre régime sanitaire, et cela au grand préjudice de notre commerce et de la fortune publique, vu que le prix du passage à bord des paquebots anglais est fort élevé.

Enfin, on voit par la lettre de M. Souty citée plus haut, que les habitans de nos Antilles usent aujourd'hui plus que jamais de cette voie indirecte pour se rendre dans la métropole. Ce médecin s'exprime ainsi :

« L'établissement de la ligne régulière des bateaux transatlantiques anglais rend illusoires et tout à fait inutiles désormais les quarantaines dans nos ports ; car ces *steamers* prennent à la Martinique et à la Guadeloupe des passagers qui débarquent immédiatement en Angleterre où la fièvre jaune n'entraîne pas de quarantaine (1); et vingt-quatre heures après ils arrivent eux et tous leurs effets quelconques, soit au Havre, ou à Boulogne, ou à Calais, tandis, au contraire, que d'autres passagers, partant des Antilles-Françaises le même jour que le bateau à vapeur anglais, mais sur un navire à voiles, peuvent être retenus en quarantaine (p. 24), » après une traversée de 30 à 50 jours.

Pour être conséquent, le gouvernement devrait soumettre à la quarantaine toutes les provenances de la Grande-Bretagne ; mais nous pensons qu'il fera infiniment mieux d'abolir entièrement cette ridicule mesure chez nous et d'affranchir ainsi notre commerce d'entraves complètement inutiles.

Depuis quinze ou seize ans, la croyance à la prétendue contagion de la fièvre jaune s'est beaucoup affaiblie dans notre pays et ailleurs, et d'utiles réformes ont été la conséquence de cette grande et heureuse modification de l'opinion publique.

En 1828, la formation des établissemens sanitaires projetés par suite de notre loi du 3 mars 1822, dans la vue de mettre la France à l'abri de la contagion de la fièvre jaune, fut abandonnée forcément par refus de fonds de la part de nos chambres législatives (voir le MONITEUR du 19 juin et du 14 juillet 1828) (2). Depuis lors le gouvernement s'est éclairé et il a fait d'importantes réformes dans notre législation sanitaire, particulièrement en ce qui touche la fièvre jaune, et l'on ne peut que l'en féliciter.

Ainsi, à partir de l'année 1835, il a exempté de la quarantaine tout bâtiment porteur d'une patente nette, et il a admis les cotons provenant d'Amérique sans débarquement au lazaret, sans ouverture des balles, sans purification quelconque (3). Pour être à même de bien apprécier toute l'importance de cette mesure, il faut savoir que dans la seule année 1841 la France a reçu 66,326,714 kil. de coton provenant d'Amérique.

En 1839, le gouvernement a supprimé le régime de la patente suspecte, et il a réduit considérablement la quarantaine imposée à la patente brute, qui n'est plus actuellement que de cinq à quinze jours dans nos ports de l'Océan et de la Manche, et de dix à vingt jours dans ceux de la Méditerranée (4). Notez bien que le minimum est toujours appliqué aux navires qui ont passé au moins quinze jours en mer sans avoir eu, depuis leur départ d'un port infecté, ni malades, ni morts, et sans avoir eu aucune communication suspecte pendant la traversée (5).

(1) Cette maladie peut donner lieu à la quarantaine en Angleterre, mais le cas est excessivement rare.

(2) Le refus des allocations demandées pour la construction des nouveaux lazarets fut le résultat des pétitions que j'avais adressées à la Chambre des Députés, et du rapport fait à l'Académie royale de médecine, le 15 mai 1827, sur les nombreux documens authentiques que j'avais recueillis, dans les Deux-Mondes, pendant le cours de dix années de voyages, sur la question de la contagion ou de la non-contagion de la fièvre jaune. La commission qui fut chargée d'examiner ces documens termine ainsi son rapport :

« En un mot, votre commission est d'avis, pour rentrer dans les termes mêmes de la demande relatée dans la lettre de son Excellence, que les documens recueillis par M. Chervin sont de nature à motiver l'ajournement qu'il a demandé dans sa pétition à la Chambre des Députés, de la formation des établissemens sanitaires projetés d'après la loi du 3 mars 1822, pour mettre la France à l'abri de la contagion de la fièvre jaune. »

Ces conclusions furent prises *à l'unanimité* par les 17 membres de la commission présens à la délibération, et le dix-huitième, qui ne put y assister pour cause de maladie, partageait entièrement l'opinion de ses collègues.

Enfin, toutes les réformes que le gouvernement a fait subir depuis lors à notre législation sanitaire ont eu lieu à la suite de la pétition que j'adressai, en 1833, à la Chambre des Députés, *sur la nécessité d'une prompte réforme de notre système sanitaire*, pétition qui, le 16 mars de la même année, fut renvoyée à M. le ministre du commerce dans les termes les plus pressans.

(Note ajoutée à l'impression.)

(3) Voir les ordonnances royales du 4 avril et du 11 juin 1835.

(4) Voir l'ordonnance royale du 15 novembre 1839.

(5) Les modifications que le gouvernement a fait subir à nos mesures de pré-

D'après cette dernière disposition, il est probable que quatre-vingt-quinze bâtimens sur cent, ayant patente brute, ne font plus que cinq jours de quarantaine dans nos ports de l'Océan et de la Manche, et dix jours dans ceux de la Méditerranée, tandis qu'il y a peu d'années ces mêmes bâtimens auraient été soumis à une quarantaine de vingt à trente jours, terme moyen (1). Le rapporteur de votre commission a donc eu raison d'être persévérant à combattre l'erreur.

On dira peut-être qu'une détention aussi courte que celle qui a lieu actuellement est trop peu de chose pour qu'on s'en inquiète. Nous répondrons que toute perte de temps et d'argent est toujours beaucoup trop considérable du moment qu'elle n'est point utile. Or, les quarantaines contre la fièvre jaune ne sont absolument d'aucune utilité, d'abord parce que cette maladie n'est transmissible d'aucune manière, et, en second lieu, parce que, quand bien même elle le serait, ces mesures ne serviraient encore à rien, attendu qu'une quarantaine qui se fait sans déchargement, sans purification, soit des marchandises, soit du navire, est un moyen complètement illusoire. Croit-on sérieusement que du coton qui recèlerait les prétendus germes contagieux de la fièvre jaune en serait débarrassé par cela seul qu'il serait resté cinq, dix, quinze ou vingt jours de plus à bord d'un navire, qui est fermé pour ainsi dire hermétiquement, au sein duquel la chaleur est très forte, la ventilation nulle et la putréfaction très active? Une telle quarantaine ne peut avoir d'autres résultats que de rendre le bâtiment plus malsain, surtout si son chargement a été pénétré d'humidité pendant la traversée, comme cela arrive souvent.

Pense-t-on, d'un autre côté, que si les individus qui sont à bord avaient reçu les germes de la fièvre jaune avant leur embarquement dans le Nouveau Monde, cette maladie ne se serait pas déclarée pendant une traversée de trente, quarante ou cinquante jours, et qu'il soit nécessaire de retenir le bâtiment en quarantaine pour s'assurer si l'équipage et les passagers ne recèlent pas dans leur organisme quelque principe contagieux? Précaution superflue, la durée de l'incubation de la fièvre jaune n'est jamais aussi longue. Suivant MM. Bally, François et Pariset, « la période d'incubation est extrêmement courte. » D'après leurs propres observations, ces médecins sont portés à penser « qu'elle n'excède pas vingt-quatre heures et trois jours à la rigueur (1). » Ainsi, dans la supposition même que cette maladie fût contagieuse, comme on l'a répété des millions de fois, d'après la manière ridicule, absurde, dont s'exécutent nos mesures sanitaires, et la parfaite immunité dont nous avons joui jusqu'à ce jour, nous n'aurions absolument rien à redouter ni des personnes, ni des marchandises venant des contrées ravagées par la fièvre jaune.

Depuis le 4 avril 1835, il est entré en France plus de dix-huit-cent mille balles de coton venant d'Amérique (2), qui ont été livrées à la fabrication sans être purifiées d'aucune manière, et néanmoins le fléau que l'on prétend repousser par des quarantaines de cinq, dix, quinze ou vingt jours, ne s'est jamais montré dans nos manufactures, bien que la fièvre jaune ait souvent régné avec une grande violence dans les lieux mêmes où ce coton a été chargé. Quelle épreuve plus concluante peut-on désirer? Comment cette substance, qu'on regarde comme l'une des plus susceptibles d'absorber, de conserver et de transmettre les germes de toutes les contagions, n'a-t-elle pas répandu la fièvre jaune dans nos villes manufacturières, où tant de milliers d'individus sont employés à manier de toutes les manières ce *redoutable* lainage? Si la contagion ne s'est pas manifestée une seule fois, après tant de millions d'épreuves directes faites sur des sujets d'âges, de constitutions et de tempéramens si différens, et dans toutes les saisons de l'année, il est évident qu'elle n'existe pas, et qu'en cherchant à la repousser au moyen de cordons sanitaires, de lazarets et de quarantaines, on combat une véritable chimère.

Mais, depuis trente ans, combien de millions de balles de coton l'Angleterre n'a-t-elle pas reçues d'Amérique, sans conséquences fâcheuses pour la santé publique, bien que ce coton n'ait été soumis à aucune mesure sanitaire (3)! Combien de millions d'individus, venant des contrées ravagées par la fièvre jaune, ne sont-ils pas entrés librement avec leurs effets dans le Royaume-Uni, sans y jamais propager la maladie dans un seul cas? Et nous soumettons encore en France les provenances d'Amérique à la quarantaine!

Lorsque l'ordonnance du 4 avril 1835 fut rendue, les contagionistes de Marseille poussèrent un cri d'alarme. « Il était, disaient-ils, difficile de préparer en moins de paroles la ruine du commerce français et la désolation presque assurée de nos ports de mer (4). » Eh bien! depuis lors le commerce français a prospéré à un haut degré (5); l'ordonnance dont il s'agit lui a probablement économisé plus de dix millions de francs, et la fièvre jaune n'a point désolé nos ports de mer, bien que, depuis 1835, elle ait été pour ainsi dire en permanence dans le Nouveau-Monde, particulièrement dans les contrées d'où nous tirons le coton. Tout cela prouve que fort heureusement les contagionistes de Marseille ne sont pas meilleurs prophètes que leurs confrères de Paris (6). En 1841, le port de Marseille a reçu 5,626,133 kil. de coton d'Amérique, qui venait principalement de la Nouvelle-Orléans, de ce grand foyer de *contagion*, où la fièvre jaune régnait précisément avec une rare violence, et les Marseillais n'ont point eu la fièvre jaune!

---

caution contre la peste sont aussi d'un très haut intérêt pour le commerce et pour notre marine militaire. Voici les principales.

Il a admis les provenances du Levant dans plusieurs de nos ports de l'Océan et de la Manche, ce qui est déjà un grand pas de fait dans la voie des améliorations. — Il a supprimé les sereines qui se faisaient à bord des navires préalablement à la quarantaine, et qui étaient, suivant la nature de la patente, de six, de douze et de dix-huit jours. Mais lorsqu'un bâtiment avait la peste à bord au moment de son arrivée, ou qu'il l'avait eue pendant son voyage, il faisait une observation de vingt jours, plus cinquante jours de sereines, avant d'entrer en quarantaine.

Il a réduit d'un tiers la quarantaine des passagers venus par navires en patente brute et en patente suspecte. — Il a supprimé entièrement la quarantaine à laquelle les provenances de Gibraltar et de l'Algérie étaient soumises.

Enfin, il a fait subir des réductions plus ou moins considérables à la quarantaine des provenances de la mer Noire, de Constantinople, de la Grèce et de l'empire de Maroc. Les marchandises chargées à Odessa sont même affranchies de toute quarantaine, moyennant certaines formalités à remplir avant leur expédition.

M. le ministre du commerce a donc eu raison de dire, le 16 décembre dernier, que « ces différentes mesures intéressent au plus haut degré notre commerce maritime. » Tout porte à croire que nos réformes sanitaires relatives à la peste n'en resteront pas là. Le bien que M. le ministre a déjà opéré dans cette branche de son administration fait espérer qu'il provoquera des recherches approfondies sur le mode de propagation de la peste; car c'est là le point de départ de toute réforme fondamentale du régime sanitaire européen.

Il s'agit de savoir si cette maladie est transmissible d'une manière quelconque, ou si elle ne l'est pas, et, dans l'affirmative, il importe de bien connaître quel est son mode de transmission. La rapidité de nos communications avec le Levant donne à la solution de ce problème une immense importance, et doit éveiller par conséquent la sollicitude de tous les Etats qui sont en relation avec les pays habituellement fréquentés par la peste.

Une lettre fort détaillée et pleine d'intérêt que je viens de recevoir de notre célèbre compatriote Clot-Bey me confirme pleinement dans l'opinion où je suis depuis longtemps que des investigations sur une grande échelle, faites avec soin par des hommes éclairés, sans opinion préconçue, et amis sincères de la science et de l'humanité, pourraient répandre de vives lumières sur la question dont il s'agit: de quelque côté que la vérité puisse se trouver, il importe qu'elle soit connue. Je fais donc de nouveau des vœux pour que le gouvernement français s'occupe enfin d'un objet si digne de son attention.

S'il avait accueilli la proposition que j'eus l'honneur de lui soumettre en 1833 et en 1835, et qui était de faire faire des expériences nombreuses et variées avec les hardes des pestiférés, je suis moralement convaincu que ces expériences auraient jeté de vives lumières sur le mode de propagation de la peste. Cette proposition sera du reste reproduite dans la prochaine session de nos Chambres législatives; et aujourd'hui, comme en 1830, 1833 et 1835, je demande à me soumettre le premier à toutes les épreuves qui seront indiquées par nos corps savans, ou par une commission spéciale créée *ad hoc*. Je ne manquerai pas d'imitateurs, je puis l'affirmer. (Note ajoutée à l'impression.)

(1) Voyez, dans les Instructions concernant la police sanitaire, les tableaux de la fixation des quarantaines, pages 85 et 86.

---

(1) Histoire médicale de la fièvre jaune, etc., p. 490.

(2) Du 1er septembre 1840 au 31 août 1841, la France a reçu, des Etats-Unis de l'Amérique du Nord, 348,776 balles de coton, et, du 1er septembre 1841 au 31 août 1842, nos importations de la même marchandise se sont élevées à 398,129 balles. La balle est évaluée en moyenne à 172 kil.

(Moniteur du 19 octobre 1842.)

(3) Du 1er septembre 1840 au 31 août 1841, il a été importé, des Etats-Unis d'Amérique en Angleterre, 858,746 balles de coton, et du 1er septembre 1841 au 31 août 1842, la quantité de coton importée du même pays dans la Grande-Bretagne s'est élevée à 935,631 balles.

(Moniteur du 19 octobre 1842.)

(4) Gazette du Midi du 24 avril 1835.

(5) En voici une preuve frappante: en 1835, nos importations de coton d'Amérique ne furent que de 40,210,122 kil., et, en 1841, elles se sont élevées à 66,326,714 kil.

(6) M. Pariset écrivait, en 1820: « Une migration de la fièvre jaune d'Espagne en France me semble non seulement très possible, mais encore très probable et même très prochaine. (Observations sur la fièvre jaune, p. 128.) » Et il s'écriait, en 1822: « Ce fléau s'est rendu maître d'une partie de la malheureuse Espagne; il n'en sortira plus; depuis vingt ans il a envahi deux cents lieues vers le nord; il menace d'embraser les pays voisins et a déjà jeté des étincelles en France et en Italie. » (Rapport au ministre, etc., p. 4.)

Eh bien! malgré ces terribles paroles, depuis 1822 l'Espagne n'a point souffert de la fièvre jaune, Gibraltar seul l'a éprouvée en 1828. Quant à la France, jusqu'à ce jour elle a été exempte de ce fléau, non par l'effet des quarantaines, comme se l'imaginent les contagionistes, mais par la douceur de son climat.

(Note ajoutée à l'impression.)

Enfin, d'après les faits que nous venons d'exposer et une foule d'autres analogues qui ne sauraient trouver place ici, l'Académie sentira combien il est urgent de supprimer sans délai les mesures sanitaires relatives à la fièvre jaune, vu qu'elles nuisent à un haut degré à nos intérêts matériels sans nul avantage pour la santé publique (1). Des quarantaines de 5, 10, 15 et 20 jours, qui, en cas de maladies ou de morts, peuvent s'étendre beaucoup plus loin, causent encore de très grands préjudices au commerce, et elles entretiennent de plus une erreur funeste à l'humanité, parce qu'elle porte l'inquiétude, le trouble et le désordre dans les populations, qu'elle donne lieu à l'abandon des malades, rompt violemment les liens sacrés du sang et de l'amitié et devient la source des actes d'égoïsme les plus révoltans. Oui, quiconque croit à la contagion est le plus souvent lâche et inhumain en temps d'épidémie. Lors du choléra, Marseille et Toulon en ont fourni de nombreux et affligeans exemples qui ont été justement flétris du haut de la tribune nationale (2).

En faisant disparaître de notre législation sanitaire tout ce qui a trait à la fièvre jaune le gouvernement français acquerra de nouveau des droits bien fondés à la reconnaissance publique, et nous serons les premiers à applaudir à cette mesure d'un haut intérêt social dont les résultats seront immenses pour nos relations avec le Nouveau-Monde. Ce n'est point au moment que plusieurs états commerçans s'efforcent de réduire, au moyen de la vapeur, l'espace qui sépare l'Europe de l'Amérique que l'on doit maintenir des entraves très gênantes et très onéreuses, que rien ne justifie et qui reportent l'autre bord de l'Atlantique à plusieurs centaines de myriamètres du continent européen. L'exemple que donnera la France dans cette circonstance sera certainement suivi par les états du midi de l'Europe et les relations de commerce entre les Deux-Mondes recouvreront enfin la liberté dont on n'aurait jamais dû les priver (3).

« Quant à l'influence morale dont on parle, s'écriait, il y a près de dix ans, l'illustre Gay-Lussac, c'est à la France, dont l'influence est si puissante sur le reste de l'Europe et du monde entier, à donner le premier exemple des réformes reconnues nécessaires dans les réglemens des quarantaines, avec toute la prudence qu'exige une pareille matière. Si quelque puissance amie des progrès des lumières ne prend pas l'initiative, il faudra donc rester éternellement dans un *statu quo* vraiment déplorable et condamné par l'expérience des savans modernes (4). »

Ce savant académicien avait raison; sa voix a été entendue; la France a opéré de grandes et utiles modifications dans son système de quarantaine, mais tout n'est pas fait, elle doit couronner son œuvre sur le point qui nous occupe, en rayant à jamais les mots *fièvre jaune* de sa législation sanitaire.

Nous sommes persuadés, Messieurs, que les détails dans lesquels nous sommes entrés ne vous paraîtront pas trop étendus, vu la haute importance des questions que nous avons eu à traiter dans ce rapport. Nous serons heureux si les efforts que nous avons faits dans le but d'éclairer ces questions peuvent mériter l'approbation de l'Académie.

RÉSUMÉ.

L'analyse que nous avons donnée des deux mémoires que M. le docteur Rufz a adressés à l'Académie relativement à la fièvre jaune qui a régné à la Martinique depuis le mois de septembre 1838 jusqu'au 31 décembre 1840, a pu vous faire juger de l'importance du travail dont vous avez bien voulu nous confier l'examen. C'est l'œuvre d'un médecin laborieux et d'un observateur éclairé et consciencieux. Les descriptions qu'il donne, soit de la maladie elle-même, soit des lésions anatomiques qu'elle laisse après elle, sont tracées avec une grande netteté de détails et une remarquable précision. Les diverses considérations auxquelles M. Rufz s'est livré sur l'origine, sur la nature et sur le traitement de la fièvre jaune annoncent un esprit sage et réservé qui aime mieux rester dans le doute que de se lancer dans le champ des hypothèses. Une plus grande expérience sur l'affection dont il s'agit le mettra sans doute à même de se prononcer avec plus d'assurance sur certains points de doctrine qu'il n'aborde aujourd'hui qu'avec défiance et une sorte d'hésitation, ou bien qu'il n'a pas considérés sous leur véritable jour, ainsi que nous l'avons fait remarquer dans plusieurs endroits de notre rapport. Mais nous pensons qu'il vaut mieux rester en deçà de la vérité que d'aller au-delà, parce que, dans ce dernier cas, il est quelquefois bien difficile de revenir en arrière et de rentrer dans le vrai.

Enfin, Messieurs, M. Rufz vous est déjà connu; il a adressé à l'Académie, sur différens sujets, plusieurs mémoires que vous avez tous accueillis avec un intérêt marqué. D'après ces diverses considérations, nous avons l'honneur de soumettre à votre approbation les conclusions suivantes :

1° De faire écrire à M. Rufz pour le remercier des communications qu'il a adressées à l'Académie touchant la fièvre jaune;

2° De faire déposer honorablement ses deux mémoires et la note de M. Dutroulau dans les archives de la compagnie;

3° De l'engager à continuer ses utiles recherches sur la fièvre jaune, et, en général, sur les maladies qui règnent plus particulièrement dans les pays chauds;

4° Enfin, de faire inscrire son nom *derechef* sur la liste des candidats pour les places de membres correspondans nationaux.

(Adopté.)

(Signés) LONDE,

CHERVIN, D. M. P., *rapporteur.*

Paris, le 30 août 1842.

(1) Jusqu'à ce jour l'Académie n'a pas été appelée à émettre son opinion sur la question de la contagion de la fièvre jaune; mais, dans différentes occasions, plusieurs de ses membres se sont prononcés ouvertement et contre la contagion et contre les mesures sanitaires. Ainsi, par exemple, dans sa séance du 3 septembre 1839, M. le professeur Moreau, bien convaincu que la fièvre jaune n'est nullement contagieuse, émit le vœu « que l'Académie écrivît au gouvernement pour faire supprimer complètement les lazarets sur nos côtes de l'Océan; » et M. le professeur Bouillaud faisait observer avec raison que « la question de la contagion étant aujourd'hui décidée négativement, il ne voyait pas à quoi pourraient servir les lazarets. » (Voyez la GAZ. DES HÔP. du 5 septembre 1839, et le BULL. DE L'ACAD., t. IV, p. 114.)

(Note ajoutée à l'impression.)

(2) Voir le MONITEUR du 22 août 1835.

(3) Pour faire sentir à quel point il est urgent d'abolir immédiatement les quarantaines relatives à la fièvre jaune, nous rappellerons ici un fait qui s'est passé à Brest en juillet 1839.

La corvette *la Caravane* arriva dans ce port, venant des Antilles, ayant eu pendant la traversée 116 hommes de son équipage et quelques passagers militaires atteints de la fièvre jaune, ce qui lui fit imposer 35 jours de quarantaine. Que fit pendant ce temps là M. Bertulus qui était chirurgien-major de ce bâtiment? « Il opéra la destruction de tous les objets qui avaient servi aux malades pendant l'épidémie. Je fis rassembler, dit-il, une énorme quantité de matelas, traversins, draps, chemises, etc., que je livrai impitoyablement aux flammes. Nul doute qu'ils ne recelassent les germes de la fièvre jaune, et l'odeur infecte qu'ils répandaient ne justifiait que trop mes appréhensions. Introduire ces objets à Brest, après la quarantaine, eût été, je crois, de la plus grande imprudence, et je ne me souciais nullement de prendre une telle responsabilité. *Dans le doute il faut s'abstenir*, tel est le précepte que je suivis; on m'avait laissé libre d'agir comme je l'entendais, et j'usai largement de la liberté qui m'était accordée. » (DE L'IMPORTATION DE LA FIÈVRE JAUNE EN EUROPE, p. 49.)

On est frappé d'étonnement, en voyant, en 1839, un officier de santé de la marine royale, de ce corps si distingué, si respectable, qui s'est prononcé en faveur de la non-contagion avec tant d'indépendance, lorsque M. l'inspecteur-général du service de santé de la marine soutenait avec force l'opinion opposée; on est frappé, dis-je, d'étonnement, en voyant M. Bertulus *livrer impitoyablement aux flammes* une énorme quantité d'effets, par cela seul qu'ils avaient servi à des malades de la fièvre jaune et qu'ils *sentaient mauvais*. Un pareil brûlement est en opposition directe avec l'état présent de la science et injustifiable sous tous les rapports.

(Note ajoutée à l'impression.)

(4) JOURNAL DES DÉBATS, du 10 juillet 1833, compte-rendu de l'Académie des sciences.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS DES DÉPARTEMENS ET DE LA BELGIQUE.

I. JOURNAL DE MÉDECINE PRATIQUE DE BORDEAUX.

Les cahiers de février, mars, avril, mai, juin et juillet 1842 contiennent les articles originaux suivans : 1° *Mémoire sur l'épidémie de suette miliaire du département de la Dordogne*; par M. Boisseuil. 2° *Réflexions sur la conférence de M. Faure relative à l'appareil de Marsh*; par M. Gintrac, et réponse de M. Faure. 3° *Observations de l'épidémie de suette miliaire du département de la Dordogne*; par M. Galy. 4° *Quelques mots sur le seigle ergoté; utilité de son emploi dans trois cas de paraplégie*; par M. Payon. (Trois faits à l'appui de la doctrine de l'auteur, qui regarde le seigle ergoté comme un excitant de la vitalité de la moelle épinière). 5° *Hydropisie de l'ovaire; autopsie*; par M. Pereyra. 6° *Faits notables de clinique médicale*; par M. H. Gintrac. 7° *De l'épilepsie sanguine*; par M. Combes. 8° *Sarcôme médullaire du volume de la tête d'un adulte, situé dans la région fessière droite*; par M. Chaumet. (La tumeur fut extirpée; le malade mourut le 19e jour.) 9° *Observation de tumeur fongueuse du col de l'utérus, prise pour un renversement complet de la matrice*; par M. Pereyra. 10° *Note sur l'emploi de la pommade de goudron dans les affections cutanées*; par M. Aulaguier. 11° *Recherches théoriques et pratiques sur le strabisme, suivies d'une modification essentielle de l'opération*; par M. Philippe. (Nous ne décrirons pas cette modification,

qui nous paraît avoir plus d'un rapport avec l'un des deux procédés imaginés par M. Guérin.) 12° *Observation d'un cas d'empoisonnement par le deuto-sous-carbonate de cuivre;* par M. Dégrange.

OBSERVATION DE TUMEUR FONGUEUSE DU COL DE L'UTÉRUS, PRISE POUR UN RENVERSEMENT COMPLET DE LA MATRICE; par M. PEREYRA.

M. Pereyra raconte qu'une femme de 50 ans, présentant depuis quatre ans tous les symptômes d'un cancer fongueux du col utérin, sentit tout à coup, à la suite d'un effort, une tumeur volumineuse faire saillie hors du vagin. On tenta en vain de la réduire. Examinant son état le lendemain, M. Pereyra reconnut une tumeur, lisse, de 10 centimètres de diamètre, laissant échapper une sérosité sanguinolente, indolore au toucher. On n'y découvrait aucune ouverture, et le doigt, introduit dans le vagin, était bientôt arrêté par un cul-de-sac.

Les médecins de l'hôpital St-André, convoqués en consultation, diagnostiquèrent un renversement de la matrice. On songea à lier le pédicule, mais les conditions défavorables où se trouvait la malade firent renoncer à ce projet, d'ailleurs si bien indiqué par l'état local. La mort eut lieu au bout de 5 jours, la tumeur commençant déjà à se sphaceler.

On reconnut à l'autopsie que la matrice avait conservé dans l'abdomen sa situation et sa hauteur ordinaires. Le col présentait un allongement de 10 centimètres. La tumeur, saillante à l'extérieur, était un cancer fongueux, développé à l'extrémité la plus inférieure du museau de tanche. Probablement cette tumeur, en augmentant de volume, avait amené le vagin à son dernier degré de dilatabilité, et ce fut lorsque celui-ci ne put plus se distendre que la production morbide fut chassée hors de la vulve.

Nous trouvons dans cette observation de M. Pereyra l'exemple d'une erreur de diagnostic plus fréquente qu'on ne se l'imagine; car, malgré la multiplicité des signes différentiels indiqués par les auteurs, il n'est point facile de distinguer une tumeur polypeuse ou cancéreuse d'avec un renversement de la matrice. Un seul caractère lève tous les doutes, et nous ne trouvons pas qu'on se soit préoccupé de le chercher dans ce cas. C'est l'introduction dans la vessie d'une sonde recourbée, d'une sonde d'homme, avec le bec de laquelle on va chercher si l'utérus est dans sa position ordinaire, ou si, au contraire, l'instrument rencontre un vide à la place que cet organe doit occuper dans l'abdomen. (Malgaigne, THÈSE DE CONCOURS, 1833.) On arriverait à peu près au même but en allant explorer la situation de l'utérus avec un doigt porté dans le rectum. Du reste, un diagnostic précis importait assez peu dans le cas de M. Pereyra; car, polype, cancer ou utérus renversé, la tumeur qui se présentait étant manifestement carcinomateuse, l'indication était d'en lier le pédicule, et il est peut-être à regretter que l'on ait cru devoir s'abstenir de cette opération.

OBSERVATION D'UN CAS D'EMPOISONNEMENT PAR LE DEUTO-SOUS-CARBONATE DE CUIVRE OU VERT-DE-GRIS NATUREL (SUICIDE); par M. DÉGRANGE.

Le fait suivant présente quelques circonstances assez importantes dans la nature des symptômes observés pendant la vie et la quantité de poison trouvé après la mort pour que nous croyions devoir en reproduire les principales particularités.

OBS. — M., ouvrier, auquel on ne connaissait aucun motif de profond chagrin, se plaint le 8 août qu'il souffre beaucoup, mais sans rapporter ses souffrances à aucune cause et n'offrant dans ses traits ni dans son allure aucun symptôme d'un état grave; sa femme a seulement raconté qu'il avait, la veille, vomi plusieurs fois et qu'il n'avait pas voulu manger. Le même jour où il avait bu dans un verre qui avait été trouvé vide et qui avait une empreinte circulaire et bleuâtre dans son milieu intérieur, il est trouvé, vers les onze heures, étendu, presque sans connaissance, dans la cour de sa maison, offrant sur quelques points de la tête de légères contusions qui firent supposer qu'il était tombé de la fenêtre de sa chambre (au second) dans la cour. Il est transporté à l'hôpital St-André, où, d'après cette croyance, on le dépose dans une salle de blessés. Arrivé à onze heures il succombe à quatre, après être resté tout ce temps dans un état comateux qui ne permit d'en tirer aucune réponse, aucun signe d'intelligence. La face était pâle, les yeux tournés en haut, la respiration libre et précipitée, les extrémités supérieures et inférieures glacées et recouvertes d'une sueur froide; la déglutition était pénible; il y a eu absence totale de déjections alvines et de vomissemens. Le ventre paraissait indolent à toute espèce de pression.

AUTOPSIE. — Rien de remarquable à l'extérieur, sinon les ecchymoses dont on vient de parler. Congestion sanguine très prononcée sur toute la surface du cerveau. La muqueuse buccale est décolorée. Dans l'œsophage, on trouve plusieurs grosses parcelles de substance verdâtre, graveleuse, ayant les caractères physiques du vert-de-gris. La muqueuse œsophagienne présente des arborisations très tranchées avec ramollissement sur quelques points. L'estomac contient aussi plusieurs parcelles de la substance verdâtre indiquée, puis une coloration verte générale, une arborisation prononcée vers le grand cul-de-sac, et sept à huit points d'ulcération dans la grande courbure ayant dévoré toute l'épaisseur de la membrane muqueuse. Les intestins présentent dans toute leur masse une nuance verdâtre qui n'est point le produit d'une décomposition putride. Dans plusieurs parties de leur étendue ils offrent des ecchymoses avec taches noirâtres et des arborisations avec ramollissement de la muqueuse, plus apparente dans la première moitié du duodénum, tandis qu'on n'en voit pas dans l'iléon où l'on trouve cependant des mucosités verdâtres. Les gros intestins et le rectum sont remplis de matières fécales cendrées.

Le cœur est rempli d'un sang noir cailloté et sa membrane interne est d'un rouge très vif.

L'analyse de ces différentes parties faite par des experts a démontré 1° que la substance trouvée dans l'estomac et les intestins de M... était du carbonate de cuivre; 2° qu'un sel de cuivre se trouvait dans les matières fécales et dans tout le tube digestif; 3° que l'urine trouvée dans la vessie contenait une petite quantité d'un sel de cuivre; 4° que le sel vénéneux n'a été trouvé ni dans le sang ni dans le cœur.

Parmi les diverses questions que soulève M. Dégrange à l'occasion de ce fait remarquable, l'une des plus importantes est celle-ci : la mort de M... a-t-elle été déterminée par l'ingestion d'un poison dans le tube digestif? L'absence de vomissemens et de déjections alvines qui sont ordinairement si abondans dans cet empoisonnement peut motiver quelques doutes; mais si on tient compte de la grande quantité de sel cuivreux trouvé dans le tube intestinal, et qui a dû agir tout autrement que dans les cas où il y est introduit en moindre proportion, de la nature des lésions de la muqueuse gastrique et intestinale, de la nature des accidens apoplectiformes qui ont caractérisé les dernières heures de l'existence et de la présence de la substance vénéneuse au milieu des matières contenues dans le rectum, on ne conservera pas de doutes non seulement sur la réalité de l'empoisonnement pendant la vie, mais encore sur un empoisonnement volontaire (suicide); car il faut admettre que des ingestions toxiques ont eu lieu successivement pendant plusieurs jours de suite.

II. BULLETIN MÉDICAL DE BORDEAUX.

Les numéros de mars, avril, mai, juin et juillet 1842 contiennent les travaux suivans : 1° *Observation de céphalæmatome double*; par M. Chabrely. (Cas ordinaire.) 2° *Mémoire sur le persil, ses préparations et son emploi en médecine*; par M. Péraire. 3° *Étude anatomo-pathologique sur la faculté de la parole*; par M. Alquié. 4° *Rapport de l'Académie de médecine sur une source d'eau minérale ferrugineuse à Casteljaloux*. 5° *Deux observations d'hémorragies actives, l'une au travers de l'épiderme, l'autre transsudant dans la muqueuse gastrique en abondance*; par M. Chabrely. 6° *Observations de contusions de l'abdomen*; par le même. (Rien qui mérite une mention particulière.) 7° *Du tartre stibié comme contro-stimulant dans la pneumonie et comme révulsif cutané dans diverses affections internes*; par M. Paul de Mignot. 8° *Observation curieuse de chlorose larvée simulant une phthisie en sa dernière période*; par M. Chabrely.

OBSERVATION CURIEUSE DE CHLOROSE LARVÉE SIMULANT UNE PHTHISIE EN SA DERNIÈRE PÉRIODE; par le docteur CHABRELY.

Cette observation nous offre un cas si caractérisé de chlorose, et un exemple si frappant de l'efficacité des moyens par lesquels il convient de combattre cette maladie, que nous croyons devoir en produire les traits principaux.

OBS. — Le 22 mai 1842, on me présente Marie Omaillé, âgée de 18 ans, herbagère, qui est dans le marasme le plus complet. La maladie date de quatre mois, et depuis trois mois la jeune fille garde le lit, dévorée par une fièvre hectique. L'affection paraît avoir débuté par les symptômes d'une gastro-entérite aiguë, contre lesquels les saignées générales et locales sont restées sans efficacité. Les digestions sont très pénibles ; aussi maintient-on la malade à un régime des plus sévères. Les règles, qui n'avaient encore paru que trois fois depuis la nubilité, ne coulent plus depuis le commencement de la maladie. Reconnaissant dans cet état une affection chlorotique, je prescris une alimentation plus abondante et plus substantielle, les pastilles de lactate de fer et quelques gouttes de teinture de digitale, matin et soir, dans une tasse d'infusion de tilleul, puis l'emploi des grandes ventouses appliquées sur les extrémités inférieures.

Deux jours de suite on essaie en vain d'appliquer les ventouses Junod sur les membres grêles de cette jeune fille; sa maigreur était telle qu'on ne pouvait intercepter complétement le passage de l'air entre la cuisse et la coiffe. Le troisième jour cependant on y réussit, et la botte reste appliquée pendant une heure. L'opération est répétée ensuite tous les deux ou trois jours, tantôt sur une cuisse, tantôt sur l'autre. Dès la huitième ventouse, la jeune fille accuse de la pesanteur du côté du bassin et des cuisses, et qui va en augmentant après les séances suivan-

tes. Vers la quinzième application, il suinte du vagin un écoulement blanc qui devient chaque jour plus abondant. La santé s'améliore, l'embonpoint revient rapidement, ainsi que l'appétit, le sommeil et les forces. Après la vingtième ventouse, les règles apparaissent, et après la vingt-septième (en tout quarante jours), la guérison est complète.

L'auteur examine avec intérêt quel est celui des moyens employés dans ce cas auquel doit être attribuée la principale part dans cette guérison, ou des préparations ferrugineuses, ou de l'application des grandes ventouses qui ont agi à la fois comme dérivatives et comme révulsives. — Sans rien enlever à l'action de ces deux moyens, qui, dans ce cas, étaient si bien indiqués, nous pensons cependant que le seul changement d'une diète sévère à un régime substantiel, chez une jeune fille épuisée par un traitement antiphlogistique et une diète de plusieurs mois, a été la modification la plus importante, laquelle a été ensuite aidée de l'emploi des moyens des autres ordres. Les cas où l'abus du traitement antiphlogistique amène des accidens chlorotiques, bien que moins nombreux qu'il y a quelques années, le sont cependant encore assez pour qu'il soit utile d'insister sur ce point important d'étiologie.

III. RECUEIL DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DU DÉPARTEMENT D'INDRE-ET-LOIRE.

Le quatrième trimestre de 1841 et le premier de 1842 comprennent: 1° *Mémoire sur la rétraction permanente des doigts;* par M. Godemer. (Ce mémoire, dont le journal de Tours ne donne d'ailleurs qu'une analyse, n'offre rien de neuf). 2° *Perforations spontanées de l'estomac;* par M. Millet. 3° *Trachéotomie dans un cas de croup;* par M. Morand. (L'enfant, âgée de 6 ans, était arrivée à la dernière période de l'affection lorsqu'on l'opéra. Guérison assez prompte.) 4° *Lésions graves et nombreuses produites par la pression d'une roue de charrette;* par M. Chenouard. 5° *De l'emploi du musc contre le délire qui vient compliquer les pleurésies et les pneumonies aiguës ou typhoïdes;* par M. Debourge. 6° *Note sur le seigle ergoté;* par le même. 7° *Mémoire sur l'emploi de l'eau à l'extérieur dans diverses affections cérébrales qui ne tiennent ni a une inflammation, ni à une lésion organique;* par M. Godemer.

LÉSIONS GRAVES ET NOMBREUSES PRODUITES PAR LA PRESSION D'UNE ROUE DE CHARRETTE; par M. CHENOUARD.

L'observation de M. Chenouard n'offre guère d'intérêt que par la multiplicité et la nature grave des lésions auxquelles le malade a survécu. Le sujet est un homme de 36 ans, qui fut renversé par son cheval et en reçut plusieurs coups de pied. En même temps la roue d'une charrette, chargée de 3000 environ, lui passa sur la partie inférieure de la colonne vertébrale. Il présenta immédiatement quelques symptômes d'arachnitis spinale, mais surtout une rétention d'urine, qui, après plusieurs essais infructueux de cathétérisme, nécessita la ponction hypogastrique de la vessie. La sonde, fixée dans la plaie, s'échappa par suite d'un mouvement du malade, et une péritonite suraiguë se déclara. L'opium en modéra bientôt les symptômes. On s'aperçut alors qu'il y avait en même temps une fracture transversale de l'os coxal vers sa partie iliaque, produite sans doute par un des coups de pied de cheval. Bientôt une partie assez étendue de la paroi abdominale, qui avait subi le contact de l'urine infiltrée, tomba en gangrène. Enfin, après tant d'accidens, si heureusement traversés, le malade touchait à sa guérison, lorsqu'une orchite double vint encore en retarder le terme. Après 66 jours de traitement, le malade est aujourd'hui rétabli, et ne conserve plus que les symptômes d'un rétrécissement de l'urètre, dont il a refusé de se laisser traiter.

NOTE SUR LE SEIGLE ERGOTÉ; par M. DEBOURGE.

Il n'est point question dans cette communication des propriétés tant contestées et cependant si précieuses du seigle ergoté, mais de l'origine et du mode de développement de ce produit végétal, question qui n'est pas sans importance, même pour le médecin. Parmi les différentes opinions émises sur la nature du seigle ergoté, la plus récente et celle qui semble avoir en ce moment le plus de partisans est celle de M. Leveillé neveu, qui regarde l'ergot comme composé à la fois de l'ovaire plus ou moins développé et dénaturé, et d'une espèce de champignon qu'il désigne sous le nom de *sphacelia segetum*. Les recherches auxquelles s'est livré M. Debourge sur ce point intéressant d'études l'ont amené à une opinion tout à fait différente. La description suivante fera comprendre comment il considère et explique la formation de l'ergot.

Les grains qui doivent se convertir en ergot se ramollissent, deviennent très friables, subissent une sorte de fermentation et exhalent une odeur nauséeuse fort désagréable. La surface extérieure de ces grains est sillonnée par de nombreuses et fines crevasses, à travers lesquelles exsude une liqueur visqueuse, blanchâtre, sucrée, de consistance sirupeuse, qui s'amasse plus ou moins abondamment à leur partie supérieure, s'épanche au-dehors, agglutine toutes les parties de la fleur et même quelques-unes des fleurs environnantes, et rougit le papier de tournesol. A cette époque le périsperme est détruit partout, excepté à la partie supérieure du grain, ce qui donne à cette partie une plus grande consistance. La surface extérieure, d'une couleur blanche, devient brune, puis noire, d'abord à la partie inférieure, et ensuite sur tout le reste. Les gerçures disparaissent, et en même temps le grain s'allonge, et bientôt sort de la glume avec tout le développement et tous les autres caractères qui lui sont particuliers.

La partie supérieure du grain ergoté, que l'on s'opiniâtre à considérer comme un champignon, n'est autre chose que la portion non détruite du périsperme et l'amas de la liqueur visqueuse précitée qui a agglutiné avec les débris du périsperme les poils soyeux qu'offre l'extrémité du grain, les restes des stigmates flétris, et quelquefois même des débris d'anthères. Il résulte donc de ces faits que la formation du seigle ergoté présente deux périodes bien distinctes, celle de destruction du périsperme, de ramollissement, de saccharification du grain, et la période de sa coloration et de son développement morbides.

Revenant ensuite sur l'opinion qui attribue à la présence d'un champignon le développement de la partie supérieure du grain, l'auteur demande avec raison pourquoi ce champignon serait pourvu du même sillon longitudinal et des mêmes pilosités que ce grain. C'est toujours, et assez longtemps même après la floraison des seigles et des autres graminées, que l'ergot commence à se former, et c'est en général sur les épis les plus tardivement développés que cette production morbide se trouve en plus grande abondance.

MÉMOIRE SUR L'EMPLOI DE L'EAU A L'EXTÉRIEUR DANS DIVERSES AFFECTIONS CÉRÉBRALES QUI NE TIENNENT NI A UNE INFLAMMATION NI A UNE LÉSION ORGANIQUE; par M. GODEMER.

Il n'est question, dans cette communication, que de l'emploi de l'eau d'après une méthode déjà ancienne, celle des affusions, mais qui n'a pas encore reçu, dans la pratique générale, l'attention et la confiance qu'elle mérite. Telle est même, encore aujourd'hui, la défiance avec laquelle cette méthode est acceptée par quelques médecins qu'ils aimeraient mieux, plutôt que d'y avoir recours, adopter la pratique prisnitzienne dans toutes ses modifications hasardeuses! L'auteur établit quelques règles qui ont pour but de veiller à ce que la sédation ne soit pas portée trop loin et assez cependant pour qu'elle produise son effet, c'est-à dire qu'elle puisse être remplacée et à temps par une réaction franche; or, le meilleur moyen d'obtenir cet effet c'est de varier la température de l'eau.

Les accidens que M. Godemer a combattus avec le plus de succès par cette thérapeutique sont les céphalalgies habituelles accompagnées de perversion d'un ou de plusieurs sens, les émotions morales vives et la stupeur. Les faits qu'il rapporte, bien que ne laissant aucun doute sur l'efficacité de sa pratique, n'offrent cependant rien d'assez saillant pour que nous les devions rapporter ici. Disons seulement quelques mots sur le mode d'administration des bains et des affusions qu'il a adopté. L'eau du bain doit être à 25° Réaumur, et la première affusion doit être faite avec l'eau du bain, afin d'habituer le malade à l'impression que produira l'eau à une température plus basse; ensuite on passe à une eau d'une température moins élevée, et ainsi successivement à de l'eau de 24, de 22 et de 20 degrés. On ne peut cependant déterminer exactement la température à laquelle l'eau doit être, car elle doit varier suivant l'impressionnabilité des sujets. Il en est de même de la durée de l'affusion. Si vous n'avez besoin que de rappeler le système nerveux à ses fonctions de relations huit minutes seront suffisantes; si, au contraire, vous avez affaire à une céphalalgie habituelle, accompagnée de perversion d'un ou de plusieurs sens, si vous avez affaire à des émotions morales, au lieu de huit minutes, le bain doit en avoir 25 de durée. Quant aux affusions elles-mêmes, elles ne se font que pendant les dernières minutes que le malade reste dans le bain et doivent durer cinq à six minutes. Quant au nombre de bains dans les vingt-quatre heures, il varie également. Quelquefois un seul suffit; dans d'autres cas on en donnera plusieurs. Six observations sont rapportées à l'appui de ces règles que le praticien doit modifier dans certaines circonstances.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 21 NOVEMBRE.

M. LISFRANC prie l'Académie de vouloir bien le comprendre au nombre des candidats pour la place vacante par le décès de M. le baron Larrey.

DÉVELOPPEMENT DES OS.

M. FLOURENS fait hommage à l'Académie de l'ouvrage qu'il publie en ce moment, et qui a pour titre : RECHERCHES SUR LE DÉVELOPPEMENT DES OS ET DES DENTS.

L'Académie connaît déjà, dit M. Flourens, plusieurs parties de cet ouvrage par les mémoires que je lui ai lus à différentes époques. Je me borne donc aujourd'hui à lui rappeler les principaux résultats de mon travail. Ces résultats sont au nombre de quatre.

1° Que les os croissent en grosseur par couches externes et superposées;

2° Qu'ils croissent en longueur par couches terminales et juxta-posées;

3° Que, à mesure que des couches nouvelles sont déposées à la face externe de l'os, des couches anciennes sont résorbées à sa face interne;

Et 4° que l'ossification consiste dans la transformation régulière et successive du périoste en cartilage et du cartilage en os.

Un fait d'un ordre plus général, continue M. Flourens, et qui ressort également de toutes les expériences de mon livre, est celui de la mutation continuelle de la matière, fait jusqu'ici plutôt soupçonné que démontré, fait singulier, qui semble dégager par un mécanisme visible la matière de ses ressorts secrets, et qui marque à la physiologie son véritable objet.

STAPHYLORAPHIE.

M. LEROY-D'ETIOLLES adresse une note sur la participation de la mécanique aux progrès de la chirurgie, suivie de la description d'un instrument nouveau pour la staphyloraphie.

Après avoir passé en revue les principales applications de la mécanique à la chirurgie, M. Leroy dit : « Les principales difficultés de la staphyloraphie proviennent de la mobilité du voile du palais et de la langue, qui, pour le placement des aiguilles et l'avivement des bords de la division, donne lieu à des tâtonnemens, renouvelés au moins huit fois dans l'opération, puisqu'il y a, terme moyen, six aiguilles à passer et deux avivemens à faire. Je ne me suis pas borné, par l'invention d'instrumens, à rendre plus prompte l'exécution de la staphyloraphie; j'ai cherché à en assurer la réussite en prévenant la déchirure des bords de la division par les fils, cause ordinaire de nos insuccès. Pour cela j'ai substitué aux fils ordinaires les fils de caoutchouc, revêtus de soie, et comme l'élasticité de ces fils ne peut être mise en jeu, s'ils n'ont pas une certaine longueur, au lieu de les nouer immédiatement sur le voile du palais, ils viennent, en passant à travers un cylindre métallique, percé de trous, se fixer sur un ressort en spirale, placé à l'extrémité d'une tige coudée dépassant les lèvres.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 22 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. FOUQUIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

RAPPORT OFFICIEL. — EAUX MINÉRALES.

M. PATISSIER fait un rapport demandé par M. le ministre du commerce, sur les eaux de Forges (Seine-et-Oise). La commission des eaux minérales, qui a examiné le travail de MM. Pitou et Lenoble, sur l'efficacité de ces eaux dans les maladies scrofuleuses, ne partage pas l'avis de ces médecins ; elle pense que le régime et les bonnes conditions hygiéniques ont peut-être, bien plus que l'usage des bains, produit une amélioration notable dans l'état de plusieurs des scrofuleux qui ont séjourné à Forges; car l'analyse chimique de ces eaux, faite par M. Henry, n'y a découvert que quelques principes salins en très petite quantité, et une matière organique assez abondante. En conséquence, la commission propose de répondre à M. le ministre que les faits sur lesquels s'appuient MM. Pitou et Lenoble ne sont pas encore assez nombreux pour lui permettre de se prononcer sur la valeur thérapeutique des eaux de Forges dans les maladies scrofuleuses, et qu'il serait à désirer, afin de permettre d'expérimenter sur une plus grande échelle, que l'administration des hôpitaux de Paris envoyât un certain nombre de scrofuleux à Forges.

M. DELENS : J'approuve la proposition faite par la commission d'envoyer des scrofuleux à Forges; mais afin de pouvoir juger la question thérapeutique, il faudrait diviser les malades en deux catégories; quelques-uns prendraient des bains, d'autres n'en prendraient pas. De cette manière on apprécierait, d'une part l'influence des eaux, d'autre part l'influence du régime et des conditions hygiéniques. Je propose donc de modifier dans ce sens les conclusions du rapport.

M. ROCHOUX : Cette contre-épreuve est d'une nécessité telle, que si vous ne la faites, pas vous ne saurez jamais à quoi vous en tenir, et vous n'arriverez à aucune conclusion raisonnable.

M. GUERSANT : Ne serait-il pas préférable, au lieu d'envoyer par exemple 10 malades à Forges, d'en garder quelques-uns à Paris et de les soumettre à l'usage des eaux ? En agissant ainsi, on arriverait à simplifier encore la question et à reconnaître l'influence qu'exercent les eaux seules ou aidées du régime et des conditions hygiéniques.

J'ajouterai que l'administration a déjà envoyé des malades à Forges.

MM. MARTIN-SOLON et CHERVIN appuient la proposition de M. Delens.

M. BOULLAY : Il me semble que, dans le rapport, on a trop insisté sur ce point: que ces eaux, ne contenant aucun principe chimique appréciable par les analyses, peuvent guérir diverses maladies. Le charlatanisme ne pourrait-il pas trouver dans cette proposition un moyen d'exploitation? et, par ce motif, ne serait-il pas convenable de la modifier?

M. CHEVALLIER : J'appuie l'opinion de M. Patissier, qui vient d'être combattue par M. Boulay, et je dis que, quand une chose est vraie, il faut la dire; certainement, malgré les travaux chimiques sur les eaux minérales, on ignore encore leur mode d'action, parce que quelques-uns de leurs principes échappent à l'analyse. Alors on attribue à l'air, aux distractions, des guérisons obtenues par l'usage des eaux minérales dans des lieux où l'on s'ennuie beaucoup. Vous voyez donc que M. Patissier a raison, et qu'il faut dire aux chimistes : Cherchez, il y a encore quelque chose à trouver.

M. GUIBOURT : Je pense que les eaux de Forges ne sont pour rien dans la guérison des scrofules : je suis allé deux fois à Forges et j'y ai accompagné une dame qui avait plusieurs fistules survenues à la suite d'une affection scrofuleuse des os. Elle y est restée trois mois; son état général s'est amélioré notablement et elle paraissait guérie; mais les fistules existent toujours. Dans mon opinion, les eaux de Forges sont tout simplement de l'eau pure, de l'eau de pluie qui traverse du sable et si des guérisons ont été obtenues à Forges, elles ne sont dues qu'au séjour dans ce pays, qui est en effet très heureusement situé.

M. GUÉNEAU DE MUSSY : M. le rapporteur a dit que les eaux de Forges contenaient une assez grande quantité de matière organique. Il aurait fallu se livrer à des recherches sur cette matière et l'analyser.

M. CAVENTOU : J'appuie l'idée de M. Guéneau de Mussy. Certaines eaux très efficaces incontestablement, celles de Néris, par exemple, contiennent beaucoup de matières organiques et peu de principes salins. On s'est demandé si cette matière ne constituait pas la propriété de ces eaux. Je citerai encore des eaux minérales bien connues auxquelles on se rend de tous les points de l'Europe, celles de Baden-Baden. J'y suis allé, et je me suis assuré qu'elles contiennent aussi très peu de principes salins, mais une très grande quantité de matière organique ayant une odeur animalisée très prononcée. Ne sait-on pas d'ailleurs que pendant long-temps les chimistes n'ont pas trouvé, dans certaines eaux minérales, l'iode, le brôme et d'autres substances qui pourtant s'y trouvaient en assez grande quantité. Les analyses chimiques ne disent pas le dernier mot sur les eaux. Je crois donc, d'une manière générale, que les eaux minérales qui contiennent beaucoup de matières organiques, et dans lesquelles l'analyse chimique n'a trouvé que peu de principes salins, ont une action due à cette matière organique qu'il faudrait par conséquent étudier mieux qu'on ne l'a fait jusqu'à ce jour.

M. HUSSON : Je demanderai à M. Guersant des renseignemens sur les 10 enfans qui ont été envoyés à Forges.

M. BAUDELOCQUE : Ces dix enfans ont été pris à l'hôpital des Enfans malades et conduits à Forges sans qu'on ait eu le temps de les choisir. Depuis leur départ nous n'en avons plus entendu parler.

Les conclusions du rapport de M. Patissier, modifiées par MM. Delens et Guéneau de Mussy, sont mises aux voix et adoptées.

REMÈDES SECRETS.

M. VILLENEUVE, au nom de la commission des remèdes secrets, lit un rapport dont voici les conclusions :

1° Pour tout remède inerte, insignifiant ou déjà connu, répondre à M. le ministre que ce remède ne peut faire l'objet d'un rapport.

2° Dans le cas où un rapport sur un remède secret serait approbatif, indiquer l'usage du remède, et spécifier le point sur lequel l'Académie a donné son approbation.

3° Quand l'Académie apprendra qu'on abuse des termes d'un rapport, signaler cet abus à M. le ministre.

4° Tous les membres de l'Académie sont invités à ne donner aucune sorte d'approbation individuelle aux inventeurs de remèdes secrets.

M. BOULLAY : Il me semble qu'on aurait dû parler de la proposition de M. Royer-Collard, qui me paraît comprendre toutes les conclusions de la commission. Je voudrais donc que l'Académie engageât M. Royer-Collard à faire son rapport.

M. ROCHOUX : La proposition de M. Royer-Collard repose sur une similitude qu'il a établie entre les sciences exactes et la médecine. Cette similitude n'existe pas. Et en adoptant les conclusions du rapport de M. Villeneuve, vous vous créez des difficultés dont vous ne pourrez pas sortir. Je pense donc que l'Académie doit se conduire d'après ses précédens.

M. GUÉNEAU DE MUSSY : J'appuie les conclusions du rapport de M. Villeneuve; mais peut-être serait-il utile de changer la forme de la première conclusion, en disant que pour tel remède il n'y a pas lieu à appliquer les dispositions favorables du décret.

M. ADELON : La troisième conclusion doit seule être adoptée. Je dirai quant à la première que l'Académie ne peut se dispenser de faire un rapport, et répon-

dre à M. le ministre qui lui en demande un, qu'elle ne veut pas en faire, cela n'est pas possible. Tout ce que l'Académie peut et doit faire, c'est de répondre simplement qu'il n'y a pas lieu, pour tel et tel remède d'appliquer le décret. Enfin, quant à la deuxième conclusion, elle était inutile, puisque l'on a toujours eu soin de spécifier dans les rapports sur les remèdes secrets ce à quoi s'appliquait l'approbation.

M. Royer-Collard : Cette question doit paraître, à l'Académie, suffisamment éclaircie. Pourvu qu'on ne donne pas dans un rapport un texte sur lequel le charlatan puisse s'appuyer, c'est tout ce qu'on peut demander.

M. Martin-Solon : Afin que l'Académie ne perde pas un temps précieux à s'occuper des remèdes secrets, que la commission examine ces remèdes dans son sein, et qu'elle vienne vous lire seulement un rapport collectif, en disant que, par exemple, pour vingt remèdes présentés il n'y a pas lieu d'appliquer le décret.

M. Boulay : Il serait impossible de grouper ensemble plusieurs remèdes secrets. Conservez les rapports individuels.

M. Londe : On ne s'est pas rappelé la contexture des lettres de M. le ministre. L'Académie est toujours consultée pour un seul individu ; or elle ne peut pas en réunir plusieurs sur un même rapport et faire une réponse collective.

M. Royer-Collard : Il faudrait donner avis au ministre que l'Académie ne fera qu'un seul rapport lorsqu'il s'agira de remèdes insignifians présentés par plusieurs individus.

M. Guéneau de Mussy : Répondez simplement à M. le ministre et sans entrer dans aucun détail, que pour tel remède il n'y a pas lieu d'appliquer les dispositions favorables du décret ; mais répondez individuellement.

M. Bégin : Remarquez que vous êtes omnipotens vis-à-vis de M. le ministre ; vous pouvez faire ce que vous voulez. Mais il y a deux choses à considérer : ce qui se passe ici et ce que vous répondez. Quant à la réponse au ministre supprimez le résultat de votre délibération ; mais laissez au rapporteur de la commission le soin de dire ce qui lui paraît convenable.

M. Lagneau : Tout le monde s'aperçoit de l'inconvénient qui existe de faire des rapports sur les remèdes secrets. Je crois donc que la première proposition doit être adoptée.

M. Gerdy appuie la proposition de M. Martin-Solon ; il serait important, dit-il, de faire une formule abrégée applicable à un certain nombre de remèdes secrets insignifians. L'Académie gagnerait beaucoup de temps à faire des rapports collectifs.

M. Velpeau : L'Académie me paraît être à côté de la véritable question. Qu'on fasse un rapport court, qu'on le fasse long, qu'il soit désapprobateur ou laudatif, il en résulte toujours que le charlatan abuse du nom de l'Académie ; et même s'il n'y a pas eu un rapport sur son remède, il dira qu'il a été présenté à l'Académie. Pour obvier à cet abus, il faudrait qu'il fût défendu à ces gens-là de se servir en aucune occasion du nom de l'Académie.

Quelques membres demandent l'ordre du jour, d'autres s'y opposent et proposent de renvoyer la rédaction des conclusions du rapport à la commission.

Cette dernière proposition est mise aux voix et adoptée.

VARIOLE.

M. Gérardin présente un enfant qui est né à la Maternité avec une variole confluente dont les pustules sont très développées. La mère ne présentait aucune trace de cette éruption.

FISTULES VÉSICO-VAGINALES.

M. le docteur Archigènes d'Epibatès, en Thrace, présente à l'Académie un instrument qu'il a imaginé pour pratiquer l'opération de la fistule vésico-vaginale.

Ayant remarqué, dit l'auteur, les difficultés que présente l'instrument de M. Depierris par ses complications, j'ai pensé à le simplifier en le mobilisant sur deux charnière de la manière suivante : une pince à anneaux légèrement coudée sur le côté, afin que la main ne masque pas l'organe dans lequel on veut opérer ; au moyen de deux petites charnières, on fait parcourir à coulisse la pince qui saisit la solution de continuité vésico-vaginale de la même manière qu'avec l'instrument de MM. Depierris et Sotto Mon instrument, dit M. Archigène, réunit tous les avantages des instrumens de MM. Bourgougnon, Forestier, Depierris, Sotto, sans en avoir les inconvéniens, et je crois l'avoir mis à la portée des mains les moins exercées. M. Charrière en le confectionnant a très bien compris le but que je me proposait en faisant glisser une de ses branches sur l'autre à l'aide de deux charnières qui produisent tous les mouvemens de l'instrument de M. Depierris. Ce principe pourra avoir beaucoup d'autres applications.

RÉSECTION DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE POUR UN CANCER.

M. le docteur Laugier, chirurgien de l'hôpital Beaujon, présente à l'Académie la partie moyenne d'une mâchoire inférieure qu'il a réséquée le 20 nov. dernier pour un cancer qui a débuté par la lèvre inférieure, et qui, après deux récidives, embrasse la partie antérieure de l'os, son bord inférieur, et fait corps avec lui, de manière à ne présenter à sa surface aucune mobilité. Il ne parut pas possible, après deux opérations pratiquées dans une des principales villes de France par un habile chirurgien, et dans l'état de *soudure* des parties molles avec l'os, que présentait le menton, d'enlever le cancer sans enlever la partie moyenne du maxillaire inférieur. En supposant que les couches superficielles de l'os fussent seules malades, et non toute son épaisseur, l'opération indiquée semblé la seule sûre, la plus expéditive, la moins douloureuse.

Elle fut faite de la manière suivante : une incision elliptique embrassa toute la partie malade et arriva sur l'os, dont la surface fut mise à nu au-devant de la première grosse molaire gauche. Une scie à chaîne conduite derrière l'os de haut en bas à l'aide d'une aiguille courbe, tranchante sur les côtés, servit à diviser de dedans en dehors l'os maxillaire ; même section fut faite à droite, au-devant de la première grosse molaire. Toute la partie malade n'était plus retenue que par les attaches de la langue et de l'os hyoïde à la face postérieure de la mâchoire. Ces attaches furent coupées rapidement dans les tissus sains ; mais on avait eu soin de faire saisir le filet de la langue par les crochets d'une double airigne, dans la supposition déjà faite depuis longtemps que la langue pourrait se porter en arrière et en bas sur l'orifice du larynx. La langue était donc soutenue par un aide en avant et en haut au moment de la section des génio-glosses, M. Laugier allait procéder à la ligature de quelques artérioles, qui avaient donné du sang, lorsqu'il lui fut facile de remarquer que la langue n'avait aucune tendance à se porter en arrière ; l'airigne fut dégagée et la langue resta soutenue dans sa position normale. Aucun vaisseau n'ayant donné, après une demi-heure d'attente, aucune ligature ne fut faite, si ce n'est une petite branche de la coronaire labiale, que la suture eût sans doute arrêtée. La suture entortillée a été pratiquée, et depuis l'opération le malade est en bon état.

La portion de l'os maxillaire enlevée répond aux dix dents antérieures, cinq de chaque côté. Quelques-unes sont en place, et fixées assez solidement pour prouver que le cancer n'a pas pénétré dans leurs alvéoles ; mais la dissection de la pièce a fait voir qu'un squirrhe a envahi toute la peau du menton, le tissu sous-cutané auquel il a donné l'épaisseur de 15 à 18 lignes, et les couches superficielles de l'os, qui se laisse pénétrer par le bistouri ; l'opération pratiquée était donc indiquée par l'état local. Le malade est d'ailleurs très robuste, âgé de 44 ans, et ne porte aucun caractère de la cachexie cancéreuse.

Maintenant comment expliquer que chez plusieurs opérés la langue, après la section des génio-glosses, se soit portée en arrière, de manière à produire la suffocation (Delpech, Lallemand de Montpellier), tandis que chez d'autres, dans les mêmes circonstances, il n'y ait eu aucune tendance semblable de cet organe ? M. Laugier recommande cette question aux physiologistes, et la regarde jusqu'ici comme mal étudiée. Il espère pouvoir d'ici à quelques semaines présenter à l'Académie le malade qu'il a opéré.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ PRATIQUE DE L'AMAUROSE, OU GOUTTE SEREINE, AVEC DES RECHERCHES NOUVELLES SUR LES MÉTHODES SPÉCIALES DE TRAITEMENT QUI CONVIENNENT A SES DIFFÉRENTES ESPÈCES ; par J.-E. PÉTREQUIN, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon. — 1 vol. in-8° de 120 pages. 1841. A Paris, chez Cousin, rue Jacob, 21 ; à Lyon, chez Savy, 48, quai des Célestins.

La plupart des auteurs anciens et des ophthalmologistes, même les plus récens, s'accordent en général sur la presque incurabilité de la goutte sereine. A leurs yeux, cette affection, résultat d'un affaiblissement de la faculté visuelle, participe du cachet de ténacité et de la marche fatale qui caractérisent les maladies asthéniques. Et ce qu'il y a de pis encore, c'est que ce découragement a retenti du pronostic sur le traitement. Si l'empirisme était un jour banni de la médecine, on peut, sans crainte d'exagération, affirmer qu'il se retrouverait dans la thérapeutique de l'amaurose. Quelle série banale de moyens souvent insignifians quand ils ne sont pas irrationnels et pernicieux ! Que d'aveugles et contradictoires préceptes ! on dirait, en vérité, qu'il est pour cette maladie une logique à part dont les lois exceptionnelles se transmettent parmi les médecins d'âge en âge, perpétuant, aux dépens des malades, la choquante anomalie d'une pratique abandonnée aux hasards de la routine et du tâtonnement.

Sans doute les difficultés de *rationaliser* le traitement de l'amaurose sont extrêmes, mais c'est précisément ce motif qui doit porter tous les chirurgiens à entrer dans la voie d'une réforme aussi utile à l'honneur de l'art qu'aux intérêts de l'humanité. Quelques écrivains ont senti cette lacune comme nous, et la salutaire tendance dont nous parlons se remarque déjà dans plus d'un ouvrage. M. Pétrequin embrassant franchement ces principes, et mettant à profit le bénéfice d'une position particulièrement avantageuse pour ce genre de recherches, a voulu, dans une monographie complète, présenter le tableau des amauroses suivant leurs variétés, puis, et comme conséquence immédiate, suivant les diverses médications qui conviennent à chacune d'elles. Donnons en quelques mots une idée de la manière dont il a rempli sa tâche.

Ayant principalement en vue le but d'application que doit se proposer tout médecin dans les coupes nosologiques, M. Pétrequin fonde sa clas-

sification sur la nature de la maladie plutôt que sur son siége. Les considérations du premier ordre, en effet, sont plus faciles à bien préciser sur le vivant, et surtout elles conduisent plus directement à la détermination de la méthode curative. Sur cette base, l'auteur établit sept espèces d'amaurose : 1° asthénique nerveuse; 2° par l'action de la foudre; 3° vermineuse; 4° traumatique; 5° congestive; 6° torpide; 7° organique.

Nous ne partageons point, au sujet de cette division, l'opinion d'un journal de province qui, récemment, reprochait à M. Pétrequin, d'avoir fait des formes asthéniqoe et torpide, deux genres séparés; distinction qui, suivant la même feuille, ne serait justifiée, ni par la nature des choses, ni par des preuves suffisamment explicites de la part de l'auteur. Mais confondre la diminution de la faculté visuelle qui dépend d'influences débilitantes avec celles que produit une dyscrasie quelconque, serait évidemment ne vouloir juger des causes que par leurs résultats. La syphilis, la diathèse scrofuleuse, la prédisposition aux maladies dartreuses sont autant d'élémens capables d'amener une paralysie de la rétine; serait-il donc logique de les confondre avec les excès, la masturbation, etc., qui ne produisent le même effet qu'en affaiblissant l'économie? Autant de catégories particulières que d'agens distincts, voilà la vraie base de toute classification utile; et l'on ne peut blâmer M. Pétrequin d'avoir introduit ici une nouvelle variété, qu'indiquaient impérieusement des conditions pathogéniques et phénomènales aussi spéciales.

Au sujet de la première espèce (amaurose asthéaique nerveuse), l'auteur étudie les causes générales et les causes locales qui peuvent la produire. Comme il le fait justement remarquer, elle se complique souvent d'élémens étrangers, ou, pour mieux dire, elle est souvent consécutive à un état qui n'était d'abord rien moins qu'une asthénie. Mais une fois parvenue au degré où elle merite ce nom, il faut la considérer et la traiter en conséquence. Aussi, entre autres sages préceptes de thérapeutique, M. Pétrequin s'élève-t-il avec raison contre les exutoires, le séton à la nuque. Pourquoi un révulsif, dit-il, quand il n'y a pas la moindre irritation à révulser? Et pourquoi, ajouterions-nous, une cause nouvelle de débilité, quand la maladie à combattre dépend précisément d'un affaiblissement de l'organisme?

Le chapitre relatif aux amauroses dues à l'action de la foudre contient deux observations de cette variété qui est assez rare; et ce qui est plus rare encore, dans les deux cas, la guérison a été complète et durable.

Dans l'amaurose vermineuse, il y a, d'après M. Pétrequin, une distinction importante à établir. Au début le trouble de la vue est purement symptomatique, il dépend de la mydriose et peut être guéri rapidement. Mais plus tord, la lésion devient permanente et la constriction de la cause ne suffit plus pour enlever la maladie qui persiste et réclame alors un traitement à part.

De toutes les espèces d'amaurose, celle qui est la plus propre à montrer l'erreur des praticiens qui ne voient dans cette affection qu'une paralysie, qu'un affaiblissement, c'est sans contredit la forme congestive. M. Pétrequin en distingue trois espèces : l'amaurose *congestive simple*, survenant quelquefois sans prodrômes, sans autres signes d'irritation; l'amaurose *irritative sanguine*, plus commune chez les sujets sanguins, pléthoriques; celle ci s'accompagne de céphalalgie, d'éblouissemens, vertiges, sensations d'étincelles, d'injection des capillaires de la sclérotique, etc.; l'amaurose *irritative simple nerveuse* ou *éréthistique* que présentent de préférence les personnes nerveuses impressionnables, et qui se caractérise par les signes suivans : hypersensibilité de la rétine, ebroopsie, vue meilleure au crépuscule et au clair de lune, myodopsie, souvent larmoiement. D'abord les objets paraissent trop éclairés, puis un voile vaporeux semble les envelopper et s'épaissit de plus en plus. Le traitement de la forme congestive variera, bien entendu, selon qu'on aura affaire à l'une ou à l'autre de ces trois sous-variétés. Mais il nous suffit d'avoir fait pressentir les modifications que chacune d'elles doit imprimer à la thérapeutique, et nous laissons au médecin qui aura besoin de règles plus détaillées le soin de les chercher dans l'ouvrage de M. Pétrequin.

La nature de l'amaurose organique s'exprime par sa seule dénomination. Pour faire connaître la diversité des causes desquelles peut dépendre cette espèce, M. Pétrequin en rapporte 4 cas où la lésion tenait, dans l'un, à l'engorgement du tissu cellulaire du fond de l'orbite; dans un autre, à la syphilis; dans le troisième, à une hémorragie cérébrole; et, en dernier lieu, à l'atrophie du nerf optique. Ces exemples suffisent pour faire voir qu'ici, pas plus que pour les autres variétés, un pronostic identique ne saurait convenir, et que des altérations, même organiques, peuvent être combattues avec succès par des médications appropriées.

Une partie importante de ce travail est celle qui a rapport à la transformation des amauroses. Sous le rapport du *siége*, on sait que la maladie, à mesure qu'elle devient plus ancienne, tend à envahir plus de tissus, et augmente par conséquent à la fois en étendue et en gravité. Mais ce qui mérite surtout de fixer l'attention du praticien, ce sont les changemens qui s'opèrent, soit spontanément, soit sous l'influence du traitement, dans la *nature* de l'affection. Ainsi l'amaurose asthénique est rarement primitive, elle apparaît plutôt à la suite ou dans le cours de plusieurs des autres espèces; l'amaurose traumatique, par exemple, dégénère parfois en simple asthénie. Il en est de même de l'amaurose congestive. Souvent l'amblyopie éréthistique nerveuse se transforme en irritative sanguine, et cette dernière en subinflammation lente de la rétine ou en congestion simple; et ces dernières variétés elles-mêmes se terminent quelquefois par l'asthénique simple, quand on a réussi à détruire les élémens morbides qui s'y combinaient, etc. Rien de plus important que les considérations de ce genre. Ces insidieuses métamorphoses qui déroutent à chaque instant le médecin mériteraient d'être signalées d'une manière toute particulière; car le diagnostic précis de l'amaurose est tellement difficile qu'en général, après l'avoir tant bien que mal établi, on poursuit le traitement d'après les mêmes indications, tant que la cécité persiste, sans se douter que les circonstances sont parfois devenues opposées. On s'étonne alors de l'insuccès d'un remède qui s'était d'abord montré avantageux, et l'on attribue à tort aux effets de l'habitude, à l'imperfection des préparations pharmaceutiques, aux circonstances atmosphériques, etc., une inefficacité qui tient à la nature même des choses; car le plus souvent, par cela même qu'il convenait dans le principe, un médicament devient contr'indiqué par la suite, puisqu'il a modifié l'essence de la maladie. Il faut donc changer de tactique à mesure que l'ennemi abandonne ses positions; mais cette étude est difficile autant qu'indispensable, et nous ne saurions indiquer, pour éviter les écueils qu'elle présente, un guide plus sûr que l'ouvrage de M. Pétrequin.

Un mot en terminant sur les observations qui accompagnent cet opuscule. Elles sont au nombre de 41, et, recueillies pour la plupart à l'Hôtel-Dieu de Lyon, en présence d'élèves nombreux, elles offrent toutes les garanties d'authenticité qu'on peut demander. Peut-être les trouvera-t-on un peu moins concluantes sous le rapport de la valeur que l'auteur leur assigne pour les faire servir de preuves à l'appui de l'efficacité de sa méthode. A côté de guérisons réelles, incontestables, on regrette de voir quelquefois placés des cas où la cure n'a été que commencée; et, quoique les faits de cet ordre soient en minorité, quoique M. Pétrequin ne les produise pas comme exemples de succès complet, le lecteur remarque de temps en temps, avec peine, une certaine tendance à se prévaloir d'un commencement de réussite, à conclure d'une amélioration partielle dans le présent à la probabilité d'une guérison complète dans l'avenir. Répétons ici, et nul ne le sait mieux que M. Pétrequin, que, dans le traitement de l'amaurose, les suites ne répondent pas toujours au début; et le médecin se tromperait dans les trois quarts au moins des cas s'il se faisait fort de déterminer le terme de la guérison ou, même seulement, d'assurer qu'elle doit avoir lieu, d'après le bénéfice obtenu dans un certain laps de temps. Dans de semblables calculs, le mécompte serait infailliblement la règle. Du reste, cette critique ne s'applique qu'à une très petite partie des observations de M. Pétrequin, et la vérité de ses assertions est surabondamment établie par le grand nombre des faits de son ouvrage qui demeurent inattaquables.

On a pu le voir par ce qui précède, ce traité est véritablement clinique, soit par son but, soit par le caractère des preuves qui lui servent de base. Les divisions que M. Pétrequin a établies d'après l'observation la plus attentive, dans le domaine de l'amaurose, l'ont conduit à une thérapeutique qui est la seule efficace parce qu'elle est la seule rationnelle; elle seule, en effet, a égard aux élémens pathologiques si multipliés et si variables, suivant chaque forme de l'affection, et que l'ancienne méthode de traitement confondait dans une formule empirique et banale. La Société de médecine de Lyon, en donnant son approbation à ce travail, a montré qu'elle en jugeait les principes aussi conformes aux données de la science que propres à satisfaire aux besoins, si nombreux sur ce point, de la pratique.

VARIÉTÉS.

RAPPORT DE M. LE DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG SUR LES ÉTUDES FAITES A LA FACULTÉ PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1841-42; LU LE 5 NOVEMBRE 1842, DANS LA SÉANCE DE RENTRÉE DE L'ACADÉMIE.

Les années scolaires ne forment point des périodes de temps assez longues, pour permettre de comparer, dans l'enseignement supérieur surtout, les résultats obtenus pendant la durée de chacune d'elles.

Parfois des mesures générales sont venues cependant modifier profondément la marche ou la condition des études, et alors on a pu remarquer les effets presque instantanés de ces changemens.

La dernière année scolaire vient de s'écouler comme la précédente, sous l'influence des réglemens destinés à restreindre le nombre des élèves et à fortifier les études. Ces réglemens ont atteint leur but en ce qui concerne la diminution du nombre des candidats, et chaque année l'autorité ajoute avec une grande intelligence aux moyens destinés à rendre les récipiendaires plus aptes à remplir dignement la mission du doctorat en médecine. La Faculté a formulé dernièrement encore des vœux dans l'intérêt des bonnes études. Ces vœux portent sur la création de chaires de médecine et de chirurgie, sur l'obligation à imposer aux élèves d'être pourvus du diplôme de bachelier ès-sciences avant de prendre la première inscription, et aussi sur la nécessité d'astreindre tous les aspirans au doctorat en médecine de fréquenter pendant deux années au moins les cours d'une Faculté.

Une ordonnance du 3 octobre 1841 impose aux élèves un stage d'une année dans un hôpital, à partir de la neuvième inscription. Tous nos élèves ont été répartis dans les différens services et se sont exercés aux pansemens et à toutes les pratiques que l'on désigne sous le nom de petite chirurgie.

Nous avons à enregistrer une nouvelle amélioration : un arrêté réglementaire du 26 août 1842 prescrit, qu'à partir du 1er avril de l'année scolaire qui ouvre en ce moment, une épreuve pratique portant sur les opérations et sur l'application des bandages serait jointe au troisième examen, dont la durée a été allongée; cette dernière injonction, relative à la durée des examens, était inutile à la Faculté de Strasbourg, où depuis longtemps tous les examens sont habituellement poussés au-delà du terme de trois quarts d'heure, prescrit par les dernières dispositions réglementaires.

Si l'autorité supérieure cherche à améliorer les études et à rendre les examens plus sévères, la Faculté, de son côté, suit la même voie, autant du moins qu'il lui est permis de le faire. Sur sa demande, elle a obtenu de l'administration des hospices, qui comprend si bien la nécessité des études pratiques, un arrêté en date du 23 mai 1842, qui met à la disposition de l'enseignement la totalité du service des maladies vénériennes et cutanées, de sorte que nos élèves peuvent se former au traitement de ce genre d'affections, au milieu de salles renfermant environ une centaine de lits.

La Faculté, d'un autre côté, a tout lieu de s'applaudir de l'extension donnée au service de ses cliniques, dont le mouvement est assez prononcé pour que les étudians voient passer sous leurs yeux un grand nombre de maladies. Ainsi, le mouvement des cliniques a été, pendant la dernière année scolaire, c'est-à-dire, depuis le 1er novembre 1841 jusqu'au 1er septembre 1842, de 1525 malades, savoir :

520	malades	pour la clinique interne.
266	—	pour la clinique externe.
93	—	à la clinique d'accouchement, non compris les nouveau-nés.
143	—	à celle des enfans malades.
503	—	pour le service des maladies cutanées et des vénériens.
1525		

C'est avec de telles ressources pour l'enseignement pratique, c'est avec un musée d'anatomie pathologique qui obtient un juste tribut d'admiration de tous les savans qui le visitent, c'est avec le secours de ses autres collections et d'une riche bibliothèque, que la Faculté de Strasbourg attend avec confiance le moment où le nombre de ses élèves sera proportionné à l'importance de son enseignement, et, je dois le dire aussi, au zèle et au talent de ses professeurs.

Les causes qui ont amené une diminution considérable dans le nombre des élèves des deux autres Facultés de médecine se sont fait également sentir à la Faculté de Strasbourg pendant la dernière année scolaire.

Le nombre des inscriptions régulières, qui avait été, dans l'année scolaire 1839-40, de 348, est descendu à 304 pour l'année suivante, et à 253 pour l'année 1841-42.

Mais, par contre, il y a eu un mouvement très prononcé dans le nombre des inscriptions collectives, c'est-à-dire dans le nombre des candidats qui, par suite d'études faites ailleurs, viennent passer des examens ou compléter leurs études à la Faculté de Strasbourg.

Il n'y avait eu, dans l'année scolaire 1839-40 que 97 inscriptions collectives; on en a compté 111 dans l'année scolaire 1840-41, et 234 pour 1841-42, de sorte qu'en réunissant toutes les inscriptions prises ou comptées à la Faculté pendant les trois années que nous comparons, on arrive au résultat suivant :

Année 1839 — 1840 : inscriptions prises	445
— 1840 — 1841 — —	415
— 1841 — 1842 — —	487

Considérée sous ce dernier rapport, l'année 1841-42 présente donc un excédant de 72 inscriptions sur l'année 1840-41, et un autre de 42 sur l'année scolaire 1839-40.

Le nombre des examens a été à peu de chose près le même dans les deux dernières années. L'année dernière il y avait eu neuf ajournemens sur la totalité des examens; on en a prononcé dix-neuf dans l'année qui vient de s'écouler, c'est-à-dire un nombre plus que double de celui qui exprime les ajournemens de l'année dernière. Cette différence s'explique par l'accroissement des inscriptions collectives, accroissement qui montre qu'il s'est présenté aux examens un plus grand nombre de candidats qui n'ont point fait d'études régulières dans les Facultés.

Ainsi nous venons de voir la Faculté refusant un plus grand nombre de candidats que dans les années précédentes, parce qu'elle avait eu à examiner un plus grand nombre d'élèves étrangers aux Facultés; par la même raison le nombre des examens remarquables par une plus forte instruction des récipiendaires a été moins élevé. Ce nombre avait été de 43 il y a deux ans, de 46 l'année dernière, il est tombé dans l'année scolaire dont nous rendons compte au chiffre de 38.

Une juste sévérité dans l'appréciation du savoir des récipiendaires est indispensable dans l'intérêt des bonnes études, intérêt qui se confond avec celui de la société entière.

La Faculté de médecine de Strasbourg peut se rendre cette justice qu'elle a dignement rempli la tâche qui lui était départie; elle ne restera pas, j'en ai la conviction, au-dessous de ses devoirs et de ses antécédens dans l'année scolaire qui ouvre en ce moment.

DISTRIBUTION DES PRIX A LA FACULTÉ DE MÉDECINE. — La rentrée des Facultés a eu lieu le 5 novembre. Après un discours de M. le recteur de l'Académie et la lecture des rapports annuels des doyens de Faculté, a eu lieu la distribution des prix.

La Faculté de médecine, approuvant les rapports des commissions spéciales, a décerné, comme il suit, les prix de l'année scolaire 1841 1842 :

1° *Prix de l'école pratique.* — Premier prix, à M. Willemin (Philippe-Prosper-Alexandre), de Strasbourg.

Premier second prix, à M. Coze (Pierre-Léon), de Haguenau.

Deuxième second prix, à M Engel (Louis-Charles), de Strasbourg.

2° *Prix de thèse.* —Un prix a été décerné à M. Hirtz (Abraham), de Colmar, pour sa thèse intitulée : DE L'EMPLOI THÉRAPEUTIQUE DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE.

Ont obtenu une mention honorable *ex æquo* les deux thèses suivantes : la première intitulée : DU RECTOCÈLE VAGINAL ET DES OPÉRATIONS PROPOSÉES POUR SA CURE RADICALE, par M. Léon Coze. La seconde intitulée : DE L'INFLAMMATION DES SYMPHYSES DU BASSIN APRÈS L'ACCOUCHEMENT, par M. Joyeux (Jules-Antoine), de Metz.

M. Delevieleuse (Joseph-Philibert), d'Artzenheim (Haut-Rhin), a obtenu au concours, dans l'année scolaire 1841 1842, l'emploi d'aide conservateur bibliothécaire. (GAZ. MÉD. DE STRASB.)

— La Société de médecine de Strasbourg a tenu sa première séance, le jeudi 10 novembre, à l'amphithéâtre des cliniques de l'hôpital civil.

Les membres fondateurs sont : MM. Aronssohn, Bach, Th. Bœckel, E. Bœckel, Boyer, Briffault, Cailliot, Claude, Clausing, Coze, d'Eggs, Deyber, Ehrmann, Eissen, Fahlmer, Fée, Forget, Gerhard, Heydenreich, Hirtz, Hartung, Held, Hoff, Hugueny, Imlin, Jannesson, Kirschleger, Knoderer, Küss, Lambert, Lauth, Libermann, Lereboullet, Malle, Marchal fils, Nestler, Oberlin, Rigaud, Robert, Roth, Ruef, Schaller, Schlund, Schnelter, Schuré, Scoutetten, Schutzenberger, Sédillot, Simon, Stœber, Stœss, Stoltz, Strohl, Tourdes, Tourdes fils, Uebersaal, Wœhrling, Zeyssolff.

La Société a procédé à l'organisation de son bureau ; elle a élu M. Ehrmann, président; MM. Stoltz et Forget, vice-présidens; MM. Stœber et Tourdes fils, secrétaires; M. Oberlin, archiviste-trésorier.

Le bureau s'est réuni le 4 novembre et a arrêté les dispositions suivantes qui seront soumises à la sanction de l'assemblée générale : 1° la société de médecine de Strasbourg tiendra ses séances au château, dont une des salles a été mise à sa disposition par l'administration municipale; 2° la société aura une séance ordinaire par mois; elle s'assemblera le premier jeudi de chaque mois, à trois heures de l'après-midi; 3° la liste des membres fondateurs restera ouverte jusqu'au premier décembre 1842; MM. les médecins et pharmaciens qui désireraient faire partie de la société sont invités à s'inscrire avant cette époque, à partir de laquelle les admissions ne se feront plus que dans les formes établies par le réglement; 4° la première séance ordinaire est fixée au jeudi premier décembre 1842, à trois heures de l'après-midi.

Le bureau a décidé, en outre, qu'une deuxième séance préparatoire aurait lieu au château, le mercredi 23 novembre, à trois heures de l'après-midi. Des invitations particulières seront adressées à chacun des membres de la société.

On trouvera désormais dans nos colonnes le bulletin des séances de la société médicale de Strasbourg. (Id.)

— Ceux de MM. les docteurs en médecine résidant à Paris ou dans la banlieue qui ne sont pas inscrits dans la dernière édition de l'ALMANACH GÉNÉRAL DE MÉDECINE, ou qui ont des rectifications à faire à l'article qui les concerne, sont invités à adresser IMMÉDIATEMENT leurs notes à M. Domange, rue Gît-le-Cœur, n° 4.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 49. (TOME X. — 1842.) SAMEDI 3 NOVEMBRE 1842.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des Hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis ; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois ; pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

NOTE SUR UN CAS DE PRÉSENCE DU DISTÔME HÉPATIQUE (DOUVE DU FOIE) DANS LA VEINE-PORTE CHEZ L'HOMME; par M. Duval, médecin à Rennes.

L'histoire naturelle des animaux entozoaires est encore entourée d'une si grande obscurité, il reste tant à faire pour connaître leurs diverses habitations et leur mode d'existence au sein des organes des autres animaux, dont ils sont les parasites, que chaque fait nouveau qui les concerne doit être enregistré avec soin, surtout quand il contrarie les idées déjà reçues, ou qu'il vient éclaircir un point de la science resté jusque-là dans le doute. C'est sous ce double rapport que le fait que nous allons exposer a quelque droit à fixer l'attention des naturalistes.

La douve du foie, *fasciola hepatica*, Lin. Lamk. *distoma hepaticum*, Zéder, Rudolphi, est très connue non-seulement des naturalistes, mais encore des vétérinaires, des bergers, des bouchers, etc. Elle est, en effet, très commune dans le foie des ruminans domestiques et particulièrement du mouton, du bœuf, de la chèvre, etc. L'homme jouit aussi de la triste prérogative de nourrir cet hôte incommode ; mais on le trouve bien plus rarement chez lui, il n'y est jamais en aussi grand nombre et n'y acquiert pas la même taille (1). On ne sait rien de positif sur les symptômes morbides que peut déterminer dans notre espèce la douve hépatique. Ce que j'ai à en dire ne saurait apporter aucun nouvel éclaircissement sous ce rapport, n'ayant pas été à même d'observer pendant sa vie l'individu chez lequel je l'ai rencontrée, et n'ayant pu avoir aucun renseignement sur ce qui a précédé sa mort. D'ailleurs, l'organe où j'ai trouvé cet entozoaire est différent de ceux où on le trouve habituellement. C'est donc bien plutôt sous le point de vue de l'histoire naturelle que sous le rapport médical que je vais m'en occuper. Désigné sous le nom de fasciola par Linnée, etc., à cause de sa ressemblance avec une petite feuille, il appartient à l'ordre des *trématodes* de Rudolphi ; c'est une des principales espèces du genre distôme du même auteur, devenu si nombreux qu'on en connaît aujourd'hui près de deux cents espèces. Tous les auteurs s'accordent à dire que le distôme hépathique habite la vésicule du fiel et les canaux biliaires où on le trouve communément. On

(1) Bremser, dans son Traité des vers intestinaux, ne cite que sept observateurs qui aient rencontré d'une manière certaine la douve du foie chez l'homme, ce sont Malpighi, Bidloo, Wepser, Pallas, Chabert, Bucholz et Bréra.

Feuilleton.

DE L'ART DES PLONGEURS DE NOS JOURS ET DES ACCIDENS AUXQUELS ILS SONT EXPOSÉS.

Depuis quelques années les travaux de sauvetage ont pris une extension qui doit croître encore rapidement par l'emploi des moyens mécaniques dont on a déjà obtenu de si heureux résultats, et il n'est pas douteux qu'avant une époque peu éloignée les occasions où ces travaux seront applicables ne se multiplient considérablement, et que le nombre des hommes qui se livrent à cette occupation n'éprouve un accroissement proportionnel. Le médecin devant, dans l'intérêt de l'humanité, de la science, et dans celui de sa propre dignité, suivre tous les progrès et tous les essais tentés par de hardis novateurs, quand surtout ils ont pour but de créer de nouvelles et périlleuses professions, dans lesquelles même l'homme peut courir des dangers encore inconnus, on ne lira pas sans intérêt, dans cette feuille, quelques détails sur la vie des plongeurs, sur les moyens qu'ils emploient pour supporter leurs rudes travaux, et sur les accidens auxquels ils sont exposés, et dont on chercherait vainement des exemples dans les autres professions.

Tant que les plongeurs se bornèrent aux seules ressources que fournit l'organisation humaine, le nombre ne put en être très grand, car la courte durée de l'immersion, même chez les hommes les mieux organisés sous ce point de vue, ne permettait pas d'en faire, si ce n'est dans quelques circonstances rares, une occupation lucrative. Mais, depuis que l'on a trouvé le moyen d'établir entre l'homme placé à plusieurs brasses au-dessous de l'eau et l'atmosphère, une communication facile, l'art de plonger n'a plus été cultivé par un petit nombre seulement d'individus privilégiés, et l'attente d'un salaire élevé ou la témérité si naturelle à l'homme a beaucoup élevé le nombre de ceux qui s'y livrent. On doit penser cependant que tous ne sont pas également propres à ces rudes travaux ; il ne suffit même pas d'une force physique très développée, mais d'autres conditions encore sont nécessaires. Les six plongeurs qui, pendant les trois derniers étés, ont travaillé au sauvetage du *Royal-George*, naufragé près de Spithead, ont été choisis dans le corps des sapeurs et mineurs royaux, et pris parmi ceux qui s'étaient fait le plus remarquer de leurs officiers par leur force morale et physique, et par leur habileté aux travaux ; et pourtant un petit nombre seulement de ceux qui avaient été choisis ont pu faire de bons plongeurs. Les effets de la submersion prolongée sont si différens chez les divers individus, qu'il ne suffit pas d'être robuste et courageux pour se livrer à cette vie périlleuse. Plusieurs éprouvent, toutes les fois qu'ils plongent, une douleur très vive dans les oreilles et une épistaxis plus ou moins prolongée. Le lieutenant Hutchinson, qui dirige les travaux de sauvetage du *Royal-George*, éprouve toujours ces accidens, et, bien qu'il ait essayé un grand nombre de fois, il n'a pu encore arriver à rester quelque temps sous l'eau. Ceux qui réussissent dans ces essais, et qui seuls méritent le nom de plongeurs, se livrent à leurs travaux sans de graves inconvéniens ; les seules sensations pénibles dont ils se plaignent sont, dans certains cas, quelques nausées, la plénitude de l'estomac, la céphalalgie et des douleurs probablement d'origine rhumatismale ; mais tous sont d'accord pour convenir que leurs

a aussi signalé sa présence dans l'intestin (1) et surtout le duodénum, où il doit parvenir par le canal cholédoque, et une fois dans l'œsophage d'un antilope (Sœmmering). Aucun observateur ne paraît en avoir constaté directement la présence dans les veines. Rudolphi même nie positivement qu'il ait été trouvé dans les ramifications de la veine porte, assertion qui suppose toutefois que cette habitation avait été signalée, mais sans preuves suffisantes. Voici le passage de cet auteur : « Auctores nonnulli distomata non solùm in poris biliariis, sed in venæ portæ ramis pariter occurrere referunt, quod falsissimum est. Hepate enim dissecto vermes numquàm nisi in ductibus biliariis reperiuntur, undè etiam in vesiculam felleam et per ductum choledochum in intestinum deferuntur (2)... » Je n'ai pu découvrir les auteurs qui, d'après ce passage, avaient indiqué la présence de la douve dans la veine porte; mais à la dénégation du savant helmintologiste, j'opposerai l'observation suivante qui a eu pour témoins un grand nombre d'élèves en médecine, dont la plupart aujourd'hui médecins pourraient en attester l'authenticité. Voici le fait tel qu'il s'est offert à mon examen. Dans les premiers jours d'avril 1830, j'avais pour sujet de veinologie du cours d'anatomie de l'école secondaire de médecine, un homme âgé d'environ 49 ans, venant de l'Hôtel-Dieu (Rennes). C'était un couvreur, nommé François Faucheux, entré dans le service de médecine le 24 mars au soir (1830), mort le 28 du même mois, et sur la maladie duquel je ne pus obtenir aucun renseignement précis. Des informations prises sur son état antérieur ne m'éclairèrent pas davantage; il ne s'était jamais plaint de rien de particulier, ce fut tout ce que j'en appris. Ayant fait préparer pour la leçon le système veineux et abdominal sans y pousser d'injection et le foie étant conservé intact, je commençai par décrire les veines mésaraïques et la veine splénique; arrivé au tronc de la veine porte, je m'aperçus en le décrivant qu'un corps étranger, placé dans l'intérieur même de ce vaisseau, glissait entre mes doigts. L'idée d'un ver parasite, comme il en existe dans le foie de plusieurs animaux, me vint aussitôt à l'esprit, quoique je n'eusse pas encore eu l'occasion d'en observer dans l'homme; j'ignorais également alors qu'on en eût nié l'existence dans la veine porte. Je fis part de ma pensée aux élèves, et prenant de suite un scalpel, j'incisai avec précaution les parois de la veine sur ce corps que je tenais toujours entre les doigts de la main gauche et je découvris au milieu d'un peu de sang fluide que contenait le tronc de la veine porte une douve du foie de la plus grande dimension. Après avoir terminé ma leçon, que cette découverte avait interrompue un instant, je poussai mon examen dans les divisions de la veine porte. Je ne trouvai rien dans les branches abdominales qui concourent à la former; mais deux ou trois autres distômes semblables au premier furent rencontrés dans le sinus et les divisions sous-hépatiques de ce vaisseau; les branches de la veine furent ainsi suivies jusque dans l'intérieur du foie, et je découvris alors d'autres entozoaires de la même espèce, toujours dans les ramifications veineuses; j'en recueillis en tout cinq à six.

Je ferai remarquer que les parois des veines qui contenaient ces parasites n'avaient pas été ouvertes avant ma leçon, qu'elles étaient dans un état tout à fait normal et ne présentaient ni traces d'inflammation, ni érosions. Le foie lui-même paraissait dans un état naturel et le sujet ne présentait pas ailleurs rien de particulier. L'animal du distôme hépatique est trop connu pour que je m'arrête à décrire les individus que j'ai trouvés dans les veines de mon sujet. Mais afin qu'on ne puisse avoir aucune incertitude sur l'identité de l'espèce, j'ajouterai qu'étudiés avec soin le jour même de leur découverte et comparés aux figures de l'ENCYCLOPÉDIE (pl. 79, fig. 1 à 9), je n'eus aucun doute sur leur détermination. Ils furent mis alors dans l'alcool où je les ai conservés depuis et déposés dans le cabinet de l'école secondaire. Enfin, les ayant soumis postérieurement à l'examen du doyen de la Faculté des sciences de Rennes, M. Dujardin, dont le nom fait autorité en pareille matière, il reconnut de suite le distôme hépatique. Ce qui ajoute encore quelque intérêt à notre observation, ce sont les dimensions remarquables de ces entozoaires, car on ne les rencontre en général chez l'homme que beaucoup plus petits. Voici ce que disent à cet égard les auteurs.

« Cet entozoaire (*Fasciola hépatique*) a quelquefois dans les grands mammifères plus d'un pouce de longueur sur six lignes de largeur... Mais toutes les fois qu'on l'a vu chez l'homme, il était de petite taille. » (Cloquet, FAUNE MÉDICALE, t. v, p. 132.)

« Les vers de cette espèce sont de la longueur d'une à quatre lignes et de la largeur d'une demie jusqu'à une ligne, dit Bremser, en parlant de ceux de l'homme, puis il ajoute : Toutefois, Bréra qui en a observé dans le foie d'un homme mort de scorbut, compliqué d'hydropisie, remarque que ces vers étaient d'une dimension beaucoup plus considérable que ceux trouvés par Bucholz. Je ne doute nullement de la vérité de ce fait, continue Bremser, mais je ne puis pas m'empêcher d'avouer que je ne conçois pas pourquoi Bréra ne les a pas fait dessiner d'après nature et a préféré copier la figure tout à fait inexacte de Jordens. » (Bremser, TRAITÉ ZOOLOGIQUE DES VERS INTESTINAUX DE L'HOMME, édition Leblond, 1837, p. 266.)

C'est pour éviter un pareil reproche, ainsi que tout sujet de doute sur l'espèce, que nous joignons à cette note des figures exactes (1) d'individus trouvés sur notre sujet, qui donneront en même temps une idée nette de leurs dimensions. Quoique ayant séjourné dans l'alcool depuis douze ans, ils ont de 25 à 32 millimètres (11 à 14 lignes) de long sur 9 à 12 millimètres (4 à 5 lignes) de large. Ces dimensions excèdent plus de trois fois celles qui sont indiquées par la plupart des observateurs pour les distômes de l'homme et égalent au moins la taille de ceux que l'on trouve dans les grands mammifères. Je ne puis établir de rapport avec celle des fascioles hépatiques rencontrées par Bréra, puisqu'il se borne à dire vaguement qu'elles étaient d'une dimension beaucoup plus considérable que celles de Bucholz.

Revenons au point le plus important de notre observation; la présence des distômes hépatiques dans le tronc et les divisions supérieures de la veine porte : on ne peut expliquer ce fait que de deux manières, ou en supposant que ces animaux ont passé des canaux biliaires, où ils habitent ordinairement, dans les ramifications de la veine porte, ou en admettant qu'ils se sont développés dans cette veine et y ont vécu. Dans le premier cas, leur passage aurait dû avoir lieu soit après la mort, soit pendant la vie du sujet. Dans l'une et l'autre hypothèse on est forcé d'admettre qu'il eût dû exister une libre et large communication entre les veines et les canaux biliaires; mais le foie ainsi que les voies biliaires

(1) *Fasciola intestinalis*. Bréra.
(2) Rudolphi, t. II, part. 1re, p. 356, obs. 4.

(1) Nous n'avons pas trouvé ces figures dans le manuscrit de l'auteur. (Note du réd.)

travaux les fatiguent et les affaiblissent considérablement, et ils reconnaissent tous qu'ils ont perdu beaucoup de leurs forces depuis qu'ils se sont adonnés à cette occupation. On ne peut cependant savoir encore si cet affaiblissement n'est que passager, et s'il persistera après qu'ils auront cessé leurs travaux, ou si leur santé en sera réellement dérangée et leur existence abrégée.

La saison de leurs occupations commence en mai et finit en octobre; ils sont ordinairement employés, pendant huit ou dix heures par jour, et restent sous l'eau, suivant la nature de leur travail depuis une demi-heure jusqu'à trois heures. Pendant l'intervalle qui sépare le flux du reflux, ils travaillent quatre heures de suite, et pendant ce temps ils font habituellement quatre descentes. Lorsqu'ils remontent, après être restés une heure sous l'eau, ils ont la figure pâle et paraissent très fatigués bien qu'ils n'en conviennent pas. Aussitôt qu'ils sont arrivés au haut de l'échelle, on détache leur lourd casque, et ils ont pour se reposer dix minutes, pendant lesquelles le bois ou les autres objets qu'ils ont recueillis sont retirés au moyen d'une grue. Pendant la haute marée, ils ne peuvent travailler que deux heures à cause de la force avec laquelle le flot se déplace à cette époque. Le flux même, suivant eux, commence plus tôt et est bien plus rapide au fond de la mer qu'à sa surface, et les renverserait s'ils ne se tenaient avec beaucoup de force. Leur travail est aussi quelquefois interrompu par les tempêtes qui empêchent leurs signaux d'être compris par les hommes placés sur le navire en station pour s'occuper des tuyaux à air et faire attention aux demandes des plongeurs.

Ces hommes sont couverts de vêtemens de flanelle très serrée qui conservent la chaleur du corps et empêchent le froid que produirait la petite quantité d'eau qui peut s'introduire par la couture de l'habillement en caoutchouc qu'ils portent par-dessus. Enfin cet habillement lui-même est protégé en dehors par un canevas contre les déchirures auxquelles il serait exposé dans leur travail. La partie la plus importante de l'équipement des plongeurs est le casque qui est fortement attaché à la tête et à la poitrine et qui communique par un tube flexible avec l'air extérieur. C'est par ce tube qu'on fait arriver au plongeur, au moyen d'une pompe foulante d'une grande force, l'air dont il a besoin et qui pour conserver l'équilibre doit être à une pression égale à celle qu'exerce la masse d'eau qui entoure l'homme et son appareil. La quantité d'air lancée ainsi par le tube dans ce cas excède de beaucoup ce qui est nécessaire pour la liberté de la respiration et pour l'équilibre de la pression; mais il ne peut résulter aucun accident grave de cet excès d'air à quelque point même qu'il soit porté; car tout le superflu s'échappe facilement dans la mer par une soupape dont le casque est pourvu. Pendant tout le temps que le plongeur est sous l'eau, on voit une suite non interrompue de bulles d'air se dégager à la surface du liquide, en même temps que cet air est remplacé par l'action constamment régulière des pompes.

Pour que le plongeur descende facilement et promptement, il porte une charge considérable; outre de lourdes chaussures, il a encore de grosses plaques de plomb sur les épaules, et qui ne le quittent pas tant qu'il est submergé. Et cependant, bien que le poids de cet appareil s'élève à plus de 130 livres, l'ouvrier qui le porte se déplace avec agilité au fond de la mer, se sent aussi léger et travaille avec autant de facilité que s'il n'avait rien sur les épaules, ni aux pieds.

On a encore peu étudié les effets de la compression de l'air sur la respiration; mais il paraît que les plongeurs n'éprouvent pas de dyspnée appréciable au fond

étaient dans l'état normal; les veines ne présentaient ni déchirures, ni traces d'érosion; le sang était pur dans les veines ainsi que le fluide biliaire dans ses canaux. S'il eût existé une voie assez large pour permettre aux distômes de passer de l'un de ces ordres de vaisseaux dans l'autre, les fluides eussent encore communiqué plus facilement, ils se fussent mélangés et on en eût trouvé des traces, soit que cette communication eût eu lieu après la mort de l'individu, soit qu'elle eût eu lieu de son vivant. L'anatomie, il est vrai, nous apprend que des injections très fines, poussées avec précaution, pénètrent des ramifications de la veine porte dans les canaux biliaires, ou dans les veines sus-hépatiques ou dans les divisions de l'artère et réciproquement (1); mais cette communication de vaisseau à vaisseau a lieu entre des divisions capillaires et n'expliquera jamais le passage d'entozoaires d'un ordre de vaisseau dans un autre, même en supposant qu'ils y eussent pénétré à l'état de germe ou d'embryon. En effet, les recherches de M. Dujardin (2) nous apprennent que même dans ces états ils ont un volume bien supérieur à celui des globules du sang qui est celui des vaisseaux capillaires. Admettre d'ailleurs la possibilité du passage dans les veines, c'est convenir qu'ils peuvent s'y développer et y vivre. Il est donc évident que de toutes les manières les distômes de notre observation ont dû se développer dans les vaisseaux mêmes où ils ont été rencontrés. Ne pourrait-on pas se rendre compte de leur volume extraordinaire pour l'espèce humaine par la nature spéciale du fluide au milieu duquel ils vivaient et qui a pu favoriser leur accroissement? Si, en effet, des animaux entozoaires fort variés peuvent naître et se développer au sein de nos organes et au milieu de nos tissus, pourquoi le sang, ce fluide vivifiant qui alimente toutes nos parties et fournit les matériaux de toute sécrétion, ne serait-il pas propre à l'entretien de parasites? Plusieurs faits rapportés par divers observateurs portent à croire qu'il en existe réellement dans les vaisseaux sanguins (3) (veines-artères); mais ces faits ont été rejetés jusqu'à présent comme dépourvus d'authenticité, on considérés comme très douteux; rapprochés du nôtre et soumis à un nouvel examen ils pourront acquérir quelque valeur et s'éclairer réciproquement.

La dénégation formelle de Rudolphi (voir le passage cité plus haut) sur la possibilité de la présence du distôme hépatique dans la veine porte, suppose déjà que ce fait a été signalé, ses expressions ne laissant même aucun doute, quoiqu'il n'indique pas les auteurs (nonnulli autores) qu'il réfute d'une manière aussi péremptoire. Sans cela en effet il n'avait aucun motif pour émettre cette assertion. L'opinion d'un homme aussi recommandable paraît avoir fait loi depuis; car aucun auteur n'a osé admettre qu'on eût trouvé des douves ailleurs que dans la vésicule et les canaux biliaires ou les intestins. Notre observation détruisant complètement l'assertion de Rudolphi, l'on sera forcé de reconnaître que ces vers peuvent se rencontrer quelquefois dans les veines, et l'on sera en droit de conclure que les faits niés par le célèbre helmintologiste pouvaient être vrais. Si les occasions de faire des recherches dans l'intérieur des veines n'étaient pas aussi rares, il y a lieu de croire que des faits plus nombreux eussent été signalés; c'est ainsi que celui qui fait le sujet de cette note eût passé inaperçu si mon attention n'eût pas été spécialement fixée sur la veine porte.

La présence du distôme du foie dans le système veineux abdominal étant un fait hors de doute, il ne répugne nullement d'admettre l'existence de cet entozoaire on d'autres vers analogues dans les autres veines du corps; par là se trouverait éclairci un point obscur de l'histoire naturelle de ces animaux. Je veux parler de l'existence du polystôme des veines, regardée comme douteuse par la plupart des helmintologistes et niée par quelques autres.

Examinons le fait unique d'après lequel cet entozoaire a été signalé et les diverses explications qui en ont été données. Nous emprunterons à la traduction de Bremser le récit détaillé qu'il en fait à l'article *hexathyridium venarum*, nom sous lequel il désigne cette espèce de ver, qui pour Lamarck est une *linguatule* et un *polystome* pour Zéder, Rudolphi, etc.

« Trentler avait à traiter un jeune homme de seize ans qui, d'après » ce qu'il croyait, était tourmenté par des oxiures. Comme ce jeune » homme était extrêmement malpropre, Trentler lui conseilla de se baigner dans la rivière (frequenti lavatione in flumine uti admonitus est). » Un jour ce jeune homme entra lentement dans l'eau (cum aliquando » pedetentim aquam intrasset); à peine y était-il depuis une minute que la » veine saphène du pied droit se rompit subitement et spontanément » (sponte rupta est vena); il s'en suivit une hémorragie qui s'arrêta et se » renouvela de momens à autres. Des remèdes styptiques et une forte » ligature ne purent pas la faire cesser entièrement. Trentler, qui fut appelé, vit sortir de la plaie une substance un peu compacte, qu'il prit au » commencement pour du sang coagulé; mais un examen plus exact le » convainquit que c'étaient deux animaux vivans, qu'il enleva sans peine, et l'hémorragie cessa. Cependant la plaie ne se cicatrisa que trois » semaines après. Le malade se sentit un peu soulagé, mais il retomba » bientôt dans son ancien état maladif. Les meilleurs vermifuges furent » vainement employés, aucun ver ne fut rejeté, et Trentler conclut de » là que les accidens que ce jeune homme continuait à éprouver provenaient sans doute des vers qui séjournaient dans les vaisseaux » sanguins.

» On aurait tort, continue Bremser, de douter un instant de la vérité » du fait rapporté par ce médecin; cependant il n'est pas prouvé que ces » vers provinssent réellement de l'intérieur d'un vaisseau sanguin. Rudolphi et Zéder ne le croient pas. Ces deux auteurs sont plutôt portés » à regarder ces vers comme des planaires (planaria) qui vivent dans » l'eau, et qui peuvent facilement s'attacher à notre corps et causer une » hémorragie. » (Bremser. Ouvrage cité, page 327 et suivantes.)

Telle est cette curieuse observation rapportée avec détails par Bremser et que Trentler a accompagnée d'un dessin des animaux observés par lui; c'est sur la mauvaise exécution de ce dessin que Rudolphi semble se fonder, dans son SYNOPSIS, pour jeter du doute sur l'exactitude de l'observation.

« Pori icone non exprimuntur, et vermes nisil planaria fuisse vi» dentur. » (Rudolphi, entooz., synopsis, p. 126).

Mais de ce que la figure n'exprime pas bien les détails d'organisation, il n'est pas logique d'en conclure le rejet absolu et sans autre examen de l'existence d'entozoaires dans les veines du sujet de cette observation,

(1) Sœmering, Cruveilhier, ANATOMIE DESCRIPTIVE, t. 2, p. 273.

(2) ANNALES DES SCIENCES NATURELLES, t. VIII, 2e série.

(3) Voir le TRAITÉ DES MALADIES DES ARTÈRES ET DES VEINES DE HODGSON; traduit par G. Breschet, p. 447 et 529.

de la mer, et peuvent y chanter, mais non y siffler. Ils peuvent aussi se parler entre eux, en élevant aussi haut que possible leur voix, qu'ils entendent alors comme si on leur parlait bas à l'oreille.

Dans leurs expéditions sous-marines, les plongeurs se rencontrent quelquefois. Dans une occasion, trois d'entre eux, venus de deux stations différentes, se prirent les mains en ronde et célébrèrent par trois hourras ce triomphe de l'art du plongeur. Dans d'autres circonstances pourtant, leurs rencontres ont été moins amicales; on les a vus se disputer certaines portions de bois ou de débris, et, dans ces cas, se servir de leurs énormes piques de fer, comme ils auraient fait de bâtons sur la terre.

On ne peut se figurer une scène plus frappante que l'activité qui règne à bord du navire stationnaire pendant l'immersion des plongeurs. Les groupes attentifs des pompiers, dont les efforts font arriver l'air et la vie à leurs camarades ensevelis sous les eaux, le bruissement des pompes foulantes, le soin attentif avec lequel les hommes placés sur le bord du navire, tenant en main le tuyau à air et la ligne des signaux, attendent silencieusement les signes convenus par lesquels les plongeurs communiquent leurs besoins avec toute la précision de la parole, l'ébullition bruyante causée à la surface de la mer par la sortie de l'air comprimé, la rapidité avec laquelle les plongeurs se lancent à la mer et disparaissent au milieu du gouffre qui s'ouvre sous leur poids énorme, l'inquiétude et l'appréhension vague qu'on saisit sur la physionomie de tous les spectateurs, ne le cèdent en intérêt à aucun spectacle que l'on puisse supposer. L'accident arrivé dernièrement à l'un des sapeurs et des mineurs royaux prouve suffisamment combien ces appréhensions sont fondées. Ce soldat, nommé Williams, qui est âgé de 26 ans, et est doué d'une force et d'une activité remarquables, mais qui méconnaît souvent les règles de la tempérance, a été employé pendant les deux derniers étés comme plongeur au sauvetage du *Royal-George*, et est regardé comme l'un des hommes les plus habiles parmi ceux qui suivent la même carrière. Le 11 juillet au matin, il était descendu, pourvu de son appareil sous-marin, au fond de la mer, à une profondeur de 80 pieds au-dessous de sa surface, pour passer une chaîne de fer autour d'un bloc de bois, qui était en partie recouvert par une vase épaisse. Au bout d'une heure, et au moment où il venait d'achever ce travail le tube flexible par lequel on lui transmettait l'air comprimé cédant à la pression creva un peu au-dessus de la surface de l'eau, avec un bruit de sifflement très fort, qu'on entendit distinctement à la distance de cinquante brasses.

Pendant que les plongeurs sont occupés au-dessous de l'eau à leurs travaux périlleux, ceux qui sont sur le navire font la plus grande attention à tout ce qui pourrait mettre en danger la vie du plongeur ou interrompre ses occupations. Les personnes qui étaient chargées du tube à air et de la ligne des signaux et qui aident les plongeurs à remonter reconnurent immédiatement l'accident qui venait d'arriver, et l'une d'elles ferma aussitôt avec la main l'ouverture du tube. Williams fut promptement tiré; mais son appareil s'étant embarrassé dans la lourde échelle de corde par laquelle montent les plongeurs, il ne put être retiré qu'avec l'échelle, et une minute et demie s'écoula entre l'accident et le moment où il fut amené à l'air.

Aussitôt qu'on eut débarrassé la tête du casque qui la couvrait, on reconnut que le sang coulait abondamment par les oreilles, le nez et la bouche. La figure et le col étaient tuméfiés et décolorés; Williams paraissait avoir perdu connais-

comme Rudolphi le fait définitivement dans le passage suivant de l'histoire naturelle des vers :

« Descriptionem trentlerianam, vol. I, p. 352, exhibui, mihique ver- » mem isthinc extrinsecùs allatum et planariam quidem videri fnsè latè- » que exposui. Hæc itaque species excindenda erit. » (Rud., tome deuxième, partie première, page 457.)

M. Eudes Deslongchamps admet complètement l'opinion de Rudolphi dans le traité des zoophites de l'Encyclopédie méthodique. Voici ce qu'il en dit :

« Trentler s'est lourdement trompé, M. Rudolphi pense qu'il faut le » regarder (le polystôme des veines) comme une espèce de planaire, et » les raisons qu'il en donne sont très plausibles. » Zoophytes, p. 650.

Il me semble au contraire que rien n'est moins plausible que l'assertion de Rudolphi et ses motifs fondés sur une figure mal faite, c'est ce qui ressortira d'une analyse impartiale de l'observation de Trentler. En admettant que les planaires pussent s'attacher à la peau, comme les sangsues, et causer une hémorragie, ce qui n'est nullement prouvé, on ne fera jamais croire qu'elles puissent faire une ouverture pour pénétrer dans les veines, et c'est cependant ce que l'on serait forcé d'admettre quand on pèse bien toutes les particularités de l'observation. « L'hémor- » ragie s'arrêta et se renouvela plusieurs fois; des remèdes styptiques » et une forte ligature ne purent la faire cesser entièrement. » Tous ces détails précis peuvent-ils s'accorder avec la présence des vers attachés à la peau? Le premier mouvement du malade ou de ceux qui lui portèrent secours n'eût-il pas été d'enlever ces animaux, cause de l'accident, auxquels l'action des styptiques eût bientôt fait lâcher prise? C'est après du temps écoulé et plusieurs tentatives inutiles pour arrêter l'hémorrhagie que Trentler fut appelé, et « qu'*il vit sortir de la plaie* deux animaux » vivans qu'il enleva sans peine et l'hémorragie s'arrêta. » Il me semble qu'il ne peut y avoir ici rien d'équivoque et qu'on ne peut douter d'un fait aussi précis rapporté avec autant de simplicité. Cependant, Bremser qui le raconte dans tous ses détails partage l'opinion de Rudolphi, et ajoute pour la corroborer: « Si ces vers étaient venus réellement de dedans » au dehors, il me paraît qu'ils auraient dû en premier lieu présenter la » tête et une petite partie du corps; mais sortis de cette manière, ils n'au- » raient pas pu longtemps se soutenir au dehors; car leur tête une fois » passée à travers les tégumens (comme elle est chez ces animaux le seul » organe avec lequel ils peuvent s'accrocher), leur corps aurait dû être en- » traîné par l'eau ou bien par l'écoulement du sang. » Bremser semble dans ce passage supposer que les vers étaient à l'ouverture de la veine dès le moment de sa rupture et le commencement de l'hémorragie, ce que ne dit pas Trentler. N'est-il pas plus probable que la veine saphène qui a fourni cette hémorrhagie était variqueuse, qu'elle se sera rompue instantanément, comme cela arrive assez souvent et que les vers contenus dans son intérieur auront été amenés peu à peu vers l'ouverture pendant la durée de l'hémorragie, et se seront trouvés engagés dans la plaie lors de l'examen de Trentler. Cette explication qui ressort de l'analyse attentive des faits me semble très rationnelle et tout d'ailleurs porte à conclure que les vers observés par Trentler sont bien réellement venus de l'intérieur de la saphène. Sans vouloir maintenant discuter la nature de l'espèce, détermination pour laquelle nous n'avons pas d'élémens suffisans, j'ajouterai que je les crois non des planaires, mais bien quelqu'entozonire analogue à ceux que j'ai trouvés dans la veine porte. Cette dernière opinion est du reste celle de l'illustre Lamarck, qui après avoir décrit la linguatule des veines, car c'est ainsi qu'il désigne ce ver, ajoute : « M. Rudolphi pense que c'est une planaire; ce serait plutôt selon moi » une *fasciole*, si on ne lui attribuait six oscules. Ainsi son genre exige » de nouvelles observations. » J'ajouterai à la remarque de ce célèbre naturaliste qu'il est plus naturel de croire que Trentler se soit trompé sur ce nombre que sur la nature même et le genre de l'animal. (Lamk. animaux sans vertèbres, nouv. éd. t. I, p. 394.) Enfin quoique cette observation soit la seule que les naturalistes aient admise jusqu'ici touchant l'existence d'entozoaires dans les veines, il existe encore dans les auteurs d'autres faits qui pourraient être rapprochés de celui-ci et qui viendraient lui prêter leur appui.

Andry, dans son traité de la génération des vers dans le corps de l'homme, rapporte entre autres une observation qui mérite d'être citée ici. Elle est extraite d'une lettre qui lui fut adressée par un médecin d'Abbeville, nommé Vrayet, à la date du 3 juillet 1736; voici ce qu'on y trouve. « Nous avons encore observé ici il y a six ans, entre trois médecins, M. » Poultier, M. Hecquet et moi, un ver sanguin qui avait la figure d'une » petite tanche ou petit poisson, long d'un peu plus d'un travers de doigt, » sorti comme on saignait madame de Lépine, enceinte de sept mois, » attaquée de pleurésie, etc. » (Andry, ouvrage cité, 3e édition, tome I, page 118.) Quelqu'incomplète que soit cette observation, on ne saurait guère méconnaître dans cette comparaison avec un petit poisson, faite par un homme étranger à l'histoire naturelle, et à une époque où celle des vers intestinaux était dans l'enfance, un entozoaire analogue à la douve, et il n'est pas probable que les trois médecins cités aient été induits en erreur au point de prendre un caillot de sang pour un ver sortant par l'ouverture de la veine, comme cela a pu arriver à des observateurs peu attentifs.

Je me bornerai à cette seule citation de l'ouvrage d'Andry, quoiqu'il rapporte encore d'autres cas de vers trouvés dans les veines; mais ils ne paraissent pas offrir de rapprochement avec l'espèce qui nous occupe et les observations n'offrent d'ailleurs ni assez d'intérêt, ni assez de confiance pour être citées. Je passe également sous silence les observations de vers trouvés dans les artères du cheval, du chien, rapportées par M. Breschet (ouvrage cité), comme n'ayant pas une analogie directe avec le sujet de cette note.

En résumé nous pouvons conclure, 1° que le distôme hépatique se rencontre quelquefois dans le système veineux abdominal; 2° qu'il y paraît prendre plus d'accroissement chez l'homme, que dans les voies biliaires; 3° que le genre douteux désigné par les auteurs sous les différens noms de linguatules des veines, d'*hexatyridium venarum*, de polystôme des veines, devient par cela même beaucoup plus probable, ou du moins qu'il est plus rationnel de croire que dans l'observation de Trentler, il s'agit plutôt d'un entozoaire existant dans les veines que de planaires venus du dehors; 4° que la science possède maintenant plusieurs faits qui démontrent la présence d'entozoaires vivant dans les vaisseaux sanguins des animaux et particulièrement dans les veines chez l'homme.

---

sance, et cependant il avait conservé la sensibilité. Il fut transporté dans cet état à l'hôpital où il arriva une heure après l'accident. Sa figure alors semblait une masse informe et livide; son col était extrêmement tuméfié, marqué de larges taches et d'ecchymoses produites par des épanchemens d'un sang livide. Sur les clavicules et les épaules il y avait de larges taches d'ecchymoses séparées par des espaces où la peau avait conservé sa couleur normale. La partie inférieure du col qui avait été couverte par la flanelle et l'habillement de caoutchouc était marquée de blanc et de noir, les parties ecchymosées offrant une saillie notable. La coloration livide de la figure s'étendait jusqu'au cuir chevelu où cependant elle s'arrêtait brusquement, et il n'y avait plus d'ecchymose sur les parties situées au-dessous des points de la poitrine sur laquelle portait le casque. La muqueuse qui tapisse l'intérieur des joues, le dessous de la langue, la gorge et le pharynx, les tonsilles, aussi loin que l'œil pouvait voir, étaient noires d'ecchymoses. Les conjonctives sur les points où elles ne sont pas couvertes par les paupières et surtout autour des bords de la cornée étaient infiltrées d'un sang noir. Williams vomit un peu de sang avant d'arriver à l'hôpital et quelques vomituritions qu'il éprouva ensuite furent attribuées à du sang qui s'accumulait dans la gorge et qui fut expectoré; à ce moment l'hémorragie avait cessé par les yeux et par les oreilles qui étaient encore toutes couvertes de caillots sanguins. Le malade avait toute sa sensibilité, mais il paraissait assoupi. Son pouls était à 76 et d'une force normale; sa respiration était coupée par des soupirs fréquens, profonds et involontaires.

Dès le même jour la lividité du nez et du menton avait disparu et les parties avaient repris leur couleur normale. La figure avait aussi pâli, mais il restait sur les yeux, dans la bouche, à la face et sur le cou de larges traces de sang extravasé qui ne pouvaient disparaître que par la résorption des élémens du sang. Quand il eut été couché, on lui fit des applications chaudes sur les pieds, on lui donna un peu de thé qu'il avala avec une extrême difficulté, puis un lavement à la térébenthine, et dans la journée on lui fit une saignée du bras de 640 grammes; le lendemain et les jours suivans il prit un laxatif. D'abord il se plaignait de céphalalgie et de trouble dans la vue, qui ne tardèrent pas à disparaître; peu à peu le gonflement et les ecchymoses du cou et de la face diminuèrent aussi; mais trois semaines après l'accident il restait encore de petits caillots au point d'union de la cornée et de la sclérotique.

Un accident semblable est arrivé dans les mêmes circonstances à un homme du même corps, dont la tête, le cou et les yeux furent ainsi couverts d'une large ecchymose. Quand Caméron, c'était le nom de cet homme dont le dr Richardson a entretenu pendant quelques instans l'association britannique, fut retiré de la mer, déjà il avait perdu toute connaissance et était dans un état d'asphyxie dont il ne tarda cependant pas à sortir. Du sang coulait en petite quantité par le nez; mais non par les oreilles ni la bouche. Au bout d'un mois, les ecchymoses sous-conjonctivales qui persistent les dernières avaient disparu et cet homme intrépide, sans s'effrayer du danger auquel sa vie venait d'être si évidemment exposée, reprit aussitôt ses durs et périlleux travaux qu'il continue encore avec ardeur et résolution. William aussi ne s'est point laissé effrayer par le danger qu'il a couru, et n'a pas tardé à reprendre sa vie aventureuse, comptant sur l'utilité des précautions qui, depuis son accident, ont été prises pour en prévenir de semblables et dont l'une des plus importantes est la disposition d'une soupape de sûreté placée

PATHOLOGIE INTERNE.

DE LA PÉRITONITE CHRONIQUE ET DES CAUSES DE LA DIFFICULTÉ DE SON DIAGNOSTIC; par A. TOULMOUCHE, docteur-médecin à Rennes, membre correspondant de l'Académie de médecine, etc.

(SUITE. — Voir le n° 35.)

PLEURÉSIE DOUBLE ET PÉRITONITE SIMULTANÉE D'ABORD MÉCONNUE ; MORT.

OBS. III. — D..., boulanger, âgé de 35 ans, bien constitué, d'un tempérament lymphatico-sanguin, entra à l'hôpital Necker le 22 novembre 1817. Depuis longtemps il n'avait d'autre incommodité qu'une surdité, qu'il attribuait aux commotions produites par les décharges de l'artillerie de marine, dans laquelle il avait servi pendant plusieurs années.

Depuis huit jours il avait perdu l'appétit, et une douleur de tête assez vive avec fièvre l'avait déterminé à entrer à l'hospice. Son embonpoint était alors médiocre, son teint pâle; la respiration était un peu gênée; la poitrine résonnait un peu moins bien inférieurement à gauche; la langue était légèrement jaunâtre, la soif vive; le ventre était souple, un peu sensible à la pression. Il y avait diarrhée depuis six jours. (Saignée de deux palettes, infusion de polygala, tisane béchique.)

23. La respiration paraissait plus libre, la toux était rare, suivie d'une expectoration liquide, filante, demi-transparente, un peu jaunâtre et spumeuse, la fièvre continuait.

11 décembre. Une douleur aiguë se fit sentir dans la partie inférieure du côté droit de la poitrine. (8 sangsues sur l'endroit douloureux.) Elle cessa, mais le pouls resta fréquent et assez dur, la peau chaude.

14. La fièvre céda presque complètement; amaigrissement du visage.

17. Douleur très vive de la tête, surtout dans les oreilles; état pirectique. Le ventre était un peu sensible à la pression, deux selles par jour.

18. La céphalalgie continua, devint insupportable. Les yeux étaient brillans, la peau chaude, le pouls très fréquent, la surdité plus grande. Il y avait une loquacité qui approchait du délire. Le soir, le malade défit la bande qui fixait un vésicatoire placé au cou, et chercha à s'étrangler. Attirés pas ses cris plaintifs, les hommes de services accoururent et le trouvèrent armé d'un couteau, dont la faiblesse produite par les tentatives de strangulation l'avait empêché de se servir. M. Rault, alors interne, appelé près de lui une demi-heure après, le trouva dans l'état suivant :

Face pâle et couverte d'une sueur froide, pupilles dilatées, ecchymoses sous les conjonctives, stupeur, tremblement des mains, pouls rare et assez faible. Le malade déclara qu'il avait été conduit à cet acte de désespoir par les douleurs insupportables de la tête. (Saignée de pied de deux palettes, sinapismes aux jambes, épithème froid sur la tête.)

19. Assoupissement profond, respiration stertoreuse, ecchymose aux paupières et à la partie antérieure du cou, pouls rare, peau froide. (3 grains d'émétique, infusion d'arnica, lavement purgatif, moutarde aux cuisses.)

Le soir, connaissance parfaite, respiration libre. D... était tout étonné de son état, et ne pouvait se rendre compte des raisons qui avaient pu le porter à attenter à ses jours.

20. Renouvellement des douleurs aiguës dans le côté droit du thorax. Le ventre était un peu ballonné et sensible à la pression, surtout inférieurement. Le visage était pâle, affaissé. (Application de 8 sangsues sur le point souffrant.)

23. La douleur y avait diminué sans cesser tout à fait. L'abdomen était plus sensible, la respiration courte, accélérée. Le malade restait couché sur le côté gauche. La place des sinapismes qui avaient produit un effet vésicant prit un aspect gangréneux et devint excessivement douloureuse. L'état du malade resta le même jusqu'au 29. (Infusion d'arnica avec 15 centig. de tartre stibié.)

2 février. Face grippée, pouls petit, fréquent, inspirations courtes et accélérées; ventre tendu et douloureux à la pression, craintes de la mort.

4. Même position. On remarquait un peu de rougeur aux pommettes, du délire pendant la nuit, de l'infiltration aux extrémités inférieures. Une douleur aiguë se faisait sentir, tantôt dans le côté droit, tantôt dans le côté gauche du thorax. Il existait des palpitations très fortes.

6. La mort advint dans la nuit.

AUTOPSIE CADAVÉRIQUE FAITE 24 HEURES APRÈS LE DÉCÈS. — ÉTAT EXTÉRIEUR. Cadavre d'un homme bien constitué, à muscles assez développés.

CRANE. Les circonvolutions du cerveau n'étaient pas sensiblement aplaties; les vaisseaux de la dure-mère étaient très gorgés de sang. Chaque ventricule contenait 4 grammes de sérosité. La protubérance annulaire paraissait avoir un peu moins de consistance que l'encéphale, dont la surface laissait suinter peu de sang à l'incision. Le cervelet était assez ferme, les sinus veineux de la base du crâne gorgés du même liquide.

THORAX. La cavité de chaque plèvre contenait environ un litre de sérosité citrine, dans laquelle nageaient des flocons albumineux. Les poumons, refoulés vers le médiastin, étaient recouverts en plusieurs endroits, et surtout à leur base, d'une pseudo-membrane blanchâtre, d'une médiocre consistance, mêlée de petits points rouges, distincts ou réunis dans quelques endroits en assez grand nombre.

Le tissu pulmonaire était gorgé de sang postérieurement, flasque et un peu grenu vers sa partie inférieure.

Le péricarde contenait environ 100 grammes d'une sérosité limpide; le cœur, d'un bon volume, offrait des cavités un peu vastes.

ABDOMEN. Celle de l'abdomen renfermait au moins 2 litres d'une sérosité citrine, mêlée de flocons albumineux. Les intestins, distendus par des gaz, adhéraient entre eux au moyen d'une matière albumineuse, demi-concrète, plus jaune et plus opaque que celle qui recouvrait les poumons, et plus abondante vers la partie inférieure du ventre, où elle offrait une rougeur semblable; la tunique muqueuse de l'estomac et des intestins était saine.

Ici, la péritonite se manifesta d'abord par la soif, un peu de sensibilité du ventre à la pression, bien qu'il fût souple, par de la diarrhée, l'aspect jaunâtre de la langue, symptômes qui pouvaient tout aussi bien dénoter une irritation intestinale concomitante d'une phlegmasie des plèvres, mais à marche peu franche. Ce ne fut qu'un mois après que le ballonnement de l'abdomen, sa sensibilité surtout inférieurement, purent de nouveau éveiller l'attention sur la coexistence d'une inflammation du péritoine, et que treize jours après que le grippement de la face, la petitesse et la fréquence du pouls, la tension, la douleur du ventre et les pressentimens de mort la firent reconnaître; les symptômes prédominans de la double pleurésie ayant toujours masqué ceux de la phlegmasie du péritoine, et cependant l'observateur qui diagnostiquait était Laënnec.

KYSTE PRODUIT PAR UNE CARIE DE L'EXTRÉMITÉ ANTÉRIEURE DE LA CINQUIÈME CÔTE; ABCÈS FROID A LA PARTIE INFÉRIEURE DU COU; ANCIEN ÉPANCHEMENT PLEURÉTIQUE CIRCONSCRIT A DROITE; GLANDES BRONCHIQUES TUBERCULEUSES; TRACES DE PÉRICARDITE; DISPOSITION PARTICULIÈRE DU VENTRICULE DROIT; ASCITE A LA SUITE DE PÉRITONITE MÉCONNUE; MORT.

OBS. IV. — Lebolzec, détenue, âgée de 37 ans, entra dans les salles de Clinique interne, au mois d'août de l'année 1832, pour une fièvre quotidienne qui céda au sulfate de quinine, mais fut suivie de plusieurs récidives, dont chacune était accompagnée de symptômes de gastralgie, entretenue par un état aménorrhéique.

Cependant le 4 septembre, elle sortit guérie, après six à sept semaines de convalescence. Elle fut remontée à l'infirmerie le 29 octobre. Elle présentait de l'œ-

---

au point où le tuyau à air pénètre dans le casque du plongeur. L'air, poussé par la pompe ouvre la valvule et s'introduit sous les vêtemens; mais aussitôt que la pression de la pompe cesse de se faire sentir, la valvule se ferme et empêche l'air contenu dans le casque de retourner dans le tuyau. Quelque confiance que les plongeurs attachent à l'emploi de ce moyen, il est à craindre pourtant qu'en cas d'accident il ne serve qu'à substituer la suffocation à une mort subite par compression.

Les plongeurs qui, sous la conduite du capitaine Dickinson, ont opéré le sauvetage de la *Thétys* qui s'était perdue sur la côte sud-ouest de l'île de Capo-Frio, chargée d'environ 810,000 dollars, furent témoins d'un accident semblable arrivé à l'un d'entre eux. Deux hommes étaient descendus dans une cloche à plongeur, qui recevait l'air du dehors par un tube élastique; mais ce tube s'étant brisé, l'un d'eux parvint à sortir de la cloche, et arriva à la surface de la mer sans aucun mal; l'autre, qui s'était embarrassé, ne put le faire avec la même facilité, et n'y parvint même qu'avec l'aide de son compagnon, qui redescendit pour le sauver. Quand il arriva à la surface de l'eau, il était sans force et presque sans connaissance; sa figure et tout son corps jusqu'à la taille étaient noircis par une forte ecchymose. Elle disparut pourtant dans l'espace d'un mois; celle qui se trouvait sur le globe de l'œil a encore persisté plus longtemps.

Ces phénomènes remarquables et exactement semblables, éprouvés sous l'influence du même accident dans les trois cas, dépendent évidemment de ce que, la pression de l'air cessant tout-à-coup, celle de l'eau environnante, qui agit sur les parties du corps non protégées par le casque, n'étant plus équilibrée, le sang est refoulé vers les parties soustraites à l'action de l'eau par le casque avec une force égale à la pression de cette eau, c'est-à-dire à sa profondeur. Il est impossible de méconnaître, dans ces phénomènes, l'action que produisent les ventouses appliquées à la surface du corps; mais avec une instantanéité et une force à laquelle nous ne croyons pas que notre confrère le docteur Junod ait jamais pensé en construisant ses grandes ventouses.

On a calculé que la pression de l'eau sur le corps de William, au moment où l'accident est arrivé, a été, en raison de la profondeur à laquelle il se trouvait, équivalente au poids de trois atmosphères, pression qui, avant l'accident, était contrebalancée par l'air que poussait avec force l'action de la pompe foulante sur les parties protégées par le casque, capable de résister par sa construction à une pression aussi puissante.

Ces différentes opérations sont conduites avec un soin et une intelligence qu'on ne devrait pas attendre d'hommes habitués à exposer leur existence à autant de périls, et quand on voit l'émulation avec laquelle tous les ouvriers s'appliquent à exécuter la partie du travail qui leur est confiée, on ne peut être surpris du petit nombre d'accidens qu'ils ont éprouvés et de la confiance avec laquelle ils s'y exposent à chaque instant de la journée. Un fait qui s'est passé dans la dernière campagne prouve cependant de quelle terreur subite des hommes d'un courage aussi éprouvé peuvent être saisis quelquefois dans ces profondeurs, où les sens ne sauraient conserver toute leur activité. Le caporal Jones, l'un des plus courageux et des plus habiles plongeurs, venait à peine de descendre dans la mer quand on le vit remonter dans un état d'effroi difficile à décrire. En arrivant au fond de l'eau il avait trouvé un cadavre au pied de son échelle, et en avait éprouvé un tel choc qu'il n'avait pu rester un instant de plus, et était remonté persuadé

déme et de la tuméfaction au ventre où la fluctuation était incertaine. Elle avait beaucoup maigri; la sécrétion urinaire était diminuée. (Décoction de pariétaire.) La malade sortit de nouveau, malgré mes conseils, le 3 novembre.

En outre, Lebolzec avait une tumeur enkystée vis à-vis le sternum, contre laquelle on avait employé les frictions mercurielles et les sudorifiques, sans aucun résultat. Cette fille maigrit lentement, et fut transférée, le 28 janvier 1833, dans le service de chirurgie, pour la tumeur ci-desans. On en rencontrait une seconde plus petite, à la partie supérieure du sternum. Il y avait un engorgement marqué, ou plutôt de la tuméfaction avec empâtement au genou gauche.

Pendant quatre mois il fut prescrit successivement la decoction de lichen, des frictions mercurielles ou autres sur les tumeurs enkystées, des emplâtres fondans, mais inutilement. Il existait une fièvre hectique bien caractérisée, les signes d'une gastrite chronique, et, en outre, une ascite évidente. L'œdéme général augmentait.

Lebolzec s'affaiblit de plus en plus, s'émacia rapidement et mourut.

Le 28 mai, les fièvres intermittentes dont elle avait été atteinte pendant plus d'une année avaient résisté à tous les moyens médicaux. Les rechutes avaient été fréquentes. Elles avaient enfin cédé à l'administration, faite à mon insu, d'une chopine de vin d'Espagne qui avait produit une ébriété complète. Enfin, depuis elles avaient été rares et de courte durée.

Autopsie cadavérique faite 24 heures après la mort.

Etat extérieur. Il sortait par la bouche un liquide spumeux et trouble. On remarquait un œdème énorme des extremités inferieures et moindre des supérieures. Le ventre était distendu par un liquide.

En incisant la tumeur située vers la partie gauche et supérieure de la face antérieure de la poitrine, je reconnus qu'elle était formée par un kyste celluleux, contenant un pus blanc, épais, de consistance de fromage mou. On appercevait, dans son fond, l'extrémité antérieure de la cinquième côte cariée, son fibro-cartilage érodé et baignant dans le pus. Il existait une fracture en rave vers sa partie moyenne; qu'elle eût été spontanée, ou, ce qui est plus probable, le résultat des secousses brusques imprimées au cadavre dans l'acte de l'ensevelir et de le transporter. Un épaississement celluleux protégeait la cavité de la plèvre contre l'irruption de la matière caséeuse.

On remarquait également, à la partie inférieure de la face antérieure du cou, un second abcès, renfermant un liquide analogue au précédent, circonscrit par une espèce de kyste celluleux, borné de chaque côté par les extrémités articulaires des clavicules qu'il laissait en dehors de sa cavité, tandis qu'inférieurement le pus baignait immédiatement l'extrémité supérieure du sternum atteinte de carie.

La tête ne fut pas ouverte, aucun symptôme cérébral n'en ayant indiqué la nécessité.

Thorax.—Sa cavité gauche renfermait une petite quantité de sérosité. Le poumon de ce côté était généralement adhérent par des brides celluleuses anciennes. Le lobe supérieur était encore crépitant, mais il s'en écoulait à la section une certaine quantité de sérosité spumeuse et légèrement sanguinolente. Le tissu du lobe inférieur était plus flasque et peu perméable à l'air. Les tuyaux bronchiques étaient un peu dilatés et leur muqueuse rouge et hypérémiée. Le poumon droit offrait de adhérences difficiles à rompre, dans les deux tiers supérieurs. Arrivés vers la sixième côte, les doigts, dans les efforts pour l'enlever, rencontrèrent un cul-de-sac qui suivait la courbure de cette côte attirée plus en dedans que les supérieures, par une sorte de bride celluto-fibreuse, à travers laquelle ils pénétrèrent brusquement dans une cavité encore pleine d'un liquide séreux, de couleur jaune, bornée supérieurement par le poumon et une production fibreuse de 5 centimètres d'épaisseur, en dehors par les parois de la poitrine, et en dedans par la face externe du lobe inférieur du même organe et des pseudo-membranes blanches, d'aspect fibro-cartilagineux. (Guérison presque complète d'un ancien épanchement pleurétique.) Le tissu des lobes supérieur et moyen du poumon était gorgé de sérosité spumeuse et légèrement sanguinolente. Celui de l'inférieur était grisâtre, flasque, analogue au tissu de la rate, imperméable à l'air, par suite de la compression prolongée à laquelle il avait été soumis.

Le cœur était comme enseveli au milieu des productions tuberculeuses, des glandes qui entourent l'origine des gros vaisseaux et d'une sorte d'épaississement de son enveloppe propre elle-même, qui lui était de toutes parts intimement adhérente, en sorte qu'on ne parvint à l'en séparer qu'après une laborieuse dissection et en entamant même son tissu. (Traces d'une ancienne péricardite ayant guéri par adhérence.)

Le ventricule droit offrait comme deux cavités, l'une externe, petite, surajoutée à sa partie inférieure et externe, communiquant avec elle au-dessous de la valvule auriculo-ventriculaire qui, à cause de cette variété anatomique, n'avait point sa disposition ordinaire. Le gauche, beaucoup plus vaste, descendait moins bas que le précédent qui formait la pointe du cœur. Sa cavité renfermait un corps flottant de la grosseur d'une forte noisette, mou, réticulé à sa surface, de même que dans son intérieur, où l'on remarquait la même disposition aréolaire. Son tissu était rougeâtre, analogue à de la fibrine ramollie ou commençant à s'organiser. Il y fut rencontré également une autre petite concrétion globuliforme semblable, mais de la grosseur d'un grain de chenevis. Ce ventricule, en outre, était distendu, ainsi que l'oreillette correspondante, par une grande quantité de caillots de sang noir. La veine cave qui y aboutit offrait un diamètre plus considérable que de coutume Le ventricule gauche, dont les parois étaient peu épaisses et de couleur jaunâtre, contenait, de même que l'oreillette, du sang en partie liquide et en partie coagulé. En général, les proportions du cœur étaient un peu exagérées.

Abdomen. Sa cavité était occupée par 5 ou 6 litres de sérosité jaune, d'un aspect louche. Il existait au devant de l'estomac une cavité séparée du reste du ventre, inférieurement et en arrière, par une portion de cet organe et par l'arc transverse du colon; antérieurement, par l'épiploon épaissi, comme roulé sur lui-même, adhérent à la paroi abdominale près de l'ombilic, où il formait une espèce de tampon fibro-cartilagineux et par un tissu rouge-jaunâtre granulé; supérieurement, par le lobe droit du foie et une partie du diaphragme, tandis que son fond communiquait avec une seconde cavité qui contenait une sérosité limpide, dans une espèce de kyste à parois diaphanes et très minces.

Toute la surface du péritoine était comme chagrinée par suite de l'innombrable quantité de tubercules miliaires qui s'y étaient développés. Ils étaient presque tous gris, demi-transparens ou avec une légère teinte blanche, ou enfin jaunâtres et plus volumineux. Ces productions morbides formaient une saillie d'un millimètre au moins, et donnaient au toucher la sensation de certains tissus à petits grains isolés employés pour gilets.

Tous les intestins grêles étaient agglomérés entre eux en une masse, à l'aide de pseudo-membranes celluleuses, dont les adhérences pouvaient être détruites par des tractions un peu fortes. En outre, la cavité abdominale était traversée par une multitude de filamens aussi déliés que ceux d'une toile d'araignée. Ils étaient plus ou moins longs, tendus au milieu du liquide ou entre des points opposés des parois et des intestins. (Traces de péritonite.) L'estomac contenait un fluide jaunâtre, trouble, et des portions d'alimens. Sa muqueuse était d'un rouge marqué, mais plus intense le long de la grande courbure, dans le cul-de-sac, et un peu moindre vers le pylore; elle était épaissie et s'enlevait avec la plus grande facilité; les veines en étaient injectées.

Le duodénum renfermait un liquide d'un blanc-jaunâtre. La membrane interne du jéjunum était injectée et rouge sur les valvules et baignée par une matière muqueuse, d'un blanc tirant sur le jaune. Pour l'iléon, elle prenait, inférieurement, l'odeur et le caractère fécal.

Le cœcum était occupé par une grande quantité de fèces d'un jaune verdâtre. Il en était de même de l'arc transverse du colon, dont la muqueuse était généralement rouge, injectée, comme tomenteuse par points, surtout dans l'S iliaque et la portion descendante. Les appendices graisseuses, le long de la portion transverse, étaient tuberculeuses et les glandes du mésentère légèrement engorgées.

Le tissu de la rate était rouge, noirâtre, assez ferme et gorgé de sang. Le foie était gras; sa substance formée de petits grains jaunes, se détachant par un tissu rougeâtre; sa vésicule était presque entièrement effacée; ses parois blanches, épaisses; sa muqueuse comme veloutée et fortement colorée en vert noirâtre.

Les reins étaient sains, un peu gorgés de sang; la vessie dans l'état normal. Les

---

qu'il avait fait la rencontre d'un être surnaturel. On fit plusieurs tentatives inutiles pour retirer le cadavre d'en haut; mais au bout de quelques jours, le caporal Harris, le plus intelligent et le plus courageux du corps, l'ayant monté avec son croc, sans savoir ce qu'il portait, fut si consterné quand, arrivant à la surface de l'eau, il reconnut que c'était un cadavre, qu'il fut pendant plusieurs jours sans vouloir redescendre à la mer.

Si les recherches auxquelles se livre depuis quelques années le docteur Payern l'amènent à des résultats réellement utiles, si, comme semblent le prouver les expériences qu'il a faites à l'institution polytechnique de Londres, il est arrivé à la solution d'un problème jusqu'ici regardé comme insoluble, la possibilité pour l'homme de vivre sous l'eau sans communications avec l'air extérieur, un grand pas aura été fait pour l'assainissement de la profession des plongeurs, et pour la conservation de leur existence. Nous terminerons notre travail sur ces hommes courageux par le récit d'une de ces expériences qui, si les détails que nous empruntons à un de nos contemporains (la Revue britannique, juin 1842, p. 438) sont exacts, porte la preuve d'un progrès réel, et dont les applications seront d'une grande utilité.

« .... Le docteur Payern est descendu sous l'eau tout habillé et dans une cloche, et y est resté trois heures entières sans que l'on pût supposer qu'il avait aucune communication avec l'atmosphère, et sans qu'il parût avoir éprouvé la moindre incommodité de cette longue immersion. Bien plus même, il assure qu'il lui aurait été facile d'y rester pendant douze à vingt-cinq heures, et même qu'il aurait pu y prolonger son séjour beaucoup plus longtemps encore. Le général Pasley et plusieurs hommes qui occupent des positions éminentes dans les sciences assistaient à cette expérience et en ont constaté la durée, ainsi que l'impossibilité absolue qu'il y eût aucune communication entre l'intérieur de la cloche et l'air extérieur.

» Le moyen qu'il a employé est si simple qu'au premier abord rien ne paraît plus facile; il lui a suffi d'introduire sous la cloche à plongeur une substance qui pût absorber l'acide carbonique à mesure qu'il est produit par la respiration et la combustion, et qui, en outre, dégageât l'oxigène indispensable pour l'entretien de la vie. La potasse qui absorbe presque la moitié de son poids d'acide carbonique et le chlorure de potasse qui, à une température peu élevée dégage 3,915 parties d'oxygène p. 100, paraissent lui avoir fourni ce moyen.

» Les applications pratiques de ces expériences, continue le journal que nous citons, sont évidentes et nombreuses; à l'avenir les cloches à plongeur ne seront plus embarrassées de ce tuyau et de ces appareils compliqués qui rendaient son emploi si difficile et si dangereux; les travaux sous l'eau seront faits avec presque autant de facilité qu'en plein air. Les richesses ensevelies par les naufrages ne seront plus sans valeur, et au bout de quelques semaines ou de quelques mois, quand les naufrages auront eu lieu non loin des côtes, elle seront rendues à l'activité et à l'industrie de l'homme, » et nous ajouterons : sans l'exposer à des dangers aussi graves que ceux dont nous venons de rappeler quelques traits.

—Errata. — Dans le compte-rendu de la séance de l'Académie de médecine du 4 octobre dernier, on a écrit M. Taraud au lieu de M. Parrot, auteur du mémoire sur la suette miliaire qui a régné épidémiquement dans le département de la Dordogne.

rompes de Fallope et les ovaires étaient transformés en matière tuberculeuse; l'utérus petit.

Dans cette observation, tout devait concourir à tromper. Ainsi, d'abord les signes d'une phlegmasie de l'estomac, s'expliquant par l'abus du sulfate de quinine; un peu plus tard, tous ceux d'une ascite et d'un œdème symptomatique, qu'on dut attribuer à l'existence, pendant plus d'un an, de fièvres intermittentes et de récidives pendant quatre mois; enfin, l'amaigrissement et la fièvre hectique succédant, mais ne pouvant dénoter une péritonite latente.

HYDROTHORAX DOUBLE; PÉRITONITE CHRONIQUE MÉCONNUE; SYMPTÔMES NOSTALGIQUES; MORT.

OBS. V. — Planchet, détenue, âgée de 32 ans, entra à l'infirmerie le 1er octobre 1835, offrant les symptômes d'une irritation gastrique, qui fut combattue par les antiphlogistiques, les boissons adoucissantes, et céda, en sorte que la malade demanda sa sortie le 16.

Le 8 novembre, elle y fut admise de nouveau. A cette époque, elle toussait et était atteinte d'une bronchite. On la fit vomir à l'aide de 3 décigrammes de kermès, et je prescrivis des aspirations chloreuses, mais elles ne purent être supportées. Il n'y avait nul appétit, une tristesse profonde. La patiente passait les journées sans proférer une parole. On ne remarquait pas de fièvre. Elle accusait des douleurs rhumatismales, qui furent combattues plusieurs fois par des frictions avec un liniment oléo-ammoniacal. La constipation nécessitait de temps en temps l'emploi de lavemens purgatifs et de potions de même nature.

16. Planchet se plaignant toujours de souffrir de l'estomac, on y appliqua un large vésicatoire dont la suppuration entretenue ne produisit aucun bon résultat. La même inappétence persista, l'amaigrissement augmenta, ainsi que la pâleur du visage. La langue était dans l'état normal.

21. Il n'y avait pas de mieux. La malade ne mangeait que le demi-quart. Elle ne toussait nullement, la tristesse était la même, elle semblait atteinte d'une véritable nostalgie. (Limonade.)

24. Appétit un peu plus marqué. Les règles manquaient depuis longtemps; je cherchai inutilement à les provoquer.

2 décembre. Il *survint de nouveaux signes d'irritation gastrique*, qui nécessitérent une application de 8 sangsues à l'épigastre, la prescription d'eau gommeuse et un régime lacté.

5. La toux était fréquente, l'expectoration nulle, l'oppression extrême. Je prescrivis de nouveau les aspirations chloreuses.

7. La poitrine fut explorée. Le côté droit rendait un son mat à la percussion. Le poumon correspondant était donc comprimé par un liquide accumulé, car il n'y avait eu antérieurement aucuns symptômes de pneumonie. Je diagnostiquai un épanchement pleurétique, et quelques jours après j'en reconnus un semblable dans le côté gauche. L'orthopnée était forte. (Saignée de 420 grammes, large vésicatoire sur le thorax, décoction d'orge avec 8 grammes de sel de nitre.) Je constatai également un commencement d'ascite. Cependant *le ventre n'était nullement douloureux à la pression.*

10. La dose du nitrate de potasse fut portée à 15 grammes. Elle ne produisit ni coliques, ni selles. Le lendemain, elle le fut à 30, qui provoquèrent, après les deux premières tasses, des envies de vomir, en sorte que je fis suspendre ce remède.

14. L'*œdème des parties inférieures augmentait*, l'oppression continuait, malgré la position continuellement assise dans le lit et penchée en avant gardée nuit et jour. Je fis donner le soir une pilule d'opium. Il n'y avait nulle fièvre, ni appétit, la pâleur et l'amaigrissement augmentaient. Il survint des excoriations aux fesses et vis-à-vis du sacrum. Jusqu'au 28, on se borne à prescrire un régime lacté, l'infusion de capillaire et une tasse de lichen le matin et le soir, le double hydrothorax avec œdème général et ascite faisant regarder l'état de Planchet comme désespéré.

1er janvier 1836. Durant les quinze jours qui suivirent, l'émaciation et la faiblesse firent des progrès, ainsi que l'infiltration. Cette malheureuse passait les nuits et les journées sur son séant, le corps porté en avant, menacée à tout instant d'étouffer. Les escarres s'élargirent. Mon collègue, qui me remplaçait, fit appliquer un vésicatoire à un bras. Il n'en résulta aucun bien. Il conseilla également l'eau de goudron lactée et un julep anodyné.

11. La boisson précédente n'ayant pu être supportée, je fis donner de l'eau d'orge avec 8 grammes de sel de nitre.

17. L'auscultation médiate fit reconnaître que l'hydrothorax gauche était beaucoup plus considérable que celui du droit, où l'on entendait encore antérieurement la respiration, tandis que, de l'autre, on ne la percevait plus. L'œdème général augmentait, de même que la collection d'eau dans le ventre, qui n'était nullement douloureux à la pression. La dose du nitrate de potasse fut de nouveau portée à 16 grammes. La malade avait commencé, dès la veille, à se plaindre de douleur au bas de la trachée artère et dans le larynx. (Fumigations émollientes.)

22. Il survint de l'irritation à l'estomac. Il fallut suspendre le sel de nitre et le remplacer par l'eau gommeuse.

Les jours suivans, l'état de Planchet devint désespéré. L'asphyxie était imminente, le râle continu, la teinte des lèvres bleuâtre. Elle succomba le 25, à six heures du matin.

AUTOPSIE CADAVÉRIQUE FAITE 26 HEURES APRÈS LA MORT. — ÉTAT EXTÉRIEUR. Le corps était peu amaigri, excepté le visage. Les extrémités inférieures étaient œdématiées. On remarquait de larges escarres vis-à-vis du sacrum et des tubérosités de l'ischion.

La tête ne fut pas ouverte, aucun symptôme cérébral n'ayant eu lieu.

THORAX. Aussitôt que le scalpel pénétra dans la cavité gauche de la poitrine, il s'en élança un flot de sérosité d'un jaune rougeâtre, dont la quantité pouvait être évaluée à 2 kilogrammes et demi. Il n'y flottait point de fragmens d'albumine. Toute la plèvre était tapissée par une pseudo-membrane épaisse d'1 à 2 millimètres, rougeâtre, rugueuse, s'enlevant avec une certaine difficulté et laissant voir au-dessous la séreuse rouge, piquetée.

Le poumon était aplati contre la portion supérieure du rachis et le médiastin. Sa surface était flasque, ratatinée, comme flétrie, son tissu rougeâtre, vide d'air, splénisé. Le sommet seul et une partie du bord postérieur étaient encore un peu perméables.

Le côté droit du thorax était également rempli de sérosité jaune, rougeâtre, peu trouble, ne contenant aucunes productions albumineuses. Seulement, la quantité en était un peu moins considérable que dans le gauche. La plèvre était tapissée par une pseudo-membrane adhérente, granulée, plus ou moins épaisse, mais néanmoins ne dépassant pas moins de 2 millimètres, d'un rouge plus ou moins intense, et évidemment le résultat d'une phlegmasie à marche lente. Il avait dû se faire, dans son épaisseur ou à sa surface, une légère exhalation sanguine, ce que la rougeur intense de quelques parties de celle-ci et la teinte sanguinolente légère du liquide épanché indiquaient.

Le poumon correspondant était refoulé vers le médiastin, mais non vers sa partie supérieure, à cause des adhérences du lobe inférieur au diaphragme. Son enveloppe pleurale offrait le même aspect que celui indiqué pour sa portion pariétale. Sa surface était flétrie, son tissu flasque, splénifié, excepté dans son lobe supérieur. Les deux autres étaient adhérens entre eux par la même fausse membrane. On rencontrait dans le parenchyme quelques masses de tubercules gris, et dans celui du gauche quelques autres isolés. La muqueuse qui tapissait les divisions bronchiques était rouge et hypérémiée. Les glandes situées à la bifurcation étaient tuméfiées, indurées, d'une couleur blanche jaunâtre.

Le péricarde renfermait 75 grammes de sérosité citrine, le cœur était dans l'état normal.

ABDOMEN. Sa cavité pouvait contenir un litre et demi de sérosité rougeâtre. Toute la masse intestinale était agglomérée, les circonvolutions adhérant entre elles par des pseudo-membranes albumineuses, dont une plus épaisse en recouvrait toute la partie antérieure en forme de mésentère, dont elle semblait être une dégénérescence tuberculeuse. Toute la portion de péritoine qui tapisse les parois du ventre était enduite d'une couche albumineuse d'une rougeur intense, sur laquelle se détachait vivement une quantité innombrable de tubercules blancs, aplatis, de grandeurs variables, tantôt formant des plaques, tantôt isolés, de forme ronde, et rappelant, moins toutefois leur dépression centrale, les boutons de la variole confluente parvenus à leur période de suppuration.

Le foie avait contracté des adhérences intimes à l'aide de la même exhalation albumineuse, avec les portions de paroi abdominale en contact avec ses lobes. Son volume était considérable, ses bords mousses, arrondis, son tissu jaunâtre, granulé, hypertrophié; sa vésicule, petite, contenait une bile filante, d'un jaune verdâtre.

L'estomac était vide; petit, revenu sur lui-même, plissé intérieurement; sa muqueuse était naturelle, de même que celle du duodénum.

Le jéjunum et l'iléon étaient sains, renfermaient des matières jaunâtres, molles. On eut beaucoup de peine à les ouvrir dans toute leur longueur, à cause des adhérences qui les avaient réunis en un seul paquet.

Les gros intestins étaient remplis de matières fécales biens moulées.

La rate était assez volumineuse, son tissu rouge, ferme.

L'appareil urinaire n'offrit rien de particulier. L'utérus était extrêmement petit, sa substance très dense et les ovaires tuberculeux.

Dans le cas ci-dessus les symptômes observés furent dabord ceux d'une irritation gastrique qui céda promptement. Plus tard, il survint une tristesse profonde, de la constipation, des douleurs à l'épigastre, bien que la langue fût normale, en un mot, tous les signes de la nostalgie, puis une inflammation de l'estomac avec inappétence absolue, suivie de tous les phénomènes propres à caractériser un double hydrothorax, en même temps qu'une collection de liquide dans la cavité abdominale. Je dus attribuer cette dernière à la même cause que l'hydrothorax; car le ventre n'était nullement douloureux à la pression, et en outre, Planchet n'y ressentait aucune gêne, bien qu'elle passât les journées et les nuits assise et le corps fortement penché en avant.

On voit que si l'on en excepte les signes d'une phlegmasie de l'estomac, les symptômes qui prédominèrent furent ceux d'un double hydrothorax, et que l'ascite et l'œdème des extrémités durent être regardés comme secondaires et nullement le résultat d'une péritonite, puisque la plupart des symptômes indiqués par les auteurs comme la caractérisant, manquèrent, tandis que, malgré qu'à l'ouverure du cadavre on ne trouvât aucun phlegmasie dans l'estomac, ceux qu'on avait remarqués avaient dénoté son inflammation.

(*La suite à un prochain numéro.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS DES DÉPARTEMENS ET DE LA BELGIQUE.

(SUITE. — Voir le numéro précédent.)

IV. JOURNAL DE LA SECTION DE MÉDECINE DE LA SOCIÉTÉ ACADÉMIQUE DU DÉPARTEMENT DE LA LOIRE-INFÉRIEURE.

Les numéros 80 de l'année 1841 et 81 et 82 de l'année 1842 renfer-

ment les articles suivans : 1° *Relation d'une bronchite capillaire observée à l'Hôtel-Dieu de Nantes ;* par MM. Mahot, Bonamy, Marcé et Malherbe. 2° *Morve aiguë chez l'homme. Influence des conditions individuelles sur son développement ;* par M. Bonamy. 3° *Tumeur cancéreuse occupant le centre de la face ; enlèvement ; guérison ;* par M. Gély. 4° *Observation de rétraction de la jambe, guérie au moyen de la section des tendons fléchisseurs ;* par M. Gély. (Les appareils mécaniques avaient été employés en pure perte pendant onze mois contre cette difformité, qui était consécutive à une tumeur blanche du genou.) 5° *Etudes et observations sur les fièvres pernicieuses pneumoniques ;* par M. Marcé. 6° *Observations de méningite tuberculeuse, suivies de réflexions sur le diagnostic de cette maladie.*

V. GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG.

Les numéros de mars, avril, mai, juin, juillet et août 1842 contiennent les articles originaux suivans : 1° *Asphyxie subite produite par le gaz de l'éclairage ;* par M. Sédillot. 2° *De l'aphonie, de l'enrouement chroniques, et de leur traitement par les moyens topiques ;* par M. Hirtz. 3° *Histoire de l'épidémie de méningite cérébro-spinale qui a régné à Strasbourg en 1840 et 1841 ;* par M. G. Tourdes. 4° *Résumé général de la clinique chirurgicale de la Faculté de Strasbourg pendant le semestre 1841-1842. Leçons de M. Sédillot ;* recueillies par M. Willemin. 5° *Considérations sur les eaux de Rippoldsau, et principalement sur son établissement destiné à l'usage du petit lait ;* par M. Schuré. 6° *De la paralysie convulsive ;* par M. Canstatt. 7° *Nouvelles observations sur la provocation de l'accouchement prématuré dans les cas de rétrécissement du bassin ;* par M. Stoltz. (Cas n'offrant que l'intérêt d'un nouvel exemple de succès à ajouter à ceux que la science possède déjà. L'enfant a aussi survécu ; il est aujourd'hui âgé de 6 ans.) 8° *Résumé de la clinique médicale de la Faculté de Strasbourg, du 1er juillet 1841 au 1er juillet 1842 ;* par M. Forget. 9° *Recherches expérimentales sur les moyens de prévenir les cicatrices de la variole ;* observation recueillie par M. Cl. Barbier dans le service de M. Pétrequin.

OBSERVATION DE LUXATION AXOÏDO-ATLOÏDIENNE ; par M. SÉDILLOT.

Les discussions élevées, il y a près de deux ans, à l'Académie de médecine sur la possibilité des luxations de l'axis sur l'atlas donnent une grande importance à tous les exemples de cette lésion. Celui de M. Sédillot est assurément un des plus curieux que l'on puisse rencontrer, soit par la précision des détails anatomiques, soit à cause des conclusions pratiques auxquelles il peut conduire.

OBS. — Une fille de 21 ans avait toujours joui d'une bonne santé, lorsqu'elle fut subitement prise, au commencement de l'année 1841, d'un raideur du cou, qu'elle attribua à un refroidissement. La tête était habituellement tournée à gauche, mais elle pouvait la ramener en sens opposé. Elle était dans cet état, lorsque, au commencement de février, un jeune homme, lui ayant saisi la tête, la tourna violemment de côté. Aussitôt la malade ressentit une vive douleur à la nuque, resta dans l'impossibilité de ramener la tête à droite, et dès ce moment la déglutition fut gênée. Une tumeur dure et insensible au toucher se manifesta à la région cervicale postérieure et fit des progrès. Vers le 15 mars, il survint de la gêne dans l'émission des urines, le sommeil disparut, les mouvemens du bras gauche s'affaiblirent, ainsi que ceux des doigts de la main droite ; enfin, les jambes perdirent également leur force. La face était légèrement tournée à gauche et en bas ; les moindres mouvemens de la tête étaient très douloureux et inspiraient à la malade une crainte excessive. La déglutition très pénible occasionait souvent de la toux ; constipation opiniâtre. Elle ne souffre nullement quand l'immobilité est parfaite et se plaint seulement de quelques élancemens assez rares à la partie postérieure de la tête où l'on reconnaît à gauche une tumeur du volume d'une noix, dure, indolente à la pression, correspondant à la ligne des épines cervicales et aux premières vertèbres de cette région. La malade succomba aux progrès croissans de la paralysie.

A l'autopsie, on trouva le ligament odontoïdien rompu et détruit sans aucune trace de suppuration ; l'apophyse odontoïde un peu rugueuse en avant, mais sans ramollissement non plus que l'atlas ni l'axis. Cette apophyse comprimait les faisceaux antérieurs de la moelle qui était ramollie et comme broyée, tandis que les faisceaux postérieurs étaient presque intacts. Il est bon de noter que, pendant la vie, la motilité avait été plus profondément et plus complètement affectée que la sensibilité.

En présence de ces altérations qui annoncent clairement une luxation traumatique, M. le professeur Sédillot exprime le regret de n'avoir pas cherché à ramener doucement la tête à sa rectitude, en employant ensuite un appareil mécanique propre à maintenir une position telle que la compression de la moelle fût diminuée ou du moins qu'elle ne tendît pas à s'augmenter. Nous partageons tout à fait sa confiance dans des tentatives modérées de réduction ; et nous pensons que la nature traumatique de la lésion justifiait surabondamment ici l'essai de cette pratique, proscrite un peu légèrement peut-être par quelques auteurs fort recommandables, du reste, et en faveur de laquelle M. Teissier de Lyon, dans sa thèse inaugurale (V. THÈSE DE PARIS, du 19 avril 1841), a rassemblé assez de faits et de considérations justificatives pour motiver un nouvel examen des questions qui s'y rattachent.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LES MOYENS DE PRÉVENIR LES CICATRICES DE LA VARIOLE ; observation recueillie par M. CL. BARBIER, dans le service de M. PÉTREQUIN.

Les essais tentés il y a quelques années sur les moyens de prévenir les cicatrices de la variole avaient été suivis de résultats assez heureux pour qu'ils eussent dû être immédiatement reçus dans la pratique, et surtout dans la pratique civile. Il n'en est rien cependant. Aussi nous allons reproduire les résultats obtenus par M. Barbier, bien qu'ils ne diffèrent que peu de ceux auxquels sont arrivés les autres observateurs.

Les substances dont l'auteur a le plus fréquemment observé les bons résultats sont le diapalme, le diachylon et l'emplâtre de vigo *cum mercurio ;* mais elles n'agissent pas toutes de la même façon et produisent des résultats différens, lors même qu'elles sont appliquées en même temps et dès le début de la maladie. Sous le diapalme, le développement des pustules se fait incomplètement ; sous le diachylon, l'amélioration est plus considérable. Certaines pustules paraissent avoir, soit en partie, soit à peu près, avorté ; mais ces deux résultats sont imparfaits. Enfin, sous l'influence du vigo, la peau reste belle, unie et parfaitement nette. Ces résultats sont presque aussi beaux lorsque l'application n'est faite que plus tard, dans un état intermédiaire, entre la vésicule et la pustule. Enfin, à une époque plus avancée, lorsque le liquide devient purulent, le diapalme et le diachylon ne s'opposent qu'incomplètement au développement des pustules ; le vigo alors, comme dans tous les cas, arrête le développement ultérieur des pustules et les empêche de faire de nouveaux progrès.

La durée de l'application de ces emplâtres est encore un point dont l'étude n'est pas à négliger. Quelques praticiens la portent à trois ou quatre jours ; mais évidemment cette durée est trop brève ; et, d'ailleurs, on ne saurait l'évaluer en termes aussi précis, car toutes les pustules ne se montrent pas toujours à la même époque sur tous les points du corps, la maladie ne suit pas également une marche absolument égale et uniforme chez tous les sujets. En général, il convient de laisser les applications emplastiques depuis le commencement de l'éruption jusqu'à la desquammation.

Il ne serait pas non plus sans intérêt d'expliquer le mode d'action de ces diverses substances. L'auteur ne pense pas qu'on puisse l'attribuer à ce qu'elles mettent les pustules à l'abri du contact de l'air, car elles remplissent toutes cette même condition sans cependant conduire au même résultat. Il est donc porté à voir dans l'emplâtre de vigo une action spécifique et qu'il croit tenir à sa nature propre. L'expérience montre que le vigo sans mercure ne possède pas ces propriétés abortives. Le mercure paraît à M. Barbier agir, dans ce cas, en faisant absorber le pus ; mais le mercure a une propriété antiphlogistique bien connue, et à laquelle il nous semble peut-être plus naturel, en l'absence de nouveaux documens, d'attribuer cette action bienfaisante.

L'auteur repousse, en terminant, le reproche qui a été adressé à cette pratique d'exercer une influence fâcheuse sur la marche ultérieure de la maladie, et par là sur l'état général du malade ; mais comme nous pensons que cette opinion possède peu de partisans parmi nous, nous nous abstenons de reproduire les motifs sur lesquels il s'appuie pour la combattre.

VI. GAZETTE MÉDICALE DE MONTPELLIER.

Les numéros d'avril, mai, juin, juillet et août 1842 se composent des mémoires suivans : 1° *Précis de la théorie médicale de l'école de Montpellier ;* par M. Alquié. 2° *Note sur l'épidémie de fièvre typhoïde de Lund ;* par M. Alph. Ménard. 3° *Ophthalmologie ;* par M. Lecalvé. (L'auteur dit qu'une des principales causes, et peut-être la seule de la fréquence de l'amaurose dans le midi de la France, est le passage brusque de l'obscurité dans laquelle on maintient les appartemens, à une vive lumière.) 4° *Appareil très simple à extension et contre-extension permanente pour le traitement des fractures de la clavicule ;* par M. Fabre. 5° *Affection gangréneuse de la joue ;* par M. Seguy. 6° *Tétanos occasionné par le froid humide ;* par le même. 7° *Note sur les maladies qui ont régné pendant le premier quadrimestre de 1842, à la clinique médicale ;* par M. J. B. 8° *Note sur un sein à l'état d'ossification ;* par le même. 9° *Cancer de l'estomac sans phénomène morbide sensible ;* par le même. 10° *Opération traumatique de cataracte sur l'œil droit, à la suite d'une chute sur la tête ; amblyopie consé-*



cutive de l'œil gauche; par M. Lecalvé. 11° *Maladies des testicules*; par M. Séguy. (Rien de bien important.) 12° *Tétanos occasionné par l'humidité*; par M. J. B. 13° *Des perfectionnemens que la médecine française pourrait faire accomplir à l'ophthalmologie*; par M. Guépin. 14° *Quelques réflexions sur l'épidémie dite méningite cérébrospinale*; par M. Villaret. 15° *Empoisonnement par l'eau de laurier-cerise sur un enfant d'environ* 8 *mois*; par MM. René et Vailhé; et *second rapport sur le même cas*; par MM. Gerhardt et Martin.

APPAREIL TRÈS SIMPLE A EXTENSION ET CONTRE-EXTENSION PERMANENTE DANS LE TRAITEMENT DES FRACTURES DE LA CLAVICULE; par M. FABRE.

Bien qu'une conformation parfaitement normale de la clavicule ne soit pas absolument indispensable au libre exercice des fonctions de cet os, et que, de nos jours, beaucoup de chirurgiens préfèrent se contenter d'une consolidation un peu moins régulière, plutôt que de tourmenter leurs malades par la réapplication incessante d'un bandage incommode et compliqué, on ne doit pas moins accueillir avec empressement tous les essais thérapeutiques qui se succèdent dans l'invention des moyens contentifs propres à maintenir cette fracture. La science, en effet, est arrivée sur ce point à un état tel, que les indications à remplir étant bien fixées, il n'y a plus de discussion possible que sur les moyens de les remplir. Or, quand une question est parvenue à ce degré de simplicité, il n'est plus à craindre que des théories nouvelles y ramènent le vague et l'incertain. Tout travail ultérieur ne peut que profiter à la science, soit par les nouveaux élémens qu'il apporte à la question, soit par les discussions dont il devient l'objet.

M. Fabre commence par poser que le meilleur moyen, ou du moins qu'une condition indispensable pour rendre à la clavicule fracturée sa longueur normale, est de maintenir l'épaule portée en arrière. C'est pour cela, on le sait, qu'ont été imaginés le 8 de chiffres, le bandage étoilé, la croix d'Heister. Mais ces divers appareils sont évidemment insuffisans. Pour les remplacer, M. Fabre propose de placer au milieu des épaules un coussin de crin ou de son, de 16 centimètres de largeur sur 9 ou 10 d'épaisseur. Puis, au lieu d'une bande qui se plisse et coupe les parties, il se sert, pour le maintenir, d'un foulard ployé en cravate qu'il conduit de manière à lui faire décrire un 8 de chiffres autour des deux épaules, en passant sous les aisselles. Un coussin cunéiforme est ensuite fixé sous l'aisselle malade; et enfin deux autres cravates servent, l'une à tenir le coude appliqué contre le corps, l'autre à le relever, en guise d'écharpe, pour porter le fragment externe en haut. L'auteur fait remarquer que ce bandage continue son effet alors même que le malade est couché, car le corps qui tend à s'enfoncer dans le lit ajoute à son action, puisque, en refoulant le coussin, il remonte l'épaule et tend l'appareil.

Ce que nous critiquons dans la proposition de M. Fabre, ce n'est pas la construction de son bandage, mais bien le principe sur lequel il cherche à établir la démonstration de sa nécessité. Nous ne pensons pas que, pour tirer le fragment externe de la clavicule en dehors, il suffise de porter les épaules en arrière, ou plutôt nous ne pensons pas que l'*extension continue* qui résulte de cette action soit assez énergique pour rendre à l'os fracturé sa longueur primitive. L'art possède, dans le coussin axillaire dont on peut augmenter l'épaisseur suivant le besoin, un agent bien plus propre à remplir cette indication. Quant à maintenir l'épaule en arrière, ce n'est là qu'une indication secondaire, destinée seulement à lutter contre le léger déplacement en arrière du bout interne du fragment externe qu'on observe dans la plupart des cas; et nous reconnaissons volontiers que le bandage de M. Fabre pourra souvent trouver ici son application.

OPÉRATION TRAUMATIQUE DE CATARACTE SUR L'ŒIL DROIT, A LA SUITE D'UNE CHUTE SUR LA TÊTE; AMBLYOPIE CONSÉCUTIVE GAUCHE; par M. LECALVÉ.

OBS.—Un homme âgé de 51 ans, bien portant jusqu'alors, tomba d'une voiture sur la partie antérieure et droite de la tête. Perte momentanée de connaissance; lorsqu'il revint à lui, il ressentit une douleur vive à la partie droite du front, immédiatement au-dessus de l'orbite. Cette partie était le siége d'une forte contusion. Malgré une saignée, le malade ne put dormir, et le lendemain l'œil droit était très enflammé, ne pouvant supporter la lumière et la vue tout à fait nulle. Cette inflammation persista pendant plusieurs mois, en dépit de tout traitement, et lorsqu'elle eut cédé, la vue ne revenant pas et celle de l'œil gauche s'affaiblissant aussi, le malade se rendit à Marseille, où plusieurs médecins crurent à une amaurose traumatique, et ordonnèrent un traitement qui fut suivi pendant deux mois sans aucune amélioration. A Montpellier, les avis furent partagés : les uns diagnostiquèrent une amaurose, les autres une cataracte commençante avec complication d'amaurose.

Lorsque le malade vint consulter M. Lecalvé, celui-ci trouva les deux yeux proéminens et de couleur foncée; au toucher, le droit lui sembla un peu moins dur et moins résistant que le gauche. Mobilité des pupilles, moins grande cependant du côté droit, où il y a également un peu de dilatation. Le fond des yeux ne présente rien d'anormal au premier aspect et à l'œil nu. Une bougie présentée en face des pupilles donne, pour l'œil droit, deux images seulement, une droite et une renversée plus profonde. Ayant ensuite examiné, dit l'auteur, l'œil droit à la loupe, je vis flotter dans la chambre postérieure quelque chose qui ressemblait beaucoup aux débris de la capsule antérieure : un examen attentif me confirma dans cette opinion. Me rappelant alors la chute faite quelques mois auparavant, je fus convaincu que la forte commotion qu'il en éprouva avait déterminé la rupture de la capsule antérieure, que le cristallin s'était abaissé dans le fond de l'œil, où il avait sans doute été résorbé. Et en effet, en appliquant au-devant de l'œil droit une lentille bi-convexe, le malade, qui ne pouvait distinguer qu'à peine les plus gros objets, fut très surpris de reconnaître tous les corps de petite dimension. Il quitta Montpellier, voyant très bien de cet œil avec un verre bi-convexe.

Quelque difficile à concevoir que paraisse au premier abord le phénomène que M. Lecalvé n'hésite pas à admettre, les détails de cette observation sont cependant, nous l'avouons, groupés avec assez d'art pour que la crédibilité du fait en question puisse sembler suffisante à quelques personnes. D'autres objecteront sans doute à l'auteur qu'il ne s'agissait vraisemblablement là que d'une cataracte commençante compliquée d'amaurose et de presbytie. Les argumens ne manqueraient pas pour soutenir cette opinion. D'abord l'avis conforme de plusieurs médecins de Marseille et de Montpellier, et la coïncidence d'une amblyopie de l'autre œil née de la même cause, puis cette circonstance, implicitement mentionnée par M. Lecalvé lui-même, que la transparence des milieux de l'œil était un peu altérée chez son malade; car s'il a pu *voir* quelque chose *qui ressemblait beaucoup aux débris de la capsule*, il est plus que probable que cette partie n'avait pas conservé sa diaphanéité naturelle. Quant à la presbytie, qui expliquerait très bien le bon effet des verres bi-convexes, on trouverait la preuve de son existence dans cette autre phrase de l'auteur, qui dit que l'œil droit semblait au toucher moins dur et moins résistant que le gauche. Audemeurant, pour nous, le fait d'un abaissement subit du cristallin, dans ce cas, reste douteux. Peut-être aurait-il pu s'éclaircir par de nouveaux détails sur l'état ultérieur du malade.

EMPOISONNEMENT PAR L'EAU DE LAURIER CERISE SUR UN ENFANT D'ENVIRON HUIT MOIS; par MM. RENÉ et WALHIER.

Des accidens ont déjà été produits bien des fois par l'eau de laurier-cerise; le suivant est un exemple de la facilité avec laquelle des erreurs trop souvent mortelles peuvent être commises dans l'emploi de cette dangereuse préparation.

OBS. — Une petite fille de 8 mois environ, d'une assez bonne constitution et jusqu'alors peu maladive, paraissait souffrir de la dentition et avoir en même temps un embarras intestinal. Le médecin appelé prescrit des évacuans. Le lendemain, à la visite, il trouve de l'irritation au ventre; aussitôt trois sangsues sont appliquées sur cette partie et la potion suivante est prescrite :

Prenez :	Eau de cerises noires..	120	grammes
	Sirop de Tolu.......	30	—
	Myrthe et calomel....	1	—
	Laudanum........	3	—
	M. à donner par cuillerée d'heure en heure.		

La prescription est portée chez un pharmacien qui était absent, en même temps que son premier élève. Celui-ci est remplacé par le second élève. Celui-ci ne trouvant pas sous la main le flacon contenant l'eau de cerises noires croit pouvoir la remplacer par une égale quantité d'eau de laurier-cerise. A peine l'enfant a-t-elle pris une demi-cuillerée à café de la potion ainsi préparée qu'elle pousse un cri, renverse la tête en arrière, et est agitée par des convulsions, puis expire au bout de quelques instans.

Le mot empoisonnement ayant été prononcé, la justice ordonna que l'autopsie fût faite, et voici le résultat du rapport dressé à cette occasion.

NÉCROPSIE 24 heures après la mort. — La raideur cadavérique existe encore; le ventre légèrement dur est un peu tuméfié.

L'encéphale et la moelle épinière n'offrent rien qui mérite d'être noté. L'estomac contient deux petites cuillerées d'un liquide jaunâtre et sans odeur. La muqueuse est injectée vers la grande courbure. Le reste du tube digestif est à l'état normal.

Le liquide contenu dans l'estomac de l'enfant examiné avec soin ne présente pas de trace d'acide prussique; mais celui que contenait la fiole apportée de chez le pharmacien renferme une grande quantité de cet acide, ainsi que l'ont démontré des expériences faites sur des lapins et un chien, qui, après en avoir pris une cuillerée à café, sont morts au bout de deux minutes de convulsions, et des expériences chimiques par lesquelles on a constaté dans cette potion la présence d'une plus grande quantité d'acide prussique que n'en contient ordinairement l'eau de laurier de cerise faite dans les circonstances les plus favorables.

L'auteur conclut et avec raison de ces faits et de quelques autres contenus dans les annales de la science qu'on devrait renoncer à l'emploi

de l'eau distillée de laurier *filtrée* ou *non filtrée* jusqu'à ce qu'on soit parvenu à mieux préciser le mode de préparation de cette substance pharmaceutique et son action sur l'économie.

VII. BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE D'ANGERS.

LETTRES D'UN PRATICIEN AU PROFESSEUR LALLEMAND SUR L'INCERTITUDE DU DIAGNOSTIC DANS LES MALADIES DE L'ENCÉPHALE; par le docteur RIDARD.

L'auteur se proposant de publier d'autres lettres sur ce fécond sujet, nous attendrons pour en rendre compte d'une manière complète qu'il en ait publié plusieurs; en attendant, nous allons indiquer sommairement les principales questions traitées dans cette première lettre et qui toutes sont résolues d'une manière négative; ainsi nous trouvons réduites à leur valeur réelle, c'est-à-dire à une valeur presque nulle, les prétentions des anatomo-pathologistes, celles des physiologistes qui attribuent une trop grande confiance aux résultats obtenus des vivisections. L'auteur traite à peu près de même les découvertes des localisateurs modernes qui ne se contredisent pas seulement comme on le dit quelquefois, mais qui se renversent mutuellement. La plupart des opinions sur l'agent nerveux et son mode d'action, sur la vitalité et le principe vital sont exposées et discutées dans cette lettre où l'on trouve quelques observations importantes, mais que nous ne pouvons rapporter en ce moment.

ÉTUDES DES FAITS PATHOLOGIQUES; par le docteur CASTONNET.

Ce travail contient d'abord quelques considérations générales sur la manière d'observer les faits et de les résumer en médecine, puis quelques observations particulières présentées comme offrant les conditions que réclame M. Castonnet. Ces dernières vont seules nous occuper quelques instans, car bien qu'elles ne soient unies par aucun autre lien que ceux que l'auteur avait en vue, la plupart d'entre elles offrent de l'intérêt soit par leur rareté soit par la nouveauté des points de vue d'où l'auteur les a considérées. Voici les principaux faits dont nous nous bornerons à donner le sommaire.

1° TREMBLEMENT MERCURIEL TRAITÉ PAR LE SULFATE DE MORPHINE; COMMENCEMENT D'INTOXICATION; GUÉRISON.

Le traitement de cette affection déjà ancienne par les opiacés à haute dose (2 grammes de laudanum de Rousseau en 24 heures) fut si rapide que deux jours après que la préparation narcotique eut été employée à cette dose, le malade entrait en convalescence, et que l'on diminuait déjà cette dose de moitié, ce qui n'empêcha pas la guérison d'être complète au bout de quelques jours. L'auteur, rapprochant ce fait de ceux si nombreux où l'opium a été aussi utile dans des cas de délire nerveux et de *delirium tremens*, établit entre le tremblement mercuriel et ces deux maladies un rapprochement qui ne manque pas d'intérêt, spécialement sous le point de vue pratique.

2° OBSERVATION D'UNE FIÈVRE SEPTENAIRE OU HEBDOMADAIRE; par le docteur LAROCHE.

La fièvre intermittente était dans ce cas très caractérisée, revenait tous les dimanches, et après avoir résisté au changement d'air et à l'emploi de l'émétique guérit sous l'influence du sulfate de quinine à la dose de 10 à 15 centigrammes chaque jour; en tout 15 décigrammes.

VIII. ANNALES DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE BRUGES.

La seconde livraison de l'année 1842 renferme les travaux suivans: 1° *Réflexions sur le siége, la nature et les caractères de la fièvre typhoïde;* par M. Van Halen, 2° *Origine des apothicaires de Bruges;* par M. de Meyer.

IX. ANNALES D'OCULISTIQUE.

Les numéros de mars, avril, mai, juin, juillet et août 1842 se composent des articles originaux suivans: 1° *Mémoire sur un nouveau procédé pour l'opération de la cataracte par extraction;* par M. Pétrequin. 2° *Cysticerque celluleux sous la conjonctive;* par M. Florent Cunier. 3° *Compte-rendu des maladies observées à l'Institut ophthalmique de Bruxelles, du 1er octobre 1840 au 31 décembre 1841;* par le même. 4° *Mémoire sur le glaucôme;* par M. Siebel (suite). 5° *Mémoire sur une nouvelle méthode d'employer le nitrate d'argent dans quelques ophthalmies;* par M. Desmarres (premier article). 6° *Réflexions au sujet de la note de M. Guépin sur la nature et le siége de la cataracte,* par M. Szokalski, *et réponse de M. Guépin.* (Explications sur quelques-uns des faits contenus dans le travail de M. Guépin, que nous avons analysé dans la GAZ. MÉD., 1842, p. 218.) 7° *De l'emploi des verres de lunettes dans le traitement de quelques affections oculaires;* par F. Cunier. (Lettre déjà insérée en entier dans la GAZ. MÉD.) 8° *De l'ophthalmie granuleuse dans une contrée où n'a jamais existé la blépharophthalmie catharrale des armées;* par M. Guépin. 9° *Description d'un nouveau blépharostat;* par M. Vanderbraeck. (Modification à la pince de M. Cunier.) 10° *Des muscles et des aponévroses de l'œil;* par M. Bonnet. (La GAZ. MÉD. a déjà fait connaître la description de ces parties par le chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon. Cet article est extrait de l'ouvrage remarquable qu'il vient de publier SUR LES SECTIONS TENDINEUSES ET MUSCULAIRES.) 11° *Mémoire sur les dacryolithes et les rinolithes ou pierres formées à la surface de la conjonctive dans les voies lacrymales et le canal nasal;* par M. Desmarres. (Première partie: dacryolithes.) 12° *Cas de colobôme de l'iris des deux yeux;* par M. Mess. (Les deux cristallins étaient en même temps devenus opaques.) 13° *Observations ophthalmologiques;* par M. Guépin. 14° *Cataracte opérée par la méthode sous-conjonctivale;* par M. Paul Bernard. (V. GAZ. MÉD., 1842, p. 491.)

MÉMOIRE SUR UN NOUVEAU PROCÉDÉ POUR L'OPÉRATION DE LA CATARACTE PAR EXTRACTION; par M. PÉTREQUIN.

C'était un progrès essentiel, dit M. Pétrequin, que d'utiliser les manœuvres de strabotomie pour l'opération de la cataracte. Ce progrès, M. Bonnet l'a réalisé le premier pour l'extraction, tandis que M. Pétrequin a fait l'application, à l'abaissement, des procédés spéciaux usités dans l'opération du strabisme.

Quant à l'extraction, les modifications indiquées aujourd'hui par M. Pétrequin, et destinées à rendre l'opération plus simple, plus facile, plus profitable et plus sûre portent sur les deux points suivans: 1° le chirurgien est placé à côté ou mieux en arrière du malade et agit toujours de la main droite. Il résulte des recherches historiques auxquelles M. Pétrequin s'est livré à ce sujet, un fait qui paraîtra sans doute piquant; c'est que ce précepte dont un chirurgien contemporain a voulu faire une nouveauté remonte à Sharp, vers le milieu du dix huitième siècle. 2° On connaît les difficultés qui résultent pendant l'opération du défaut de fixité du globe oculaire, de sa fuite vers le grand angle de l'œil, de ses mouvemens spasmodiques. M. Pétrequin fait relever la paupière supérieure avec un élévateur de Pellier, déprime l'inférieure avec un abaisseur à deux ou trois branches, et fixe l'œil au moyen d'une pince à dents de souris et à agraffes, embrassant au lieu d'élection, c'est-à-dire à 4 ou 6 millimètres en dehors de la cornée, sur le diamètre transversal de l'œil, la muqueuse et l'aponévrose qui la double. L'œil ainsi fixé fournit un point d'appui solide et immobile aux instrumens. M. Pétrequin insiste principalement sur le soin qu'il a de faire la section de la cornée oblique de haut en bas et de dehors en dedans, procédé qu'il revendique comme lui appartenant, car, dit-il, Wenzel, à qui on attribue la kératotomie oblique, la faisait en réalité perpendiculaire ou, en d'autres termes, verticale.

Enfin, relativement aux soins consécutifs, l'auteur recommande particulièrement deux précautions; la première d'engager le malade à entr'ouvrir par intervalles les paupières pour donner issue aux larmes dont l'accumulation et le contact peuvent distendre les replis palpébraux et irriter le globe oculaire; la seconde est d'interdire l'exercice de la vision immédiatement après l'opération. Indépendamment de l'ophthalmie qui suit souvent cet exercice intempestif de la rétine, la compression du globe de l'œil produite par les muscles qui se contractent pour l'action de regarder peut y amener des dérangemens en désaccord avec les conditions nécessaires pour l'exercice régulier de la vision.

Toutes ces observations portent le cachet de l'esprit positif et de la sagacité qui se remarquent en général dans les productions de M. Pétrequin. C'est dire que, comme ses autres travaux, celui-ci trouvera plus d'une application heureuse dans la pratique.

CYSTICERQUE CELLULEUX SOUS LA CONJONCTIVE; par M. FLORENT CUNIER.

OBS. — Le duc de B., âgé de 17 ans, se promenait le 30 juillet 1840, lorsqu'il fut frappé par un papillon de nuit qui heurta son œil droit avant qu'il eût eu le temps de fermer les paupières. Une inflammation vive s'en suivit; mais elle fut appaisée par l'extraction d'une portion de la patte de l'insecte qui était restée dans le pli oculo-palpébral supérieur. Au bout de peu de jours, toute trace de

phlegmasie avait disparu, si ce n'est qu'un bourrelet aplati, analogue à ceux qu'on observe assez souvent à la suite des pustules de l'ophthalmie catharro-scrofuleuse persistait sur la conjonctive, en dehors de la cornée. Il existait encore, au mois de janvier 1841, époque à laquelle ce jeune homme qui ne ressentait d'ailleurs plus depuis long-temps aucune douleur ni aucune gêne tenant à son accident, fut affecté d'une ophthalmie catarrhale. Elle se dissipa en huit jours, mais imprima pendant sa durée un accroissement rapide à la tumeur de la conjonctive. Cette tumeur ayant pris l'aspect d'une vésicule, M. Quadri y fit une ponction qui donna issue à quelques gouttes de sérosité, puis il cautérisa avec la pierre infernale. Une vascularisation assez prononcée de la portion de conjonctive contiguë succéda à cette opération.

Vers le mois de mai, de nouveaux progrès se manifestèrent dans la tumeur qui devint en trente jours grosse comme un pois. Quoique ne causant aucune douleur, elle gênait la vision, par cela seul qu'elle avait empiété sur le champ de la cornée. Quatre ou cinq gros vaisseaux variqueux venant du pli oculo-palpébral s'y rendaient : du reste, pas de vascularisation du globe oculaire.

M. Cunier fit d'abord une ponction qui amena la sortie de deux ou trois gouttes d'un liquide jaunâtre. Sur le désir formel du malade, on attendit au lendemain pour continuer l'opération. Saisissant alors la tumeur avec des pinces, le chirurgien l'incisa dans sa portion scléroticale, et comme aucune sérosité ne s'écoula, il se décida à en faire l'ablation ; ce qui fut facilement obtenu en la disséquant dans tout son pourtour avec de petits ciseaux courbes sur le plat, puis en exerçant ensuite une légère traction qui suffit pour la séparer de la portion de cornée à laquelle elle restait adhérente. L'hémorragie s'arrêta aisément, et au bout de dix jours la cicatrisation était complète.

Lorsqu'on retira de l'eau la petite production enlevée, on ne fut pas peu surpris de voir qu'elle représentait un corps transparent, vésiculeux, avec une extrémité à renflement, comme une calebasse de caoutchouc. En l'examinant à la loupe, on reconnut un cysticerque cellulenx, analogue à ceux observés déjà dans la même partie par MM. Baune, Hœring et Estling. Les quatre suçoirs, le double cercle de crochets étaient parfaitement distincts. Après avoir séparé du ver le lambeau de kyste qui y adhérait et l'avoir laissé dans l'eau pendant deux heures, on trouva qu'il s'était replié sur lui-même et offrait l'aspect d'un morceau de cristallin placé dans l'eau depuis quelques jours ; la tache oblongue, signalée par M. Baune comme provenant de la tête et du cou retirés, se reconnaissait assez distinctement.

De l'ophthalmie granuleuse dans une contrée où n'a jamais existé la blépharophthalmie catarrhale des armées ; par M. Guépin.

Quoique les épidémies présentent aux médecins les élémens les plus précieux pour l'étude d'une maladie, il faut pourtant se garder d'occorder une confiance exclusive aux notions qui proviennent de cette source. Trop souvent le génie épidémique imprime à la nature du mal des modifications profondes qui altèrent sa physionomie propre et donnent à ses manifestations un caractère qui n'est plus celui de l'affection elle-même. C'est pour cela que les meilleurs pathologistes ont toujours uni à l'étude des épidémies l'observation des cas sparadiques, seul mode de recherches qui permette de tracer un tableau complet et ressemblant. C'est dans ce but que M. Guépin donne l'histoire abrégée de plusieurs faits d'ophthalmie granuleuse qu'il a eu l'occasion de voir dans le département de la Loire-Inférieure, dans des contrées où l'on ne peut signaler le passage de l'ophthalmie égyptienne dite ophthalmie catarrhale des armées. Sa description, qui a, comme tout ce qu'écrit l'auteur, une grande précision, o surtout pour objet les granulations rétro-tarsiennes et principalement celles qui ont pour siége le pli oculo-palpébral.

Plusieurs malades ont eu des granulations simples, qui toutes ont disparu sous l'influence de légères cautérisations. D'autres présentèrent des écoulemens séro-purulens comme complication de leur ophthalmie granuleuse. Une troisième série est celle des individus chez lesquels des affections granuleuses séro-purulentes se greffèrent sur des ophthalmies lymphatiques ou scrofuleuses.

M. Guépin a aussi rencontré assez fréquemment des ophthalmies vénériennes avec granulations et sans écoulement purulent. (A vrai dire cependant les observations de cette classe laissent dans une sorte de doute sur ce que l'auteur a voulu entendre par ophthalmie vénérienne ; et ce défaut de précision nous oblige de passer sous silence les remarques qu'il a consignées sur ce genre d'affection.)

Suivant M. Guépin, l'ophthalmie avec bande granuleuse rétro-tarsienne allant d'un angle de l'œil à l'autre, cède toujours avec facilité quand elle est récente ; quand elle est plus ancienne, le traitement est le même, mais plus long ; il faut encore recourir au nitrate d'argent et à l'oxide rouge.

L'auteur a remarqué assez souvent l'ophthalmie purulente chez des enfans habitant des lieux peu éclairés, peu aérés, vivant au milieu d'une atmosphère appauvrie d'oxigène et viciée dans sa composition par suite d'encombrement.

Dans les cas les plus graves, il a toujours considéré les cautérisations directes avec le nitrate d'argent comme le remède héroïque.

Mémoire sur les dacryolithes ou pierres formées à la surface de la conjonctive et dans le sac et les canaux lacrymaux ; par M. Desmarres.

Le travail de M. Desmarres contient une observation curieuse de pierre développée dans le canal lacrymal, puis des recherches générales basées sur l'ensemble des faits de ce genre que rapportent les auteurs. Reproduisons d'abord l'observation qui appartient à M. Desmarres.

Obs. — Une femme de 66 ans, portant aux articulations des doigts et des orteils quelques concrétions peu élevées, suite d'attaques de goutte légères, était incommodée depuis plus de deux ans d'un larmoiement de l'œil droit auquel succéda plus tard l'écoulement de matières puriformes. En examinant cet œil, on trouva que la conjonctive et la sclérotique étaient injectées. Le point lacrymal supérieur était sain ; l'inférieur dilaté, et présentant trois fois son diamètre normal, laissait écouler une matière séro-purulente dont la pression n'augmentait pas la quantité. On reconnaissait dans la direction du conduit lacrymal inférieur la présence d'une petite tumeur circonscrite, indolente, sans coloration inflammatoire notable de la peau et offrant en dehors une saillie du volume d'une petite noisette. Une proéminence semblable se faisait remarquer sous la conjonctive. La peau de la joue était en plusieurs points excoriée par le contact des larmes.

Au bout de deux mois seulement, la malade, vaincue par l'accroissement des douleurs, de la photophobie et de l'inflammation développée sur les parties contiguës à la tumeur, consentit à une exploration plus directe. Un stylet introduit dans le conduit lacrymal inférieur y rencontra, à 3 millimètres environ de profondeur, un corps résistant sur lequel la percussion exercée avec l'instrument métallique ne donna lieu qu'à un son obscur.

Deux jours après, M. Desmarres fit l'extraction de ce corps étranger de la manière suivante : Il plaça d'abord dans le conduit une sonde cannelée sur laquelle il introduisit l'une des lames d'une paire de ciseaux assez forts dont un seul coup suffit pour diviser, en dedans et du côté du globe, toute la paroi postérieure de la tumeur, en même temps bien entendu que la conjonctive. L'incision était à peine achevée qu'un corps dur, jaunâtre, de la grosseur d'un pois vert, s'échappa de la tumeur et roula jusqu'à terre. On enleva du fond de la plaie quelques débris de matière jaunâtre, comme granuleuse, et les parois du conduit furent cautérisées.

Au bout de vingt-quatre jours, la plaie était cicatrisée. La malade a eu depuis lors plusieurs attaques de goutte aux pieds et aux mains. Le larmoiement n'a plus lieu aujourd'hui qu'accidentellement et la difformité a complètement disparu.

L'analyse de ce calcul faite par M. Bourchardat a donné :

Matière albumineuse concrète...	25 parties
Matière muqueuse............	18 —
Graisse....................	traces
Carbonate de chaux...........	48 —
Phosphate de chaux et de magnésia	9 —
Chlorure de sodium..........	traces

Son poids était de 4 centigrammes ; sa densité de 1,14.

Nous ne suivrons pas M. Desmarres dans toutes les réflexions que lui suggère cette observation comparée aux cas nombreux de concrétions lacrymales dont il emprunte les exemples à différens auteurs.

Disons seulement un mot de ses idées sur leur mode de formation. « Nous croyons, dit-il (envisageant d'une manière absolue la formation des calculs en général), qu'un calcul ne peut se former dans un endroit ou dans un conduit quelconque de l'économie sans qu'il y ait une prédisposition générale, une diathèse particulière pour la génération des calculs ; et, à l'exemple des observateurs les plus recommandables, nous pensons qu'un corps étranger peut le plus souvent, quand il est engagé dans un conduit destiné à être incessamment parcouru par des liquides, se recouvrir d'incrustations calcaires ; mais nous nions formellement que ce phénomène se montre par suite d'un simple obstacle au cours des fluides, par la simple affinité morbifique des membranes, etc., parce que notre conviction est qu'ils n'apparaissent que comme effet d'une cause générale et particulière. »

Bien qu'elle nous paraisse exprimée sous une forme un peu tranchée et plus décisive peut-être qu'il ne convient de le faire dans des questions de pathogénie encore aussi obscures, on ne peut nier que l'opinion de M. Desmarres sur la co-existence d'une disposition spéciale de tout l'organisme n'ait de fortes probabilités en sa faveur. On pourrait d'abord citer, parmi les preuves à son appui, le fait même de l'auteur où la formation du calcul lacrymal était si évidemment liée à une diathèse goutteuse. En outre, et c'est là le point pratique de cette discussion, en apparence toute spéculative, il est des cas où, par un traitement général adressé à toute l'économie, on a pu arrêter une tendance bien manifeste à la reproduction de ces concrétions calcaires. Ainsi, dans le cas publié par M. Walther (Journal für Chirurgie, etc., janvier 1820, p. 164), la solution de sel tartre dépuré, administrée à la dose de deux cuillerées à bouche par jour, exerça l'influence la plus prompte et la plus favorable sur la formation de calculs conjonctivaux, dont jusqu'alors aucun traite-

ment local n'avait pu empêcher la reproduction journalière chez une jeune malade, d'ailleurs très bien portante en apparence.

Un fait ressort encore du travail de M. Desmarres, et il peut avoir beaucoup d'importance dans l'étude des affections semblables à celles-ci, c'est qu'il ne faut pas confondre avec les véritables dacryolithes, les concrétions que, dans quelques maladies, on voit attachées aux cils ou ramassées dans le grand angle de l'œil. Ces concrétions, en effet, ne sont point de nature calculeuse ; elles paraissent être simplement formées par du mucus concrété en couches jaunâtres, par suite de l'évaporation de ses parties aqueuses.

X. ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE D'ANVERS.

Les cinq premiers cahiers de l'année 1842 contiennent les articles suivans : 1° *Etudes sur la syphilis;* par M. le docteur Jaques. (La plupart des propositions que l'auteur développe sont en opposition avec la doctrine de M. Ricord. Ses objections ne contenant rien qui n'ait déjà été dit, nous renvoyons le lecteur à l'analyse critique faite par nous du livre de M. Baumès (Gaz. Méd., 1840, p. 252), et du mémoire de M. Castelnau (Ibid., 1841, n. 33), où les principaux argumens reproduits par M. Jaques se trouvent discutés.) 2° *De la sensibilité vertébrale à la pression dans les fièvres intermittentes chroniques et des indications thérapeutiques qu'elle fournit;* par M. Gonzée. 3° *Observation de présentation de la face convertie en une présentation du sommet de la tête;* par M. Matthyseus. (La position primitive de la face était une présentation mento-postérieure droite ; elle se transforma spontanément en une première présentation du sommet, et l'accouchement se fit heureusement du côté de la mère et de celui de l'enfant. 4° *Péricardite suite de contusion; guérison;* par M. Sovet. 5° *Surdité guérie par la méthode endermique;* par M. Hoebeke. (La surdité survenue à la suite d'une fièvre grave s'accompagnait de céphalalgie; quelques vésicatoires placés derrière les oreilles et saupoudrés de sulfate de morphine amenèrent en même temps la guérison des deux symptômes. Le vésicatoire a-t-il agi dans ce cas comme calmant ou comme excitant, de l'action nerveuse affaiblie ? Les antécédens et les phénomènes concomitans nous feraient pencher vers la première explication.) 6° *Observation d'un cas de brûlure;* par M. Leva. (Bons effets de l'application, d'abord de l'ouate, puis du chlorure de chaux.) 7° *Observation d'une ascite; opération de la paracentèse; sortie d'un liquide d'un aspect laiteux;* par M. Van Camp. 8° *Mémoire sur quelques points propres à éclairer l'étude de l'ophthalmie des armées;* par M. Decondé. 9° *Note sur quelques modifications au procédé de Gregory pour la préparation du chlorhydrate de morphine, d'après une nouvelle propriété reconnue à cet alcaloïde;* par M. J. Michiels.

PÉRICARDITE SUITE DE CONTUSION ; GUÉRISON ; par M. SOVET.

Les cas de péricardite traumatique sont assez rares dans la science ; il est rare du moins, dans les observations de ce genre, de pouvoir rapporter l'effet à sa cause aussi clairement qu'il a été donné au médecin de le faire ici. Ce serait un motif déjà bien suffisant pour reproduire cette observation, qui offre d'ailleurs aussi de l'intérêt sous d'autres points de vue, sous celui du traitement, par exemple.

Obs. — Le nommé Cavaillan, âgé de 35 ans, reçut le 28 mars, dans une rixe, des contusions multipliées sur diverses parties du corps. Après une nuit en apparence assez tranquille, il fut pris à son réveil d'agitation dans tous les membres, de perte de connaissance momentanée, d'angoisse accusée dans la région précordiale, là où les coups avaient principalement porté. Cette partie était tellement sensible que la pression la plus légère exercée sur elle arrachait des cris aigus. Le poids des couvertures était même insupportable. Pulsations du cœur tumultueuses de temps en temps ; pouls tellement précipité par intervalles qu'il était impossible de le compter : ces espèces d'accès s'accompagnaient de perte de connaissance. Puis le trouble et le malaise disparaissaient peu à peu ; la respiration et la circulation revenaient à leur type normal. Hors des accès, le pouls était large et régulier, la respiration et l'intelligence intactes. L'excessive sensibilité de la région précordiale rendait impossible la percussion et l'auscultation. (Saignée peu abondante, réitérée le lendemain et suivie d'une application de sangsues.)

Le 1er avril, la région thoracique n'étant plus aussi sensible à la pression, on constate que le son y est mal dans une étendue plus considérable qu'à l'état normal. (Troisième saignée, 15 sangsues, diurétiques.)

Le 3, amendement marqué, la matité diminue. (Teinture de digitale pourprée, 4 gouttes dans un peu d'eau sucrée toutes les deux heures.)

Le 4, un accès de lypothimie est encore survenu après un effort exécuté par le malade pour se relever. A la suite de cette récidive, la matité reprend sa première étendue, et les battemens du cœur sont perçus éloignés et comme à travers un corps mou. (Large vésicatoire, *loco dolenti.*)

Le 5, 18 sangsues sur la région précordiale. Même état le 6 ; encore 16 sangsues, et une once d'onguent mercuriel en frictions sur la partie douloureuse. Cette dernière médication continuée pendant trois jours triomphe définitivement de la tendance du mal à récidiver. Au bout de ce temps, les lypothymies n'ont pas reparu, les battemens du pouls sont souples et réguliers. Ceux du cœur se perçoivent d'une manière plus franche et plus immédiate. Le malade peut se lever sans réveiller la douleur. Il ne reste qu'un peu de faiblesse générale, causée sans doute en partie par le traitement.

XI. ANNALES MÉDICO-LÉGALES BELGES.

La presse médicale périodique de la Belgique n'avait pas encore d'organe pour la médecine légale et l'hygiène publique. Ce vide vient d'être rempli par MM. les docteurs Dejaeghere et Crommelinck, qui ont compris dans le cadre de leur publication les maladies mentales et toutes les questions relatives aux hôpitaux et autres établissemens sanitaires soumis au contrôle de la loi. Les cinq livraisons publiées contiennent déjà de nombreux matériaux originaux ou empruntés aux autres recueils. Parmi les premiers, nous distinguons les suivans.

COUP-D'ŒIL SUR LES HÔPITAUX ET HOSPICES; par M. CROMMELINCK.

PREMIÈRE PARTIE. — BELGIQUE.

L'examen des hospices d'aliénés que contient la Belgique ne permet pas de méconnaître que, dans ce pays, si progressif sous divers points de vue, le sort des aliénés est loin d'avoir reçu de l'administration toute l'attention qu'il mérite, et que de nombreux abus appellent une loi protectrice qui retire les aliénés de leur position, qui s'aggrave chaque jour. Les hôpitaux civils donnent lieu à des réflexions analogues, et on apprend avec étonnement que, dans une ville comme Namur (30,000 habitans), il n'y ait qu'un simulacre d'hôpital contenant 32 lits seulement, et qu'à Charleroy, ville de 8,000 âmes, il n'y en a pas du tout. Quelques mots sur la *prostitution* indiquent aussi que, sous ce point de vue, la Belgique attend encore des mesures protectrices. Les personnes qui s'occupent des études relatives aux établissemens de charité trouveront dans cet article de curieux détails sur les pénitenciers, sur les hospices de maternité.

MALADIES MENTALES; OBSERVATIONS PRATIQUES; par G. DEJAEGHERE, médecin.

L'auteur offre sous ce titre une série de faits qui sont remarquables sous quelques points de vue, et qui peuvent servir de guide au médecin praticien et à l'homme de loi dans des cas analogues. Mais les réflexions qui suivent le récit de chacun de ces faits n'offrent point assez d'intérêt pour que nous devions les reproduire ici.

Nous en dirons autant d'un article du même auteur, ayant pour titre : MÉDECINE LÉGALE; OBSERVATIONS PRATIQUES; CONTROVERSE ET CAS PARTICULIERS EN MATIÈRE DE MÉDECINE LÉGALE, les faits qu'il contient n'ajoutent rien à l'état actuel de la science, telle qu'elle est au moins parmi nous.

RAPPORT SUR LES HOSPICES D'ALIÉNÉS EN ANGLETERRE, EN FRANCE ET EN ALLEMAGNE ; adressé au ministre de l'intérieur de la Belgique, par M. le docteur CROMMELINCK.

Ce long rapport occupe trois numéros entiers, et est le travail le plus complet, quoique un peu diffus, qui ait encore été publié sur l'état des hospices d'aliénés dans les trois contrées. De la comparaison que le docteur Crommelinck établit entre ces établissemens, il résulte une telle supériorité pour les hospices d'aliénés d'Angleterre, que nous n'avons pu voir sans peine combien la France, qui la première brisa les chaînes de ces infortunés, se trouve déjà en arrière de l'Angleterre pour le nombre, l'adaptation, la disposition intérieure et la tenue des hospices d'aliénés. Mais nous avons l'espoir que l'application de la loi de 1838, dans toute son extension, ne tardera pas à faire disparaître cette différence pénible. S'il est vrai qu'à Paris et aux environs les hospices d'aliénés ont plutôt l'aspect de vastes casernes ou de tristes prisons que de lieux destinés au traitement des aliénés ou à l'adoucissement de leur sort ; il l'est aussi que plusieurs établissemens modèles sont élevés en ce moment sur divers points de la France pour servir aux aliénés. D'ici à quelques années, ils rivaliseront, nous devons l'espérer, avec ceux que, chez nos voisins, on regarde comme les plus parfaits.

Le travail de M. Crommelinck, qui laisse beaucoup à désirer sous le point de vue de la disposition des matériaux, est cependant plein de faits intéressans sur presque toutes les questions qui se rattachent à l'étude de l'aliénation, et sera consulté avec fruit par ceux qui désirent connaître les nombreuses améliorations introduites depuis quelques années par la plupart des nations civilisées dans le régime et la manière de protéger les aliénés.

XII. ANNALES ET BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE GAND.

CONSIDÉRATIONS SUR LES VERTUS THÉRAPEUTIQUES DES DIVERSES HUILES DE POISSONS; par le docteur STACQUES.

Les écrivains sont loin d'être d'accord sur l'efficacité des huiles de poissons; tandis que quelques uns vantent les préparations qui sont généralement, mais improprement, désignées sous le nom d'huile de foie de morue, d'autres les déprécient, ne leur accordent aucune propriété thérapeutique, ou même leur attribuent certains accidens qui sont en effet arrivés pendant leur administration. M. Stacques, sans aller jusqu'à cet extrême, sans même nier que ces huiles n'exercent aucune action sur l'économie, affirme cependant qu'il ne possède encore aucun fait qui, bien examiné, l'autorise à leur attribuer les accidens ou les bons résultats qu'on dit suivre quelquefois leur emploi. Il analyse plusieurs cas de scrofules et de phthisie dans lesquels l'emploi de ces huiles n'a exercé aucune influence évidente, la maladie ayant continué sa marche avec des alternatives de bien et de mal, comme lorsqu'elle est abandonnée à elle-même, sous l'influence de conditions hygiéniques convenables.

Il est probable que l'auteur dépasse les limites de la vérité lorsqu'il refuse à cette médication toute action thérapeutique dans le traitement des maladies contre lesquelles on l'a tant vantée. Cependant, parmi les cas de guérison si nombreux qu'on lui a attribués, il y en a probablement beaucoup sur lesquels elle n'a eu aucune influence, et qui, sans elle, se seraient terminés d'une manière également heureuse. La commission chargée d'examiner ce travail combat dans le rapport, qui se trouve à la suite, les opinions émises par M. Stacques, mais sans qu'il en résulte aucune nouvelle preuve, ni aucune nouvelle explication de l'action thérapeutique de l'huile de morue. Si on admet, avec quelques thérapeutistes modernes, que ce médicament exerce une heureuse influence sur des affections aussi variées que le sont celles dans lesquelles on a vanté son efficacité, peut-être sera-t-on porté à penser qu'il n'agit pas contre la maladie elle-même, mais seulement sur l'économie qu'il soutient pendant que la maladie épuise son action, et non point par une propriété spécifique. Quoi qu'il en soit, ce travail d'un médecin qui pratiquait dans une contrée où l'on a beaucoup employé l'huile de foie de morue, et qui prétend n'avoir pas vu un seul cas où l'action de cette préparation fût évidente, suffit pour faire penser que l'on a beaucoup exagéré son efficacité.

OBSERVATIONS DE VARIOLES TRAITÉES ET GUÉRIES PAR LA POMMADE SULFUREUSE DE M. LE DOCTEUR MIDOVEINE; par le docteur DURAND.

Cette médication, dont il a déjà été question dans la GAZETTE MÉDICALE (an 1841, p. 232), consiste à frictionner légèrement, et plusieurs fois par jour, toutes les parties du corps recouvertes de pustules, avec un mélange de 6 à 8 grammes de fleurs de soufre sur 32 grammes d'axonge; les chances de succès étant d'autant plus fortes que l'éruption est plus près de son début. Les faits que rapporte le docteur Durand sont en trop petit nombre pour qu'ils aient une grande valeur. Il n'a employé cette méthode que dans trois cas dont deux chez des sujets qui n'avaient pas été vaccinés, l'un âgé de 27 ans, l'autre de vingt mois, et dont le troisième avait pour sujet une jeune femme âgée de 27 ans, et qui avait été vaccinée 20 ans auparavant. Chez ces trois sujets la variole était confluente, et, comme dans les cas cités par le docteur Daveine, les pustules se sont promptement desséchées, et la période de suppuration n'a entraîné aucun accident grave, s'étant à peine manifestée par quelques symptômes de réaction. Si ces observations et celles recueillies par le docteur Daveine ne démontrent pas d'une manière tout à fait évidente l'efficacité de l'emploi de la pommade sulfureuse contre la période de suppuration, elles suffisent au moins pour prouver qu'elle n'est pas nuisible et pour appeler de nouveaux faits et de nouvelles recherches.

XIII. ANNALES ET BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES NATURELLES DE BRUGES.

QUELQUES OBSERVATIONS DE MALADIES TRAITÉES PAR L'AIMANT ET L'ÉLECTRICITÉ; par le docteur VERRHAEGHE.

Ce travail paraît destiné à faire suite à celui qu'a communiqué, à la fin de l'année 1841, le docteur Beydler à la société de médecine de Gand (GAZ. MÉD., n° 14, 1842); mais bien que les observations qui y sont contenues soient plus nombreuses que dans le mémoire de M. Beydler, il est cependant moins intéressant que ce dernier, parce que, dans la plupart des cas, l'auteur paraît avoir employé alternativement l'aimant et l'électricité; qu'il donne peu de détails sur les méthodes qu'il a suivies dans l'application de cette médication, et parce qu'enfin les observations elles-mêmes auraient demandé à être données avec plus de développement; toutefois M. Verrhaeghe a en le bon esprit de rapporter tous les faits heureux ou malheureux où il a employé l'aimant ou l'électricité.

Sur 16 observations de rhumatisme et de migraine où il a eu recours à ces moyens, il a obtenu 9 guérisons complètes et une amélioration notable. Voici quelques remarques générales sur le mode d'action de ces agens qui seront lues avec intérêt.

L'amélioration qui se fait sentir après chaque séance de l'aimant ou de l'électricité se maintient plus ou moins longtemps; les douleurs reviennent ensuite, mais moins intenses qu'auparavant, et les rémittences deviennent de plus en plus longues à mesure que la guérison avance. L'électricité agit plus énergiquement que l'aimant; elle développe plus de chaleur dans les parties, et elle peut dans quelques circonstances être nuisible, ce qui a surtout lieu lorsque la maladie est générale; quand le rhumatisme frappe toutes les articulations on est obligé de cesser l'application de l'électricité parce que les symptômes s'aggravent.

L'auteur n'a pas remarqué qu'il obtînt plus d'effet en employant l'aimant de l'une ou de l'autre façon. Le plus souvent il mettait les deux pôles de l'aimant sur la partie et descendait doucement le long du membre. Dans un cas, ayant placé la partie malade dans la direction du méridien magnétique, il frictionna avec le pôle nord, le membre étant dirigé vers le sud et *vice versâ*, mais il ne trouva pas que l'action fût plus énergique.

M. Verrhaeghe termine en rapportant l'histoire d'une jeune fille affectée de chorée et qui en fut délivrée en 40 séances chacune de 10 à 15 minutes de durée, et dans l'espace de 50 jours.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 28 NOVEMBRE.

MM. Amussat et Jobert de Lamballe se mettent sur les rangs pour la place vacante dans la section de médecine et de chirurgie, par suite du décès du baron Larrey.

MATIÈRES AZOTÉES NEUTRES DE L'ORGANISATION.

M. DUMAS lit, en son oom et celui de M. Cahours, un mémoire sur ce sujet.

Depuis longtemps les chimistes ont signalé, dans les animaux, trois matières azotées neutres remarquables, soit par un grand nombre de propriétés communes, soit par leur abondance dans les solides ou les liquides de l'économie, soit enfin par leur présence dans tous nos alimens essentiels: ces matières sont l'albumine, la fibrine et la caséine. L'albumine, qui fait partie du blanc d'œuf; la fibrine, qui forme la portion coagulable du sang; la caséine, qui constitue la partie animale du lait. Dans un essai de physiologie chimique soumis il y a dix-huit mois au jugement du public, M. Boussingault et moi nous avons posé en principes que l'albumine, la caséine et la fibrine existeat dans les plantes; que ces matières passent toutes formées dans le corps des herbivores, d'où elles sont transportées dans celui des carnivores; que les plantes seules ont le privilége de fabriquer ces trois produits dont les animaux s'emparent, soit pour les assimiler, soit pour les détruire, selon les besoins de leur existence. Nous avions étendu ces principes à la formation des matières grasses, qui, selon nous, prennent complétement naissance dans les plantes, et qui viennent jouer, dans les animaux, le rôle de combustible, ou même quelquefois un rôle transitoire. Nous avions enfin reconnu la nécessité de grouper ensemble tous les corps de la chimie organique qui jouissent de la propriété de passer à l'état d'acide lactique par la fermentation, qui, comme le sucre et les fécules, entrent pour une part importante dans l'alimentation de l'homme et des animaux, et ne sont produits réellement que dans les plantes, par les forces de la végétation.

C'est l'ensemble de ces vues et de leurs conséquences qua nous avons résumé dans le tableau suivant :

LE VÉGÉTAL.	L'ANIMAL.
Produit des matières azotées neutres.	Consomme des matières azotées neutres.
— des matières grasses.	— des matières grasses.
— des sucres, fécules, gommes.	— des sucres, fécules, gommes.
Décompose l'acide carbonique.	Produit de l'acide carbonique.
— l'eau.	— de l'eau.
— les sels ammoniacaux.	— des sels ammoniacaux.
Dégage de l'oxigène.	— de l'oxigène.
Absorbe de la chaleur.	Produit de la chaleur.
Absorbe de l'électricité.	Produit de l'électricité.
Est un appareil de réduction.	Est un appareil d'oxidation.
Est immobile.	Est locomoteur.

Un oiseau granivore trouve dans le blé tous les élémens de sa nourriture. Un chien trouve dans le pain les matières que son organisation exige pour vivre et

se développer. Une jument qui allaite peut non seulement trouver dans l'orge et l'avoine tes matériaux nécessaires à sa propre existence, mais aussi la substance au moyen de laquelle se forme la caséine qui se trouve dans son lait. Les céréales doivent donc, indépendamment des matières amylacées ou sucrées qu'elles contiennent, offrir à l'organisation animale les moyens de se procurer les substances azotées neutres que tout animal renferme, et que nous lui refusons le pouvoir de créer. C'est en effet ce que démontre l'analyse chimique.

Dans les cas où l'amidon, la dextrine et le sucre disparaissent de l'aliment, ils sont remplacés par des matières grasses, comme cela se voit dans l'alimentation des carnivores. Nous voyons enfin que l'association des matières azotées neutres, avec les matières grasses et les matières sucrées ou féculentes, constitue la presque totalité des alimens des animaux herbivores.

Ne ressort-il pas de là ces deux principes fondamentaux de l'alimentation, savoir :

1° Que les matières azotées neutres de l'organisation sont un élément indispensable de l'alimentation des animaux.

2° Qu'au contraire, les animaux peuvent, jusqu'à un certain point, se passer de matières grasses ; qu'ils peuvent se passer absolument de matières féculentes ou sucrés ; mais à la condition que les graisses seront remplacées par des quantités proportionnelles de fécules ou des sucres, et réciproquement. Mais la privation des matières grasses ne compromet pas pour un temps la vie de l'animal, elle exerce néanmoins un effet qui mérite une attention toute particulière. L'obligation où sont tous les animaux de faire entrer dans leur régime les matières azotées neutres qui existent dans leur propre organisation, démontre presque déjà qu'ils sont incapables de créer ces sortes de matières. Mais, pour mettre ce résultat en évidence, il suffit de suivre ces matières azotées neutres introduites dans l'estomac, et de voir quelle est leur destination finale. Or, it est assez facile de prouver qu'elles se trouvent représentées essentiellement par l'urée qui, chez l'homme et chez les herbivores, constitue le produit principal de l'urine et par l'acide urique, qui, chez les oiseaux et tes reptiles, joue le même rôle que l urée. Abstraction faite des excrémens, l'homme adulte absorbe chaque jour une quantité de matières azotées neutres capables de représenter 15 à 16 grammes d'azote, quantité qui se retrouve en entier dans les 30 à 32 grammes d'urée que renferme l'urine qu'il rend dans les vingt-quatre heures. N'est-il pas tout simple d'en conclure que la matière azotée neutre de nos alimens sert à produire cette urée, et que toute l'industrie de l'organisme animal se borne, soit à s'assimiler cette matière azotée neutre, quand il en a besoin, soit à la convertir en urée? Cette opinion devient presque l'évidence, si on ajoute que l'étude des phénomènes de la respiration nous demontre que les matières grasses disparaissent de l'organisme animal par l'effet d'une véritable combustion, que les matières amylacées ou sucrées sont également brûlées dans l'accomplissement du phénomène de la vie ; enfin, que la différence qui existe entre l'urée et la matière animale neutre d'où elle provient se représente exactement par un phénomène de combustion.

Les matières albuminoïdes essentielles, c'est-à-dire l'albumine, la caséine, la fibrine et la légumine constituent l'élément azoté prédominant de la nourriture de l homme et des animaux. Peut-être sont-ce les seules qui jouissent à la fois de la propriété de se brûler dans te sang pour se convertir en urée et de se fixer dans nos tissus par les procédés de l'assimilation, après avoir subi tes modifications convenables dans leurs propriétés. Du moins est-il vrai que jusqu'ici il peut paraître douteux que la gélatine jouisse de cette propriété. Il résulte de là que si dans un aliment quelconque dépourvu de gélatine on parvient à définir la dose exacte d'albumine, de caséine, de fibrine et même de légumine, on aura reconnu, précisé le pouvoir de cet aliment comme capable de satisfaire aux besoins de l'assimilation. C'est en mangeant et digérant de telles matières que nous formons nos muscles et nos tissus, et que nous les préservons des altérations qu'ils subiraient de la part d'un sang trop appauvri en albumine ou en fibrine. It est même tellement évident qu'il en est ainsi, qu'on ne pourrait pas citer un seul aliment adopté par l'homme ou les animaux supérieurs et où ne figure, comme matière azotée abondante, l'une des quatre substances signalées plus haut, c'est-à-dire ta caséine, l'albumine, la fibrine ou la légumine. D'où it suit clairement que la quantité d'azote que renferment nos alimens donne leur équivalent sous le rapport de l'assimilation, la matière azotée étant ta matière essentiellement assimilable, celle qui constitue la trame de l'organisation tout entière. Sachant par expérience qu'un homme, par exemple, doit manger à l'état adulte environ 100 à 120 grammes de matière albuminoïde sèche représentant 16 à 20 grammes d'azote, on peut dresser un tableau des équivalens nutritifs envisagés sous le rapport de l'assimilation. Dans la nourriture de l'homme considérée à la ration d'entretien, il entre, terme moyen, 400 ou 500 gr. de matière azotée fraîche, représentant 100 ou 125 gr. de la même matière sèche qui contient par conséquent de 16 à 21 gr. d'azote. Comme cet azote se retrouve presque en entier dans les veines, sous forme d'urée, il reste à se demander ce que c'est que l'urée et en quoi elle diffère de la matière azotée neutre d'où elle provient. Or, les belles observations de M. Vohler nous ont appris que l'urée peut se produire par une modification du cyanate d'amoniaque formé lui-même d'un oxide de cyanogène et d'un oxide d'ammonium. Ainsi, il sort de l'animal quatre oxides, l'acide carbonique, l'acide cyanique, l'oxide d'ammonium. Ces deux derniers combinés et modifiés produisent l'urée. C'est donc du moins, nous l'admettons ainsi, par une véritable combustion que la matière azotée s'est convertie en urée. A l'aide d'une formule qui n'a d'autre objet que de permettre de calculer la quantité de chaleur dégagée pendant cette conversion, on voit que la matière azotée, convertie chaque jour en urée par l'homme offre environ 50 gr. de carbone et 6 gr. d'azote comme combustible à sa respiration. Mais ces matières ne peuvent developper que 57500 unités de chaleur.

50 gr. carbone	+	7300	=	365000
6 gr. hydrogène	+	35000	=	210000
				575000

Or la quantité d'acide carbonique qu'il fournit et d'après la quantité d'oxigène qu'il consomme, chaque homme doit produire par jour 2500000 ou 3000000 de calories. It faut donc qu'il emprunte à d'autres alimens environ 200 grammes de carbone et 10 gr. d'hydrogène qui complètent la proportion de chaleur dont il a besoin. Et ce besoin est si pressant qu'au bout de trois heures de suspension de l'action de l'appareil calorificateur, la mort par le froid serait inévitable ; car à chaque fois qu'un homme perd 50000 calories, sa température baisse d'un degré et s'il avait perdu 300000 calories en trois heures, puisqu'il en fait 100000 par heure, sa température propre se serait abaissée à 30° auquel cas la mort serait certaine. Il faut donc que le corps tout entier, tous les vaisseaux, tous les tissus que le sang pénètre, que ce vaste appareil de combustion agisse sans cesse et brûle sans relâche les matières organiques à sa disposition.

Or si l'on réfléchit que te sang constitue une dissolution des matériaux solides de l'économie saturée pour les circonstances où elle se trouve placée, on comprendra comment il est si important que la digestion restitue sans cesse au sang les matériaux qui la composent, afin que ces matériaux que la vie consommé sans cesse en les brûlant ne soient pas repris par le sang appauvri, à nos organes qui en sont formés ou qui le renferment. Et pour appliquer ces principes aux matières azotées dont nous nous sommes occupés aujourd'hui, nous dirons que s'il est indispensable que l'alimentation de l homme lui fournisse chaque jour 100 ou 120 gr. de matières azotées sèches, c'est que rien ne peut empêcher le sang d'un adulte de perdre chaque jour 100 ou 120 gr. de ces matières par la respiration et par la combustion qui en est la conséquence. Par cela seul que le sang contient de l'albumine, il en brûle, et il faut la lui rendre si on ne veut pas qu'il attaque les sources de la vie en reprenant cette albumine dans nos tissus les plus indispensables à son exercice.

L'Académie verra bientôt, dit M. Dumas en terminant, à quelles recherches nous nous sommes livrés pour établir la balance exacte entre les matières albumineuses grasses ou sucres consommés et les proportions de chaleur produites par leur combustion dans le corps de l'homme ou des animaux ; elle verra aussi, et nous l'espérons, avec quelque intérêt, à quelles expériences nous nous sommes livrés pour établir, sur des bases certaines, les règles à suivre dans le calcul du soldat, de l'ouvrier ou du prisonnier, comme aussi les règles qui doivent diriger les administrateurs dans les établissemens consacrés à la bienfaisance publique.

STRUCTURE INTIME DES DENTS.

M. Duvernoy adresse à l'Académie quelques réflexions sur la structure intime de l'ivoire ou de la substance dentaire principale qui pourront servir, dit-il, de supplément à la partie historique des mémoires qu'il a lus dans les séances des 8 et 16 août et 5 septembre derniers sur les dents des mammifères et plus particulièrement des musaraignes. Il examine ensuite les recherches sur le même sujet qui ont été communiquées à l'Académie des sciences par MM. Nasmyth et Retzius.

M. Duvernoy a démontré que cette structure est évidemment tubulée ou vasculaire. D'après des observations multipliées faites sur toutes les dents de trois espèces de musaraignes et de deux autres insectivores, la taupe et la chauve-souris commune et plus particulièrement sur les incisives ou les molaires du campagnol, du rat d'eau, du lièvre et du cochon d'Inde. Parmi les rongeurs, il a décrit avec détail les embouchures des tubes dans la paroi qui renferme le noyau pulpeux ; leur marche flexueuse ou directe de ce point d'origine vers la surface de ta dent ; leurs divisions immédiates ou tardives, les anastomoses de celle-ci ; la diminution de leur diamètre à mesure des divisions des troncs principaux. Dans plusieurs cas, il a pu distinguer leurs parois propres, et il a admis l'existence de celles-ci avec J. Müller. Leur terminaison vers ta surface de la substance dentaire principale lui a paru souvent formée comme un réseau. Quelquefois un certain nombre de ces tubes paraissent pénétrer jusques dans l'émail, à travers la membrane qui revêt l'ivoire. Enfin, M. Duvernoy rappelle qu'il a étudié avec soin leur direction, parce que cette direction montre celle de l'impulsion nutritive que reçoivent les fluides qui viennent nourrir l'ivoire et le faire croître en densité.

Outre Leuwenhoeck, le premier auteur de la découverte de la structure tubulée de la substance principale des dents, MM. Purkinje et Frœnkel, J. Müller, Retzius, Dujardin, Joh Somes, Richard Owen, Erd et Mgi, nous avons constaté, dit M. Duvernoy, cette structure dans un assez grand nombre d'animaux vertébrés avec des circonstances plus ou moins détaillées qui démontrent, qu'il n'y a pas eu d'illusion dans ce résultat général.

Quant à la seconde proposition du dernier mémoire de M. Nasmyth sur l'accroissement et l'ossification de l'ivoire, après avoir admis, comme M. Duvernoy, qu'aucun vaisseau sanguin ne pénètre cette substance, il explique ces deux actes fonctionnels par l'exosmose d'un fluide apporté par les vaisseaux sanguins qui se trouvent en contact immédiat avec les parois des cellules. L'ivoire n'est donc pour cet anatomiste qu'une portion de la pulpe ossifiée. Afin de juger ce que cette seconde proposition renferme de nouveau pour la science, je vais résumer, continue M. Duvernoy, sous te point de vue historique, les deux théories sur l'accroissement et le durcissement des dents et plus particulièrement de la substance dentaire principale ou de l'ivoire qui partagent les physiologistes. L'une veut que la substance dentaire principale soit transsudée à ta surface du bulbe par couches successives et se juxta-posant les unes dans les autres. L'autre admet que c'est le bulbe lui-même qui se durcit par intussusception et se transforme ainsi en cette substance dentaire principale. Hunter et Cuvier et tous les anatomistes ou physiologistes qui ont écrit sur les dents jusqu'à 1839 ont soutenu et adopté la première théorie, même MM. Purkinje et Frœnkel, Retzius et J. Müller. Malgré leur découverte ou leur connaissance approfondie de la structure tubulée ou vasculaire de l'ivoire, ce dernier ne reconnaît d'exception à l'accroissement des dents par juxta-position que dans les dents de quelques poissons.

Ce sont précisément les dents des poissons sélaciens dont l'étude a conduit M. R. Owen à la théorie du durcissement du bulbe par intussusception au moyen

de tubes dont il se compose et à la proposition que ce bulbe se transforme ainsi tout entier en substance dentaire principale. Cette théorie positive a été exposée à l'Académie des sciences en décembre 1839 et en janvier 1840. Mais l'opinion que les dents croissent par intussusception, que ce ne sont pas des corps inertes et sans vie, remonte au moins à Leuwenhoeck. Il avait observé dans le bulbe une multitude de vaisseaux sanguins ou autres, au moyen de quoi, disait-il, chaque tubule de la dent se développe non seulement, mais encore se nourrit. Il avait même l'opinion, sans doute erronée, mais qui montre sa théorie, que les tubules de la dent communiquent à sa surface avec les vaisseaux sanguins des gencives.

La plupart des praticiens qui ont observé la marche des maladies des dents ne pouvaient comprendre, dans un mouvement intérieur des fluides, les altérations de la substance dentaire principale. Déjà, en 1798, R. Macke, dans sa dissertation inaugurale, conclut de ses observations d'exostoses et autres que la dent se nourrit et éprouve des changemens intérieurs de composition moléculaire par des vaisseaux absorbans comme toutes les autres parties du corps. Ce mouvement moléculaire est rendu évident par les expériences de M. Flourens sur la coloration et la décoloration de zônes dentaires de l'ivoire, à la suite d'une alimentation mêlée de garance ou sans mélange de cette substance colorante. A peu près à la même époque que M. Owen; M. Nasmyth trouvait une conformité organique dans le bulbe de la substance dentaire principale qui devait le conduire à une théorie semblable. Du moins dans sa première communication à l'Académie des sciences en 1840 et dans les publications de l'année précédente, il admet que l'ivoire a la même structure vésiculeuse ou celluleuse que la pulpe dentaire.

Mais je n'ai pas vu positivement, ajoute M. Duvernoy, dans les publications qu'il en tirât la conclusion, bien naturelle sans doute que l'ivoire n'est conséquemment que la pulpe durcie, que la pulpe tranformée en dents.

GALVANISME.

M. A. Thierry écrit à l'Académie, à l'occasion des expériences de M. Matteucci, que, pendant que M. Royer-Collard faisait sa thèse pour obtenir le grade de docteur, en 1828, ils ont fait ensemble plusieurs expériences physiologiques, et M. Thierry ajoute que c'est M. Royer-Collard qui eut l'idée de l'expérience suivante, qu'il exécuta : nous avons mis en contact les nerfs d'un animal avec ceux d'un autre, et nous avons cru que, sous l'influence de ce contact, des phénomènes de contraction avaient lieu; j'ai refait cette expérience sur des grenouilles, après les avoir faites sur des lapins, et j'ai cru m'apercevoir que le phénomène de contraction dépendait de l'influence des instrumens ordinaires, la pince et le scalpel.

Depuis j'ai fait plusieurs expériences sur les conducteurs nerveux; j'ai mis en contact les nerfs pneumogastriques divisés en les entrecroisant et leur faisant former, en les dédoublant, des anastomoses accidentelles. J'ai obtenu que les animaux vécussent après ces opérations beaucoup plus longtemps qu'en coupant les nerfs pneumogastriques de chaque côté et en les privant de communication. Enfin j'ai démontré, il y a trois ans, et j'ai lu à l'Académie de médecine une note qui prouve que la plupart des expérimentateurs qui avaient divisé le pneumo gastrique n'avaient point tenu compte d'une des particularités anatomiques, qui font que chez les chiens et les moutons, animaux sur lesquels on a expérimenté le plus souvent, on a divisé en même temps le nerf pneumogastrique et le filet de communication du grand sympatique, croyant n'agir que sur le pneumogastrique et *vice versâ;* les cordons de communication du grand-sympathique n'étant pas divisés, il en est résulté des phénomènes différens.

M. Leroy-d'Etiolles écrit que, dans l'expérience faite avec le galvanomètre, les choses ont eu lieu jusqu'ici comme l'annonce M. Matteucci; mais il n'en est plus de même lorsque l'on remplace le galvanomètre par la cuisse de grenouille preparée, en isolant le nerf sciatique; non seulement on voit que les mouvemens ont lieu sans que l'on touche l'intérieur ou la section du muscle, et la surface externe, avec deux parties du nerf, formant un arc, mais encore on observe que les contractions sont plus fortes lorsque les fibres divisées, supérieure et inférieure, sont touchées par deux portions de la longueur du nerf sciatique; elles sont plus fortes encore lorsque le nerf touche simultanément un muscle profond et un muscle superficiel. La théorie de la contraction musculaire, proposée (avec doute et réserve) par M. Matteucci, théorie basée sur le rapprochement et les efforts de rapprochement entre les fibres internes des muscles, est donc dénuée de fondement.

En répétant ces expériences, M. Leroy-d'Etiolles a observé les phénomènes suivans : 1° Tous les points des muscles divisés ne sont pas aptes à produire des contractions dans la patte de grenouille, préparée par l'isolement du nerf sciatique. 2° Si l'on examine à la loupe les points dont le contact détermine des contractions, on voit dans l'une d'elles des filets nerveux, en sorte que là l'électricité est développée par un appareil électro-moteur ordinaire, formé de tissu musculaire et de tissu nerveux. C'est ordinairement lorsque la portion la plus saillante du muscle est touchée par le milieu du nerf isolé que les contractions sont plus énergiques. 3° Une ligature serrée n'empêche pas un nerf de servir de conducteur à l'électricité développée par le contact de deux muscles. Par exemple, on prépare une cuisse de grenouille, que l'on coupe vers son tiers inférieur, laissant pendre le nerf sciatique; une ligature est placée sur la partie moyenne, de la longueur du nerf; les muscles du moignon sont mis en contact avec les muscles de la cuisse d'une autre grenouille; ce contact ne produit pas de contractions dans la cuisse préparée; mais si l'on touche avec le bout du nerf le fond d'une plaie faite au muscle, au même instant il y a contraction de la cuisse préparée. Le phénomène se produit moins bien lorsque l'on touche les fibres divisées d'un muscle avec le nerf établissant le contact par deux points au-dessus et au-dessous de la ligature, ce qui peut tenir soit à la faiblesse du courant, soit à ce que les points du muscle qui sont aptes à produire des contractions n'ont pas été touchés. 4° M. Leroy-d'Etiolles a vu les contractions se produire tantôt au moment du contact du nerf conducteur, tantôt au moment de la séparation, ou, en d'autres termes, de la rupture de la chaîne; ce qui indique des courans différens dans le muscle. M. Leroy croit avoir vu plus souvent la contraction au contact dans les muscles fléchisseurs; plus souvent à la séparation, dans les muscles extenseurs, d'où semblerait résulter une prédominance d'un courant centrifuge dans les premiers, centripède dans les seconds.

M. Leroy-d'Etiolles termine en disant que ses expériences lui paraissent ajouter à la continuation de la similitude entre les phénomènes produits par l'électromoteur formé de parties organiques vivantes et ceux de la pile voltaïque, sauf toutefois l'inconstance et l'irrégularité de leur manifestation.

FIÈVRES INTERMITTENTES.

M. Piorry écrit qu'il adressera prochainement à l'Académie un mémoire, dont voici les conclusions :

1° Dans les fièvres intermittentes, la rate est constamment volumineuse ou douloureuse, ou altérée dans sa structure.

2° Le sulfate de quinine en quelques jours, en quelques heures, souvent en quelques minutes, produit une diminution dans le volume de la rate et prévient le retour de la fièvre intermittente, qui, dans ces cas, en est la conséquence.

3° Au moyen de la plessimétrie, on découvre que la rate est volumineuse ou qu'elle est le siége même de la douleur, et cela dans un grand nombre de cas, ou par d'autres procédés; on ne pourrait s'en assurer.

MOYENS HÉMOSTATIQUES.

M. Bonnafont, chirurgien major, adresse à l'Académie un mémoire sur quelques expériences qu'il a faites en Afrique avec l'eau hémostatique de M. Bronchieri. Il conclut que cette eau est assez puissante contre les hémorragies des animaux, mais qu'elle échoue complètement sur l'homme. Il cite plusieurs faits à l'appui de ses conclusions.

INTRODUCTION DE L'AIR DANS LES VEINES.

M. Mercier adresse une lettre dans laquelle il développe la théorie qu'il a fait connaître dans la Gazette médicale du 5 août 1837. Il pense que la mort a lieu par l'introduction de l'air dans les veines, comme dans les syncopes longtemps prolongées, c'est-à-dire parce que le cerveau ne reçoit plus le sang nécessaire à l'exercice de ses fonctions, le cours de ce liquide se trouvant interrompu dans les capillaires pulmonaires : 1° parce que l'air, arrivé dans l'oreillette et le ventricule droits, et dans l'artère pulmonaire, empêche par son élasticité que le cœur imprime au sang une impulsion aussi efficace que lorsqu'il agit sur un liquide incompressible; 2° parce que cet air, par son reflux de l'oreillette dans les veines voisines et du ventricule dans l'oreillette, sous l'influence des contractions du cœur, interrompt presque entièrement le cercle de la circulation; 3° enfin, parce que le mélange d'un gaz avec un liquide rend très difficile le passage de ce liquide à travers les tubes très fins, comme le sont les capillaires du poumon.

Une conséquence de ma théorie, ajoute M. Mercier, c'est qu'on ne doit pas désespérer trop vite; il n'est pas rare de voir la vie se ranimer après une syncope même très longue, aussitôt que le sang a repris son cours. Or, si la suspension des fonctions du cerveau tient à une privation du sang, il est évident que la mort sera d'autant plus prompte que la privation sera plus complète, et que, pour envoyer au cerveau la plus grande quantité possible de sang, nous n'avons qu'un seul moyen dans les cas d'introduction de l'air dans les veines, c'est *de comprimer l'aorte abdominale et les artères axillaires.* A l'appui de cette idée, M. Mercier rappelle une expérience qu'il a pratiquée sur une chienne. (Voir Gaz. Méd. du 14 avril 1838.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Nota. Nous renvoyons au prochain numéro le compte-rendu des deux séances extraordinaires qui ont été consacrées à la discussion sur la ténotomie.

SÉANCE DU 29 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. FOUQUIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

M. Bouchardat écrit pour se porter candidat à la place vacante dans la section de physique et de chimie.

ALIÉNATION MENTALE.

M. Baillarger adresse à l'Académie un Mémoire sur la stupidité. En voici les conclusions :

1° Les aliénés qu'on a désigné sous le nom de stupides n'ont que les apparences de la stupidité. Il y a chez ces malades un délire tout intérieur dont ils peuvent rendre compte après leur guérison.

2° Ce délire paraît être de nature exclusivement triste. Il est souvent accompagné d'idées de suicide.

3° L'état des aliénés stupides est principalement caractérisé par des illusions nombreuses qui jettent les malades dans un monde imaginaire.

4° La stupidité ne paraît être que le plus haut degré d'une variété de la mélancolie.

5° L'état intellectuel des aliénés stupides offre beaucoup d'analogie avec les rêves.

VERS INTESTINAUX.

M. Duméril lit un rapport sur une note du docteur Romanoski relative à un ver d'une espèce particulière qu'un enfant de 9 ans paraît avoir rendu par l'anus, à la suite de l'administration d'une petite quantité de calomel. Ce ver, qu'on trouve décrit dans les ouvrages de plusieurs helmintologistes, est assez rare chez l'homme. Il est possible, dit M. Duméril, que celui qui a été remis à M. Romanoski fût placé dans l'oreille de l'enfant, car il se trouve le plus ordinairement dans cet organe, où je l'ai observé assez souvent sur les animaux. Au reste, cet enfant, qu'on croyait affecté d'une fièvre typhoïde, éprouvait un prurit très fort des narines et des douleurs dans les oreilles qui ont cessé aussitôt après la sortie du ver.

M. Duméril conclut à ce que des remercimens soient adressés à M. Romanoski pour sa communication.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

FIÈVRE JAUNE.

M. Chervin répond à une lettre que M. Bertulus, chirurgien de la marine au port de Toulon, adressa à l'Académie il y a environ deux mois, et qui fut le sujet d'un grand scandale. Il fait d'abord remarquer qu'il a été attaqué par M. Bertulus comme rapporteur d'une commission, et que dès-lors il se doit à lui-même, et il doit surtout à l'Académie, qui l'a honoré de sa confiance, de prouver que les allégations de l'ex-chirurgien de la *Caravane* sont de pures fictions.

M. Chervin établit d'abord qu'il n'a prêté à M. Bertulus ni opinion, ni intention quelconque, qu'il a cité, à la vérité, cinq fois les écrits de ce chirurgien, ce qui forme en tout quarante-trois lignes d'impression dans le Bulletin, mais que ces courts passages rendent intégralement la pensée de l'auteur. Trois de ces citations ont d'ailleurs pour but d'appuyer les opinions de M. Rufz. Les deux autres renferment chacune une erreur grave qu'il était du devoir de M. Chervin de réfuter.

Le chirurgien de la *Caravane* prétend, par exemple, que le tremblement de terre qui eut lieu à la Martinique le 11 janvier 1839 exerça une immense influence sur la fièvre jaune qui régnait alors dans cette colonie. Il soutient que le sol fut ouvert et crevassé de toutes parts, et que des milliers de fentes laissèrent échapper des exhalaisons pestilentielles des plus meurtrières, qui frappèrent même les créoles. L'honorable académicien qualifie ce récit de pure fiction, en s'appuyant du témoignage des docteurs Rufz et Catel, qui étaient sur les lieux lors de l'événement, et sur ce que l'épidémie était à son maximum dans la garnison de St-Pierre deux mois avant le tremblement de terre.

M. Chervin prouve ensuite, par des citations, que M. Bertulus a dénaturé le texte formel de M. Rufz, dans le but de le rendre favorable à ses doctrines, et il entre sur ce point dans des détails très circonstanciés qui établissent l'exactitude de ce qu'il avance.

Il fait voir après cela qu'il ne s'est point abstenu d'arrêter l'attention de l'Académie sur les faits capitaux de l'épidémie de la Martinique, comme M. Bertulus n'a pas craint de l'affirmer, et il prouve ce qu'il avance par le Bulletin de l'Académie, qui donne à l'ancien chirurgien de la *Caravane* les démentis les plus formels. Ce recueil renferme les preuves matérielles que M. Chervin n'a point négligé d'appeler l'attention de ses collègues sur les foyers d'infection, sur les musiciens du 2e régiment, et enfin sur les précautions sanitaires qui furent prises à la Martinique, en 1838, et même à des époques antérieures. Les rapports qu'il a faits à l'Académie sur les mémoires de M. Catel et de M. Rufz renferment des détails plus ou moins étendus sur ces différens points.

Dans le but de prouver qu'il ne s'établit pas des foyers miasmatiques partout où se trouvent des malades de la fièvre jaune, comme l'assure son adversaire toulonnais, M. Chervin fait remarquer que, dans tous les hôpitaux des Antilles et de la Guyane, on ne sépare point les individus atteints de la fièvre jaune des autres malades; qu'ils sont partout placés pêle-mêle, sans aucune distinction, et que pourtant à la Havane les phthisiques sont mis dans des salles à part, parce qu'on y redoute la contagion de la phthisie, tandis qu'on ne craint nullement celle de la fièvre jaune. Il rappelle qu'il a d'ailleurs prouvé précédemment devant l'Académie, par des faits nombreux positifs, qu'une accumulation de malades de la fièvre jaune dans un même local ne crée point un foyer de contagion, et que les hardes des malades sont de la plus parfaite innocuité.

Quant à la prétendue transmission de la fièvre jaune dans la ville du Fort-Royal par des musiciens qui s'y rendirent de St Pierre, M. Chervin prouve qu'elle est absolument sans réalité; il se fonde sur les témoignages formels de MM. les docteurs Luzeau, Catel et Rufz, et sur ce que cette maladie ne se montra épidémiquement au Fort-Royal que trois mois après. Il fait remarquer, à cette occasion, que l'importation et la transmission d'une maladie sont deux choses fort différentes, et il cite comme exemple les fièvres d'origine paludéenne qui chaque année sont importées des milliers de fois et ne se transmettent point. Il en est de même de la fièvre jaune, qui est due au même principe générateur, mais dans un plus grand état de concentration.

M. Chervin réfute ensuite victorieusement les assertions de M. Bertulus touchant les quarantaines, et il fait voir que ni les médecins civils de la Martinique ni les officiers de santé en chef de cette colonie, ne regardent le maintien de ces mesures comme indispensables. Il rappelle quelle était l'opinion des hommes de l'art, à la Martinique, à diverses époques, en 1818, 1819, 1822, 1834, 1836 et actuellement, il invoque le témoignage de MM. Forgel, Delaporte, Souty et Pouvreau sur ce point, et il établit que l'immense majorité des officiers de santé de la marine sont non-contagionistes et opposés, par conséquent, aux mesures sanitaires. M. Bertulus soutient, au contraire, que *tous* ses collègues de la marine royale regardent les quarantaines contre les provenances des Antilles comme indispensables.

M. Bertulus prétend avoir signalé à l'attention de l'Académie les faits dont il s'agit bien avant M. Rufz, tandis que ce médecin a précisément quatorze mois d'antériorité sur le chirurgien de la *Caravane*. Ce dernier soutient également qu'il existe entre lui et M. Rufz *un accord parfait*, ce qui est pour lui une preuve certaine de la solidité de ses doctrines; mais il est encore ici dans l'erreur; ses opinions diffèrent de celles du médecin de la Martinique sur tous les points capitaux, origine, mode de propagation, prophylaxie, etc., ainsi que M. Chervin le fait ressortir en mettant en parallèle les opinions de ces deux médecins.

M. Bertulus s'applaudit encore hautement de ce que M. Chervin n'a en sa faveur que M. Souty et que tous les autres officiers de santé de la marine ont gardé le silence dans le cours de la discussion qu'il soutint contre ce membre de l'Académie; mais M. Chervin fait remarquer avec beaucoup de raison que si les médecins de la marine royale étaient tous d'aussi chauds partisans des mesures sanitaires que l'assure M. Bertulus, ils n'auraient pas manqué de venir à son secours, de prendre sa défense et de l'aider à sortir d'une position qu'il avoue lui-même être intolérable. Eh bien! il n'y a pas un seul de ses collègues, de ses camarades, de ses amis qui ait élevé la voix en sa faveur; ils l'ont tous abandonné dans son malheureux isolement.

A quatre heures et demie, l'Académie devant se former en comité secret, M. Chervin interrompt sa lecture; il la terminera dans la prochaine séance.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

MÉMOIRE SUR LA PÉRITONITE AIGUE ESSENTIELLE CHEZ LES JEUNES FILLES; par le docteur DUPARQUE.

La péritonite est une des affections que l'on observe le plus rarement sous forme primitive ou essentielle; cependant quelques ultra organiciens ont pu seuls affirmer qu'elle n'était jamais spontanée et qu'elle dépendait toujours de quelqu'autre lésion appréciable. C'est contre cette opinion erronée que s'élève l'auteur de ce mémoire, tout en reconnaissant que le peu de fréquence de cette maladie, surtout dans le jeune âge, est probablement l'une des causes qui on le plus favorisé cette erreur. En outre, il resulterait des faits recueillis par M. Duparque et des considérations dont il accompagne son récit que chez les enfans spécialement, les symptômes locaux seraient souvent effacés par les phénomènes sympathiques, ce qui contribuerait à égarer le diagnostic, en dirigeant plus spécialement l'attention des médecins vers l'hypothèse d'une affection cérébrale ou gastro-intestinale. La troisième cause à laquelle l'auteur attribue la rareté de ces cas nous semble avoir moins de valeur que les deux précédentes; c'est que ces maladies, s'observant presqu'exclusivement chez les enfans de la classe aisée, on n'aurait, pas toujours, comme dans les hôpitaux, la ressource des autopsies pour redresser ou confirmer le diagnostic; quoi qu'il en soit l'auteur rapporte cinq cas de ce genre et qu'il dit n'avoir choisis parmi un bien plus grand nombre que parce qu'il avait pu les noter exactement et que dans trois l'autopsie avait été faite. Ces cinq observations en effet, qui sont rapportées avec tous les détails nécessaires, ne peuvent laisser de doutes sur l'exactitude du diagnostic et du fait signalé par M. Duparque, de la fréquence plus grande qu'on ne le pensait de la péritonite idiopathique chez les enfans et surtout chez les enfans des classes aisées. Il était donc intéressant de chercher la cause de ces deux faits, et c'est ce qu'a aussi tenté l'auteur, mais sans beaucoup de succès, dans les considérations générales qu'il a placées à la suite des observations.

Le mode d'invasion ressemble à celui de la plupart des phlegmasies et s'annonce par la perte de l'appétit, des frissons vagues, des douleurs abdominales, des vomissemens; ensuite la maladie marche rapidement vers le plus haut dégré de développement et diffère peu de ce qu'on observe dans la péritonite des adultes. Le traitement n'a rien offert égalcment de spécial.

Si des faits analogues sont recueillis par d'autres praticiens, on devra à l'avenir joindre aux formes déjà nombreuses de la péritonite celle des jeunes filles dont M. Duparque vient de présenter les principaux caractères.

— Un hospice général d'aliénés vient d'être fondé à Dijon, sur un plan véritablement grandiose et d'une admirable architecture, à la place occupée par l'ancienne Chartreuse. On y recevra, outre les malades du département, ceux des départemens voisins. Un médecin en chef directeur résidera dans l'établissement, qui peut admettre plus de 400 malades, et auxquels sont annexés 11 hectares de terrain, dont la culture, confiée aux malades dont la situation ne s'y opposera pas, deviendra un des plus puissans moyens de guérison, ce que démontrent jusqu'à l'évidence les succès obtenus à Paris depuis plusieurs années, par des procédés analogues, à Bicêtre et à la Salpêtrière.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 50. (TOME X. — 1842.) SAMEDI 10 DÉCEMBRE 1842.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des Hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis ; chaque numéro est composé de 16 pages in-4° 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois ; pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

HYGIÈNE PHILOSOPHIQUE.

EXTRAIT D'UN MÉMOIRE INTITULÉ : ORGANOPLASTIE HYGIÉNIQUE, OU ESSAI D'HYGIÈNE COMPARÉE, SUR LES MOYENS DE MODIFIER ARTIFICIELLEMENT LES FORMES VIVANTES PAR LE RÉGIME ; lu à l'Académie de médecine, dans la séance annuelle du 6 décembre, par M. Royer-Collard.

L'hygiène est cette partie de la médecine qui nous apprend à régler la vie de l'homme, de manière à assurer le libre exercice de toutes ses fonctions et le développement complet de toutes ses facultés. Elle ne se propose pas seulement de conserver la santé, de prévenir les maladies ; elle veut aussi améliorer, perfectionner les instrumens de la vie, extraire de ce fonds humain tout ce qu'il peut produire, amener sans danger l'organisme au plus grand déploiement de force dont il est capable. Ce double but de l'hygiène a été trop souvent perdu de vue par les médecins. De nombreuses et savantes observations leur ont enseigné l'art de maintenir l'ordre dans les fonctions vitales, ou de le rétablir par le régime lorsqu'il a été dérangé ; cet art lui-même, discuté, commenté par d'excellens esprits, a été l'objet d'une science, dont les préceptes sont devenus, pour le praticien, la plus précieuse de toutes les ressources. Cependant où en est aujourd'hui l'hygiène, considérée comme moyen d'amélioration et de perfectionnement ? quelles méthodes, quelles règles a-t-elle établies ? A part quelques bons ouvrages sur des matières spéciales, sur la gymnastique, par exemple, sur l'éducation physique et morale de l'enfance, il faut convenir que nous sommes encore bien peu avancés sous ce rapport. Comment se fait-il que cette branche importante de nos connaissances soit restée jusqu'à ce jour si négligée ? Je m'en suis toujours étonné ; et j'ai dû naturellement être conduit, par la suite même de mes études, à porter de ce côté mes réflexions et mes recherches. Je viens aujourd'hui présenter à l'Académie un court exposé des idées qu'elles m'ont suggérées. Puisque l'hygiène peut toujours, à l'aide du régime, modérer ou exciter l'action vitale, augmenter ou diminuer les forces, et diriger dans une certaine mesure toutes les opérations organiques, jusqu'à quel point un régime bien entendu et systématiquement combiné ne parviendrait-il pas aussi à modifier nos organes par la nutrition, à les former, en quelque sorte, tels que nous les voulons, à développer telle partie, diminuer ou annuler telle autre, à changer enfin artificiellement, sinon la constitution essentielle du corps, du moins ses formes les plus variables, et ce qu'on est convenu d'appeler son tempérament ?

Telle est la question que je me propose d'examiner.

A priori, une semblable prétention n'a rien qui répugne absolument à la raison. Le régime, en effet, comprend cinq choses principales : l'alimentation, les conditions atmosphériques, l'exercice, la génération, et les influences morales. Or, qui ne sait que toutes les parties solides et fluides se renouvellent sans cesse par l'alimentation, et que, par conséquent, la substance et la forme des tissus organiques dépendent de la nature des alimens dont on fait usage ? Qui ne sait que les conditions atmosphériques de chaleur ou de froid, d'humidité ou de sécheresse, de lumière,

Feuilleton.

LETTRE MÉDICALE.

Très cher et honoré confrère,

C'est toujours avec un sentiment particulier de satisfaction que nous prenons la plume pour vous écrire. Nous savons que nous parlons à un auditeur attentif, éclairé et sincère, qui entend à demi-mot, et qui, placé entre nous et le public, nous épargne une partie des frais de toilette qu'il faut faire et des dangers auxquels on s'expose quand on s'adresse directement aux grandes puissances. Il nous faut, pour ce que nous avons à dire aujourd'hui, le secours d'un truchement bienveillant. Veuillez donc nous servir encore cette fois d'intermédiaire.

L'événement qui, si nous ne nous trompons, excite le plus vivement en ce moment l'attention du public médical, est la discussion soulevée à l'Académie de médecine, non pas peut-être sur la ténotomie précisément, mais plutôt à l'occasion de la ténotomie. Vous avez lu les débats ; vous connaissez l'origine de la controverse, vous en avez suivi les phases ; et probablement vous avez déjà formé votre opinion tant sur les choses que sur les personnes. Mais beaucoup de gens ont encore besoin d'éclaircissemens, et personne n'est mieux en mesure que nous de leur en donner, vu l'étude toute particulière que nous avons faite de la chose.

Un premier fait à considérer, et non sans surprise sans doute, c'est que la proposition qui est en apparence l'objet capital du débat, ait, dans l'état de la science, éprouvé une contradiction si violente et si tenace. Cette proposition est que les tendons fléchisseurs des doigts peuvent, sur quelque point qu'on les divise, se réunir dans des conditions telles que le mouvement normal des articulations soit conservé. C'est là en effet toute la question, comme le dit M. Guérin dans la lettre qu'il a adressée à la Gazette des Hôpitaux. Or, nous le demandons, qu'y avait-il de si criant dans cette assertion pour qu'elle fût à *priori* déclarée monstrueuse, hérétique et mal sonnante ? Il nous semble, au contraire, que toutes les analogies devaient, avant l'expérience, faire croire à la possibilité du fait, et favoriser l'admission de la réalité du fait même, après l'expérience. Lorsqu'on a vu dans les innombrables sections tendineuses et musculaires, pratiquées dans ces derniers temps par les chirurgiens de tous les pays, la réunion s'effectuer régulièrement et les mouvemens persister, il n'y avait aucune raison de penser que les tendons des doigts devaient faire exception à cet égard, et en supposant qu'il y eût dans ce dernier cas, comme il y a en effet, par suite des dispositions anatomiques, des conditions défavorables, particulières, tout ce qu'on devait en conclure, c'était une difficulté relative dans la production des faits, mais non son absolue impossibilité. On alléguait, il est vrai, des expériences sur les animaux, et des observations sur l'homme, toutes négatives ; mais des résultats négatifs ne peuvent en aucun cas infirmer des résultats positifs. Ces résultats positifs, M. Guérin annonçait les avoir obtenus

d'électricité, déterminent tel ou tel état du sang et du système nerveux, d'où résultent tel ou tel mode de la nutrition? L'influence de l'exercice n'est pas moins incontestable : il favorise le mouvement nutritif, développe les muscles, et dérive sur l'appareil locomoteur la prédominance nerveuse. La génération modifie la race, comme les autres circonstances modifient l'individu; elle neutralise, par des alliances choisies, les tendances d'une organisation vicieuse, et réunit en quelques êtres ou disperse çà et là les dispositions héréditaires. Quant aux influences morales, leur nature est autre, sans doute, mais on ne saurait nier qu'elles n'agissent aussi, d'une manière évidente, sur l'état du sang et des organes. On conçoit donc parfaitement la possibilité d'obtenir des résultats plus ou moins prévus et calculés d'avance, au moyen d'un régime dans lequel seraient rigoureusement spécifiés le choix des matériaux nutritifs, et la direction des fonctions vitales.

Toutefois, ce ne sont là que des faits généraux, et ce n'est pas ainsi qu'on fait de la science. Sous peine de s'arrêter à des hypothèses, on doit conclure du particulier au général, et non pas du général au particulier. Essayons donc de recueillir et d'exposer méthodiquement les faits particuliers, qui nous permettent de mesurer l'influence du régime dans la détermination artificielle des formes vivantes. Ce sera la première partie de notre travail. Nous discuterons ensuite ces faits, et nous chercherons à les interpréter par la science. Nous verrons, en dernier lieu, quelles conséquences on en peut déduire.

L'anatomie et la physiologie n'ont fait de progrès sérieux depuis vingt ans que par l'étude comparative de l'homme et des autres espèces organisées. La pathologie commence à peine à entrer dans cette voie. L'hygiène est plus arriérée encore sur ce point qu'aucune autre partie de la médecine, et pourtant, plus qu'aucune autre, elle pourrait trouver dans une telle étude des enseignemens précieux et multipliés. La pratique agricole, l'élève des bestiaux, l'éducation des animaux domestiques, ont amassé, pendant des siècles, des trésors d'observations positives et d'expériences toutes faites. Le moindre fermier de nos campagnes possède des notions qui nous manquent, mélange bizarre de vérités et d'erreurs, produit brut d'un empirisme souvent grossier, mais quelquefois inspiré par le génie. Sachons puiser à cette source féconde; c'est le seul moyen de bien traiter la question que nous avons posée.

C'est principalement dans le règne végétal que se manifeste avec éclat le pouvoir de l'homme sur la nature. Là il commande en maître; il forme ou déforme à son gré la matière vivante, accomplissant partout la mission qu'il a reçue de compléter sur la terre l'œuvre inachevée de la création divine. Voyez ces milliers d'espèces qui croissent autour de nous; n'est ce pas la culture qui les a faites ce qu'elles sont? N'est-ce pas elle qui a su tirer une nourriture savoureuse de tant de fruits naturellement acerbes ou insipides? Chacun sait comment une alimentation particulière modifie les diverses parties d'un végétal. Ici, les organes sexuels sont changés en pétales; puis, la même plante, reportée dans un sol pauvre et non cultivé, ne présente plus que des fleurs simples. Là l'opération du pincement détourne de leur marche les principes nutritifs, et des yeux à fruits se montrent à la place des feuilles. Ailleurs, ce sont les racines qui deviennent des branches, ou les branches des racines.

Selon la proportion de l'aliment qu'on amène à la plante, les produits de la végétation se développent sous différentes formes; c'est ainsi, nous dit M. Liebig, que l'on produit la paille fine et souple destinée aux chapeaux d'Italie, ou bien que l'on rend la paille plus ou moins dure, afin qu'elle puisse résister au poids de l'épi. « Si l'on offre au végétal, ajoute le même auteur, l'acide carbonique et toutes les matières dont il a besoin, hormis l'azote, il produira des feuilles, mais point de graines, du sucre et de la fécule, mais point de gluten. »

Une question a été longtemps débattue entre les physiologistes, celle de savoir si, dans quelques cas, les ovaires des plantes ne peuvent pas produire des graines bien conformées et capables de germer, sans avoir été fécondés par le pollen. Camerarius, Spallanzani, M. Desfontaines et plusieurs autres l'ont nié, malgré les assertions positives de Treviranus, d'Alston, de MM. Dureau de la Malle, Schultz et Girou de Buzareingues. Cependant M. le professeur Bernhardi, d'Erfurt, après six années consécutives d'expérimentation, a démontré enfin la réalité du fait, en ayant soin de placer le végétal dans des conditions favorables d'alimentation. La culture a-t-elle lieu, au contraire, dans des pots, dans une chambre fermée, ainsi que l'avaient tenté Linnée et Schreber; le succès est impossible.

D'autres modifications non moins remarquables s'observent encore dans les plantes en raison de la quantité des engrais qu'on emploie pour leur entretien. On avait remarqué des proportions très différentes de gluten dans la graine des céréales. M. Liebig a rendu compte de ces variations, en mesurant la quantité d'ammoniaque que contiennent les divers fumiers animaux. Il a fait voir, d'un autre côté, qu'en retranchant à certaines plantes une partie de l'azote qui leur est nécessaire, on donne lieu artificiellement à des exsudations de mannite, de gomme et de sucre, toutes substances non azotées, qui sont alors excrétées par les racines, l'écorce ou les feuilles. La racine de la carotte sauvage est naturellement grêle et coriace, M. Vilmorin a trouvé le moyen de la développer progressivement au moyen des engrais, et de la changer en une chair épaisse et succulente. Dans d'autres cas, la nature spéciale de l'engrais détermine une modification, non point dans les formes de la plante, mais dans la lenteur ou la promptitude de sa végétation, ainsi que M. de Villeneuve l'a constaté sur le seigle.

Une expérience récente de M. le docteur Pallas, confirmée par les savantes recherches de MM. Biot et Soubeiran a prouvé que des tiges du maïs cendré, dont on a enlevé les fleurs femelles à l'époque de la fécondation, donnent plus de sucre que celles où ces fleurs, abandonnées à elles-mêmes, ont produit des épis garnis de grains. Les tiges qui ont subi cette castration sont généralement moins vigoureuses que les autres, et leurs feuilles inférieures jaunissent de bonne heure. Un tel effet n'a rien qui doive surprendre, quand on considère que la fécule et le sucre remplissent à peu près le même rôle dans les végétaux que la graisse dans les animaux. Cette surabondance du sucre après la castration est un véritable arrêt de développement, un commencement d'état morbide.

Le volume et la grandeur des différentes parties d'une plante peuvent être aussi augmentés quelquefois dans des proportions extraordinaires. Des melons arrosés avec du purin, selon la méthode de M. Puvis, ont acquis un poids de 33, 35 et même 43 livres; ils ont offert jusqu'à un mètre 26 centimètres de tour; leur saveur était excellente. M. Lukas, de Munich, cité par M. Liebig, a fait croître dans du poussier de charbon de bois un grand nombre de plantes, dont la végétation a été singulièrement riche et vigoureuse.

bon nombre de fois. Dès-lors, la présomption favorable tirée de l'analogie devenait une certitude, et au lieu de nier la réalité de ces faits positifs, en vertu d'une prétendue impossibilité fondée sur les faits négatifs, on devait se borner à chercher les causes de cette différence dans les résultats Telle était la marche indiquée par la plus simple logique, et dans le cours ordinaire des choses, il n'y aurait pas même eu d'opposition.

Mais il en a été autrement. Quelques personnes n'ont pas voulu absolument admettre que la nature pût se comporter à la main comme elle se comporte au pied; et elles ne veulent pas l'admettre, parce que si le fait était possible, il aurait pu arriver que M. Guérin l'eût vu et l'eût vu le premier, événement trop étrange pour entrer dans leur pensée, même à titre de simple supposition.

C'est là en effet, mon cher confrère, selon nous du moins, la véritable explication de cette levée de boucliers. Les faits présentés par M. Guérin ne sont pas des faits parce que c'est ce chirurgien qui les a constatés. Leur seul tort, c'est d'avoir été produits par lui et vus par lui. Avec un autre parrain ils seraient parfaitement authentiques et légitimes. Présentés par tout autre individu, par l'un ou l'autre des opposans, par exemple, ils auraient paru naturels, éblouissans d'évidence, incontestables. On n'aurait même pas songé à leur demander leur passeport.

Heureusement l'Académie et le public qui s'inquiètent fort peu des résultats que peut avoir une discussion pour les amours-propres, les passions ou les vues particulières des discutans, et s'occupent des choses et non des personnes, n'admettent pas cette fin de non-recevoir opposée aux faits. L'Académie et le public apprécient les raisons et les preuves en elles-mêmes, sans s'informer de qui elles viennent, ni à qui elles nuisent ou profitent. Aussi, l'opposition est-elle à peu près réduite à deux champions, qui, à la vérité, s'y montrent pleins de zèle et de bonne volonté, et y déploient une ardeur polémique digne d'un meilleur but d'un meilleur sort. Leurs motifs sont un peu différens, quoique leur fin soit la même. L'un paraît, depuis un temps immémorial, avoir pour affaire principale et presque exclusive de s'attacher au pas d'un homme, dont la destinée semble le préoccuper extraordinairement. L'ombre ne suit pas plus exactement le corps. Attentif à tous ses mouvemens, il le surveille sans cesse, tantôt de loin, tantôt de près et ne le laisse jamais seul. Cet homme ne dit pas un mot, n'écrit pas une ligne, qui ne soient à l'instant contredits par lui. Il en est la véritable antithèse. C'est là sa mission, et en quelque sorte sa spécialité. Ses prétentions dans la carrière scientifique sont excessivement modestes; il ne vise pas à faire des découvertes, à poursuivre des vérités nouvelles par des recherches originales, et à enrichir le patrimoine commun par ses travaux personnels; il suffirait à ce qu'il paraît, à sa gloire, de réussir à prouver que l'homme dont il s'agit n'invente rien, ne fait rien, ne sait rien. Il croit que détruire les erreurs d'autrui est une tâche aussi utile, et probablement plus facile, que celle de découvrir soi-même des vérités. Seulement il est remarquable que, parmi les innombrables erreurs dont le champ de la science fourmille, et qui pourraient exercer amplement ses facultés critiques, il n'apperçoit jamais que celles de l'antagoniste qu'il s'est donné. C'est là son *delenda Carthago*. Quoiqu'il ait eu jusqu'ici peu de succès dans cette laborieuse et fastidieuse besogne, il ne se décourage pas. Sa méthode est, dans toutes les occasions, invariablement la même. Il commence toujours, s'il s'agit d'une opinion théorique, par dire qu'elle est absurde et inintelligible; s'il s'agit d'un

L'histoire de la taille des arbres nous fournit encore beaucoup de faits intéressans, et qui rentrent tout à fait dans le sujet que nous traitons. La taille des vignes, en particulier, n'a-t-elle pas tous les jours pour résultat certain d'accroître le nombre et le volume des fruits, en accumulant dans les parties vivantes un excès de substances nutritives? Il en est de même des arbres qui servent à la construction : une taille bien faite, sagement combinée avec la saison, la nature du sol, et la constitution de ces arbres, leur donne du poids, du volume, une qualité supérieure et une valeur beaucoup plus considérable, en même temps qu'ils grandissent avec une étonnante rapidité.

Je signalerai enfin comme un des plus merveilleux effets de la culture ce qu'a fait M. Van Mons dans ces derniers temps. Il avait cru remarquer que la plupart des fruits à pépins, ou à noyaux, de nos vergers, étaient en voie de dégénération et tendaient à une destruction complète. Il supposa que cet état de dépérissement tenait à leur origine déjà fort ancienne, et que chacune de ces variétés de fruits ne doit avoir qu'un certain temps à durer, après lequel la source s'épuise en quelque sorte et a besoin d'être renouvelée. Il conçut alors la même idée qui a conduit des médecins à reprendre sur le pis des vaches le virus du cowpox, pour renouveler le vaccin; il recolta les semences des fruits sauvages, les sema et resema leurs produits de génération en génération, pensant qu'on arriverait ainsi à obtenir des fruits égaux d'abord, puis supérieurs aux nôtres, et qui auraient autant d'avenir qu'en avaient ceux-ci dans le principe. Grâces aux efforts d'une persévérance soutenue pendant de longues années, cette prévision est devenue un fait confirmé par l'expérience : les premiers fruits furent mauvais, d'autres médiocres, d'autres meilleurs; après cinq générations et vingt ans pour les fruits à pépins, et, pour les fruits à noyaux, quatre générations et quinze ans, les produits sont satisfaisans; ils vont ensuite se perfectionnant de plus en plus. Le problème est maintenant résolu: aucun pépin, aucun noyau, ne donnent plus de fruits sauvages; et la méthode de M. Van Mons, qu'il a propagée en distribuant lui-même ses greffes, a donné naissance partout à des fruits nouveaux, d'une beauté et d'une saveur incomparables.

Passons maintenant du règne végétal au règne animal.

Notre savant et si obligeant collègue, M. Duméril, a eu la bonté de me communiquer divers détails qui prouvent quels changemens peut apporter telle ou telle sorte de nourriture dans les formes et les proportions des insectes. Je me bornerai à quelques mots sur les abeilles. La forme sexuelle, chez ces animaux, dépend, comme on sait, de leur mode d'habitation et de l'alimentation particulière qu'ils reçoivent. Parmi les larves destinées à devenir des femelles, quelques-unes seulement acquièrent les attributs de leur sexe; les autres restent neutres. Les premières sont logées dans des cellules plus larges, plus épaisses, et fort différentes de celles des autres; là, les ouvrières leur apportent une bouillie ou pâtée, dont la couleur et la saveur sont toutes spéciales, dont la quantité est très abondante. C'est principalement cette alimentation qui développe les organes de la génération chez les reines, ou femelles fécondes des abeilles. A côté des cellules habitées par ces dernières, se trouvent d'autres cellules habitées par d'autres larves; celles-ci, sans devenir précisément des femelles, profitent cependant du bénéfice de ce voisinage; elles prennent plus de volume que les neutres proprement dites, et pondent plus tard quelques œufs, dont les larves deviennent des mâles. Arrive-t-il, par accident, que les larves des reines périssent dans la ruche; les ouvrières, lorsqu'elles ne peuvent pas émigrer, s'occupent sur-le-champ de réparer cette perte : elles agrandissent les cellules de deux ou trois larves, et leur apportent la nourriture royale; ainsi se forment de nouvelles femelles. La connaissance de ces phénomènes a conduit les physiologistes à des essais fort curieux, et dont le résultat est positif; on peut maintenant changer à volonté des larves de femelles en neutres, et de neutres en femelles.

Il paraît que des circonstances analogues se rencontrent chez les fourmis. Là aussi, il y a des neutres, dont les organes générateurs restent intérieurs, et n'éclosent pas, pour ainsi dire, tandis que, chez d'autres, ils se développent et se prononcent au-dehors, sous l'influence d'un mode particulier d'alimentation.

Je laisse de côté les expériences de Bonnet sur la régénération des parties perdues chez les vers de terre, et les différences que présente ce renouvellement organique, selon la nourriture qu'on leur procure.

J'omets encore beaucoup d'autres faits, également empruntés à des individus d'un ordre inférieur.

A un degré plus élevé de l'échelle, nous pouvons noter des transformations singulières, opérées artificiellement sur divers animaux à l'état fœtal. M. Edwards est parvenu à empêcher des têtards de se convertir en crapauds ou en grenouilles, en les privant complètement d'air et de lumière; ces têtards continuaient cependant à orendre de l'accroissement et de la force; ils acquéraient, à cet état, un volume monstrueux. Je rappellerai aussi ces œufs de poulet qu'on fait éclore dans des fours ou du sable chaud, et chez lesquels, en appliquant inégalement la chaleur, on obtient des monstruosités calculées d'avance : ici des membres volumineux avec une tête très petite, là un tronc très petit avec une tête volumineuse.

A mesure que nous nous rapprochons de l'espèce humaine, les faits ont une plus grande valeur. Combien de renseignemens importans nous offrirait l'histoire naturelle des animaux domestiques, si nous voulions les suivre dans toutes les conditions où les place chaque jour l'industrie humaine! Le cheval, le bœuf, la vache, le mouton, le porc, les oiseaux de basse-cour sont partout, entre les mains de l'homme, des sujets d'expérimentation continuelle. C'est l'homme qui leur donne, non seulement les formes par lesquelles ils se distinguent, mais les qualités et aptitudes nécessaires à l'emploi particulier qu'on en veut faire.

Obligé de me renfermer ici dans un étroit espace, je retrancherai de la lecture que j'ai l'honneur de faire en ce moment à l'Académie l'exposition des différentes méthodes usitées pour l'engraissement des bestiaux, la création des espèces par le croisement des races, l'éducation des bêtes de travail, l'entraînement des chevaux de course, etc. Ces détails se retrouveront lors de la publication du présent mémoire. Qu'il me suffise d'indiquer quelques-uns des principaux résultats qui méritent le plus de fixer notre attention.

Il y a un siècle environ, l'Angleterre n'avait point d'agriculture, et, pour ainsi dire, point de bestiaux. Un homme patut, Bakewell, simple fermier de la paroisse de Disbley, qui entreprit de créer dans son pays des races d'animaux domestiques qui n'eussent pas d'égales au monde. Insouciant de la beauté qui tient à la grâce et à la proportion des formes, il eut uniquement en vue cette beauté, purement relative, qui n'est, dans un animal, que la conformation la plus parfaite pour l'usage auquel on le

---

fait, qu'il est impossible et partant controuvé; puis, lorsque la doctrine est reconnue vraie et adoptée, ce qui arrive assez ordinairement, il déclare qu'elle a été reçue de tout temps, qu'elle est un lieu commun dans la science, et qu'il n'a jamais cessé lui-même de la professer; et lorsque le fait est reconnu authentique, ce qui a aussi toujours lieu, il s'empresse d'apprendre au monde qu'il n'a rien de nouveau ni d'extraordinaire, qu'il y en a des observations dans tel ou tel vieux journal allemand ou russe, et même dans ses propres ouvrages. *E sempre bene.*

Il faut croire que ce système a du bon puisqu'on y tient tant; mais il a aussi des inconvéniens. Le premier et le plus grave est de priver l'art et la science des beaux travaux et des utiles acquisitions qu'on devait justement se promettre des lumières et du savoir de cet honorable confrère, qui néglige ainsi son affaire pour s'occuper exclusivement de celle d'autrui, et, trop soucieux de la manière dont un voisin cultive son champ, oublie de cultiver le sien. Les amis de ce critique infatigable feraient bien peut-être de l'avertir, ce que nous serions mal venus à faire nous-même, que pour arrêter un homme qui court, il faut se placer devant lui et non derrière.

L'autre opposant est d'un autre caractère. Celui-ci n'a, il faut l'avouer, aucun motif particulier de faire la guerre. Il y est porté uniquement par son humeur et son goût. Il a pour devise *ego autem contra.* Le champ de bataille lui importe peu, non plus que le nombre ou la qualité des adversaires, et le sujet des hostilités. Son penchant est de contredire, et il a des armes toujours prêtes pour tous les genres de combat. C'est comme vous savez un savant universel : non seulement il connait à fond toutes les branches de la médecine et de la chirurgie et des sciences accessoires, mais il est versé en outre, dans la politique, la législation, l'éducation, dans la métaphysique, l'industrie, le commerce. Il est prêt à parler et à écrire sur la loi électorale comme sur l'anatomie du métacarpe, sur les chemins de fer comme sur la toxicologie. C'est une encyclopédie. Aussi méprise-t-il beaucoup les esprits courts et bornés qui n'embrassent dans leur étroit horizon qu'un point circonscrit de la vaste science de la nature et y épuisent leurs efforts. Il prétend même que s'occuper exclusivement d'une chose et y porter toutes les forces de son esprit est un sûr moyen de n'y jamais rien comprendre, et que pour bien connaître, par exemple, l'histoire des difformités de la main et juger la valeur des sections tendineuses, il est indispensable de connaître toute physiologie, toute la chirurgie et que sait-on encore? De là son dédain pour ce qu'il appelle les spécialités. Un homme spécial est ainsi pour lui non seulement un pauvre d'esprit et une sorte de machine, indigne du titre de savant, il ne lui laisse pas même le seul privilége qu'il réclame dans sa petite sphère, celui de connaître ce qu'il a exclusivement et assidûment étudié, mieux ou du moins aussi bien que l'homme universel qui ne l'a étudié que peu ou point. Un aussi terrible adversaire vous paraîtra sans doute bien effrayant, mais il n'en est rien cependant. Loin de là, son opposition est, en général, de très bon augure. Dès qu'il se met d'un côté, on peut être à peu près sûr que c'est celui qui succombera. Il est l'avocat officiel des causes perdues. Pensant sans doute que la bonne cause n'a pas besoin de son puissant appui, et se suffit à elle-même, il ne manque jamais de prendre parti pour l'autre. Il est le défenseur des faibles, le chevalier des opprimés, le soutien de ce qui tombe ou va tomber. Il aime le combat, plus que le succès. C'est probablement par suite de la même humeur qu'il attaque successi-

destine. Ainsi, dans les bœufs réservés pour la boucherie, il voulut que les parties charnues qui constituent les morceaux de choix se développassent avec un volume énorme, au préjudice des parties basses, nu dites de rebut. Après quinze années d'essais, il put montrer une race nombreuse de bœufs dont la tête et les os étaient réduits aux plus petites dimensions, les jambes courtes, la panse étroite, la peau fine et souple, tandis que la poitrine était vaste, l'intervalle qui sépare les hanches largement développé, et les masses musculaires si considérables, qu'elles formaient à elles seules plus des deux tiers du poids total de l'animal. Bakewell jugea que les cornes des bœuf étaient inutiles et souvent dangereuses; il créa des espèces complètement dépourvues de cornes. C'est encore à lui que l'Angleterre doit cette belle race de gros chevaux qui font le service du roulage de Londres. La réforme des bêtes à laine fut, sans contredit, la plus difficile de ses entreprises, et le plus beau de ses triomphes. Lui seul est parvenu à obtenir chez ses moutons de Disbley la réunion de deux qualités que certains agronomes regardent encore comme presque incompatibles, la finesse de la laine et le développement des parties charnues. La graisse, concentrée dans ces parties, s'y ramasse sous forme de pelote serrée, et communique à la viande une saveur très remarquable. Du reste, le procédé suivi par Bakewell dans ses expériences consistait dans l'emploi simultané de deux moyens, l'accouplement des animaux de choix dans la génération, et, plus tard, un régime convenable. Son art, purement empirique, était devenu un système entre ses mains, et il l'avait réduit en principes.

Que de sagacité, de tact, et, en même temps, d'activité, d'obstination, que de génie, en un mot, n'a-t-il pas fallu, pour concevoir, pour diriger, pour achever une œuvre si prodigieuse!

« Vantez-nous maintenant, s'écrie un écrivain anglais, les Michel-Ange et tous ces statuaires qui façonnent la pierre et le bronze! N'est-ce pas aussi un grand statuaire, un merveilleux artiste, ce Bakewell, qui sculpte la vie, qui manie, non pas, comme eux, la matière morte, inerte, sans réaction ni résistance, mais des marbres animés, qu'il faut tailler dans le vif, qu'il faut modeler jusque dans le sang, dans les nerfs, dans le mouvement et la volonté? »

Depuis cinquante ans, les idées de Bakewell ont été appliquées dans toute l'Europe. L'art du régime a été poussé à une étonnante perfection. On connaît maintenant, à des signes certains, quels sont les animaux propres ou impropres à l'engraissement, quelles conditions sont nécessaires pour les amener à un degré d'embonpoint déterminé, sur quels organes il faut directement agir pour favoriser ou accélérer la nutrition, quels alimens produisent la graisse ou les muscles, le lait chez les vaches, la laine chez les moutons. On mesure exactement pour chaque animal la nourriture, l'air, la lumière, le mouvement dont il a besoin, pour être amené à tel ou tel état, pour être employé à tel ou tel usage. On sait à quel moment et dans quels cas la graisse s'accumule particulièrement sous la peau, ou bien dans l'intérieur des cavités splanchniques, ou bien dans le tissu même des organes. On calcule avec précision combien de livres par jour viennent augmenter le poids du corps pendant la durée du traitement. On soumet enfin au régime de l'engraissement toutes sortes d'animaux vivans : ainsi, des poissons, auxquels on a fait subir l'opération de la castration, sont placés dans de la mousse imbibée d'eau; là, ils restent absolument immobiles, vivant uniquement pour manger et digérer, et arrivent ainsi à un volume extraordinaire.

Ce serait actuellement le lieu de traiter avec détails la question naguère agitée dans le sein de l'Académie, des effets de l'entraînement auquel sont assujettis les chevaux dressés pour la course, et de montrer en quoi diffère ce genre d'éducation de celui qu'on applique aux chevaux de travail. Là, je pourrais exposer les résultats si remarquables de l'accouplement convenablement dirigé, de l'alimentation, de l'exercice, des soins divers, à l'aide desquels on fait, pour ainsi dire, du cheval de course un animal artificiel. Je pourrais encore, par des faits nombreux que j'ai recueillis récemment avec le plus grand soin, prouver la vérité de ce que j'avançais, savoir : que l'entraînement, lorsqu'il est pratiqué par des hommes habiles et instruits, développe chez les chevaux bien conformés, quoiqu'on en ait pu dire, des qualités vraiment supérieures, et cela, je le répète encore, sans nuire aucunement à leur santé, sans diminuer leurs facultés génératrices, sans les rendre impropres à un autre service que celui de la course, sans abréger la durée de leur existence. Je traiterai ailleurs cette partie importante de mon sujet.

Lorsqu'on a successivement étudié, dans le mécanisme de leurs fonctions, tous les individus dont se compose l'échelle zoologique, lorsqu'on a vu, dans chacun de ces individus sans exception, persister constamment un même phénomène physiologique, on peut, à coup sûr, affirmer d'avance que ce phénomène se retrouvera nécessairement chez l'homme, différent peut-être dans sa forme, mais semblable dans sa nature et ses principaux caractères. Nous serions donc en droit, dès à présent, de conclure des animaux à l'espèce humaine, et de tirer, des observations précédentes, les conséquences hygiéniques qui en découlent. Mais mes opinions ne seront-elles pas établies sur une base bien plus solide encore, si nous parvenons à montrer que l'espèce humaine elle-même se trouve quelquefois soumise aussi à des conditions analogues, et qui permettent d'apprécier l'influence qu'exerce un régime systématique sur le développement des divers organes, sur leurs formes accidentelles ou permanentes, et, par conséquent, sur l'ensemble de la santé?

Dès les premiers temps de la vie, le mode d'alimentation d'un enfant décide d'une manière certaine de la conformation de son squelette. Il y a longtemps que les médecins ont fait ressortir les dangers de cette espèce d'allaitement mixte dans lequel on supplée à l'insuffisance du lait par des bouillies ou autres alimens de même genre. La plupart des enfans succombent alors; ceux qui survivent, et que Levret appelait énergiquement *des échappés de mauvaise nourriture*, présentent presque tous des marques évidentes de l'affaiblissement de leur constitution. Les observations de M. Pravaz et les expériences si curieuses de M. Guérin ont démontré que le rachitisme était ordinairement l'effet de cette alimentation, mal combinée avec les forces digestives de l'enfant et les besoins de sa nutrition; qu'il résultait, dans ce cas, non pas, comme les scrofules, des conditions d'insalubrité au milieu desquelles l'enfant se trouve placé, mais de l'inopportunité de la nourriture qu'on lui administre; qu'on pouvait enfin produire artificiellement le rachitisme, soit en privant de lait un jeune animal, soit en continuant l'allaitement au-delà d'une certaine époque, ou bien encore, en lui donnant, après le sevrage, des alimens qui ne conviennent pas à son âge et à sa santé. Du reste, l'analyse chimique des substances alimentaires, en nous faisant connaître la proportion diverse de phosphate calcaire qu'ils renferment, rend parfaitement compte de l'influence qu'ils peuvent exercer sur la nutrition du système osseux.

---

vement tout ce qui s'élève, homme ou idée. Il ne laisse rien passer. Il s'est constitué comme le censeur de la science et de la profession. Tout ce qui n'est pas revêtu de son *exequatur* est réputé de mauvais aloi, et on ne se souvient pas qu'aucune autorité, aucune démonstration, ait pu faire fléchir sa sévérité; et comme il n'approuve que ce qu'il fait lui-même, ou conçoit que son *veto* perpétuel réduirait notre avoir scientifique à bien peu de chose, s'il était respecté. Quoi qu'il en soit, on n'a qu'à gagner à lui déplaire, car son opposition établit *à priori* une présomption favorable à la chose ou à la personne qu'il attaque. Elle ne peut même que faire beaucoup d'honneur à ceux qu'il en gratifie; on doit, en effet, supposer *ipso facto* qu'ils sont et valent quelque chose, cet Aristarque ayant pour coutume invariable de ne diriger ses flèches que contre des supériorités, soit réelles, soit probables.

Il y a bien un troisième opposant; mais son rôle dans la question de la ténotomie n'ayant pas encore de caractère bien arrêté, vous nous dispenserez de tout éclaircissement sur la nature et le but de son intervention. La lecture du compte-rendu des débats académiques suffira pleinement à votre édification sur ce point.

En voilà plus, très cher confrère, que nous n'étions disposé à en dire en commençant cette lettre; vous ne serez peut-être pas fâché d'être ainsi initié à ce qui se passa dans la coulisse, et d'ailleurs on s'intéresse d'autant plus à un combat qu'on a plus d'accointance avec les combattans. N'allez pas imaginer qu'il y ait eu ceci la moindre rancune contre les hommes dont nous venons de parler. Ceci est une simple esquisse des mœurs académiques, qui pourrait se trouver aussi convenablement dans tout autre journal que dans celui-ci. Ces honorables adversaires ont trop bien servi la cause de la ténotomie et des doctrines desquelles cette branche de la chirurgie relève, pour être inquiétés le moins du monde dans la Gazette médicale qui ne leur doit que des remercîmens. Ils sont eux-mêmes trop hommes d'esprit pour prendre au sérieux quelques innocentes plaisanteries d'un feuilleton, qui est la plus insignifiante de toutes les choses de ce monde; ils savent qu'ils trouveront toujours sur les bancs de l'Académie la gravité, les égards et les hautes convenances de sentiment et d'expression qu'on se doit entre confrères et collègues et dont on ne se départira jamais.

— On lit dans l'Alsace (Strasbourg) :

« Une affreuse morbide sévit à Zallvitter. Au mois d'août dernier, la famille Freund fut atteinte successivement dans tous ses membres : quatre sur sept succombèrent. La famille Brader, composée également de sept personnes, en perdit trois. Le fléau étendit bientôt ses ravages, et on porte à 49 le nombre des personnes de tout sexe et de tout âge, attaquées jusqu'à ce jour. Les faits semblent prouver qu'elle est contagieuse. Ainsi la maison Brader, voisine de celle des Freund et six autres maisons peu éloignées, ont souffert principalement. Cette maladie a des caractères de ressemblance avec les fièvres observées dans la saison du rouissage du chanvre.

Si nous examinons maintenant l'homme adulte et complètement développé, nous trouverons, dans l'histoire des professions, considérées sous le rapport de l'hygiène, un grand nombre de documens importans pour notre sujet. Ici, s'offrent aussi tout naturellement à notre esprit les effets remarquables de cette éducation particulière des divers organes qui constitue la gymnastique. Je m'arrêterai principalement sur un point que j'ai déjà, en d'autres circonstances, signalé à l'attention de l'Académie, et qui mérite en effet de nous occuper sérieusement. Il s'agit du régime spécial de ces athlètes d'un nouveau genre, qui, dans un pays voisin du nôtre, sont désignés sous les noms de boxeurs, coureurs, jockeys, etc. Rien de moins estimable sans doute, au point de vue de la raison et de la morale, que ces sortes d'exercices et ceux qui s'y livrent. Mais ce n'est pas là ce qui nous importe pour le moment : l'hygiène et la physiologie doivent recueillir soigneusement tous les faits précieux pour la science, quelle que soit d'ailleurs la moralité de ces faits, qu'ils soient ou non le produit d'une conception absurde de l'esprit, d'une cupidité blâmable ou d'une misérable vanité ! Ceux que je vais rapporter sont parfaitement authentiques ; ils m'ont été fournis, en partie, par l'excellent ouvrage de Sinclair, en partie aussi par un homme fort instruit et d'un grand sens, lord Henry Seymour, ainsi que par M. le docteur Tawal, médecin anglais, dont les lumières et l'obligeance m'ont été du plus grand secours.

Un boxeur est un homme ordinairement âgé de 18 ans au moins, et de 40 au plus. Il entre dans l'arène nu jusqu'à l'ombilic ; ses mains sont fermées, mais non armées ; placé en présence de son adversaire, il attend un signal convenu pour commencer le combat. Alors, les deux champions cherchent à se lancer de vigoureux coups de poing, depuis la tête jusqu'à l'épigastre. Si l'un des deux est renversé ou étourdi par la violence de l'assaut, on lui accorde une minute de repos ; avant que la minute entière soit écoulée, il se relève et recommence la lutte, sinon il est déclaré vaincu. Des boxeurs ordinaires, durant un combat de une heure et demie, s'arrêtent ainsi trente à quaronte fois. Il y a quinze ans environ, dans une lutte célèbre entre les boxeurs Maffey et Maccarthy, qui duro quatre heures quarante-cinq minutes, l'un des deux tomba étourdi cent quatre-vingt-seize fois. La durée du combat est très variable : tantôt elle ne dépasse pas quelques minutes, tantôt elle est de trois, quatre et cinq heures. On conçoit que des blessures graves et même la mort puissent en résulter ; on en a vu de tristes exemples ; mais c'est là une circonstance extrêmement rare. Le plus souvent, chose remarquable, il ne reste plus, après quelques jours, aucune trace de ces coups, si terribles en apparence. On peut dire sans exagération aucune qu'en général les combats des boxeurs ne compromettent pas plus leur vie et même leur santé qu'une foule d'autres professions qu'on ne regarde point comme dangereuses. Une force prodigieuse, une adresse singulière, une insensibilité aux coups qui passe toute croyance, et en même temps une parfaite santé, tels sont les phénomènes que nous présentent ces hommes assurément fort différens des autres hommes. Comment se sont-ils ainsi modifiés ? Voilà la question. Est-ce par l'habitude même des combats ? On serait tenté de le croire ; ne soit-on pas en effet que le corps s'endurcit, comme on le dit vulgairement, aux coups et à la fatigue ? Mais les débutans, ceux qui s'essaient à ce pugilat pour la première fois, ressemblent, sous ce rapport, à ceux qui ont vieilli dans la pratique. Si ces hommes se sont fait, pour ainsi dire, un nouveau corps et de nouveaux organes, c'est par les préparations qu'ils ont subies, par l'éducation spéciale qu'ils ont reçue, par l'*entraînement*, la *condition*, pour parler leur langage ordinaire, c'est-à-dire par le régime. Je réserve pour une autre occasion le récit des diverses circonstances dont ce régime se compose ; j'indiquerai seulement les effets les plus notables qu'il produit sur l'organisme. Avant d'entrer en condition, un boxeur pesait, par exemple, 128 liv. ; au bout de quelques jours, il n'en pèse plus que 120 ; peu de temps après il en pèse de nouveau 128, quelquefois plus, quelquefois moins, selon l'organisation. Mais ses membres ont singulièrement augmenté de volume. Les muscles sont durs, saillans, et très élastiques au toucher ; ils se contractent avec une force extraordinaire sous l'influence du choc électrique. L'abdomen est effacé ; la poitrine est saillante en avant ; la respiration est ample, profonde et capable de longs efforts. La peau est devenue très ferme, mais lisse, nettoyée de toute éruption pustuleuse ou squammeuse, très transparente. On attache une grande importance à cette dernière condition. Quand la main d'un homme convenablement préparé est placée devant une bougie allumée, il faut que les doigts paraissent d'une belle transparence rosée. On tient beaucoup aussi à l'uniformité de sa coloration ; si une partie est plus colorée qu'une autre, on juge que la circulation ne s'y exécute pas avec une régularité suffisante. Ces modifications de la peau sont des plus remarquables ; on les observe constamment, et elles sont considérées comme un des effets certains de l'entraînement. On note encore que les portions de la peau qui recouvrent la région axillaire et les côtés de la poitrine ne tremblotent pas pendant les mouvemens des bras, qu'elles paraissent, au contraire, parfaitement adhérentes aux muscles sous-jacens. Cette fermeté de la peau et la densité du tissu cellulaire sous-cutané, résultant l'une et l'autre de la résorption des liquides et de la graisse, s'opposent à la production des épanchemens séreux ou sanguins qui suivent ordinairement les contusions ; c'est là aussi un point essentiel. En 1740, le fameux boxeur Broughton perdit, après seize ans de victoires éclatantes, la couronne du pugilat pour avoir une seule fois négligé de se soumettre à l'entraînement ; il reçut sur le front un coup qui sur le champ donna lieu à un tel gonflement, qu'il lui fut impossible d'ouvrir les yeux. Remarquez qu'il était devenu gras, pléthorique ; la peau s'était amollie et distendue ; l'entraînement eût remédié sans aucun doute à ces inconvéniens. On cite encore le combat mémorable qui eut lieu, en 1811, entre le boxeur Cribbe et le nègre Molineaux. Des paris étaient engagés pour 50,000 liv. ster. Molineaux était d'une stature colossale et d'une force herculéenne ; il refusa de se préparer. Cribbe, au contraire, se trouvait dans des circonstances défavorables ; il était gras et pesait 188 liv. Après un entraînement de trois mois, sous la direction du capitaine Barclay, il fut réduit à 152 liv. Le combat ne fut pas longtemps douteux ; bientôt la face de Molineaux devint le siége d'une tuméfaction considérable, et la lutte ne put être continuée.

Sir John Sinclair assure que l'entraînement donne aux os plus de résistance, et qu'ils sont rarement fracturés dans ces sortes de combats ; il est plus probable qu'ils sont protégés alors par le volume, la dureté et l'élasticité des masses musculaires.

Il paraît à peu près certain que cette gymnastique athlétique diminue notablement la sensibilité, ce qui se conçoit, puisque cette faculté est ordinairement en proportion inverse du développement de l'appareil locomoteur ; toutefois, si le corps se fortifie ainsi contre la douleur, il ne faut pas croire que les sens perdent en rien de leur activité ; les hommes qui ont subi ce régime prétendent tous que leur vue est devenue plus nette, leur ouïe plus fine, leur esprit plus dégagé ; un sentiment général de bien-être, de confiance en lui-même, est le résultat de cette transformation ; de là vient que les Anglais ont coutume de dire que l'entraînement agit sur le moral, aussi bien que sur le physique de l'homme.

On sait que les combats de coqs sont très usités en Angleterre ; les coqs destinés à cet usage sont entraînés de la même manière que les hommes et d'après les mêmes principes. Après dix jours de préparation, ces animaux sont amenés, comme on dit, au point de combat. Alors, leur crête étincelle d'une belle couleur rouge, leur col est épais, leurs yeux sont pleins de feu, la peau est parfaitement propre, le plumage luisant, les muscles durs et épais. Quatre coqs, ainsi préparés, ont été tués et ouverts. On a trouvé tous les organes abreuvés d'un sang vermeil, le cœur remarquablement gros et musculeux ; et bien que le corps eût augmenté de poids à la suite de l'entraînement, cependant la graisse avait disparu dans les viscères et dans toutes les parties internes. Il est donc extrêmement probable que, chez les hommes, comme chez les animaux, les fibres charnues du cœur acquièrent du volume et de la vigueur, que les parois des vaisseaux sont plus résistantes, et que la suppression de la graisse permet aux organes circulatoires et respiratoires d'être un peu plus libres et plus faciles ; circonstance qui expliquerait, en partie, les changemens qu'on observe dans le mode d'exercice de leurs fonctions. J'ajoute que les boxeurs dont la vie est sobre et régulière sont souvent remarquables par leur longévité ; on en pourrait citer un grand nombre d'exemples, Belasco, Adams le père, Stevenson, etc., etc. C'est une opinion généralement admise en Angleterre que ces hommes vivent plus longtemps que les autres.

Le régime des coureurs, pendant la condition, est analogue, sous quelques rapports, à celui des boxeurs ; sous d'autres rapports, il est différent ; le but n'est point le même. Chez ceux-ci, on voulait surtout augmenter les forces ; chez ceux-là, on veut en même temps diminuer le poids du corps et développer la puissance de la respiration. Pour les coureurs aussi, les effets de l'entraînement sont certains. Un coureur, après deux jours d'entraînement, diminue d'un poids de 18 livres, et, après cinq jours, de 25 livres. Un homme qui pesait 120 livres se trouve ordinairement réduit, en quinze jours et quelquefois moins, à 80 livres. D'un jour à l'autre, on sait ce qu'ils doivent perdre. « A la première médecine, disent-ils, je me *viderai* de 7 livres ; à la première marche, je pèserai 8 livres de moins. » Ils perdent plus le premier jour, et chaque jour de moins en moins. A la suite d'un tel traitement, le coureur est devenu, non seulement moins pesant, mais mieux portant, et plus fort. Il ne pouvait courir l'espace d'un mille sans perdre haleine ; après l'entraînement, il court facilement 25 milles. Il y a, en Angleterre, des coureurs qui ont fait 25 milles par jour, à reculons, pendant six semaines. Le coureur Toronsed est allé, de la même manière, de Londres à Brighton (62 milles

en huit heures. Une autre fois, il a fait 100 milles en douze heures, moitié courant, moitié marchant.

Quant aux jockeys, leur régime est loin d'être aussi favorable à la santé ; car on se propose uniquement de diminuer leur poids, et on n'y arrive guère qu'aux dépens de leur force ; aussi, plusieurs d'entre eux succombent-ils tôt ou tard à ce traitement.

Un système particulier d'entraînement est encore appliqué à une autre profession, celle des plongeurs. Spalding, ingénieur anglais, a fait des remarques importantes sur le rapport qui existe entre l'activité de la respiration et celle de la digestion. Il a constaté que l'on consomme d'autant plus d'air dans la cloche à plongeur, qu'on s'est nourri de substances animales, ou qu'on a fait usage de boissons stimulantes. Lorsqu'il voulait se livrer au fond de la mer à des travaux de quelque durée, il se réduisait à une diète végétale et à l'eau pour toute boisson. Les plongeurs, comme les coureurs, s'habituent à développer leur force respiratoire par un exercice préalable, et, comme eux, acquièrent bientôt les facultés les plus extraordinaires.

Sans nous occuper ici des menues pratiques de l'entraînement, encore faut-il que nous en connaissions les principes. Ce régime, qui dure plus ou moins longtemps, selon les vues qu'on se propose et l'état de celui qui le subit, se compose, pour les boxeurs et les coureurs, de deux opérations distinctes et successives. On commence par débarrasser le corps de la graisse et du superflu des liquides qui abreuvent le tissu cellulaire ; on y parvient, à l'aide des purgatifs, des sueurs et de la diète. On insiste plus fortement sur l'emploi de ces moyens chez le coureur que chez le boxeur. Si l'on se bornait à cette première opération, ainsi qu'on le fait pour les jockeys, il est clair que ces évacuations exténueraient l'homme le mieux portant ; mais on passe bientôt à la seconde, qui a pour but de développer les muscles et de donner plus d'énergie aux fonctions nutritives ; ce qui s'obtient par un exercice graduel et régulier, combiné avec un système convenable d'alimentation. Celui qui doit courir n'est pas nourri comme celui qu'on prépare pour la lutte ; au premier, on ne permet qu'une petite quantité d'alimens, plutôt excitans que substantiels ; pour le second, on choisit des alimens qui, sous un petit volume, fournissent aux organes des matériaux essentiellement réparateurs ; c'est-à-dire, qu'après avoir évacué au-dehors les parties inutiles, on reporte, pendant quelque temps, le mouvement nutritif sur les muscles ; on ne s'occupe plus que d'eux ; on les développe presque seuls. Enfin, les dispositions morales sont aussi l'objet d'un soin particulier ; l'homme qu'on entraîne est constamment accompagné de l'entraîneur ; celui-ci s'occupe de l'amuser par des histoires gaies et plaisantes, d'écarter de lui toutes les circonstances qui pourraient lui causer de l'impatience et de la colère ; en un mot, on lui apprend le sang-froid, le courage, l'égalité d'âme, qualités aussi nécessaires dans le combat que la force musculaire elle-même. Il y a, en Angleterre, des entraîneurs célèbres, comme des boxeurs et des coureurs célèbres ; ainsi les capitaines Godefroy et Barclay, le colonel Mellish, sir James Parkins, le docteur Robinson, etc.

Ces courtes explications suffisent pour faire comprendre à des médecins ce que c'est, en somme, que l'entraînement. Rien de plus simple qu'un tel régime, et j'ajoute, rien de plus physiologique. C'est exactement l'application de la fameuse règle cyclique des méthodistes, rapportée par Cœlius Aurelianus : « Recorporativis utendum viribus, ità ut, rejectis vitiosis carnibus, ac renascentibus novis, reformata organa redeant ad sanitatem. » Retrancher les mauvaises chairs et en faire de neuves, plus fermes et plus saines. Les méthodistes agissaient comme les entraîneurs ; ils purgeaient et saignaient d'abord, et recommandaient ensuite une bonne nourriture et de l'exercice. Faut-il donc s'étonner des résultats de l'entraînement? Il faut s'étonner plutôt de notre étonnement, et de ce que cette pratique si rationnelle nous semble quelque chose de bizarre et d'incroyable. Il faut s'étonner de ce que les médecins, à force de science, et souvent de subtilités scientifiques, se soient tellement éloignés de la voie droite et naturelle, qu'ils aient besoin d'y être ramenés par des empiriques ignorans, qui se contentent d'un raisonnement grossier, appuyé sur des observations nombreuses et positives. Que si, en effet, ces hommes sont arrivés, dans l'application de leur méthode, à des prévisions presqu'infaillibles et à des calculs pour ainsi dire mathématiques, c'est là, évidemment, un fruit de l'observation souvent et longtemps répétée ; c'est une preuve de plus des ressources infinies qu'elle peut offrir, alors même qu'elle n'est pas guidée et éclairée par le savoir.

Je m'arrête ici, dans l'exposition des faits ; le temps me presse ; il faut que j'achève.

Après tant de témoignages accumulés, et que j'aurais pu rendre plus nombreux encore, il me sera permis, je pense, d'établir comme une vérité incontestable la puissance de cet art, qui consiste à s'emparer, en quelque façon, du mouvement nutritif, à le diriger méthodiquement et dans un but déterminé, à changer tantôt dans un sens, tantôt dans un autre, la structure intime des organes, sans employer d'autre moyen que le régime. Ce principe une fois posé et bien compris, qui de nous n'entrevoit du premier coup-d'œil tout le parti qu'on en peut tirer ? Combien de formes ou de degrés divers de la santé seraient heureusement modifiés par un régime systématique, qui n'exigerait, d'un côté, qu'une surveillence active et intelligente, et, de l'autre, que de la patience et de la soumission ! Combien aussi d'états morbides contre lesquels la thérapeutique épuise souvent mal à propos tant de recettes impuissantes ou dangereuses ! Et, pour ceux qui aiment à se lancer dans la science facile des chimères, quel vaste champ ouvert aux conjectures, aux folles espérances ! Mais, ne l'oublions jamais, si nous pouvons agir sur le tempérament et, jusqu'à un certain point, nous en rendre maîtres, il ne nous est pas donné de changer la constitution, en vertu de laquelle chaque homme est lui, et non pas un autre. Sa vie, c'est-à-dire sa durée comme homme n'est qu'à la condition de son identité ; car la durée emporte toujours, comme une conséquence nécessaire, l'existence dans l'être qui dure, d'un mode interne uniforme et constant, d'une essence invariable et identique à elle-même.

Je n'entends donner aujourd'hui, je le répète, que la première partie, déjà fort abrégée, de mon travail ; la seconde, que je regarde comme la plus importante, sera purement scientifique. Là, il s'agira de reprendre un à un chacun des faits que je viens de rapporter, et de les soumettre à une discussion approfondie, qui en fasse ressortir la valeur réelle, et qui permette d'en saisir toute la portée. Les faits, quels qu'ils soient, demeurent pour nous comme des livres fermés aussi longtemps qu'ils n'ont point passé au creuset de la science, qu'ils n'ont pas été analysés, comparés les uns aux autres, connus enfin dans tous leurs rapports et jusque dans leurs derniers élémens. La physiologie descriptive, disons-le sans crainte, a produit, entre les mains des anatomistes, à peu près tout ce qu'elle peut produire ; maintenant, elle est épuisée, elle est morte, comme le cadavre qu'elle tourmente vainement avec son scalpel. Il nous faut à nous d'autres instrumens, et une physiologie qui descende dans l'intimité de ces tissus, qu'on prenait autrefois pour des élémens. Il y a quinze ans je développais cette idée dans ma thèse inaugurale, avec toute la passion d'un débutant inexpérimenté. J'allais dire : que de temps perdu ! Mais non ; rien ne se perd, pas même le temps ; la science marche d'elle-même ; voilà qu'aujourd'hui un mouvement invincible précipite partout dans cette voie les esprits les plus avancés et les plus actifs. Ce n'est qu'à l'aide de cette physiologie nouvelle qu'il nous sera possible de faire quelques progrès dans notre entreprise. Nous savons en effet d'une manière certaine que, par tel ou tel moyen, nous changeons l'état particulier des organes et l'état général de l'organisme, chez les végétaux, chez les animaux et chez l'homme ; c'est là le fait ; mais ce fait, nous devons en avoir raison. De toute nécessité, nous avons à considérer ici deux choses : l'individu que nous modifions ainsi, et le régime que nous lui appliquons. Cet individu, c'est un végétal, un animal ou un homme ; en quoi sont-ils différens ou semblables entre eux ? et dans quels cas ce qui agit sur l'un agit-il sur l'autre ? Chacun de ces organes est un assemblage de tissus, de principes, d'élémens divers ; quels organes seront modifiés? Dans les organes, quels tissus, quels principes, quels élémens? Quelles relations physiques, chimiques, vitales, existent entre ces organes, ces tissus, ces principes, ces élémens, et les autres parties de l'économie, entre l'économie et les autres existences de la nature? Ce n'est pas tout : un homme et un homme présentent des conditions souvent opposées, conditions d'âge, de sexe, de constitution, de tempérament. Quelles sont les circonstances organiques qui s'y rattachent, et comment ces circonstances rendent-elles celui-ci ou celui-là plus ou moins susceptible d'éprouver le changement que nous voulons leur imprimer par le régime? Voilà pour les individus. Quant au régime lui-même, il se compose aussi d'une somme d'actions qui doivent être distinguées et envisagées dans leurs particularités.

Pour avoir une idée exacte des effets de l'alimentation, par exemple, n'est-il pas nécessaire d'étudier chaque aliment, les substances qu'il contient, leurs combinaisons et réactions diverses, leur élaboration dans les voies digestives, leur assimilation dans les organes? Voyez MM. Liebig, Dumas, Payen, Boussaingault, expliquant le mécanisme de la nutrition des végétaux par le sol ou par l'atmosphère, le rôle que jouent l'azote, le carbone, l'oxigène, les matières inorganiques ; rappelez-vous ces observations récentes sur les matières grasses des alimens, qui vont s'interposer, dit-on, molécule à molécule, dans le tissu cellulaire et le parenchyme des viscères ; voilà comment on se rend compte des phénomènes de la vie, comment on apprécie l'action de telle ou telle nourriture ; voilà ce que nous avons à faire aussi, pour arriver à l'intelligence de cette partie si essentielle du régime. De même, pour l'exercice, quel résultat produit-il dans les muscles, dans le sang, dans le système nerveux? d'une manière directe ou indirecte. Certes, je n'ai pas la prétention de

De même pour les influences morales ; de même pour les fonctions génératrices ; de même pour tout ce qui agit sur nous de près ou de loin, répondre à toutes ces questions ; et d'abord, je ne pourrais jamais savoir que ce que fait notre science, malheureusement trop courte et trop imparfaite ; mais encore dois je tenter de recueillir, de rassembler toutes les notions qu'elle possède sur chaque sujet, et de les employer, autant que possible, à la solution du problème.

J'aurai l'honneur de soumettre ultérieurement à l'Académie les recherches que j'ai faites dans cette intention. Alors aussi, je m'efforcerai de ramener cette science à des principes, et d'en déduire un certain nombre de règles qui puissent s'appliquer avec quelque sûreté à l'hygiène de l'homme sain et de l'homme malade. Pour cette fois, je n'ai voulu qu'ouvrir la route et prendre possession du terrain, ou nom de la médecine. J'ai désiré surtout m'exciter et m'enhardir moi-même, en plaçant sous le patronage de l'Académie des idées qui me semblaient offrir un véritable intérêt sous le double rapport de la science et de la pratique.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

RÉFLEXIONS ET OBSERVATIONS SUR L'EMPLOI DE L'IODURE DE POTASSIUM DANS LE TRAITEMENT DE L'ARTHRITE RHUMATISMALE AIGUE ; par M. le docteur AUBRUN.

Depuis plusieurs années la GAZETTE MÉDICALE DE PARIS a publié différens travaux sur l'emploi de l'iodure de potassium dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu. Les résultats de cette médication, déjà employée depuis longues années, n'ont pas été assez marqués pour que la majorité des praticiens en aient adopté l'usage. Quelques-uns même l'ont regardée comme *hardie*, *téméraire* et *incendiaire*, et ont cité des observations de malades qui n'ont jamais pu supporter l'iodure de potassium, même à des doses très faibles ; tandis que d'autres ont employé ce médicament à des doses très élevées, et toujours sans aucun accident grave. D'où vient donc une semblable divergence d'opinions sur l'action d'une substance chimique toujours la même dans sa composition ? Je sais bien que les médicamens agissent plus ou moins en raison des susceptibilités organiques des individus ; mais cependant cette divergence d'opinions ne pourrait-elle pas s'expliquer aussi par l'usage de l'iode métallique que l'on associait presque toujours à l'iodure de potassium ? Ici les phénomènes physiologiques devaient nécessairement être en rapport avec les deux substances employées, et tous les accidens que l'on a cités appartenaient sans aucun doute à la présence de l'iode métallique. Tout le monde connaît l'extrême difficulté avec laquelle l'estomac supporte cette substance. Il n'en est plus ainsi lorsqu'on emploie seulement l'iodure de potassium. Depuis longtemps M. le docteur Ricord l'emploie à l'intérieur, à la dose de 1 à 4 grammes par jour, dans les affections syphilitiques invétérées. M. le docteur Bouyer cite plusieurs auteurs qui en ont fait usage à des doses très élevées (voyez GAZ. MÉD., n° 31, 1842). J'ai moi-même fait usage de ce sel à la dose de 1 à 6 grammes par jour, et je dois dire que je n'ai encore observé d'autres accidens qu'une sécrétion salivaire plus abondante après les doses du médicament, et une rougeur avec douleur et chaleur de la gorge. Deux fois aussi j'ai observé une légère conjonctivite avec coryza, lesquels ont disparu en trente-six à quarante heures par la seule cessation de l'iodure de potassium. Mais toutes les fois que j'ai fait usage de cette préparation chimique, les malades se sont plaints d'une amertume extrême de la bouche qu'ils supportaient avec assez de difficulté. Dans le BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE (n. de juillet 1842), M. le docteur Langevin (au Hâvre) a publié plusieurs observations de syphilis constitutionnelle guérie par l'iodure de potassium. Dès le début du traitement, il employait 3 à 5 grammes de ce sel par jour, et en a élevé la dose jusqu'à 8 grammes sans aucun accident. Je mentionne ces observations pour prouver que l'iodure de potassium seul est loin d'être aussi incendiaire que plusieurs auteurs l'ont prétendu.

J'ai employé l'iodure de potassium : 1° dans cinq cas de rhumatismes chroniques affectant les membres inférieurs ; dans trois cas la disparition des douleurs a été complète après un traitement de quinze à vingt-cinq jours ; les deux autres malades n'ont eu que peu d'amélioration. 2° Dans un cas de rhumatisme du muscle grand pectoral droit, l'iodure de potassium a été continué pendant trente-cinq jours sans beaucoup de succès ; ces douleurs existent depuis douze ans, et ont résisté aux traitemens les plus variés. 3° Dans quatre cas de rhumatisme articulaire aigu. C'est dans cette dernière forme surtout que l'iodure de potassium m'a semblé réussir merveilleusement. J'ai fait connaître à quelques confrères les heureux résultats que j'ai obtenus, en les engageant fortement à vérifier l'influence thérapeutique de ce médicament dans le rhumatisme articulaire aigu. Je désire que ce résultat puisse se confirmer par l'observation. Nous serions heureux de posséder un moyen qui m'a semblé très efficace, surtout contre une maladie aussi rebelle que le rhumatisme aux divers modes de traitemens qu'on emploie pour le combattre. Je vais donc rapporter ces quatre observations avec quelques détails, afin qu'on puisse mieux juger de l'influence.

OBS. I. — M. Arn…., tenant un hôtel garni, d'une très forte constitution, d'un tempérament sanguin, âgé de 43 ans, avait toujours joui d'une santé parfaite depuis plus de vingt ans. Ses seules indispositions avaient consisté en douleurs légères qui, depuis trois ans, avaient occupé successivement les membres inférieurs et l'épaule gauche.

Tel était l'état de mon client, lorsque, le 25 août 1840, il voulut laver les dalles de sa maison. Cette opération dura au moins une heure, pendant laquelle M. Arn…. eut constamment les pieds mouillés. Le lendemain, il éprouva quelques douleurs dans les articulations tibio-tarsiennes ; mais il n'y fit aucune attention, et bien que la marche fût pénible, il fit de longues courses pendant toute la journée. Le soir, ce malade éprouva un violent frisson pendant près d'une heure ; les douleurs articulaires devinrent très vives ; il ne put dormir de la nuit et fit mettre sur ses pieds des compresses d'eau de guimauve froide, dans l'espoir de calmer les douleurs et la chaleur brûlante qui le tourmentaient. Je fus appelé dans la matinée du 27.

Voici ce que j'observai : gonflement considérable des articulations tibio-tarsiennes et des pieds ; douleurs vives, pongitives ; chaleur brûlante ; mouvemens difficiles et très douloureux ; insomnie, agitation ; langue rouge sur ses bords et au sommet, brune au milieu, sèche et épaisse ; soif vive ; inappétence ; pas de vomissemens, ni de nausées ; pas de douleurs épigastrique ni abdominale ; pas de toux ; l'auscultation et la percussion ne donnent rien d'extraordinaire ; pouls fort, vibrant, dur, 116. Le malade n'est pas allé à la garderobe depuis deux jours. (Saignée de 500 grammes ; une bouteille d'eau de Sedlitz dans la matinée ; chiendent nitré ; cataplasmes laudanisés sur les articulations douloureuses.)

28 août. Même état, même traitement à l'exception de l'eau de Sedlitz.

Le caillot, dans les deux saignées, a été très volumineux, d'une densité remarquable et couvert d'une couenne inflammatoire d'un millimètre d'épaisseur, beaucoup moins résistante que le caillot. La sérosité est citrine, transparente et peu abondante relativement au caillot.

29 août. Le malade souffre beaucoup plus ; toutes les grandes articulations des membres inférieurs, les poignets, le coude et l'épaule gauche sont gonflés et douloureux. Le malade est couché sur le dos dans l'immobilité la plus complète ; soif vive, pouls fort, résistant, 112. (Saignée de 600 grammes ; même traitement.)

Le caillot a diminué de volume relativement au sérum, mais il est encore plus dense ; ses bords sont relevés en forme de champignon ; la couche de fibrine presque organisée, présente 4 à 5 millimètres d'épaisseur. Le soir, le malade souffre un peu moins ; il a un peu transpiré ; pouls moins dur, 116. (Saignée de 300 grammes ; cataplasmes ; chiendent nitré.)

30 août. Le malade a beaucoup souffert pendant la nuit ; il se plaint surtout d'une douleur très vive dans la direction de la colonne vertébrale ; les articulations me semblent moins douloureuses : 100 pulsations grandes et résistantes. Le caillot de la saignée est recouvert d'une couche de fibrine très épaisse et très résistante. (Deux verres d'eau de Sedlitz ; chiendent ; cataplasmes.)

31 août. Hier soir, à dix heures, les membres ont cessé d'être douloureux, et des coliques très vives ont tourmenté le malade pendant toute la nuit. Ce matin, la plus petite pression sur le ventre fait jeter des cris au malade, qui n'accuse aucune douleur dans ses articulations ; le ventre est ballonné. (Cataplasmes laudanisés sur le ventre ; 10 centig. d'extrait d'opium en 6 pilules, une toutes les heures ; frictions ammoniacales et sinapismes sur les pieds et les genoux.)

Le soir, même état ; le malade me supplie de lui enlever ses douleurs. (Même prescription.)

Un confrère voisin ayant été appelé en consultation me dit fort brusquement que j'avais à donner mes soins à une péritonite par perforation intestinale, déterminée par les deux verres d'eau de Sedlitz que j'avais fait administrer le 30 août dans la matinée.

1er septembre. Même état ; le malade souffre horriblement. Un professeur de l'école est appelé en consultation. Pour lui, l'affection rhumatismale est cause de ces douleurs. Il ne pense pas que l'eau de Sedlitz soit la cause déterminante de cette métastase ; il fait un usage fréquent des purgatifs dans les rhumatismes, et cependant il n'a qu'un seul exemple de rhumatisme intestinal aigu. (Saignée de 350 gra. ; 0,05 d'extrait gommeux d'opium toutes les heures jusqu'à cessation des douleurs par l'effet du narcotisme ; chiendent, frictions excitantes sur les genoux et les pieds.)

Le soir, le caillot de la saignée est très petit, la couche inflammatoire très épaisse et très résistante ; le malade a eu une garderobe naturelle sans diminution aucune des douleurs.

2 septembre. Depuis hier matin le malade a pris 15 grains d'extrait gommeux d'opium ; les coliques n'ont pas diminué ; elles lui arrachent des cris ; il est comme fou, se désespère, et répète à chaque instant qu'il se meurt. Le ventre est météorisé et très douloureux ; les articulations du genou gauche et des pieds sont un peu plus gonflées et sont le siége de quelques élancemens ; pouls 104, petit, faible. (Demi-grain d'extrait gommeux d'opium toutes les deux heures ; lavemens émolliens, cataplasmes laudanisés, frictions et sinapismes sur les genoux et les pieds.)

Le soir, même état. J'avoue que je me trouvais fort embarrassé et très inquiet, et le professeur de l'école que j'avais fait prier de revenir voir mon malade, ne pouvait le faire que le lendemain au soir. J'eus recours à l'iodure de potassium ; mais n'ayant qu'une confiance secondaire dans ce médicament, je ne l'ordonnai que pour attendre, et je continuai les préparations narcotiques que je combinai dans la potion suivante :

Iodure de potassium.......	1	gramme
Eau de tilleul.............	50	—
Infusé de semences d'anis..	50	—
Sirop d'opium.............	30	—

A prendre par cuillerée à bouche toutes les demi-heures.

(Cataplasme sur le ventre ; chiendent.)

3 septembre. Le malade a eu moins d'agitation pendant la nuit ; le ventre est moins météorisé, moins douloureux ; les coliques sont devenues intermittentes ; elles se développent par crises, mais dans l'intervalle on peut presser sur le ventre sans faire trop souffrir le malade. (Recommencer la potion iodurée.)

Dans la journée, le malade est plus calme ; il se trouve bien, et se plaint plus de l'amertume de sa bouche que de ses douleurs. Pouls 88 à 90. Les deux confrères appelés en consultation m'engagent à continuer, en diminuant la dose de sirop d'opium à 10 gr. seulement.

Le soir, j'ai appris que le malade avait sommeillé pendant une heure pour la première fois depuis cinq jours. Les coliques sont moins fréquentes et moins vives ; pouls 84, régulier, petit. (Même potion, mais avec iodure de potassium, 15 décigr.)

4 septembre. Les articulations sont libres et nullement douloureuses ; les coliques sont un peu plus violentes qu'hier, mais cependant tolérables. La soif est moins vive ; la langue plus nette et humide, bien que la bouche soit toujours très amère. Pouls 72. (Même potion.)

5 septembre. Les douleurs ont reparu dans l'épaule gauche et les deux genoux. Deux coliques seulement depuis hier soir ; sommeil pendant plusieurs heures. Le soir, les douleurs semblent moins fortes ; le malade ne se plaint que de l'amertume de sa bouche. Langue humide et vermeille. La journée a été très calme. Pouls 75 ; garderobe naturelle. (Même potion, bouillon de veau.)

6 septembre. Le malade ne souffre nullement ; ses articulations sont libres et mobiles ; il s'est levé et couché seul au moment de faire son lit. Pouls 72, faible, régulier. (Même potion, bouillon de veau.)

7, 8, 9 septembre. La convalescence se consolide ; le malade ne souffre nullement. Ce matin (9 septembre, septième jour de l'emploi de l'iodure de potassium), il a changé un entresol obscur pour une très belle chambre, bien éclairée et bien aérée au deuxième étage. Appuyé seulement sur le bras de son frère, il est monté sans aucune douleur dans les articulations qui ont été le siège du rhumatisme. Le malade est réellement guéri ; la faim est pressante. (Même potion, potages.)

10, 11 septembre. Le malade se lève plusieurs heures dans la journée. (Même traitement, même régime.)

Les 12, 13, 14 septembre, le malade se lève plusieurs heures dans la journée, se promène dans sa chambre et se couche plutôt par prudence que par fatigue. (Même potion.)

17 septembre. Il se promenait dans la rue.

Depuis cette époque, j'ai souvent eu occasion de voir ce malade. Il n'a jamais ressenti aucune douleur, et se porte à merveille.

Cette observation me semble intéressante sous plus d'un rapport. Ainsi, voici une affection rhumatismale qui ne diminue nullement sous l'influence de quatre larges et copieuses saignées et qui, au cinquième jour, après l'administration de deux verrées d'eau de Sedlitz, se localise sur les intestins et cause au malade des douleurs atroces. Des doses *énormes* d'opium, une nouvelle saignée restent sans résultat bien marqué, et, chose remarquable, ce malade semble n'avoir nullement ressenti les effets de l'opium ; les douleurs n'ont pas été calmées ; il n'y a point eu de narcotisme ; j'ai observé seulement une espèce de délire fugace, par intervalle, mais le plus souvent une surexcitation intellectuelle très marquée, que l'on pouvait aussi bien attribuer à la douleur qu'aux préparations opiacées. Enfin, trois jours après le développement de ces accidens et de ce traitement opiacé, je réduis les préparations d'opium à 30 gram. de sirop thébaïque, en y ajoutant 1 gram. d'iodure de potassium, et l'amélioration est presque immédiate, et en peu de jours ce malade se trouve parfaitement guéri. Je sais bien qu'on m'objectera que le traitement antiphlogistique employé avec énergie, dès le début de la maladie, a puissamment contribué à cette prompte cessation de tous les accidens ; je crois également qu'il a eu une influence puissante en préparant l'organisme à l'action thérapeutique de l'iodure de potassium ; mais je crois aussi que ce serait être aveugle ou de mauvaise foi que de nier l'heureux effet de l'iodure de potassium dans le cas que je viens de rapporter.

Obs. II. — M. Cr..., âgé de 42 ans, fabricant de cadres dorés sur bois, ancien marin, ayant eu plusieurs affections syphilitiques dans sa jeunesse, jouit ordinairement d'une bonne santé, et porte d'ailleurs sur sa figure tous les caractères d'un homme vigoureux. Depuis plusieurs années cependant il éprouvait dans les jambes des douleurs très vives, plus intenses surtout aux changemens de temps. Lorsqu'il voulait se mettre en marche, elles étaient quelquefois si violentes qu'il avait peine à se lever de son siége, et ne faisait ses premiers pas que lentement, sans ployer les genoux et fortement appuyé sur sa canne ; mais une fois les articulations échauffées par l'exercice, les douleurs disparaissaient complètement, et mon client pouvait suffire à ses nombreuses relations commerciales. Il avait pour cela consulté plusieurs praticiens et suivi régulièrement pendant plusieurs mois chaque fois deux traitemens mercuriels, mais sans amélioration notable.

Au mois d'avril 1841, je lui avais conseillé l'iodure de potassium à la dose de 0,50 matin et soir, dans une boisson amère. Il s'en trouva très bien, mais après dix-sept jours de traitement, les douleurs étant cessées, il avait, comme le font la plupart des malades, laissé toute médication.

Au mois de septembre suivant, étant hors Paris, il fut surpris par une pluie violente, ses vêtemens furent traversés. Ne trouvant pas de voitures, il fut obligé, par un vent très froid, de revenir jusque chez lui dans cet état. Le soir, après un frisson assez vif, des douleurs avec difficulté dans les mouvemens se firent sentir dans l'épaule droite. Bientôt les deux épaules, le coude droit, les deux poignets, furent pris et se gonflèrent, surtout le coude qui acquit plus de volume que les genoux à l'état normal.

Deux larges et copieuses saignées, des cataplasmes émolliens, des fomentations narcotiques sur les articulations firent bientôt disparaître la douleur, mais les accidens fébriles continuaient avec assez d'intensité. Au dix-septième jour de la maladie, le pouls offrait encore 104 pulsations larges et résistantes. Les mouvemens étaient presque impossibles par l'extrême raideur des muscles et le gonflement des articulations.

L'iodure de potassium fut administré à la dose de 2 grammes par jour dans 125 grammes de solution gommeuse et 10 grammes de sirop thébaïque. Ce médicament fut parfaitement digéré. J'augmentai progressivement de 0,50 par jour, de telle sorte qu'après huit jours de cette médication, le malade prenait 6 gram. d'iodure de potassium.

Dès le début, cette potion fut administrée par cuillerée à soupe et d'heure en heure, mais bientôt je la fis prendre en quatre doses dans les vingt-quatre heures ; ce qui à la fin donnait 15 décigr. d'iodure de potassium administré à chaque fois.

Ce malade n'a éprouvé de cette haute dose d'iodure de potassium aucun accident autre qu'une grande amertume dans la bouche. Pendant cette médication, il fut tenu à un régime sévère et à l'usage de boissons délayantes, et ces huit jours de l'emploi de l'iodure de potassium suffirent pour faire disparaître tous les accidens fébriles. La raideur des membres diminua progressivement, l'appétit se fit sentir, seulement tous les alimens semblaient amers. Enfin, le vingt-sixième jour de la maladie, et le neuvième de l'emploi de l'iodure de potassium, ce malade resta levé la plus grande partie de la journée, put s'occuper de ses affaires et surveiller ses ouvriers dans ses ateliers. Il a continué l'usage de l'iodure de potassium pendant un mois, mais à doses rapidement décroissantes. Bien qu'alors il prît des alimens en assez grande quantité, il n'a éprouvé aucun malaise ; seulement l'amertume de la bouche a persisté aussi longtemps que la médication.

Depuis, cet homme n'a ressenti aucune douleur ; j'ai occasion de le voir au moins une ou deux fois par semaine.

Cette observation mérite encore quelque attention. En effet, si l'on n'examine que la durée totale de la maladie on ne la trouvera pas très concluante puisque ce malade n'a été guéri qu'après vingt-six jours de traitement, durée moyenne des affections rhumatismales ; mais cependant si l'on observe qu'au dix-septième jour, elle ne semblait nullement devoir se terminer aussi promptement, que la fièvre rhumatismale était très intense (pulsations 104), que la raideur des muscles et le gonflement des articulations rendaient presque les mouvemens impossibles, que tous ces phénomènes morbides se sont successivement amendés et ont disparu en huit jours sous l'influence thérapeutique de l'iodure de potassium, on ne pourra plus s'empêcher de reconnaître que ce sel a eu une action puissante sur la résolution du rhumatisme.

Obs. III. — M. B..., marchand-commissionnaire en soieries, âgé de 28 ans, d'un tempérament lymphatique, d'une constitution faible, avait éprouvé depuis quelques années des douleurs vagues qui siégeaient tantôt dans les jambes, tantôt dans la hanche droite. Il habite un appartement très humide et dont la chambre à coucher, très obscure, ne reçoit jamais de soleil et peu d'air.

Le 26 juin 1842, après un refroidissement, il fut pris d'un frisson qui dura près d'une heure, à la suite duquel l'articulation tibio-tarsienne gauche devint douloureuse. Bientôt toutes les articulations des membres inférieurs le devinrent également. Appelé près du malade le 29 juin, voici ce que j'observai :

Gonflement œdémateux des pieds et des genoux : douleurs très vives dans les plus petits mouvemens ; impossibilité pour le malade de remuer ses jambes sans les lever avec les mains ; agitation, insomnie ; transpiration très abondante ; langue aplatie, couverte d'un enduit blanc ; soif vive ; urines rares, bourbeuses, rouges. Pouls, 128. (Saignée de 500 gram. ; cataplasmes sur les articulations douloureuses ; décoction de racine de fraisiers.)

30 juin. — Les articulations des bras et de la main droite sont douloureuses et gonflées ; transpiration très abondante, même état du reste. Pouls, 130. (Deux saignées dans la journée.)

Dans la nuit, le malade a eu une syncope qui a duré une demi-heure. Je le croyais mort. Depuis ce moment, douleurs vives dans la région du cœur.

1er juillet. Ce matin, douleur précordiale, oppression, palpitations. Pouls, irrégulier, petit, 148 ; bruits du cœur tumultueux et peu distincts, avec un léger

bruit de souffle. Les membres sont également douloureux; transpiration d'autant plus abondante que le malade est comme cloué dans son lit et ne peut faire aucun mouvement. (40 sangsues sur la région du cœur, chiendent nitré et sirop d'asperges.)

2 et 3 juillet. Même état, transpiration excessive sans amélioration des accidens.

4 *juillet*. — Ce matin une seconde syncope de quelques minutes seulement, même oppression; palpitations, douleur précordiale; le bruit de souffle est très marqué. Pouls, 136, petit, irrégulier. (2 gram. d'iodure de potassium dans 125 gram. d'eau de tilleul à prendre en quatre doses; une pilule purgative pour le soir.)

5 juillet. Même état; cependant la transpiration a été moins abondante; amertume très prononcée dans la bouche. Pouls, 120. Même potion.

6 juillet. La région du cœur est toujours douloureuse; oppression, palpitations moins fréquentes; douleurs moins vives dans les articulations; la jambe gauche peut exécuter quelques mouvemens sans trop de douleur. Soif modérée. Pouls, 104, plus régulier. (Même potion, mais avec 3 gram. d'iodure de potassium.)

7 juillet. L'amélioration se continue; les douleurs sont presque nulles dans les membres inférieurs, et cependant les articulations sont presque toujours gonflées; les poignets sont très douloureux. Le malade a bien dormi; la transpiration a cessé; les urines sont assez abondantes, claires; l'oppression est peu sensible, mais les palpitations reviennent quand le malade veut se remuer. Pouls, 84. (Même état; pilule purgative.)

8 juillet. Il n'y a plus que l'épaule gauche et la main droite qui soient douloureuses; les membres inférieurs exécutent sans douleurs et facilement des mouvemens assez étendus; plus d'oppression; palpitations peu sensibles. Pouls, 76. Le malade se plaint de douleurs dans la gorge; l'inspection me montre les piliers du palais, et l'arrière-bouche rouges et injectés; les amygdales sont à l'état normal. Cette chaleur à la gorge était accompagnée de coryza, d'éternuemens et de rougeur de la conjonctive des deux yeux. Je fis suspendre la potion. (Chiendent gommé.)

11, 12 juillet. Le mal de gorge, la conjonctivite et le coryza ont disparu; mais les douleurs des articulations sont augmentées; les deux bras sont douloureux et le malade ne peut leur faire exécuter que peu de mouvemens; la jambe droite est également un peu douloureuse. Pouls, 120. (Potion avec 3 gram. d'iodure de potassium.)

13 juillet. Le mal de gorge reparaît après la troisième dose de la potion; douleurs des membres peu diminuées. Pouls, 84. (Potion avec 2 gram. seulement.)

14 juillet. Le mal de gorge ne continue pas; la nuit a été bonne; le malade ne se plaint que de sa main droite et de l'amertume de sa bouche. (Même potion, 2 gram. d'iodure de potassium.)

15 et 16 juillet. Le malade se lève deux heures dans la journée; ses articulations sont libres et indolores, mais la faiblesse l'empêche de se tenir debout. Pouls, 64. (Même potion.)

Le 20 juillet. Il fait une sortie de deux heures. (Même potion.) Trois potages. On peut dire qu'il est guéri.

30 juillet. Ce malade ne se sent plus de rien; il a fait plusieurs promenades en voiture jusqu'à Versailles. Les digestions sont très bonnes; l'amertume de la bouche persiste et est occasionnée par la potion iodurée. Les articulations sont mobiles et aussi indolores qu'à l'état de santé parfaite; il doit partir dans deux jours pour Lyon, où l'appellent des affaires pressantes.

Nous avons ici une observation de diathèse rhumatismale très intense, avec complication grave du côté du cœur. Dans cette observation, comme dans les autres, l'iodure de potassium n'a été employé, il est vrai, qu'après un traitement antiphlogistique assez sévère; mais l'amélioration a été tellement prompte qu'on ne saurait nier l'influence de ce sel. Ce malade n'a pu supporter que pendant deux jours seulement l'iodure de potassium à la dose de 3 grammes. Deux fois la chaleur et la douleur de la gorge avec conjonctivite nous ont indiqué que cette dose était trop élevée pour ce malade; mais à la dose de deux grammes seulement, il le supportait parfaitement bien, sans autre accident que l'amertume de la bouche. Une fois il m'a fallu faire suspendre la potion iodurée, et immédiatement les phénomènes morbides se sont aggravés. Le pouls, de 76, est monté à 120 en 48 heures, et 12 heures seulement après la reprise de la potion il était redescendu à 84. Je ferai remarquer en même temps que la transpiration abondante a été supprimée par l'iodure de potassium, et malgré cette suppression, la maladie a marché rapidement vers la guérison.

De pareils faits, ce me semble, parlent hautement en faveur de l'action de l'iodure de potassium dans le traitement du rhumatisme aigu.

Obs. IV. — M. Mer..., tailleur, âgé de 35 ans, d'une constitution assez débile, couche dans un petit cabinet obscur et humide. Pendant plusieurs nuits il a laissé ouverte la seule petite fenêtre qui s'y trouve, et l'air frais de la nuit venait en droite ligne sur son lit. Le 10 juin 1842, il ressentit quelques douleurs dans le genou gauche, mais elles ne furent pas assez fortes pour lui faire interrompre ses travaux, ni le rendre plus prudent en le faisant fermer sa fenêtre pendant la nuit. Bientôt il ne put plus se lever et me fit appeler le 15 juin.

Le genou gauche était tuméfié, très douloureux, chaleur brûlante sur le genou malade, peau humide, céphalalgie, douleurs dans les muscles du cou. Pouls 108, dur, plein. (Boissons aqueuses, cataplasmes émolliens.)

20 juin. Depuis cinq jours, le rhumatisme a envahi successivement les deux poignets et l'épaule gauche. Le malade souffre beaucoup dans les plus petits mouvemens; sensation de brûlure sur les articulations malades, transpiration médiocre, pouls 112, assez fort. (Iodure de potassium, 2 grammes dans 125 grammes de solution gommeuse, chiendent, cataplasmes.)

23 juin. Douleurs supportables, raideur moindre dans les muscles et les articulations, sommeil réparateur; langue humide, rosée, soif vive, bouche très amère, pouls 88, vibrant fort. (Potion avec 3 gr. d'iodure.)

30 juin. Douleurs du genou gauche peu sensibles, mouvemens faciles; les poignets sont encore gonflés, mais peu douloureux. Langue humide, soif modérée; bouche très amère; le malade se sent faim et demande des alimens; son sommeil est bon; la transpiration est toujours restée modérée; pouls 68. (Potion avec 4 grammes d'iodure de potassium, bouillon de veau.)

5 juillet. Le malade va très bien; il se lève plusieurs heures dans sa chambre. Toutes ses articulations sont mobiles et indolores; pouls 68. (2 grammes d'iodure de potassium, 3 potages.)

8 juillet. Il se promenait au Palais-Royal et ne souffrait nullement en marchant. Il a continué sa potion jusqu'au 25 juillet.

Chez ce malade, dès le début du rhumatisme, je n'ai employé aucun traitement autre que la diète et les boissons aqueuses. Je voulais m'assurer de l'intensité avec laquelle il pourrait sévir, et ce n'est que cinq jours après le début de la maladie, lorsque déjà un genou et les deux membres supérieurs étaient affectés, que j'ai fait usage de l'iodure de potassium. Le premier effet de ce médicament a été de diminuer les douleurs et peu à peu la résolution du gonflement s'est manifestée.

Bien que chez ce malade je n'aie employé que l'iodure de potassium, sans avoir eu recours aux émissions sanguines, la maladie n'en a pas marché moins rapidement vers la guérison, puisque 10 jours après le commencement du traitement, ce malade se levait déjà dans sa chambre et qu'après quinze jours il était entièrement guéri. Depuis ce moment, sa santé est très bonne.

J'avais occasion d'observer ce malade à peu près à la même époque que celui qui fait le sujet de la troisième observation. J'avais déjà constaté l'efficacité de l'iodure de potassium sans émissions sanguines préalables; mais chez le sujet de la troisième observation, les accidens me parurent tellement graves que je n'ai pas dû m'en tenir uniquement à l'iodure de potassium, l'expérience n'ayant pas encore suffisamment prouvé l'efficacité de cette médication. Des faits que je viens de rapporter, je crois pouvoir déduire les conclusions suivantes :

1° L'iodure de potassium est d'une grande efficacité dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu.

2° Son emploi chez les sujets faibles peut constituer toute la médication sans qu'il soit nécessaire d'avoir recours aux émissions sanguines; mais chez les sujets pléthoriques, il est bon de commencer par une ou deux larges saignées et de n'administrer l'iodure de potassium que vers le second septenaire.

3° Par cette médication, les malades sont moins exposés aux raideurs musculaires et engorgemens articulaires que l'on observe assez souvent à la suite des affections rhumatismales, et dont la guérison est si difficile à obtenir.

4° La dose du médicament varie avec les individus; mais en général, il est bien supporté à la dose de 1 à 2 grammes par jour; on pourra augmenter graduellement jusqu'à 6 ou 8 grammes, si rien ne vient contre-indiquer cette augmentation.

5° J'ai presque toujours employé l'iodure de potassium chez des hommes; je n'ai pas observé que les testicules de ceux qui en ont fait usage aient été altérés en quoi que ce soit, ni dans leur volume, ni dans leur activité de fonction.

6° Les accidens que l'on peut attribuer à cette médication sont : 1° une légère augmentation de la salive après l'administration de l'iodure de potassium; 2° une sensation d'amertume dans la bouche, que j'ai observée constamment, et que les malades ont supportée avec assez de difficulté; 3° une chaleur plus ou moins forte, avec rougeur et douleur dans la gorge, les amygdales restant à l'état normal lorsque ce médicament est administré à une dose trop élevée; 4° une inflammation légère des conjonctives et de la membrane pituitaire : je l'ai observée deux fois.

7° L'action de l'iodure de potassium est tout à fait hyposténisante et résolutive; elle est d'autant plus active que les malades sont d'une constitution plus faible, ou qu'ils auront supporté une ou plusieurs émissions sanguines.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 5 DÉCEMBRE.

STRUCTURE INTIME DES DENTS.

M. Serres lit, en son nom et en celui de MM. Dutrochet et Flourens, un rapport sur le mémoire de M. Nasmyth.

En ce qui concerne l'étude microscopique des dents, dit M. Serres, les uns ont considéré ces corps comme un composé de fibres solides diversement arrangées selon qu'on les examine, dans une dent simple ou composée. Les autres ont pensé que ces fibres étaient creuses, tubulées, qu'elles formaient des espèces de canalicules remplis soit de matière calcaire, soit du fluide sanguin, soit même d'un liquide incolore, et tous les anatomistes, à l'exception peut-être de Malpighi, ont donné comme caractère spécifique du tissu dentaire l'absence des aréoles qui dénotent dans les autres organismes la présence du tissu cellulaire. MM. Nasmyth et Richard Owen avancent au contraire que l'aréolité est le caractère primordial et fondamental des dents, et ils admettent la disposition celluleuse tant dans l'émail que dans l'ivoire. Pour établir ce point si délicat et si difficile de la structure des dents, M. Nasmyth a soumis à l'examen de la commission des préparations provenant, les deux premières, du mégaliothis et du lumna fossiles, les deux dernières, du cachalot et de l'élan. Sur ces préparations et sous un grossissement de 2 à 400 diamètres, on distingue entre les fibres dont l'ivoire se compose des aréoles nombreuses à parois distinctes représentant assez exactement la disposition que l'on nomme celluleuse dans les autres organismes. L'arrangement de ces aréoles paraît différente dans chacune d'elles, ce qui prouve qu'il n'y a rien d'illusoire dans leur manifestation et que le microscope transmet bien exactement ce qui existe chez les divers animaux. Le tissu inter fibreux ou inter-tubuleux, comme le nomme M. Retzius, étant organisé et celluleux, on conçoit que cette disposition pourra devenir un caractère distinctif, soit pour les diverses espèces de dents, soit pour les différences qu'elles présentent chez les vertébrés. Après avoir établi la disposition aréolaire ou celluleuse du tissu interlobulaire, M. Nasmyth s'occupe de la nature même des fibres qui les composent. Sont-elles creuses ou solides? ou en d'autres termes les dents sont-elles constituées par des faisceaux de fibres ou de canalicules? Cette question long temps débattue n'est pas encore résolue. Malpighi, se fondant particulièrement sur la disposition des dents des poissons, adopta la première de ces opinions. Leuwenhoeck, dont les observations à ce sujet sont beaucoup plus précises que celles de Malpighi, les déclara creuses, tubulées ou canaliculées, et il arriva à leur reconnaître ce caractère par des préparations faites sur les dents humaines. Cl. Havers, Reichel et Howship, qui se servirent si habilement du microscope, furent de l'avis de Leuwenhoeck, tandis que Hérissant, Herbenstreet, Albinus, Sœmmering, Scarpa, Bichat et Meckel qui se privèrent de ce moyen d'investigation se prononcèrent en faveur de l'opinion de Malpighi. Le fait de la canaliculisation du tissu dentaire était donc douteux lorsque M. Purkinje et surtout M. Retzius en firent le sujet de nombreuses observations microscopiques. Ce dernier, M. Retzius les remarqua particulièrement après avoir plongé les préparations dans l'huile de térébenthine, afin d'augmenter leur transparence; M. Muller continua les observations de M. Retzius, et il vit, ainsi que M. Purkinje, l'encre s'élever dans l'intérieur du tube des dents de cheval et l'injecter en noir par l'action de leur capillarité. M. Dujardin dans le dernier ouvrage qu'il vient de publier admet également les canalicules dentaires; en répétant les expériences de M. Retzius, j'ai vu, dit M. Serres, sur plusieurs préparations une série de globules sanguins correspondans au débouchement des canalicules dans la cavité dentaire. Sur des pièces préparées par M. Nasmyth et destinées à détruire ce fait, on voit au microscope et sous un grossissement de 300 à 600 diamètres des lambeaux de fibres dentaires, quelquefois des fibres continues dans l'épaisseur desquelles on distingue des vacuoles de formes différentes, ce qui lui a valu le nom de fibres multiloculaires par lequel M. Nasmyth les désigne. Mais cette forme élémentaire globuleuse ne détruit pas l'existence des canalicules; car dans l'opinion de tous les anatomistes qui les admettent, ces canalicules ont des parois; or c'est à ces parois uniquement que peuvent se rapporter les observations précédentes. Quant à la cellularité de l'émail, les préparations de M. Nasmyth sont si bien faites, elles représentent si nettement sous tous les grossissemens les aréolités de l'émail, soit sur une coupe horizontale, soit sur une section verticale, que l'on peut affirmer que l'observation perdue d'Eustachi est enfin retrouvée; Eustachi, en effet, dès le seizième siècle, avait vu que l'émail affecte une forme celluleuse qu'il compare aux aréoles d'un rayon de miel; or comme on ne voyait pas comment avant la découverte du microscope cet anatomiste si justement célèbre avait pu faire une observation si délicate, l'observation avait été perdue pour la science. M. Purkinje et M. Muller avaient bien reconnu dans ces derniers temps à l'émail une forme élémentaire prismatique, mais la disposition celluleuse qu'ont retrouvée M. Nasmyth et M. Richard Owen sans connaître l'observation d'Eustachi leur avait complétement échappé. Avant Eustachi encore, les anatomistes ne s'occupaient que de la partie solide des dents. Les idées singulières de Platon, d'Aristote et de Galien sur leur origine étaient débattues parmi les physiologistes. Diemerbroeck eut la pensée de faire naître les dents de la seconde dentition des racines de ceux de la première. Eustachi réfuta cette erreur, et il établit d'après des recherches positives les bases de cette partie si intéressante de l'ambryogénie humaine. Rau, disciple de Haller, s'empara de l'idée d'Eustachi, et ses recherches le conduisirent à admettre que le bulbe dentaire est composé de deux membranes, une d'enveloppe décrite d'abord par Malpighi, et une seconde de composition qui, par ses duplicatures, constitue la base du bulbe et le rudiment de la dent. Il admet ensuite dans les mailles de cette dernière des glandes vésiculeuses abondamment pourvues de vaisseaux sanguins, lesquelles secrètent la matière dentaire comme les glandes de la membrane de Schneider sécrètent les mucus des sinus maxillaires et ethmoïdaux. Hunter fait sécréter la dent par la surface même du germe. par cette supposition, il rendit parfaitement compte de l'emboîtement du bulbe dans la coque de la dent, mais il détourna les esprits du travail de composition qui s'exécute dans son tissu même et contribua à établir, ainsi que Maxe et Fox, l'opinion que les dents sont des corps inorganiques, opinion que Bichat et M. Cuvier ont sanctionnée ensuite du poids de leur autorité. C'est, dit M. Serres, en partie pour modifier cette idée généralement reçue que, dans un ouvrage publié en 1817, je me suis étendu si longuement sur la structure du bulbe, sur la disposition que présentent les vaisseaux sanguins dans son intérieur, et j'ai décrit avec soin une nouvelle espèce de glandes, que M. Meckel considéra comme un état pathologique et que viennent de retrouver MM. Purkinje et Frankel. C'est dans la même vue que je m'efforçai plus tard de montrer dans les lois de l'ostéogénie (1819) que le système dentaire est soumis aux mêmes règles de développement que les os. Enfin, dans les recherches de M. Flourens sur le développement des os, ainsi que dans celles de M. Duvernoy, on voit que ces deux anatomistes s'écartent entièrement de l'opinion qui considérait le système dentaire comme un tissu inorganique.

Ce qui a frappé vos commissaires, ajoute M. Serres, dans le travail de M. Nasmyth, c'est la suite, la liaison que cet anatomiste s'est efforcé d'établir entre la structure microscopique de l'ivoire, celle de l'émail et du bulbe : après avoir reconnu la disposition celluleuse ou aréolaire dans les deux premières parties, il a voulu la retrouver dans la troisième, et il l'a retrouvée; en effet sur toutes ses préparations, l'état aréolaire est manifeste; sur plusieurs il prend un aspect réticulé et sur quelques-unes les aréoles se rapprochent de la disposition que M. Nasmyth nomme vésiculeuse. Sur une autre préparation, une pellicule ossifiée très mince est adhérente à la pulpe, et de plus on voit la réticulation de la pulpe se reproduisant sur une lame ossifiée. D'autres préparations montrent l'aréolité de la pulpe; non seulement les commissaires les ont reproduites avec succès, mais de plus ils ont constaté à l'état frais la granulation des aréoles signalée par Richard Owen. De plus encore, en laissant sécher la préparation sur le porte objet du microscope, ils ont vu ces granulations qui donnent à la pulpe l'aspect de l'écorce d'orange s'affaisser peu à peu par l'évaporation du liquide et se transformer en aréoles. Cette transformation réduit presque à rien le tissu de la pulpe, ce qui, d'une part, confirme les belles expériences de M. Chevreuil sur la proportion considérable d'eau qui entre dans les tissus élémentaires des animaux, et sert, de l'autre, à différencier la pulpe dentaire des cartilages d'ossification avec lesquels quelques anatomistes croient encore devoir la confondre. Les injections des bulbes soit chez le fœtus, soit chez les jeunes enfans, que M. Nasmyth a soumises à l'examen de la commission, sont, dit M. le rapporteur, les plus belles et les plus riches qu'ils aient vues; mais il est à regretter que M. Nasmyth n'ait pas sanctionné par ses propres expériences la vascularité ou tout au moins la canaliculisation du tissu osseux des dents. Les préparations de M. Nasmyth, destinées à démontrer la disposition celluleuse de l'ivoire, de l'émail et de la pulpe sont évidemment une répétition de celles de M. Retzius, quoique M. Nasmyth ne le dise pas. On sait, en effet, que c'est d'après des préparations analogues que le célèbre anatomiste de Stockholm a fait sur la structure microscopique de l'ivoire des observations remplies d'intérêt, on sait en particulier qu'en suivant les ramifications des tubules qui les composent d'après lui, il les a vus donner naissance à des cellules. Anatomiquement et chimiquement, la couche d'émail qui revêt la couronne des dents est parfaitement connue; mais on se demande encore d'où provient cette substance. En considérant les dents avec Hunter, comme un produit sécrété par la surface externe du bulbe, nous sommes presque portés à établir que l'émail est formé et déposé sur la couronne par la membrane qui l'enveloppe, assertion à laquelle les dernières recherches de M. Duvernoy sur les dents des musaraignes donnent un si haut degré de probabilité. Mais la commission n'a jamais pu observer cette membrane que M. Nasmyth avait d'abord admise sans avoir fait pourtant des recherches spéciales sur son existence.

A notre connaissance, dit M. Serres, jamais on n'a exécuté un ensemble de préparations plus parfaites que celles que M. Nasmyth a soumises à l'examen de la commission, et l'étude approfondie qu'elle en a faite en la comparant aux dessins qui ont été publiés depuis Malpighi et Leuwenhoeck jusqu'à MM. Retzius et Richard Owen, et ceux que nous mettons nous-mêmes sous les yeux de l'Académie nous permettent d'ajouter qu'elles renferment l'histoire microscopique presque complète du système dentaire des mammifères, depuis la structure de la pulpe jusqu'à celle de l'ivoire et de l'émail.

D'après ces considérations, et en ayant égard aux restrictions contenues dans le rapport, la commission a l'honneur de proposer à l'Académie de donner son approbation au travail de M. Nasmyth ; elle en eût même demandé l'insertion dans le recueil des savans étrangers, si l'auteur n'avait l'intention de les publier très prochainement.

M. Flourens : Je crois avoir entendu M. Serres dire, dans son savant rapport, dont j'adopte entièrement les conclusions, qu'il n'avait pas constaté sur les préparations de M. Nasmyth la présence de la membrane émaillante. Dans un ouvrage que j'ai publié récemment, j'ai décrit cette membrane, qui est constante dans les dents des herbivores; mais chez les carnivores son existence, quoique probable, est difficile à découvrir.

M. Serres : J'ai dit que M. Nasmyth avait décrit la membrane émaillante, et qu'invité par la commission à l'aider dans ses recherches pour vérifier ce fait, il n'avait pu lui montrer que quelques lambeaux de cette membrane.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

TEMPÉRATURE ET MALADIES DE LA FLORIDE.

M. Isidore Geoffroy-St-Hilaire fait un rapport sur un travail de M. de Castelnau, relatif à la Floride.

Dans un chapitre de son travail, M. de Castelnau traite de la température, du climat et des maladies de la Floride.

Relativement à la température, les résultats généraux que donne l'auteur sont, comme il a soin de le faire remarquer, non pas deduits de ses propres observations, quoiqu'il en ait fait quelques unes, mais empruntés à un rapport officiel soumis au congrès de mars 1838. D'après ce document, la température moyenne avait été dans l'île de Key West, pour l'année 1836, de 24° 5 centigrades environ. Pendant les mois de juillet et d'août, la température s'est élevée, en moyenne, à 28°, et le maximum qui a eu lieu en août a été de 32°. En décembre et en février, la moyenne a dépassé 21°, et en janvier, elle s'est tenue entre 20 et 21°. La plus basse température observée, et c'était en janvier, est 6° 7. Tels ont été, en 1836, d'après les observations de Key West, les moyennes et les extrêmes de température; on ne doit d'ailleurs pas considérer le nombre qui exprime la moyenne pour une période plus longue, par exemple pour la période biennale comprenant les années 1835 et 1836. En 1835, année néfaste parmi les planteurs de la Floride, non seulement le thermomètre est descendu à zéro; mais il a été plus bas encore, puisque les orangers, qui font l'une des richesses du pays ont été gelés et détruits. En 1839, le thermomètre est descendu à 0; en 1838, à 2° 8. Ces faits, antérieurs au séjour de M. de Castelnau en Amérique, sont empruntés par lui à divers documens; mais l'auteur rapporte, d'après ses propres observations, qu'il a gelé durant une nuit de décembre, bien que M. de Castelnau ait toujours vu, dans le cours de ce mois, le thermomètre se soutenir le jour au-dessus de 10°.

On conçoit pourquoi chaque hiver la Floride devient le refuge d'un grand nombre de malades des états du nord. Les phthisiques surtout viennent fréquemment s'établir à St-Augustin dans la Floride de l'est, à Pensacola dans la Floride de l'ouest et dans quelques autres localités.

Ces deux villes méritent-elles en toute saison la réputation de salubrité dont elles jouissent? M. de Castelnau ne tranche pas cette question dont la solution revient de droit aux médecins du pays. Mais en laissant de côté ces localités, qui n'appartiennent point à la Floride centrale, il n'hésite pas à se prononcer contre la salubrité de celle-ci. Les preuves sur lesquelles il s'appuie, et qui sont déduites de documens authentiques, ne paraissent que trop concluantes. D'après les rapports officiels du chirurgien en chef de l'armée et de plusieurs autres médecins, la mortalité a été, dans l'armée, en 1836, de 11,4 pour 100; en 1837, de 8,9; en 1838 et 1839, de 4.7. Il est à remarquer que la mortalité a été, en 1836 et en 1837, proportionnellement beaucoup plus grande parmi les officiers; elle est exprimée en effet, pour eux, par les nombres 13 3 et 11,8, au lieu de 11,4 et 6,9, qui, comme il vient d'être dit, représentent la mortalité pour toute l'armée, sans distinction de grades.

Si l'on compare, ajoute M. de Castelnau, la mortalité entre le sud des Etats-Unis et les Etats du nord, en prenant la latitude de Washington pour limites, l'on trouvera que la moyenne de la mortalité est, dans le sud, de 5,3; dans le nord, de 2,8; et dans la Floride en particulier, de 6 1 pour 100. Il faut remarquer que cette proportion est énorme; celle de l'armée anglaise n'étant, à Ceylan, que de 4,8; à l'Ile-de-France, de 3,5; au cap de Bonne-Espérance, de 1,8; à Bombay, de 3,8; à Madras, de 5.2; et à la Nouvelle Hollande, de 1,4.

C'est durant la seconde moitié de l'année, décembre excepté, que sévissent les phlegmasies et fièvres endémiques dites bilieuses, causes de cette effroyable mortalité. Selon l'auteur, l'insalubrité du climat, loin de diminuer, tendrait sans cesse à s'accroître, par suite du système vicieux que l'on emploie pour le défrichement des terres, système qui consiste simplement à enlever une zône d'écorce sur le tronc de chaque arbre, et à l'abandonner ensuite à lui-même jusqu'à ce qu'il périsse et tombe. L'effet d'un tel système est nécessairement d'accumuler et de laisser en décomposition sur un sol humide une masse considérable de débris végétaux.

Les maladies endémiques, dont le retour est annuel, ne sont pas le seul fléau qui afflige la Floride, la fièvre jaune fait de fréquentes invasions sur les côtes. En 1821, St-Augustin; en 1822 et en 1839, Pensacola; en 1824 et en 1839, Key West, où l'épidémie sévit surtout avec une horrible intensité; en 1841, presque toute la Floride du milieu et la Floride de l'ouest furent ravagées par ce terrible fléau.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SEANCE EXTRAORDINAIRE DU 27 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. FOUQUIER.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA TÉNOTOMIE DES FLÉCHISSEURS DE LA MAIN ET DES DOIGTS.

M. VELPEAU : Très circonscrite, exactement limitée au début, la question qui s'agite en ce moment au sein de l'Académie a pris par degrés une importance qui semble devenir de plus en plus grande. Comme dans toutes les discussions de science ou même de pratique, chacun est entraîné presque à son insu à chercher des appuis dans les questions collatérales pour confirmer le fait principal qu'il veut défendre, ou pour détruire celui qu'il combat; il en résulte que ceux qui prennent part aux débats introduisent à dessein ou sans y faire attention des élémens nouveaux dans la discussion, de telle sorte que de très circonscrite qu'elle était au commencement, la question en litige finit souvent par embrasser une grande partie de la science. Aussi qu'avons-nous vu? L'un de nos collègues, M. Bouvier, ayant fait quelques expériences sur des chiens et remarqué que la section des tendons fléchisseurs des doigts était suivie d'adhérence sur ces animaux et abolissait de la sorte le mouvement des phalanges, est venu soutenir que, selon toute apparence, il en serait de même chez l'homme, et que par conséquent la ténotomie ne convenait point au poignet, à la paume de la main et aux doigts. D'un autre côté, M. Guérin, qui avait pratiqué la section des tendons fléchisseurs de la main sur l'homme, s'est présenté avec un certain nombre de faits, et nous a montré deux malades dans le but de prouver que M. Bouvier s'était trompé, que la ténotomie était applicable à la rétraction des doigts comme aux difformités des autres régions du corps.

Jusque-là, rien de plus net que la question; mais M. Guérin a cru devoir ajouter au premier problème quelques généralités sur l'étiologie des difformités, sur les indications de la ténotomie et sur la pratique de cette opération.

Un autre de nos collègues, ayant cru devoir partir de là pour rappeler les idées qui existent dans la science sur les différentes espèces de difformités en général, la discussion a fini par embrasser non plus la ténotomie de la main, mais bien les différentes questions relatives à la grande classe des difformités et à la ténotomie tout entière.

Ayant remarqué que M. Bouvier concluait trop rigoureusement de ses expériences sur les animaux à ce qu'il est permis d'espérer chez l'homme malade, tandis que M. Guérin affirmait trop positivement que la ténotomie des tendons fléchisseurs des doigts et de la main est une opération dépourvue d'inconvéniens, j'ai pensé un instant qu'en faisant disparaître l'exagération dans laquelle ils tombaient l'un et l'autre en sens inverse, je parviendrais à les ramener à la même opinion. Malheureusement il n'en a point été ainsi, et à cet égard il m'est arrivé, ce qui arrive si souvent quand on veut s'établir conciliateur d'intérêts opposés, c'est-à-dire que ces messieurs se sont tournés successivement contre moi, et qu'un autre de nos collègues a cru convenable de leur venir en aide; d'où il suit que j'ai reçu de tous côtés quelques blessures qu'on me permettra sans doute de cicatriser aujourd'hui.

Dans sa réplique à M. Bouvier, M. Guérin avait cité un certain nombre d'opérations pratiquées par lui sur les tendons fléchisseurs de la main et des doigts. De plus, il avait avancé (voir le compte rendu de la Gazette Médicale, p. 685) qu'il existe parmi les chirurgiens deux doctrines relatives à la ténotomie, l'une rationnelle, l'autre empirique. « Dans l'une, dit-il, on part de l'idée que le plus grand nombre des difformités articulaires sont le produit d'une seule et même cause..... de la rétraction musculaire », tandis que dans l'autre, les difformités sont le produit de causes diverses. Plus loin, M. Guérin ajoute : « Ainsi ramenées à une seule origine, toutes les difformités articulaires *qui ne sont pas le produit d'affections des os ou de violence extérieure*, sont donc les mêmes depuis les pieds jusqu'à la tête.... Pour cette doctrine, la ténotomie est destinée à suivre la rétraction dans tous les muscles où elle se présente. » Enfin, M. Guérin dit que « les principes de la ténotomie n'ont encore été régulièrement posés nulle part. »

Avant de passer à l'examen de la question fondamentale, j'ai déjà objecté que je ne comprenais pas l'intention de M. Guérin en établissant deux doctrines sur la ténotomie, et j'ajoutai que tous les chirurgiens qui coupent des tendons savent très bien que la rétraction musculaire est la cause de la difformité qu'ils cherchent à détruire. Je demandai ensuite quelques éclaircissemens afin de savoir si, chez ses malades, M. Guérin avait pris toutes les précautions nécessaires pour distinguer les brides sous-cutanées qui occasionnent si souvent la rétraction des doigts, des tendons proprement dits; puis, pour savoir si en soutenant que la section des tendons fléchisseurs est une bonne opération, il entendait faire une distinction selon qu'on la pratique au poignet, à la main et aux doigts, ou bien s'il en défendait l'efficacité d'une manière absolue.

A cela, M. Guérin n'a point jugé convenable de répondre, pour ce qui est de la ténotomie de la main, ni de la nature variée de la rétraction des doigts. Il s'est contenté de dire que la doctrine rationnelle lui appartient; que personne avant lui n'en avait eu la pensée, et que je me trouvais moi-même au nombre des chirurgiens qui se conforment aux principes de la doctrine empirique. Formulant ensuite ses prétentions, il les a résumées sous forme de quelques propositions. « Aucun des principes qui, dit-il, doivent assurer le succès complet de la ténotomie, c'est-à-dire une réunion véritable, une organisation régulière, une longueur suffisante du nouveau tendon avec conservation des mouvemens normaux, n'avait été mis en regard des résultats réalisés. Un autre principe qu'il m'a défié de montrer dans aucun écrit est le principe de la contraction physiologique volontaire; puis il a demandé pour lui la section des tendons du poignet, de la main et des doigts sur deux points différens des deux ordres de fléchisseurs.

M. Guérin avait également cru que je faisais partie de ceux qui avaient demandé une commission pour l'examen de ses malades. Je me bornerai à répondre que sur ce point M. Guérin avait mal entendu.

Maintenant que les termes de la question sont exactement posés, voici ce que j'ai à répondre.

Dans l'une de nos séances, M. Guérin a dit qu'il était heureux de voir ses doctrines attaquées, qu'il en résultait pour lui une occasion de les exposer plus clairement, de les faire ressortir aux yeux de tous. Je m'applaudis à mon tour de la circonstance qui me force à examiner ses prétentions sous ce point de vue. En effet, M. Guérin, qui s'occupe fructueusement de la ténotomie, a parlé si souvent depuis quelques années de ses doctrines, de ses principes à l'occasion de cette opération, que j'avais fini par croire avec une infinité d'autres qu'il avait là-dessus une doctrine, des principes tout particuliers; mais je dois l'avouer, sans savoir au juste en quoi consistaient sa doctrine et ses principes.

Partant de ce qu'il nous a dit, j'ai vu avec une sorte de surprise que M. Guérin entend les difformités et la ténotomie comme les autres chirurgiens, comme on l'entendait avant lui. C'est ce que je vais essayer de démontrer.

Dans sa doctrine, M. Guérin dit que « le plus grand nombre » des difformités articulaires tiennent à la rétraction musculaire. Or, je le demande, y a-t-il un chirurgien qui ait jamais nié que certaines difformités articulaires résultent de la rétraction des muscles? Que cette rétraction soit plus fréquente pour les uns que pour les autres, d'accord; mais une différence du plus au moins ne constitue pas, que je sache, un principe, une doctrine. M. Guérin n'a pas dit, n'a pas voulu dire que toutes les difformités articulaires fussent les mêmes, car il ajoute : « Les difformités qui ne sont pas le produit d'affections des os ou de violences extérieures, »

phrase forte incomplète d'ailleurs, ou fort obscure, ou tout-à-fait insignifiante, car elle revient à dire que les difformités par rétraction musculaire sont les seules qui résultent des raccourcissemens des muscles, ou bien elle en laisse une foule de côté, car il y a des difformités qui ne tiennent pas à une affection des os, à une violence extrême, et qui cependant sont étrangères à la rétraction des muscles, par exemple, les brides sous-cutanées, certaines altérations des ligamens. Quand je dis (MÉD.-OPÉR., tom I) que les difformités auxquelles la chirurgie peut remédier ont lieu : par altération de la peau, par altération de la couche sous-cutanée, par altération des tendons ou des muscles, par altération des ligamens, par altération des ligamens et des os, est-ce que je n'indique pas une doctrine plus complète et pour le moins aussi rationnelle que la sienne? M. Guérin dit que « la ténotomie est destinée à suivre la rétraction dans tous les muscles où elle se présente; » mais j'ai dit la même chose sous une foule de formes et dans nombre de chapitres différens. On trouva, par exemple, dans l'ouvrage que je viens de citer les quelques passages suivans : « Avant de se décider à la ténotomie, il faut s'être assuré que la difformité ne tient ni à une raideur articulaire, ni à des cicatrices, qu'elle dépend enfin, du moins en grande partie, du raccourcissement, de la raideur contre nature de quelques tendons ou de quelques muscles; et elle s'applique ou peut s'appliquer à tous les tendons et aux muscles qui ne sont séparés de la peau par aucun organe important. Elle a déjà été pratiquée aux orteils, autour du pied, au bas de la jambe, au jarret, aux doigts et au cou, nul doute qu'elle ne convînt également au poignet, au pli du bras et même à l'aisselle et au genou ...

» Certaines difformités de la jambe, du pied, de la main, de l'avant-bras et du cou peuvent trouver leur remède principal dans la section des tendons ou des aponévroses....

» A la main, la section du tendon malade offrirait toutes les chances de succès. »

Qu'on veuille bien y faire attention, et l'on verra si ce que M. Guérin appelle sa doctrine diffère de ces propositions, s'il a fait autre chose que mettre en œuvre ce que nous avions dit avant lui.

Voyons si, pour quelque région en particulier, M. Guérin a réellement une doctrine qui lui soit propre. Il dit : chaque variété, chaque accident de forme, chaque élément de direction vicieuse dont se compose l'ensemble du pied-bot, est le produit de la rétraction occupant les différens muscles de la jambe et du pied.

M. Guérin qui, pour me mettre en contradiction avec moi-même, vous a cité une phrase du compte-rendu d'une de nos séances d'il y a six ans, me fait dire que la section du tendon d'Achille est le meilleur remède du pied-bot, et que le pied-bot résulte de causes variées. Ici il y a deux rectifications à faire. Si M. Guérin veut soutenir que la déviation du pied, prise d'une manière absolue, ne reconnaît jamais qu'une seule et même cause, je ne prendrai pas la peine de le combattre. Dans le cas contraire, il est d'accord avec moi, et je ne vois pas le but de la citation. Et d'ailleurs, M. Guérin sait fort bien que le compte-rendu qu'il a cité n'a pas été rédigé par moi. J'ai dit que la section du tendon d'Achille était le meilleur remède du pied équin et non pas du pied-bot en général. S'il voulait connaître ma pensée, il lui aurait d'ailleurs été facile de la trouver dans ce que j'ai écrit moi-même sur la ténotomie. Il y aurait lu les passages suivans : « Le pied peut être dévié par le raccourcissement de plusieurs ordre de tendons, des peroniers, des jambiers, du tendon d'Achille, de l'aponévrose plantaire, etc... Il existe deux variétés du pied-équin, celle qui résulte d'une rétraction des muscles ou des aponévroses de la plante du pied, puis celle qui appartient au tendon d'Achille..... La rétraction de l'aponévrose plantaire et du muscle court fléchisseur des orteils en était la cause dans un cas.... Souvent aussi le pied équin se complique de varus ou de valgus; il importe d'autant plus de ne point oublier cette remarque que le nombre des tendons à diviser quand on veut remédier au pied-bot est toujours en raison des espèces ou de la combinaison des difformités qu'il s'agit de détruire... Le pied-bot varus exige assez souvent qu'on divise, outre le tendon d'Achille, les tendons du jambier antérieur, du jambier postérieur ou ceux des muscles long extenseur et long fléchisseur des orteils. »

Il me semble que la doctrine exposée dans ces passages, et une infinité d'autres que je me dispenserai de rappeler ici, doctrine que j'ai discutée beaucoup plus en détail en 1840, dans une série de leçons, à l'hôpital de la Charité, se fonde d'une manière assez claire sur la rétraction musculaire quand il s'agit de pratiquer la ténotomie pour remédier aux difformités, et que j'ai eu quelque raison de repousser les prétentions de M. Guérin.

Maintenant je dois, avec la permission de l'Académie, me disculper d'une contradiction apparente où M. Guérin a semblé vouloir me mettre, en rappelant que dans ma MÉDECINE OPÉRATOIRE je lui accorde ce qu'il demande aujourd'hui. En effet, on trouve un passage de mon livre ainsi conçu : « L'histoire de cette opération (ténotomie) appliquée au traitement du pied-bot comprend d'ailleurs deux périodes : dans la première, on s'était borné à faire empiriquement la section du tendon d'Achille; dans la seconde, l'opération a été étendue à tous les tendons de la jambe et du pied. C'est à M. J. Guérin que l'on doit cette généralisation. » (P. 28, t. 1, APPENDICE.)

Il semblerait donc que j'accordais alors à M. Guérin ce qu'il demande et ce que je lui refuse aujourd'hui, c'est-à-dire une doctrine rationnelle établie par lui, tandis que les doctrines antérieures étaient purement empiriques. Il m'en coûte quelque peu, je l'avoue, d'expliquer ici ce passage; mais on me pardonnera, j'espère, cette petite indiscrétion, en se rappelant que j'y suis réellement forcé par M. Guérin lui-même.

Mon TRAITÉ DE MÉDECINE OPÉRATOIRE, comprenant quatre forts volumes, n'a pas pu, on le devine, être imprimé en deux jours. Le premier volume était terminé près de dix-huit mois avant qu'il me fût possible de faire paraître le quatrième. Cependant l'ouvrage entier fut livré au public en 1839. J'en tirai un article sur la ténotomie, et je le donnai au rédacteur du journal L'ESCULAPE. Là, j'eus soin d'indiquer que le fond de mon article était imprimé depuis plus d'un an. (ESCULAPE, n° 2, juin 1839.) M. Guérin, ayant lu cet article, s'en plaignit à moi et s'efforça de me montrer que je ne lui avais pas accordé dans cette question tout ce qui lui appartenait légitimement. Désireux de rendre justice à tout le monde, et ne comprenant pas bien la nature de cette réclamation, ce que M. Guérin entendait par ses doctrines ou par ses principes, je l'engageai à rédiger une note qui les représentât nettement, en lui disant que je pourrais insérer cette note en tête de mon premier volume, où j'avais d'ailleurs l'intention de placer, sous forme d'avertissement, d'autres faits omis ou établis depuis le commencement de mon travail. Or, c'est précisément cette note que M. Guérin vous a lue l'autre jour. Il est donc évident que c'est lui qui parle ici et non pas moi, et qu'il n'est pas très généreux de sa part de m'imposer ses propres paroles pour les mettre en opposition avec ma véritable pensée. Il est vrai que je les donne comme miennes dans ce passage; mais, outre qu'en les comparant à ce qui se trouve dans le reste du livre, il est aisé de voir qu'elles viennent d'une autre source; j'ajouterai que, depuis le moment où je les acceptai sans trop les comprendre, je me suis livré à des recherches qui m'en ont démontré de plus en plus le peu de fondement.

Ainsi, on le voit, M. Guérin n'a point de doctrines à lui, ou ce qu'il appelle ses doctrines sont les nôtres, sont celles qu'il a empruntées, comme nous, au domaine commun de la science. Passons à ses principes.

« Les principes de la ténotomie n'avaient, dit M. Guérin, été posés nulle part. » J'ai dit que là-dessus il se trompait et je le prouve.

» Le procédé qui consiste, ai-je dit dans mon ouvrage, à ne faire qu'une ponction à la peau, et dans lequel on divise le tendon de la partie superficielle à la partie profonde, est celui qui mérite la préférence. En y associant une incision des tégumens parallèle à l'axe du tendon, en pratiquant cette incision avec la pointe d'une lancette, en conduisant par là et à plat le ténotome jusqu'à ce qu'il ait dépassé les limites de l'autre bord du tendon, en retournant dès lors le tranchant du ténotome dans le sens de la corde à diviser, on a une opération presque dépourvue de douleurs, etc., etc. (t. Ier, p. 543. »

» ..... Je regarde comme très important de pratiquer la ténotomie :

» 1° Par une ponction étroite de la peau;

» 2° De couper aussi complètement que possible le tendon en ayant soin de ménager la gaîne;

» 3° D'éviter avec précaution les vaisseaux;

» 4° De redresser sur le-champ la partie, s'il n'est pas nécessaire de solliciter un écartement de plus d'un pouce et demi;

» 5° D'augmenter ensuite peu à peu cet écartement après le dixième ou le quinzième jour;

» 6° D'appliquer immédiatement un bandage, etc;

» 7° De modérer avec l'appareil...;

» 8° D'en venir ensuite par degrés à des mouvemens... » (P. 549.)

Que M. Guérin combatte de tels principes, les trouve mauvais, il en a le droit, sans doute; mais encore est-il que ce sont des règles exposées, imprimées, qui ont cours dans la pratique commune, et qui lui ôtent le droit de dire ce que je lui ai reproché. Et qu'entend-il par ses principes à lui? Cette réunion, cette organisation, cette longueur, ces mouvemens conservés mis en regard des résultats réalisés, constituent un exposé d'une obscurité profonde, dans lequel il m'a été absolument impossible de deviner ce que prétend dire M. Guérin. Sur quoi se fonde-t-il pour avancer qu'un chirurgien quelconque ait jamais pratiqué la ténotomie sans avoir en vue la réunion, le rétablissement de la longueur des mouvemens réguliers de l'organe divisé? Ceci ne ressemble-t-il pas à ces phrases dont on s'enveloppe, afin d'en tirer selon le besoin tout ce qu'on voudra y avoir placé?

M. Guérin m'a défié de lui montrer le principe de la contraction physiologique volontaire dans aucun écrit, comme moyen de favoriser la ténotomie. De sa part, ce défi m'a paru étrange. Il est, du reste, présenté sous la forme vague et obscure qu'affecte si volontiers M. Guérin dans ses formules. Qu'entend-il, en effet, par contraction physiologique volontaire à propos de ténotomie? S'il veut dire que dans tous les cas, c'est le malade qui doit raidir le tendon à diviser, le principe est mauvais, est inapplicable même, attendu qu'une foule de malades s'occupent de toute autre chose pendant l'opération, et malgré les injonctions du chirurgien, que de raidir le tendon à couper. S'il veut simplement dire que par la volonté du malade, par l'action du chirurgien ou par un moyen quelconque, il faut augmenter la raideur et la saillie du tendon, c'est un principe qui appartient à tout le monde, qu'on appliquerait même malgré soi, car sans lui personne ne pourrait pratiquer la ténotomie. M. Guérin dit que cette indication n'est donnée nulle part. Il est malheureux qu'il n'ait point songé à la chercher dans le livre où il me défie de la trouver, car elle y existe en vingt endroits différens. Ainsi, dans ma description générale, je m'exprime de la sorte : « Quand le ténotome est glissé sous la peau, on fait tendre aussitôt le tendon pour qu'il se laisse trancher par le bistouri. » (Page 543.) A propos des muscles du cou : « S'il est bon de relâcher un peu le muscle pendant qu'on fait glisser l'instrument au-dessous de la peau, il convient de le tendre et de le redresser au moment de la section du tendon lui-même. » — Au jarret, je dis : « Après avoir conduit l'instrument jusque sur le côté opposé du tendon à diviser, j'engage l'aide à tendre avec une certaine force la jambe du malade. » — Pour le pied équin, je dis : « C'est alors qu'il devient utile d'abaisser le talon du malade. On donne de cette façon une raideur telle au tendon que la section s'en opère en quelque sorte d'elle-même. » — Au coudepied, je dis : « Les tendons sont alors d'autant plus éloignés de l'artère que la rétraction est plus considérable. » — Au pli du bras, « on augmente alors la raideur du muscle en essayant d'allonger l'avant-bras. » — A la main, » la règle veut qu'on incise le tendon sur sa portion la plus saillante. » — Au poignet, « on opérerait sans danger la section des radiaux, du court extenseur, du long abducteur du pouce, malgré le voisinage de l'artère radiale, en ayant soin, le bistouri étant introduit sous la peau, de porter fortement le pouce dans l'extension et l'abduction. » — Pour les radiaux, « il vaudrait mieux que

la main, un peu renversée en arrière, fût complètement fermée. On devrait en outre, dans ces deux cas, forcer les tendons à se diviser en quelque sorte d'eux-mêmes contre l'instrument. » — Pour les fléchisseurs, « on coupe les tendons en les faisant écarter le plus possible de l'os. Le tendon rétracté étant assez fortement soulevé, permet de le couper sans atteindre les branches de l'arcade palmaire superficielle. »

Enfin, en cas que M. Guérin tienne à sa contraction physiologique volontaire, j'ajoute pour le poignet : « A l'aide de certains mouvemens, on rend le tendon du petit palmaire ou du grand palmaire tellement saillant, qu'il n'y aurait ni risque, ni difficulté à le trancher. »

Est-il clair maintenant ? ces détails prouvent-ils d'une manière assez péremptoire que M. Guérin s'est fait illusion dans toutes ses prétentions ? Aura-t-il la générosité de comprendre que, dans tout ce qu'il nous a dit de la ténotomie, il n'y a rien qui lui appartienne en propre ; que les doctrines, les principes qu'il réclame, sont les doctrines et les principes de tout le monde, puisés par lui dans nos traités de chirurgie.

Examinons maintenant la question purement académique et sous le point de vue pratique.

Dans son appréciation des expériences invoquées par M. Bouvier, M. Guérin s'est efforcé de montrer que les résultats obtenus par son antagoniste résultaient de sa manière d'opérer, et étaient la conséquence de la doctrine empirique dont il se fait un des partisans. Maintenant qu'il est évident pour tout le monde que les méthodes de M. Guérin sont les mêmes que celles de tous les chirurgiens, nous serons forcés d'admettre que les résultats de sa pratique tiennent à autre chose qu'à ce qu'il a dit, si toutefois ils diffèrent réellement des résultats obtenus par ses confrères. Il était donc utile de voir si la pratique de M. Guérin a effectivement été plus heureuse que la nôtre.

Or, en analysant, en groupant les faits invoqués par lui, j'ai trouvé qu'il avait pratiqué trente-quatre fois la section des tendons fléchisseurs sur le devant des doigts et dans la paume de la main, et que seize fois sur ce nombre total l'opération avait, de son propre aveu, ou complètement échoué, ou laissé notablement à désirer. D'où il suit, qu'à prendre ces faits tels que M. Guérin les donne, la ténotomie à la face palmaire de la main est loin de posséder la même efficacité que dans les autres régions du corps.

Si maintenant, au lieu d'accepter ces résultats sans contrôle, on admet ce qu'est venu nous en dire M. Bouvier, n'est-il pas permis de croire qu'entre les mains de M. Guérin la ténotomie a échoué au moins dans la grande moitié des cas, lorsqu'il s'est agi des tendons fléchisseurs des doigts ? Cette remarque me ramène aux éclaircissemens que j'avais demandés sous le point de vue de la ténotomie appliquée aux diverses régions du membre.

Puisque ces Messieurs n'ont pas jugé convenable de répondre à mes interpellations, il ne sera peut-être pas sans quelqu'intérêt de rappeler en ce moment ce que j'ai essayé d'établir sous ce rapport dans mes leçons publiques en 1840.

Pour que la section des tendons ait toutes les chances possibles de succès, il convient de l'appliquer à ceux d'entre ces organes qui sont entourés d'un tissu cellulaire abondant. S'il est vrai que la reproduction d'un tendon divisé se fasse comme je l'ai établi, c'est-à-dire à l'aide de la gaîne celluleuse, des lamelles, des filamens, des couches cellulo-vasculaires qui servent, pour ainsi dire, d'atmosphère à l'organe divisé, que tous ces tissus s'imbibant d'abord de liquide, devenant le siége d'un afflux anormal, s'épaississent, se rapprochent, se vascularisent pour se confondre, se durcir et se solidifier peu à peu, il est facile de comprendre, là où la ténotomie sera très efficace, là où elle le sera moins, là où elle ne le sera pas du tout. Des expériences multipliées sur les animaux et des observations variées sur l'homme ne me permettent pas d'en douter aujourd'hui, et je ne crains pas de mettre cette doctrine en opposition avec celle de M. Ascher, de M. Held ou de M. Duval que M. Guérin nous a présentée l'autre jour comme de lui, et dans laquelle la reproduction du tendon résultera d'un épanchement de lymphe plastique pure et mêlée d'un peu de sang. Dans cette opinion, en effet, on ne fait pas attention sans doute que partout où la matière plastique s'épanche, elle doit contracter des adhérences avec quelque chose, que dans les coulisses fibro-synoviales des doigts, les bouts du tendon perdus dans cette matière nécessairement adhérente à des parties inflexibles n'auraient plus de rapports l'un avec l'autre Si M. Guérin pense mettre en rapport les deux bouts du tendon divisé par la flexion du doigt, afin d'en obtenir la réunion par contact, il se trompe évidemment. Cela est le plus souvent impossible et serait d'ailleurs nuisible dans la plus part des cas Du reste, je ferai ici, comme M. Guérin, je prendrai mes réserves et j'attendrai de nouveaux détails de sa part avant de lui répondre plus longuement.

D'après ma manière d'envisager la reproduction des tendons, j'ai pu dire *à priori* que partout où les tendons sont entourés de gaînes ou de couches soit purement celluleuses, soit fibro-celluleuses, la ténotomie offrait toutes les chances possibles de succès, et que dans les régions où les tendons ne sont entourés que de toiles synoviales ou de gaînes fibro-synoviales, cette opération perdrait beaucoup de son efficacité. Voyons où se trouvent ces conditions diverses.

Le tendon d'Achille est, sous ce rapport, évidemment le mieux disposé. Aussi est-il de tous les tendons celui qu'on a le plus souvent attaqué et qui est journellement coupé avec le plus d'avantages. Viennent ensuite les tendons du jarret, le tendon du biceps brachial, les deux branches du muscle sterno-mastoïdien, les tendons des muscles péroniers, des muscles jambiers, des extenseurs des orteils, au dessus et au dessous des malléoles.

Dans l'autre catégorie se trouvent les tendons du long fléchisseur des orteils à la pointe du pied, du jambier postérieur, du long fléchisseur du gros orteil, et des deux péroniers latéraux à leur passage derrière les malléoles, les fléchisseurs sublime et profond à la paume de la main, et plus particulièrement encore sur la face palmaire des phalanges. Dans la face palmaire de la main, en effet, il n'y a entre l'aponévrose et les muscles interosseux autour des tendons que des toiles synoviales, ou plutôt fibro-synoviales fort denses, fort peu vasculaires. Cependant, comme le voisinage des muscles lombricaux, des filamens qui traversent l'aponévrose palmaire, des muscles interosseux, peut fournir par la raréfaction de ces divers élémens une sorte de ruban nouveau allant d'un bout du tendon à l'autre, il y a lieu de croire que certains mouvemens des doigts se rétabliront après la section des tendons du fléchisseur ou du profond dans la paume de la main.

Sur le devant des phalanges, le succès est beaucoup plus problématique. La coulisse fibro-synoviale ou ostéo-fibreuse qui existe là, représente un étui formé en arrière par les phalanges elles-mêmes, et en avant par des fibres transversales ou longitudinales très serrées et complètement fibreuses. Comme l'intérieur de cette coulisse représente plutôt une simple surface synoviale qu'une membrane susceptible d'être isolée, il en résulte que le tendon une fois coupé ne trouve rien là qui puisse en rétablir la continuité, et que son action sur le doigt court grand risque d'être abolie.

Toutefois, cette remarque, qui s'applique également aux tendons du long abducteur et des deux extenseurs du pouce, plus aux deux radiaux externes à leur passage sur la tête du radius, ne me paraît point de nature à faire rejeter complètement la ténotomie de la main, comme semble le demander M. Bouvier.

Lorsque le tendon est coupé, il se retire à une certaine distance, mais cette distance n'est jamais très considérable, et il ne manque pas de contracter des adhérences avec les tissus qui se trouvent à sa portée. Si on a divisé le tendon du fléchisseur profond, je suppose, sur la seconde phalange, il s'arrêtera à quelque distance en arrière et finira par prendre quelque action sur cette même phalange ; le malade n'aura perdu de la sorte que les mouvemens de la phalange unguéale. Si c'est le tendon du fléchisseur sublime, les mouvemens du doigt seront encore moins diminués, car le fléchisseur profond, fortifié par les muscles lombricaux peut, à la rigueur, agir sur les trois phalanges. J'ajouterai que quelques brides collatérales persistent presque toujours après ces différentes sections sur l'un ou l'autre côté du tendon divisé, de manière à permettre au tendon qui reste une action plus ou moins marquée sur le doigt difforme.

M. Gerdy ayant nié que j'eusse pu couper le tendon du sublime sur la première phalange, m'oblige à revenir sur ce point en ce moment. De même que je refuse aux expériences de M. Bouvier une valeur absolue eu égard à l'homme, de même je repousse les analogies qu'on voudrait établir entre les essais sur une main à l'état normal et les opérations qu'on pratique sur une main difforme.

Quand les doigts sont rétractés, si le tendon du sublime est seul contracturé, il soulève, éraille, écarte insensiblement la coulisse qui l'enveloppe, s'éloigne ainsi de la phalange à laquelle il devient plus ou moins perpendiculaire, et abandonne complètement le fléchisseur profond qu'il emboîte à l'état normal. Celui-ci est d'ailleurs retenu au moyen d'une bride solide et par un artifice des plus ingénieux sur la face antérieure de la première phalange. Chez le malade que j'ai opéré, le doigt était si fortement rétracté qu'il appuyait par son extrémité contre la racine de l'éminence thénar, et le tendon du fléchisseur sublime formait là une corde si droite, si bien isolée, que la section n'en présenta pas la moindre difficulté. Quoi qu'en dise M. Gerdy, cette section du sublime serait aisée et offrirait quelques chances de succès de plus à la racine du doigt du côté de la paume de la main, que près de l'extrémité antérieure de la phalange. S'il m'a combattu sur ce point, c'est qu'il confond les simples gaînes avec les véritables coulisses fibro-synoviales.

Ainsi, les notions anatomiques avaient devancé toutes les expériences auxquelles on a pu se livrer, et elles montrent mieux, je crois, que des expériences sur les chiens et certaines observations incomplètes, ce qu'on peut espérer de la ténotomie dans les diverses régions du corps.

Pour ce qui est de la main, je dirai donc que sur le petit palmaire, le grand palmaire et le cubital antérieur, la ténotomie offre toutes les chances désirables de succès ; qu'il en est à peu près de même de tous les tendons extenseurs, hors le point où ils traversent les coulisses fibro-synoviales de la tête du radius ; que dans la paume de la main elle réussira encore fréquemment, quoique d'une manière moins complète, et que la face palmaire des doigts est la région qui lui offre le moins d'avantages. J'ajouterai cependant qu'elle peut encore rendre là quelques services à cause des circonstances indiquées précédemment. D'ailleurs, n'y a-t-il pas des cas où la difformité est telle que sa destruction doit passer avant tout ? Quand un doigt est collé dans la main, par exemple, il gêne non seulement parce qu'il ne serre point, mais encore parce qu'il empêche de pouvoir embrasser aucun instrument, aucun corps étranger, parce qu'il abolit les fonctions de la main tout entière. En redressant un doigt pareil, dût-il rester ensuite parfaitement immobile, on rendrait encore service au malade. Rien ne s'oppose, au surplus, à ce qu'on ne le redresse qu'aux trois quarts ou à demi, de manière à ce que, représentant un arc de cercle, il puisse à l'occasion soutenir, servir d'appui à quelque corps.

Si, comme j'en ai vu un exemple tout récemment encore chez un monsieur qui, depuis plusieurs années, est tourmenté par une rétraction très douloureuse des doigts de l'une des mains, si, dis-je, on pratique la ténotomie, on débarrassera certainement le malade d'un inconvénient qui peut aller jusqu'à rendre la vie à charge. Ce monsieur, que tourmente un tremblement presque continuel, qui paraît avoir la moelle épinière malade, a les doigts si vivement retirés, que deux d'entre eux lui ont ulcéré la paume de la main. N'est-il pas évident qu'il doit désirer avant tout qu'on le délivre de pareilles souffrances, quand même il serait impossible d'attaquer la cause de son tremblement général ? Et peut-on nier l'utilité de la ténotomie en semblable circonstance ?

Les remarques que j'ai faites à l'occasion des tendons de la main et qui s'appliquent en réalité aux divers tendons du pied entourés de toiles ou de coulisses synoviales, comportent cependant une modification importante sous le point de vue de la pratique.

Si on redoute tant le défaut de reproduction ou les adhérences contre nature des tendons fléchisseurs sublime et profond, c'est que, à la main et aux doigts, ce sont les mouvemens avec toutes leurs nuances, toute leur agilité, qui constituent la fonction essentielle des parties. Il n'en est plus de même au pied. Ce qu'il faut dans cette dernière partie, c'est la possibilité de pouvoir faire appuyer la plante du pied par toute sa longueur librement sur le sol; quand même les orteils resteraient immobiles, le malade en souffrirait peu; et on voit par là que la section du long fléchisseur des orteils, soit sur la face plantaire des phalanges, soit à la plante même du pied, soit dans la gouttière du calcanéum, ne devrait pas être négligée si une déviation quelconque du pied semblait la rendre nécessaire.

Ce que j'ai dit de ces dispositions anatomiques suffit après tout pour montrer comment elles doivent être entendues, et le parti qu'on en pourra tirer dans la pratique de la chirurgie.

Un autre point n'a pas été éclairci. J'avais demandé si chez les malades opérés on avait nettement distingué la rétraction des doigts par raccourcissement des muscles, de celle qui est produite par des brides sous-cutanées. Je ne doute pas que M. Guérin ne puisse exactement faire cette distinction; mais cependant j'aurais voulu la lui voir indiquer.

Avant Dupuytren, les tendons seuls étaient accusés de ces rétractions. Ce chirurgien a fait voir qu'elles dépendaient fréquemment au contraire de languettes endurcies de l'aponévrose palmaire. J'ai démontré depuis qu'elles étaient souvent dues à la formation de cordons sous-cutanés. Il y a des cas dans lesquels la distinction est assez embarrassante pour que des chirurgiens habiles hésitent à se prononcer. Un cas de cette espèce nous a été présenté par M. Bérard dans l'avant-dernière séance. Ce chirurgien avait conduit ici une jeune fille précisément parce qu'il n'osait dire si la rétraction était le produit d'une contracture tendineuse plutôt que d'une bride sous-cutanée. Ayant examiné la malade, j'ai moi-même hésité un instant, et j'ai eu besoin de mettre en jeu l'action des divers muscles pour m'assurer qu'il s'agissait d'une bride sous-cutanée et non pas d'un tendon rétracté.

Deux autres questions avaient besoin aussi de nouveaux éclaircissemens. M. Guérin nous a dit, j'ai cru du moins l'entendre ainsi, que par sa méthode les tendons se reproduisaient si vite, qu'au bout de deux ou trois jours ils pouvaient retrouver une partie de leur action. Il a même ajouté, si je ne me trompe, que chez un individu qui avait l'œil immobile par suite d'une opération de strabisme, il avait lui, M. Guérin, décollé le muscle anciennement divisé, pour le rétablir dans de nouveaux rapports avec l'œil, et qu'au bout de deux ou trois jours cet organe avait retrouvé tous ses mouvemens. Des assertions semblables ont quelque chose de tellement étrange, que je crains d'avoir mal entendu. Si M. Guérin a vu les mouvemens dont il parle, il est trop bon observateur pour s'être trompé, il s'en est certainement laissé imposer par quelques circonstances étrangères à sa supposition; ce n'est point, j'ose le dire de la manière la plus formelle, le produit nouveau établi entre les deux bouts du tendon ou du muscle divisé qui a pu provoquer les mouvemens signalés par notre collègue. Avant donc de traiter plus longuement ce sujet, j'attendrai d'autres détails.

Reste enfin la question des artralgies. M. Guérin nous a prévenu qu'à ses yeux la ténotomie pourrait rendre de très grands services pour les difformités par artralgie. J'avoue que je ne l'ai pas encore bien compris ici, et que j'ai retrouvé dans ce qu'il nous a dit sur ce point, le vague, l'obscurité où il semble si souvent se complaire. Qu'entend-il d'abord par *artralgie*, par difformités *artralgiques?* Ce sont celles, dit-il, qui se remarquent à la suite des coxalgies, etc. Mais la coxalgie, les chirurgiens proprement dits le savent, est une maladie grave de l'articulation coxo-fémorale, une maladie qui se complique d'altérations profondes de la capsule, des cartilages, des os, qui se termine par la mort, par l'ankylose ou par un déplacement irrémédiable de l'os de la cuisse. Est-ce ici que M. Guérin trouve des difformités artralgiques auxquelles il prétend appliquer la ténotomie? De plus, il n'y a de coxalgie possible qu'à la hanche; aux autres articulations, ces difformités artralgiques ne peuvent plus être la conséquence d'une coxalgie. Se méprenant sur ce nom, M. Guérin aurait-il entendu, par difformités artralgiques, celles qui suivent si souvent la maladie appelée *tumeur blanche* dans les autres articulations? Ici encore le mal peut être une carie, une nécrose, une affection tuberculeuse, une suppuration, etc., qui, si elles guérissent, amènent une ankylose vraie ou fausse, quand il en résulte une difformité. Si l'ankylose est vraie, la ténotomie n'y peut rien. S'il s'agit d'une ankylose fausse, il y a longtemps que les applications de la ténotomie ont été faites à ce genre de difformités. Encore une fois j'attendrai que M. Guérin ait parlé de nouveau sur ce point pour lui répondre.

En supposant qu'il veuille y revenir plus tard, j'ajouterai pour mon compte, et en me chargeant de toute la responsabilité de cette assertion, que la ténotomie est quelquefois un excellent moyen de favoriser la résolution de certaines arthropathies subaiguës ou chroniques. En voici un exemple remarquable.

Un jeune homme qui portait depuis dix-huit mois une arthropathie fongueuse de l'articulation tibio-tarsienne, et qui avait en même temps, et par suite de cette longue maladie, une rétraction du tendon d'Achille, n'est allé décidément mieux quelque médication qu'il eût subie d'ailleurs, qu'à partir du moment où je me suis décidé à lui pratiquer la ténotomie comme pour un pied-équin ordinaire. Nous reviendrons sur ce point si l'Académie le désire.

En me résumant, je me crois autorisé à conclure que les deux doctrines, rationnelle et empirique, sont de l'invention de M. Guérin; que notre collègue n'a point de doctrine qui lui appartienne; que les principes réclamés par lui font depuis longtemps partie du domaine de la science, et qu'on les trouve notamment exposés dans une foule de chapitres de ma MÉDECINE OPÉRATOIRE; que les expériences de M. Bouvier ne me paraissent pas absolument concluantes; que les faits présentés par M. Guérin n'ont pas la valeur qu'il leur attribue; que la ténotomie convient peu dans les coulisses fibro-synoviales lorsqu'on tient à conserver les mouvemens normaux des tendons à diviser; que, sous ce point de vue, la ténotomie est moins complètement efficace à la paume de la main, et surtout à la face palmaire des doigts que partout ailleurs; qu'elle doit cependant être conservée dans ces régions pour certains cas particuliers.

J'ajouterai que l'évolution des sections sous-cutanées doit être établie comme il suit : J. Hunter, qui divisait le tendon d'Achille, sur des chiens, à l'aide d'une aiguille à cataracte glissée sous la peau, en est véritablement le point de départ; que Bell, qui conseille de diviser les ligamens latéraux des doigts avec une aiguille en fer de lance, par une ponction de la peau, pour favoriser la réduction de certaines luxations des phalanges, vient ensuite. A. Cooper, qui divise les brides sous cutanées de la main, se présente en troisième lieu. M. Brodie, opérant la section des veines variqueuses sous la peau, par une simple ponction, prend la quatrième place. Arrive Dupuytren, qui applique ce procédé au muscle sterno-mastoïdien dès 1822; puis M. Stromeyer, qui la transporte au tendon d'Achille. Dès-lors tout le monde s'en empare, et la ténotomie, entre les mains de MM. Dieffenbach, Duval, Stœss, Bouvier, J. Guérin et les chirurgiens proprement dits passe rapidement à tous les autres tendons susceptibles de rétraction. Là s'en tiendra l'histoire, en dépit des rivalités, des intérêts personnels de chaque prétendant.

M. GERDY : Depuis que j'ai eu l'honneur de parler devant l'Académie dans cette discussion, MM. Guérin, Bouvier et Velpeau ont été successivement entendus.

1° M. Bouvier a prouvé par de nouvelles observations sur Clémence Delamain et sur la petite Clémentine Mouchy, qui a aujourd'hui plus de vingt-quatre mouvemens de moins dans la main, que l'une n'avait pas retiré plus d'avantages que l'autre de la ténotomie. Il a en outre confirmé mes expériences sur la ligature simultanée des fléchisseurs. Il en résulte que leur adhérence ne supprime pas leur action, comme il l'avait dit d'abord, et qu'elle ne la supprime qu'en partie comme je l'ai avancé.

2° M. Guérin se plaint, dans son second discours, que j'ai élargi la base de la discussion; mais je n'ai fait que le suivre dans la voie qu'il avait ouverte. A l'entendre, je l'ai personnellement mis en cause et j'ai dressé contre sa théorie, sa pratique et contre lui même un acte d'accusation. Si j'ai combattu les opinions de M. Guérin beaucoup plus long-temps et plus vivement que celles de MM. Bouvier et Velpeau, c'est qu'il y avait entre ses opinions et les miennes des dissidences bien plus nombreuses et plus profondes. En cela M. Guérin se fait bien mal à propos martyr de mes violences. Ce n'est point moi qui ai dit que sa pratique était téméraire c'est lui-même à la page 685 de sa GAZETTE, et voici ses paroles : « L'ardeur du progrès de l'une (de la doctrine qui suit) peut conduire à des tentatives *téméraires*, à des résultats hasardeux. L'excès de prudence de l'autre est susceptible d'arrêter le progrès, de le faire rétrograder même. » J'avoue que pour mon compte je ne me charge pas d'expliquer ce que c'est qu'un progrès qui rétrograde. Il faut croire que l'auteur en fait de cette espèce, puisqu'il en parle.

Je n'ai pas dit non plus que sa pratique fût absurde, ni qu'il ne sût pas ce qu'il voulait dire. Je le répète, M. Guérin fait le martyr, et cependant il prétend qu'il est très content de tout cela. Alors s'il est content de quoi se plaint-il?

Il a mis lui-même, dit-il, dans la science ce que j'ai voulu lui apprendre. Que M. Guérin se rassure, je n'ai pas la moindre prétention d'être son maître! et si je le prouve, ajoute-t-il, M. Gerdy aura manqué de gravité et de prudence. — C'est à la fin de la discussion qu'on verra qui en aura manqué. — D'ailleurs, M. Gerdy, continue-t-il, est homme à prendre sa revanche; mais, pour prendre sa revanche, il faut avoir été battu, et si jusqu'à présent M. Guérin se montre satisfait de lui-même, il faut avouer qu'il se contente de peu.

Après tant de plaintes sans fondement, et bien peu conséquentes avec la joie et l'air de triomphe qu'il affecte, M. Guérin, après y avoir consacré un quart de son discours, aborde enfin la discussion, et d'abord il confond ensemble toutes les objections de MM. Bouvier, Velpeau et les miennes sous prétexte « de faire marcher en même temps tous les points de la discussion. » Si je voulais embrouiller une discussion pour dissimuler ma faiblesse, je ne suivrais pas d'autre marche; mais comme j'aime la vérité, la méthode et la clarté, j'en aurais adopté une toute différente.

Dès le premier pas, M. Guérin se débarrasse des objections générales qu'il a provoquées lui-même, puisque c'est lui qui a engagé la discussion sur les expériences de M. Bouvier, qui en a élargi la base, et il les renvoie à des discussions à venir, quand il plaira à l'Académie. — Premier refus de répondre aux objections.

Pour prouver que MM. Bouvier, Velpeau et moi sommes des empiriques, il nous reproche de n'avoir coupé que le tendon d'Achille dans le pied-bot. M. Velpeau vient tout-à-l'heure de lui montrer le contraire pour lui-même. Quant à moi, j'ai déjà dit que j'ai pour principe de couper successivement, à diverses époques, les divers tendons rétractés, suivant que les premières sections me paraissent insuffisantes; ce n'est qu'alors que j'en fais de nouvelles. Certes, je l'avoue, je préfère de beaucoup cette méthode à celle de M. Guérin, qui consiste à pratiquer à l'aventure jusqu'à vingt sections dans une demi-heure, sans savoir d'avance ce qu'il suffit de couper pour obtenir un succès complet. Par la méthode de M. Guérin on s'expose à faire beaucoup de sections inutiles; par celle que j'adopte on les épargne au malade, et l'on obtient quelquefois les plus beaux succès au moyen d'une ou deux sections, comme cela m'est arrivé sur le jeune tailleur dont j'ai parlé dans mon premier discours. Je maintiens donc que cette méthode est au moins plus rationnelle que celle de M. Guérin.

Si, maintenant, je voulais épiloguer, je dirais que l'élévation du talon dans le pied-bot n'est pas seulement, comme le dit M. Guérin, le produit de la rétrac-

tion des jumeaux, puisque le plantaire grêle et le soleaire, qui à lui seul est plus fort que les jumeaux réunis, se rendent aussi au tendon d'Achille; je dirais que je ne sais pas ce que c'est que le muscle *plantaire interne* qui courbe le bord interne du pied en dedans; qu'il y a bien un nerf plantaire interne, et que c'est une grande erreur de prendre ce nerf pour un muscle.

Suivant M. Guérin, sa doctrine serait plus facile encore à établir pour les autres difformités articulaires de même nature, et M. Gerdy qui n'a pas eu le temps de se mettre au courant de la matière, sollicitera certainement les développemens qui pourront compléter ses lumières sur ce point. — C'est là un second refus de la part de M. Guérin, de soutenir aujourd'hui ses assertions générales, et je regrette qu'il n'ait pas immédiatement complété mes lumières s'il en a la puissance. D'après ce que je viens de lui dire à l'occasion des jumeaux et du plantaire interne, il doit voir que je suis plus charitable, que je ne me fais pas prier et ne le fais pas attendre pour compléter ses lumières. Il peut même compter sur ma bonne volonté et sur mon zèle pour des services analogues, lorsqu'il m'en fournira l'occasion.

Quant à la cicatrisation des tendons, il ne peut exposer ici toutes les preuves de sa théorie; il renvoie donc ses adversaires à une autre discussion, qu'ils devront provoquer; — troisième refus de prouver ses assertions. — Mais pourquoi ne pas profiter de celle-ci qui n'a pas d'autre but? il faut croire que M. Guérin a ses raisons pour cela. Comptons donc: pour la troisième fois de sa part refus de prouver ses assertions.

Quant aux principes de l'opération de la ténotomie, si les honorables collègues veulent bien provoquer une discussion approfondie sur ce sujet, il est en mesure de démontrer « qu'aucun des principes qui doivent assurer le succès complet de la ténotomie, n'avait été mis en regard des résultats à réaliser, ni considéré dans sa véritable signification. » (GAZ. MÉD., 1842, p. 734.) — Quatrième refus de démonstration.

Vous le voyez, c'est toujours le même système de défense; l'auteur fuit toujours; il n'y a pas moyen de l'amener à discuter aujourd'hui, il veut que l'on provoque un jour à venir, je ne sais quand, une autre discussion. Et non seulement il fuit, mais il s'enveloppe d'un nuage pour dissimuler sa fuite. Que veut-il dire, en effet, par ces principes qui n'ont pas été mis en regard des résultats à réaliser, ni considérés dans leur signification? Pour moi, je l'avoue, je n'y comprends rien, et je n'ai pas de réponse à une objection aussi nébuleuse.

Tout en fuyant, M. Guérin lance un défi à ses adversaires. « Montrez-moi, dit-il, le principe de la contraction physiologique volontaire, comme moyen de faciliter la tension des tendons?... Ce principe est si important, que sans son secours il est impossible de diviser les tendons et les muscles. » Si cela est impossible, comme on a divisé des tendons avant que l'art possédât M. Guérin, le principe a donc été découvert avant lui?

Montrez-nous donc imprimé qu'il faut ouvrir la bouche pour manger, dilater la poitrine pour respirer, tendre la peau pour raser les poils de sa surface, tendre une corde, une étoffe pour la couper avec facilité?

Vous ne te montrerez pas, Monsieur, parce que ce sont là des vérités que la moindre expérience révèle à tous les esprits, des vérités trop simples pour que l'on croie devoir les écrire, parce que ce sont, il faut bien le dire, des vérités de M. de la Palisse, des vérités si vraies, qu'on n'ose pas les proclamer gravement de peur de se donner du ridicule. C'est pour cela que M. Stromeyer, qui a employé avant M. Guérin la contraction volontaire pour tendre les muscles, n'a pas imaginé de s'en vanter comme d'une découverte. Il faut réellement voir des vérités semblables à travers le microscope pour leur trouver de l'importance et de la nouveauté. Où en serions-nous si chacun embouchait ainsi la trompette de la renommée pour tenter les petites modifications que l'expérience fait apporter aux opérations? Mais tel est l'amour paternel de certains auteurs pour les productions de leur esprit, pour des idées, des fractions d'idées qu'ils croient avoir mis les premiers au jour, qu'ils les admirent, les adorent, les idolâtrent. Ils les placent sur un autel et font incessamment fumer l'encens aux pieds de leur idole. Leur amour paternel est une sorte de lunette d'approche: contemplant toujours leurs inventions, ou ce qu'ils croient être leurs inventions, par le bout de la lunette, qui les grossit et les rapproche, ils les voient beaucoup plus grandes et plus belles que les découvertes des autres, qu'ils ne regardent que par le bout qui les rapetisse et les éloigne.

Pour prouver la transformation fibreuse des muscles et s'expliquer à cet égard, M. Guérin nous dit: M. Gerdy préférera sans doute que je mette directement l'Académie de médecine à même d'avoir une opinion arrêtée sur ce point, comme je l'ai fait il y a six ans pour l'Académie des sciences (GAZ. MÉD., p. 734.)

Ainsi: 1° M. Guérin refuse pour la cinquième fois de s'expliquer, et nous renvoie à une autre discussion, au lieu de le faire immédiatement dans celle-ci; 2° il déclare que l'Académie de médecine n'a pas plus d'opinion arrêtée à cet égard que n'en avait, il y a six ans, l'Académie des sciences; 3° qu'elle n'en aura que lorsqu'il l'aura éclairée: et M. Guérin s'est défendu d'avoir voulu faire une leçon à l'Académie, et il lui dit tout net qu'elle n'aura d'opinion arrêtée sur la fibrosité des muscles, que lorsqu'il aura daigné lui en donner une!!

Je ne sais pas, je l'avoue, jusqu'à quel point mes honorables collègues seront flattés de ce compliment. Quant à moi, un pareil langage ne saurait m'étonner. On ira plus loin encore, croyez-le bien, si on n'y met bon ordre. Mais passons.

Suivant M. Guérin, j'ai posé en principe qu'il était impossible de distinguer sur le vivant la rétraction primitive de la rétraction consécutive. C'est une erreur; je n'en ai rien dit.

J'ai blâmé la section du muscle long abducteur du pouce, employée pour rétablir la supination. M. Guérin prétend que j'ai eu tort, parce que ce muscle était devenu, chez M. Doubowitsky, fléchisseur de la main, parce qu'il avait glissé au-devant du radius, etc. Je n'ai pas vu le bras de M. Doubowitski, mais j'accepte le fait comme exact, et je maintiens que la section du muscle ne pouvait rétablir la supination, et que l'opération faite dans ce but n'est pas rationnelle, et qu'elle est contraire à l'anatomie et à la physiologie.

En effet, Messieurs, la section du muscle devenu fléchisseur ne pouvait favoriser que l'extension de la main ou sa flexion en arrière, et rétablir la supination perdue; car la supination est un mouvement qui se passe entre le radius et le cubitus, et non entre la main et les os de l'avant-bras. Aussi tout le monde peut vérifier sur lui-même que la flexion forcée de la main n'empêche point la rotation du radius. Le long abducteur, par son obliquité persistante dans la rétraction musculaire, reste donc toujours un des plus puissans supinateurs de l'avant-bras, et sa section ne faisait donc que le supprimer et compromettre de plus en plus la supination que M. Guérin voulait rétablir.

Relativement aux rétractions articulaires qui se manifestent dans les arthrites que M. Guérin appelle des arthralgies, notre confrère nous renvoie, comme d'habitude, à une autre discussion pour prouver que cette rétraction n'est point due à la rétraction des tissus cellulaires et fibreux indurés, mais à *de véritables contractures musculaires*, notamment dans les cas où l'invasion de cette maladie date de vingt-quatre heures. Pour moi, sans nier que la rétraction musculaire puisse se joindre à celle de l'induration fibreuse et celluleuse, je ne les admets que lorsque je trouve les muscles contracturés.

En refusant ainsi, pour la sixième fois, de faire la preuve de ses assertions, M. Guérin promet à l'Académie, si elle veut bien mettre cette discussion à l'ordre du jour, « des recherches entièrement nouvelles sur cette question, » des recherches qui jettent « un jour nouveau sur la véritable nature de la maladie articulaire. » Je regrette bien, pour mon propre intérêt, que M. Guérin aime tant à annoncer ses découvertes, au lieu de les démontrer; on dirait qu'il se complaît à exciter notre curiosité pour nous rendre ses refus plus cuisans.

C'est encore ainsi qu'il nous dit: « J'aurais beaucoup de choses à ajouter sur les excursions que M. Gerdy a faites en touriste dans le domaine de l'étiologie des difformités. » Mais il y aurait de quoi défrayer vingt de nos séances, en conséquence il laisse toutes ces questions générales et sa réponse est faite. Voilà, si je ne me trompe, la septième fois que M. Guérin recule et fuit devant nos objections en chantant victoire et se donnant l'air d'un triomphateur.

De même que M. Guérin a successivement refusé de combattre sur tous les principaux points de cette discussion, et nous a incessamment renvoyé à une autre discussion, de même il refuse toute commission d'examen pour les faits de guérison par la ténotomie qu'il nous a récemment présentés; il se défie particulièrement de MM. Bouvier, Velpeau et de moi. Il a raison, il faut toujours se défier des hommes, parce qu'on ne reconnaît pas un honnête homme à sa figure et à ses paroles; mais c'est précisément pour cela que M. Guérin aurait dû solliciter l'examen d'une commission, s'il eût été aussi sûr de l'exactitude de ses assertions qu'il le paraissait; je dis plus: si, comme lui, je voulais démontrer une vérité nouvelle contestée, je ne choisirais pas d'autres juges ici que des adversaires, parce que, s'ils pouvaient commettre la faute de nier la vérité par passion, je serais à même de les confondre devant l'Académie (1), et que s'ils la reconnaissaient, leur hostilité même contre mes idées leur donnerait infiniment plus de crédit que ne pourrait le faire une commission d'amis complaisans. Aussi, je l'avouerai, dans un cas semblable, autant par raison que par sentiment de justice, si j'étais d'une semblable commission, je me garderais bien de faire la maladresse et la faute de nier des faits évidens et incontestables.

Relativement à la petite Clémentine Mouchy dont j'ai examiné la main, M. Guérin demande pourquoi je n'ai examiné qu'elle et pourquoi pas l'autre? Peut-être, ajoute-t-il, que pendant que M. Gerdy a constaté l'absence de 24 mouvemens sur l'une, il aurait constaté ceux qui ne manquent pas chez l'autre. Les antithèses et les figures de réthorique ne sont que des fusées volantes qui ne font que du bruit; et pour une discussion sérieuse il faut des raisons sérieuses. Si M. Guérin a voulu insinuer que je n'avais pas voulu parler de Clémence Delamain parce que sa guérison était incontestable, il a eu tort, parce que j'en ai donné une raison, dont tout le monde ici n'avait pu apprécier la vérité; savoir: que je n'avais pu, dans le peu de temps qu'elles avaient passé sous nos yeux, qu'en examiner une. Et il a commis une faute d'autant plus grave, que M. Bouvier a depuis démontré que Clémence Delamain n'avait pas été mieux traitée par la ténotomie multiple que Clémentine Mouchy; aussi n'ont-elles point à être jalouses l'une de l'autre.

A mes expériences sur le peu d'influence des adhérences de certains muscles l'un avec l'autre, M. Guérin m'oppose les premières expériences de M. Bouvier; mais que dira-t-il aujourd'hui, que M. Bouvier est venu confirmer les miennes par de nouvelles expériences? Il est bien possible que nous différions encore sous quelques rapports de peu d'importance; je ne le sais pas, nous n'avons point discuté en particulier; mais l'essentiel est de savoir que les adhérences entre les muscles ne suppriment pas entièrement leur action, et l'affaiblissent d'autant moins que les muscles adhérens ont les uns avec les autres plus d'analogie dans leurs fonctions. Or, cette vérité est maintenant acquise à la science, malgré les dénégations réitérées de M. Guérin.

Notre confrère prétend que sans autopsie, et sur le vivant, il peut bien reconnaître les adhérences consécutives à ses opérations de ténotomie. S'il n'y avait qu'une seule espèce d'adhérence, on pourrait peut-être le lui accorder; mais comme il y en a de différentes espèces, les unes qui affaiblissent très peu les mouvemens, d'autres qui les gênent, d'autres qui les empêchent absolument, il en résulte que lorsqu'il dit vaguement qu'il y a des adhérences, il ne s'exprime point d'une manière suffisamment précise, et que l'autopsie seule pourrait donner sur ces cas des lumières positives et précises.

Quant à son procédé de ténotomie du tendon du sublime seul, à la première

(1) J'ai suivi le conseil de M. Gerdy: je désire qu'il soit satisfait du résultat.
J. G.

phalange, que j'ai démontré impraticable, il paraît que M. Guérin l'abandonne tout à fait, car il n'a pas dit un mot pour le défendre. Il ne nous a pas même renvoyé pour cela à une autre discussion. Puisque son père en a fait le sacrifice et l'a lui-même enterré, respectons la cendre du défunt.

M. Guérin arrive enfin à ces vingt-quatre mouvemens dont j'ai démontré l'absence dans la main de Clémentine Mouchy. A l'entendre, j'aurais cherché à tromper ici la religion de l'Académie, j'aurais altéré sciemment ses paroles, à lui, M. Guérin, d'une manière *incroyable*. C'est là, messieurs, une insinuation bien grave, et s'il en était ainsi, je serais si coupable à mes propres yeux, que je ne reculerais devant aucune espèce de réparation académique. Mais heureusement je ne suis coupable d'aucune déloyauté, et les paroles du premier discours de M. Guérin n'ont été altérées que par les paroles qu'il a prononcées dans le second, et les paroles du second par l'imprimeur innocent de ce second discours; d'où il suit que nous avons eu déjà trois éditions du fait de Clémentine Mouchy, et qu'il nous en faut au moins une quatrième pour arriver à l'expression de la vérité même, s'il est possible.

Dans son second discours, M. Guérin avait dit, et je cite textuellement d'après sa Gazette : « Le premier sujet (Clémentine Mouchy) était affecté de flexion permanente des doigts et du pouce par rétraction du fléchisseur superficiel et du long fléchisseur du pouce. Il y avait paralysie et atrophie des autres muscles du pouce. » Il explique plus bas : « La main et les doigts... ont conservé *tous* leurs mouvemens; le succès a été rigoureusement complet pour tous les doigts et le pouce, à l'exception de l'articulation de la troisième phalange avec la deuxième de l'indicateur. » (Gaz. p. 701.) Qu'ai-je dit, moi : « La main et les doigts ont conservé tous leurs mouvemens; le succès a été rigoureusement complet pour tous les doigts et le pouce, excepté pour la phalangette de l'index. » Pourquoi M. Guérin a-t-il dit que tous les muscles de la main étaient conservés s'il ne voulait pas le dire ? C'est à lui de nous l'expliquer d'une manière croyable. Pour moi, si j'osais hasarder une question, je dirais qu'il l'a dit parce qu'alors le fait eût été bien plus merveilleux et plus propre à étonner l'Académie.

Mais voyons maintenant ce que M. Guérin a dit dans son troisième discours (p. 735 de sa Gazette) : « J'avais annoncé que j'avais obtenu un succès complet, à l'exception de l'indicateur, dont les mouvemens de la première phalange avaient seuls été conservés. Certes, si la remarque de M. Gerdy...était fondée, elle aurait été très propre à montrer l'utilité d'une commission. » Vous voyez, d'après les passages déjà cités, que ma remarque était bien fondée, et que néanmoins M. Guérin a refusé la commission. Vous remarquerez aussi que dans cette deuxième édition de ses paroles, M. Guérin altère sa citation en deux manières :

1° En ne parlant plus du tout de tous les mouvemens de la main qu'il prétendait avoir conservés;

2° En disant que les mouvemens de la première phalange seuls étaient conservés, tandis que dans le premier discours c'étaient seulement les mouvemens de la troisième phalange qui étaient perdus.

M. Guérin continue : « M. Gerdy, préoccupé sans doute des cinquante mouvemens de la main qu'il a découverts et des vingt-quatre qu'il n'a pu constater.... n'a pas vu que tous les muscles de l'éminence thénar et hypothénar étaient complètement paralysés et atrophiés. Or, ces muscles sont précisément ceux qui président aux mouvemens dont M. Gerdy a constaté l'absence.... » Dans son second discours, M. Guérin n'avait pas parlé de l'éminence hypothénar; c'est une addition nouvelle, et, malgré cette addition, il y a encore erreur de sa part et oubli profond des fonctions des muscles de la main.

En effet, les mouvemens d'adduction et d'abduction des doigts étant perdus, ce fait prouve que les inter-osseux, qui sont tous des adducteurs et des abducteurs des doigts, n'agissent plus sur ces organes, et que l'action des muscles du thénar et de l'hypothénar n'est plus la seule dont on constate l'absence.

Enfin M. Guérin termine sa réponse par ces mots étranges : « J'ai dit et j'ai pu dire que ce succès avait été rigoureusement complet pour trois doigts et pour le pouce à l'endroit des fléchisseurs superficiel et profond. (Gaz. médic., 735.) » Ainsi d'abord, tous les mouvemens de la main et de tous les doigts avaient été conservés, à l'exception de ceux de la phalange de l'indicateur; en deuxième lieu, ceux de l'éminence thénar et de deux phalanges de l'indicateur ont été perdus, puis, en troisième lieu, ceux de l'éminence hypothénar. Maintenant il n'y a plus que quatre doigts qui possèdent leurs mouvemens. Vous voyez que M. Guérin recule de plus en plus à mesure qu'on le presse davantage; en sorte que si la discussion se prolongeait encore un peu il serait obligé de tout abandonner. Je ne sais pas, en effet, après les pertes multipliées qu'il a faites, s'il lui reste l'ombre d'un succès.

En résumé :

1° M. Guérin n'a nullement démontré le contraire de ce que j'ai établi sur les influences diverses des adhérences, et les dernières expériences de M. Bouvier confirment les miennes loin de les combattre;

2° Les difformités ne tiennent point à une seule cause, comme M. Guérin cherchait à l'établir, malgré une légère restriction de langage, et il faut les combattre par plusieurs méthodes de traitement;

3° M. Guérin a réellement abandonné son résumé, puisqu'il n'en a pas dit un mot de justification en sa faveur;

4° Il en a fait autant pour la ténotomie du sublime à la deuxième phalange : ce sont autant d'enfans perdus;

5° Les prétendus succès de Clémence et Clémentine n'ont pu soutenir l'examen de la critique;

6° La section du long abducteur du pouce destinée à rétablir la supination perdue, est une opération que l'anatomie et la physiologie ne peuvent justifier.

Vainement M. Guérin veut compléter nos lumières, c'est nous qui sommes obligés de compléter les siennes en anatomie et en physiologie; vainement il prend des airs de vainqueur : on ne l'est pas quand on renvoie incessamment la discussion à une autre époque, qu'on refuse sept fois de suite le combat dans la même bataille, qu'on ne se défend un peu qu'en altérant ses propres paroles, et reculant *partout et toujours*. Un pareil stratagème ne peut abuser personne.

SÉANCE EXTRAORDINAIRE DU 3 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. PAUL DUBOIS.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA TÉNOTOMIE DES FLÉCHISSEURS DE LA MAIN ET DES DOIGTS.

Le procès-verbal de la dernière séance mentionne une rectification de M. Bouvier. Clémence Delamain avait appris à coudre de la main gauche avant l'opération, et non depuis comme il l'avait avancé, mais M. Bouvier maintient qu'elle pouvait alors coudre de la main droite, et *maintenant elle ne le peut plus*.

M. Delens : Avant de continuer la discussion ne serait-il pas utile de décider qu'elle sera close aujourd'hui; car elle dure déjà depuis longtemps, et elle me paraît suffisamment éclairée ?

M. Velpeau : On ne peut rien préjuger à cet égard. Nous ne savons pas si ce que M. J. Guérin va dire n'exigera pas de nouvelles répliques. L'académie a, du reste, décidé qu'elle entendrait notre collègue aujourd'hui. — Plusieurs membres partagent l'opinion de M. Velpeau. On va aux voix sur la proposition de M. Delens; elle n'est pas adoptée.

La parole est à M. J. Guérin.

M. J. Guérin : Depuis que j'ai eu l'honneur de prendre la parole dans cette discussion, un temps assez long s'est écoulé, et l'Académie a de nouveau entendu MM. Bouvier, Velpeau et Gerdy. Les argumentations de nos trois collègues étaient d'abord plus ou moins distinctes; elles se sont confondues peu à peu et se sont réunies, à quelques nuances près, pour attaquer directement et collectivement mes idées, mes doctrines et ma pratique. Ce sont donc trois adversaires que j'ai à combattre. Cette remarque ne doit pas être prise pour une plainte : je ne la fais que pour expliquer la nécessité où je me trouve de reprendre la parole. Que l'Académie veuille bien considérer d'ailleurs que mes adversaires ne se sont pas bornés à contester tout ce que j'ai avancé; ils ont présenté beaucoup de développemens nouveaux sur une foule de questions déjà soulevées, et ont soulevé, chemin faisant, beaucoup de questions nouvelles. Au lieu de se circonscrire, comme je l'avais demandé, et comme cela eût été indispensable pour rendre la discussion plus claire et plus fructueuse, ils ont marché dans toutes les directions, ils ont battu la plaine, passez-moi ce mot, de long en large, dans tous les sens, en sorte qu'il ne m'a été que rarement possible de les rencontrer face à face. Ils ont ainsi parlé sur une foule de choses pendant deux séances, et fait des discours qui, sans exagération, rempliraient douze colonnes du Moniteur. Il est résulté de tout cela une grande confusion et l'impossibilité de se faire une idée nette du débat; ce qui a permis sans doute à mes adversaires de croire, de proclamer, et de faire proclamer partout qu'ils ont remporté la victoire, que ma cause est perdue, que je n'ai qu'à plier bagage et les laisser jouir en paix de leur triomphe. Mais, Messieurs, je ne suis pas tout à fait de cet avis; à tort ou à raison, je persiste même à penser tout le contraire. Malgré toutes ces difficultés, malgré l'obscurité répandue sur les questions posées, je suis persuadé qu'il y a un moyen de ramener une dernière fois et définitivement la discussion à des termes clairs, précis, qui permettent à chacun de juger en parfaite connaissance de cause. C'est ce que je me suis proposé de faire dans mon argumentation de ce jour.

La discussion peut être ramenée à deux chefs principaux : 1° à la question de la ténotomie des fléchisseurs de la main et des doigts; 2° aux questions de principes généraux qui dominent la question spéciale ou qui ont des rapports plus ou moins éloignés avec elle. C'est sous ce double point de vue que je vais l'envisager.

A l'origine, la discussion avait porté sur l'utilité et la possibilité de la section des fléchisseurs de la main et des doigts, pratiquée *au poignet, à la main* et *aux doigts*, pour remédier aux difformités résultant de la rétraction de ces muscles. Telle est la question spéciale.

Partant d'expériences sur les chiens, qui avaient produit la perte du mouvement de la main et des doigts, par suite d'adhérences vicieuses, ou de non réunion des tendons divisés, M. Bouvier avait conclu, du chien à l'homme, avec quelques restrictions pour les tendons du poignet, mais sans *restriction aucune* pour ceux de la main et des doigts, que la ténotomie était inutile dans les cas ordinaires de flexion de la main et des doigts, et que ces difformités devaient être traitées de préférence par les moyens mécaniques. La discussion a donc dû porter : 1° *sur la ténotomie du poignet*; 2° *sur celle de la main*; 3° *sur celle des doigts*.

Ténotomie du poignet. Je ne puis vous donner une meilleure idée du résultat de la discussion sur ce point qu'en vous rappelant qu'immédiatement après ma première argumentation, M. Bouvier a abandonné ses prétentions. Sa conversion a été telle, qu'il a fini par se persuader qu'il n'avait jamais mis en question la ténotomie du poignet, m'accusant de lui prêter une opinion qu'il n'avait pas. « La seule question que j'ai cru pouvoir résoudre négativement, a-t-il dit (Bullet. de l'Académie, 30 novembre, p. 154), la seule que j'ai mise en discussion est celle ci : la section des fléchisseurs des doigts à la main et sur les phalanges peut-elle être pratiquée avec espoir de conserver leurs mouvemens? » Mais telle n'a pas été la première thèse de M. Bouvier, et je ne suis pas le seul de cette opinion; M. Velpeau, dans sa dernière argumentation, s'est exprimé textuellement comme il suit : « M. Bouvier ayant fait quelques expériences sur des chiens est venu soutenir que, selon toute apparence, il en serait de même chez l'homme, et que par conséquent la ténotomie ne convenait point au *poignet*, à la paume de la main et aux doigts. » (Gazette des Hôpitaux, 20 nov.,

p. 660.) Du reste, quelques mots suffiront pour rétablir les choses comme elles étaient au point de départ.

M. Bouvier a fait la section des tendons du poignet sur deux chiens (1re et 2e expériences); dans un cas, il a produit la fusion des cicatrices, et des adhérences telles, que l'action isolée des tendons était abolie. Dans l'autre, même fusion des cicatrices; de plus, adhérences au cubitus. M. Bouvier avait sans doute en vue de montrer par là que les mêmes résultats étaient à craindre chez l'homme; sans cela ses expériences eussent été parfaitement inutiles, ou bien il ne les eût données que pour montrer comment, en procédant chez l'homme comme il l'a fait sur le chien, on produirait des adhérences et l'abolition du mouvement. Au contraire, après avoir reconnu la différence qui existe sous le rapport de l'étroitesse du poignet entre le chien et l'homme, circonstance qui place les chiens dans des conditions *un peu plus défavorables*, dit-il, que l'homme, relativement à la section des palmaires et du cubital, il ajoute: « Mais cette différence *n'est presque plus sensible* (vous entendez, n'est presque pas sensible) à l'égard du fléchisseur des doigts, dont la section doit avoir les mêmes effets que sur le chien.» *Doit avoir les mêmes effets*; et plus loin : « Si on peut espérer que le fléchisseur superficiel, étant seul coupé, restera seul isolé du profond, comme cela a lieu dans nos expériences, on ne doit GUÈRE COMPTER *sur l'isolement complet du premier de ces muscles à l'égard des grand et petit palmaires, divisés en même temps que lui, ni sur la réunion isolée des tendons du sublime appartenant aux différens doigts.* » Ce passage est textuel. (BULLETIN, 15 novembre, p. 118.) Cela veut dire, ce nous semble, qu'à part la section *isolée* des palmaires et du cubital, toute section collective de ces muscles avec celle des fléchisseurs des doigts, et même la section du seul fléchisseur sublime, est inséparable de la perte du mouvement, c'est-à-dire doit être repoussée; car, suivant M. Bouvier, *les choses doivent se passer ainsi*, on ne *doit guère compter* qu'elles se passent autrement. Or, telle n'était pas notre opinion. J'avais dit dans la première conclusion de ma réplique, je cite textuellement :

« La section sous-cutanée des grand et petit palmaires, du cubital antérieur, du fléchisseur propre du pouce, du fléchisseur commun (superficiel) des doigts, pratiquée aux poignets à différentes hauteurs, constitue une ressource utile et presque toujours efficace, pour combattre les difformités, suite de la rétraction de ces muscles, tout en permettant de conserver leur mouvement isolé et collectif. » (BULLETIN, 15 novembre, p. 141.)

Cette conclusion ne ressemble certainement, ni pour le fond, ni pour la forme, à ce qu'avait prétendu d'abord M. Bouvier. Eh bien ! je la maintiens dans toute sa rigueur, convaincu que l'expérience ultérieure ne fera que la confirmer. Sur ce premier point donc, je me crois fondé à dire :

1° Que l'utilité et l'opportunité de la ténotomie du poignet, mises en question, sinon complètement niées par M. Bouvier, ont été directement établies par les observations théoriques et les faits cliniques que j'ai apportés dans la discussion.

2° Que M. Bouvier, en circonscrivant en second lieu le débat à la ténotomie de la main et des doigts, en est venu, sans s'en apercevoir, à abandonner son opinion pour la mienne.

3° Que je puis et dois conserver l'honneur de cette conversion.

Or, Messieurs, vous devez penser combien cet honneur m'est cher et combien je le prise.

TÉNOTOMIE A LA PAUME DE LA MAIN. M. Bouvier avait posé en principe que la ténotomie pratiquée à la paume de la main était nécessairement suivie de la perte du mouvement par suite d'adhérences vicieuses. Ses expériences sur les chiens le lui avaient fait voir, et il en avait conclu, sans *restriction aucune*, ce sont ses paroles, du chien à l'homme. Qu'ai-je fait ? J'ai montré que la cause des insuccès de M. Bouvier tenait à sa manière de procéder; qu'il coupait à la fois les deux fléchisseurs au même endroit; qu'il fallait les couper isolément et le fléchisseur superficiel seul dans la paume de la main, et j'ai démontré cela par des raisonnemens et par des faits directs. Savez-vous ce qu'on m'a répondu ? En principe, qu'on n'avait voulu argumenter que contre la section simultanée des deux ordres de tendons dans la paume de la main, et non contre la section isolée qu'on n'avait pas expérimentée; et en pratique, que les résultats que j'avais obtenus pouvaient s'expliquer autrement que je ne le fais. Mais, Messieurs, vous vous le rappelez, on n'avait pas dit : la méthode de couper à la fois et dans le même point les deux ordres de tendons est vicieuse, elle ne peut produire rien de bon, il en faut prendre une autre; au contraire, on s'est borné à proscrire d'une manière absolue, et sans restriction aucune, la ténotomie à la paume de la main, parce que, apparemment, on n'avait pas supposé qu'il pût y avoir une autre méthode. Il y a plus; c'est que l'on n'est pas resté, comme on l'a prétendu, dans la seule hypothèse de la section simultanée des deux tendons. On a ajouté, après avoir signalé les effets inévitables de cette opération : « En serait-il de même si l'on divisait dans le même lieu un seul des deux tendons fléchisseurs superposés? Leur étroite connexion doit *au moins* faire présumer que la cicatrice du tendon coupé serait adhérente au tendon resté intact : c'est aussi ce que j'ai observé sur un cheval auquel M. Bouley avait coupé le perforant en ménageant le perforé. » (BULLETIN DE L'ACADÉMIE, 15 novembre, p. 117.) Or, cette autre méthode, celle de diviser isolément les deux ordres de tendons, à laquelle on n'avait songé que pour la frapper d'avance d'interdit, c'est moi qui l'ai donnée, c'est moi qui l'ai établie, c'est moi qui l'ai prouvée. Je l'ai prouvée, non seulement en montrant comment il faut faire pour la rendre efficace, mais surtout en montrant des sujets guéris auxquels je l'avais appliquée, des sujets chez lesquels j'avais divisé le sublime seul dans la paume de la main, ou en même temps que je divisais le profond au-devant de la deuxième phalange. Or, j'ai pu, dans ces deux cas, conserver le mouvement des phalanges sur le métacarpe, et des deuxièmes phalanges sur la première. C'était là une solution de fait; et malgré la qualification de *malheur nouveau*, de *demi-malheur*, ou de *demi-succès*, on n'a pu empêcher que le résultat annoncé n'existât. Or, voici comment on a essayé de se tirer de cette difficulté. On a déplacé la question. Au lieu de convenir, qu'en fait, la section isolée du sublime à la paume de la main n'entraîne pas la perte du mouvement, comme on l'avait cru, on est venu vous donner des explications, vous faire des expériences plus ou moins merveilleuses sur les résultats des adhérences des deux ordres de tendons, et sur les mouvemens qui peuvent persister malgré ces adhérences. Je n'examine pas et ne veux pas examiner ce que ces théories ont de vrai ou de faux; il ne s'agit pas de cela pour le moment; il s'agit de reconnaître qu'en fait, la section du sublime dans la paume de la main n'est pas nécessairement suivie, comme on l'avait assuré, de la perte du mouvement; qu'elle peut au contraire être faite avec conservation du mouvement des doigts et des phalanges: voilà ce qui était en question. Or cela, malgré toutes les expériences, malgré toutes les explications, malgré tous les mauvais vouloirs et toutes les négations, mauvais vouloirs et négations que je saurai confondre tout à l'heure, les deux faits que j'ai présentés à l'Académie l'établissent de la manière la plus péremptoire. Sur ce second point donc, la science, contradictoirement à ce qu'avait avancé M. Bouvier en concluant sans restriction du chien à l'homme, et conformément à mes premières conclusions, est en possession d'un résultat nouveau, à savoir :

« Que la section sous-cutanée du fléchisseur superficiel dans la paume de la main n'est pas moins convenable et efficace pour combattre la flexion permanente des doigts et des phalanges, et cette opération n'expose pas nécessairement à la perte du mouvement des parties. »

C'est textuellement ma seconde conclusion en ce qui concerne le fléchisseur superficiel (Bulletin de l'Acad., 15 novembre, p. 141.)

Incidemment, il a été question de la section du fléchisseur sublime au-devant de la première phalange, et M. Gerdy, prétendant que j'avais posé ce procédé en principe, s'est persuadé et il a affirmé que sur ce point il m'avait réduit au silence. Il s'est complètement mépris. C'est un oubli que j'ai fait dans ma première réplique : les raisons que j'avais à lui donner alors n'ont rien perdu pour venir qu'aujourd'hui. — En faisant, dans ma première réplique (BULLETIN, 15 novembre, p. 132), la récapitulation des opérations que j'avais pratiquées à la main, j'ai rappelé que j'avais fait quatre fois la section du sublime au devant de la première phalange, sans m'expliquer autrement. Or, ces quatre opérations sont celles qui ont été pratiquées sur M. Doubowitski; mais elles ne l'ont pas été comme M. Gerdy l'a supposé, et comme il vous l'a dit; elles l'ont été *ailleurs*, *autrement*, et *dans d'autres conditions*. Connaissant très bien, et enseignant depuis longtemps, que les deux tendons se traversent en un certain point de la première phalange, j'avais pratiqué, vous l'ai-je dit, la section du sublime *ailleurs*, *autrement*, et *dans d'autres conditions*, que n'a supposé M. Gerdy. *Ailleurs*, je ne l'ai point divisé au niveau du point où le tendon du sublime est traversé par le profond, mais plus haut, au niveau de la portion supérieure de la première phalange. Or, le profond ne traverse le sublime que plus bas, au milieu de la phalange. Dans le point où je l'ai divisé, j'ai donc pu le rencontrer sans tomber nécessairement sur le profond d'abord. J'ai pratiqué cette section *autrement* et *dans d'autres conditions* qu'on ne vous l'a dit. En effet, j'avais divisé préalablement chez M. Doubowitski le fléchisseur profond au-devant des secondes phalanges; ce tendon n'était donc pas saillant, il était donc affaissé, séparé du sublime, lequel était resté soulevé et tendu. J'ai donc pu sentir sous la peau le tendon du sublime, isolé, tendu; j'ai donc pu l'atteindre sans couper le profond qui aurait fui devant l'instrument; j'ai donc pu, en définitive, échapper au danger que M. Gerdy avait cru inévitable.

Pour mettre l'Académie à même de se convaincre de la justesse des remarques que je viens de lui soumettre, j'ai apporté une main préparée sur laquelle je vais diviser sous ses yeux les deux ordres de tendons comme je l'ai fait sur M. Doubowitski. On remarquera d'abord que le point où les deux tendons se traversent correspond à peu près au milieu de la phalange; il y a donc entre ce point et le sommet de cette dernière une distance de 2 centimètres environ. Je divise d'abord le tendon du profond au-devant de la seconde phalange; le voilà relâché, tandis que je fais tendre le tendon du sublime. Enfin, voici que je divise ce dernier, et vous remarquerez que le profond n'est nullement intéressé. (En ce moment M. Gerdy, placé derrière M. Guérin, conteste qu'il ait divisé le tendon du sublime dans le point où il l'a annoncé : il l'a divisé plus haut. M. J. Guérin est d'un avis opposé; mais, pour dissiper toute incertitude à cet égard, il recommence l'expérience sur un autre doigt, et fait la section du sublime à un centimètre plus bas que dans la première expérience; puis il continue :) Vous voyez, Messieurs, que dans la seconde comme dans la première expérience, il existe un moignon très appréciable encore avant le point où le sublime donne passage au profond; de plus, que le profond, dans les deux cas, a été complètement ménagé, et cela devait être, car, la lame de l'instrument eût-elle porté contre lui, que l'état de relâchement où il était eût nécessairement émoussé l'action de l'instrument tranchant.

Après avoir si bien établi l'impossibilité de la section du sublime au devant de la première phalange, M. Gerdy a fait part à l'Académie d'un procédé de son invention, qui paraîtrait devoir lui permettre de faire ce qu'il avait d'abord déclaré impossible. Pourquoi n'a-t-il pas supposé que de mon côté j'avais pu choisir quelque voie meilleure et me trouver dans des conditions meilleures. Mais ce n'est pas tout. Je n'avais employé ce procédé qu'exceptionnellement chez M. Doubowitski, parce qu'il y avait, par suite d'un léger degré de rétraction des extenseurs des doigts, un peu de renversement en arrière des phalanges sur les métacarpiens, d'où application immédiate des tendons du sublime contre la paume de la main. Dans cette condition exceptionnelle, je n'aurais atteint que difficilement, au milieu des artères et des nerfs, les tendons du sublime au niveau du métacarpe; et je les ai divisés plus bas au niveau de l'extrémité supérieure de la première phalange. C'est si bien ainsi que j'ai considéré ce procédé, je l'ai si bien envisagé comme une ressource exceptionnelle, que postérieurement j'ai pratiqué, comme je l'ai dit dans ma première argumentation, 16 fois la section du sublime, et les seize fois je l'ai pratiquée dans la paume de la main. Enfin, dans ma seconde conclusion, j'ai explicitement dit : *la section du sublime à la paume de la main*; je n'avais donc pas besoin des remarques que M. Gerdy m'a présentées sous

forme de leçon pour être conduit à préférer ce point anatomique à l'autre, et le cas exceptionnel où je me suis conduit autrement portait avec lui des raisons suffisantes pour me permettre d'en agir ainsi.

TÉNOTOMIE DES DOIGTS. — Reste la section du fléchisseur profond au niveau des secondes phalanges. Ce troisième et dernier point de la question spéciale est, comme je l'ai dit plusieurs fois, le plus difficile. Mais je ferai remarquer d'abord qu'à supposer que la solution de ce troisième point ne fût pas aussi claire et aussi bien établie pour tous, qu'elle l'est pour moi, cela n'empêcherait point que celle des deux premiers ne le fût complètement et rigoureusement. Le défaut de la solution d'une difficulté plus grave ne doit pas faire remettre en question ou regarder comme non avenue la solution de deux autres difficultés moins grandes. L'une n'est aucunement subordonnée à l'autre. Quoi qu'il soit, je crois également avoir bien établi que la section du fléchisseur profond au-devant des secondes phalanges, faite convenablement, c'est-à-dire suivant les vrais principes de la ténotomie, ne donne pas nécessairement lieu à la perte du mouvement de la phalangette. Or, qu'avait dit M. Bouvier? Concluant, toujours sans restriction du chien à l'homme, il avait déclaré impossible de faire la section du profond au devant de la seconde phalange sans encourir la perte totale du mouvement de la phalangette, soit par adhérence vicieuse, soit par non réunion du tendon. J'ai cherché d'abord à montrer qu'en faisant autrement que M. Bouvier, en s'entourant de précautions impossibles à observer en opérant sur des chiens, on pouvait faire ce que M. Bouvier avait regardé comme impossible. A l'appui de mes remarques, j'ai cité plusieurs faits cliniques et j'en ai présenté un à l'Académie. M. Bouvier l'avait d'abord accepté jusqu'à un certain point, ne contestant que le degré d'étendue du mouvement de flexion des phalanges, et surtout des phalangettes. S'il en était resté là, malgré la prétendue imperfection du résultat, celui-ci eût été suffisant pour établir expérimentalement ce que j'avais essayé de démontrer théoriquement; car dans les arts un seul fait suffit pour en démontrer la possibilité, et l'on serait toujours certain de le reproduire si l'on connaissait parfaitement les causes et conditions qui l'ont produit une première fois. C'est sans doute ce que M. Bouvier a pensé, car il s'est ravisé. Le résultat qu'il avait d'abord reconnu exister, quoiqu'imparfait ou incomplet, il le trouve nul aujourd'hui. Il y avait d'abord du mouvement dans les phalangettes, il n'y en a pas de traces aujourd'hui. Il vous l'a affirmé avec plus d'assurance il est vrai qu'il n'avait affirmé le contraire d'abord. Cependant, je pourrais m'en tenir à sa première version, qui s'éloignait peu de la mienne; entre deux témoignages de M. Bouvier, il me permettra de choisir celui qui est conforme à ce que j'avais cru voir. Mais heureusement je suis à même d'opposer à M. Bouvier qui se trompe tout-à-fait, quelque chose de plus puissant que M. Bouvier qui ne se trompait qu'à demi. Je m'explique.

Lorsque notre collègue est venu vous affirmer avec une assurance digne d'un meilleur sort qu'il n'y avait, chez Clémence Delamain, aucune trace de mouvement dans la phalangette du pouce et celle des doigts, j'ai, je dois vous l'avouer, douté un instant de ce que j'avais cru voir et dit exister. J'ai craint quelque changement subit, quelque malheur imprévu, et je suis vite couru chez mes opérées. J'ai été bientôt rassuré; au lieu de trouver moins que je n'avais vu d'abord, j'ai trouvé plus, c'est-à-dire une amélioration réelle dans leur état, et l'existence de deux mouvemens que j'avais trouvés trop faibles jusque-là pour oser affirmer qu'ils existassent. Mais comment faire? comment, contredit par une autorité comme celle de M. Gerdy, en fait de mouvemens, et par une déclaration aussi formelle que celle de M. Bouvier, me représenter devant vous avec une simple affirmation contraire! J'ai senti toute l'insuffisance de ce moyen et j'ai eu recours à un autre. J'ai prié cinq de nos honorables collègues, MM. Amussat, Blandin, Bousquet, Paul Dubois et Ribes de se réunir pour examiner soigneusement et scrupuleusement mes deux opérées. Ils ont bien voulu se rendre à ma demande. Voici, Messieurs, le procès-verbal de leur examen qu'ils m'ont autorisé à vous présenter.

EXAMEN DE L'ÉTAT DE CLÉMENTINE MOUCHY ET DE CLÉMENCE DELAMAIN, PAR MM. AMUSSAT, BLANDIN, BOUSQUET, PAUL DUBOIS ET RIBES.

Les deux opérées présentées à l'Académie par M. J. Guérin ayant été soumises à l'examen des soussignés, ils ont reconnu et constaté à l'unanimité les résultats qui suivent :

SUR CLÉMENTINE MOUCHY.

1° La main offre les traces d'une ancienne paralysie qui paraît avoir porté plus particulièrement sur les muscles des éminences thénar et hypothénar. Il y a atrophie presque complète de ces éminences et absence de tout relief pendant les efforts de contraction. La température de la main est abaissée.

2° Les mouvemens de flexion existent dans toutes les articulations des doigts et du pouce; ils peuvent être analytiquement déterminés comme il suit :

A. Mouvemens du pouce.

Le mouvement de flexion du pouce sur la main existe; mais il est très borné, en raison de la paralysie et de l'atrophie du court fléchisseur et des autres muscles qui meuvent cette articulation. La flexion de la phalangette sur la phalange est au degré normal.

B. Mouvemens de l'index.

Le mouvement de flexion existe aux trois articulations. Complet aux articulations métacarpo-phalangienne et phalango-phalangienne, il est très borné, quoique très appréciable à l'articulation de la deuxième avec la troisième phalange.

C. Mouvemens du médius.

Flexion du doigt sur le métacarpe, au degré normal.
Id. de la deuxième phalange sur la première, au degré normal.
Id. de la troisième phalange sur la deuxième, au degré normal.

D. Mouvemens de l'annulaire.

Flexion du doigt sur le métacarpe, au degré normal.
Id. de la deuxième phalange sur la première, au degré normal.
Id. de la troisième phalange sur la deuxième, presqu'au degré normal.

E. Mouvemens de l'auriculaire.

Flexion du doigt sur le métacarpe, au degré normal.
Id. de la deuxième phalange sur la première au degré normal.
Id. de la troisième phalange sur la deuxième presqu'au degré normal.

3° Il y a, en outre, chez Clémentine Mouchy, indépendamment de la paralysie déjà indiquée, un certain degré de rétraction des extenseurs, qui gène plus ou moins tous les mouvemens de flexion des doigts et des phalanges, rétraction qui est surtout appréciable dans le long extenseur du pouce et le chef correspondant du médius.

USAGES DE LA MAIN. — Ne se servait de sa main que difficilement avant l'opération; ne pouvait tenir sa cuiller et la porter à la bouche; ne pouvait couper son pain, etc. Maintenant se sert beaucoup mieux de sa main, tient sa cuiller, la porte à la bouche, coupe du pain; mais les usages ordinaires de la main sont bornés, attendu la paralysie. Quoiqu'il n'y ait aucun moyen de préciser aujourd'hui quel était, sous l'influence de cette paralysie, l'état des mouvemens de la main, non analysés dans cette note, tout porte à croire que ces mouvemens ont été conservés ce qu'ils étaient avant l'opération.

CLÉMENCE DELAMAIN.

1° L'aspect de la main est régulier. La troisième phalange de l'index manque, et celle de l'annulaire est restée plus courte de moitié, par suite de destruction de son extrémité libre.

2° Les mouvemens de flexion existent dans toutes les articulations des doigts et du pouce, mais à des degrés très différens pour quelques articulations.

A. Mouvemens du pouce.

Le mouvement de flexion du pouce sur la main est très étendu; le mouvement de flexion de la phalangette sur la phalange est très borné, mais il est très appréciable.

B. Mouvemens de l'index.

La troisième phalange manque. La flexion de la phalange sur le métacarpien est environ des deux tiers du degré normal; la flexion de la deuxième phalange sur la première est très bornée, mais manifeste.

C. Mouvemens du médius.

Flexion du doigt sur la main, au degré normal.
Id. de la deuxième phalange sur la première, au degré normal.
Id. de la troisième phalange sur la deuxième, difficile et bornée, mais manifeste.

D. Annulaire. E,

Flexion des doigts sur la main, au degré normal.
Id. de la deuxième phalange sur la première, au degré normal.
Id. de la troisième sur la deuxième, un peu difficile, mais manifeste, et arrivant presqu'au degré normal, malgré la mutilation.

E. Auriculaire.

Flexion du doigt sur la main, au degré normal.
Id. de la deuxième phalange sur la première, très obscure et très bornée, mais cependant appréciable.
Id. de la troisième phalange sur la deuxième, comme à l'articulation précédente du même doigt.

USAGES DE LA MAIN. — Avant les sections, les usages de la main étaient très imparfaits et très bornés. Elle cousait très difficilement de la main droite; elle le fait assez bien aujourd'hui. Après avoir fait une couture en notre présence, elle a pu prendre des ciseaux et découdre, ce qu'elle n'aurait pu faire auparavant. Elle avait dû apprendre à coudre de la main gauche; elle coud de la main droite depuis; elle était devenue généralement gauchère; elle est redevenue droitière; elle traînait difficilement la brouette, ce travail provoquait de la douleur dans les muscles rétractés; elle la traîne aujourd'hui plus facilement, plus longtemps et avec beaucoup moins de fatigue dans ces muscles. Ne pouvait se servir de sa main pour s'habiller, se peigner, pour éplucher les légumes, pour balayer, faire son lit; elle fait aujourd'hui tous ces exercices. Elle se livre généralement à tous les travaux du ménage. Il est surtout un travail qu'elle peut exécuter aujourd'hui et qu'elle ne pouvait faire avant les opérations. Ses parens exploitent de la tourbe; elle ne pouvait les seconder en aucune façon dans le travail, qui consiste à prendre, déplacer, empiler des mottes. Aujourd'hui elle exécute très bien toutes ces manœuvres.

Paris, le 2 décembre 1842.

Signé : PAUL DUBOIS, RIBES,
AMUSSAT, BOUSQUET,
F. BLANDIN.

Il n'est pas inutile, pour que l'Académie apprécie l'importance de ce document, de faire ressortir les différences qui existent entre les affirmations de MM. Gerdy et Bouvier, et les résultats énoncés dans la pièce dont vous venez d'entendre la lecture. Ces différences sont aussi nombreuses qu'importantes : commençons par M. Gerdy.

M. Gerdy n'avait examiné que Clémentine Mouchy. Il avait noté, entre autres mouvemens absens, la perte complète ou à peu près complète du mouvement de

flexion de la phalangette du pouce, et des *huit mouvemens de flexion et d'extension* des phalangettes des quatre derniers doigts. Notre collègue s'était exprimé en ces termes : « Les mouvemens qui manquent sont quatre mouvemens du pouce, l'opposition et l'inflexion en sens opposé, la circumduction, et, *je crois, la flexion de la phalangette ;* huit mouvemens d'abduction des quatre derniers doigts, quatre mouvemens de circumduction de ces doigts, *huit mouvemens d'extension et de flexion des phalangettes de ces doigts*, qui sont au moins très faibles, s'ils ne sont pas entièrement nuls. » J'ai déjà fait remarquer, dans ma précédente argumentation, qu'il n'était et ne devait être question que des mouvemens de flexion, les seuls qui eussent rapport aux opérations; qu'il était tout naturel que les autres mouvemens que M. Gerdy n'a pas rencontrés manquassent, attendu une paralysie très prononcée de la main, paralysie qui avait porté d'une manière très manifeste sur tous les muscles des éminences thénar et hypothénar atrophiés. Or, des mouvemens en question, des mouvemens des phalangettes que M. Gerdy a déclaré manquer complètement, ou être au moins très faibles, *tous* ont été reconnus exister par nos cinq collègues; deux au *degré normal :* ceux de la phalangette du pouce et du médius; deux *presque* au degré normal : ceux de la phalangette de l'annulaire et de l'auriculaire ; un seulement très borné, *quoique très appréciable* : celui de la phalangette de l'index. Voilà donc, sur *neuf* des mouvemens analysés par M. Gerdy et nos cinq collègues, une opposition formelle et complète pour *huit*. On comprendra difficilement comment M. Gerdy, qui se pique de précision, ait pu venir fronder, contredire, accuser même un collègue comme il l'a fait, avec de pareilles allégations. M. Gerdy ne s'est pas borné à me contredire. Il n'a pas craint d'insinuer, et même de déclarer ouvertement, dans son discours imprimé, que j'avais *altéré* mes citations. Or, il m'importe de repousser et de confondre, comme elles le méritent, de semblables imputations. J'avais dit, lors de la présentation de mes malades, et en me bornant à quelques détails verbaux, que « la main et les doigts, à l'exception de la phalangette de l'index, avaient conservé tous leurs mouvemens. » M. Gerdy substituant dans ses commentaires sur ce passage le mot *recouvré* au mot *conservé* (BULLETIN DE L'ACADÉMIE, 30 novembre, p. 190) a donné à entendre que mon observation ne méritait aucune confiance. J'ai répondu en rappelant qu'il y avait paralysie chez Clémentine Mouchy, que les détails de l'observation imprimée en faisaient foi. J'ai ajouté, sans m'astreindre à indiquer jusqu'où s'étendait la paralysie, parce que ce n'était pas là la question, qu'elle était évidente pour les muscles des éminences thénar et hypothénar. Je l'ai déjà dit, je n'avais pas prétendu donner, en présentant mes malades, l'histoire détaillée de leur difformité. Si j'en avais eu l'intention, j'aurais pu le faire avec bien plus de détails et avec d'autres détails que ceux que M. Gerdy a signalés, ainsi que je le prouverai bientôt en publiant ces observations. Je n'ai eu en vue, comme je le répète pour la dixième fois, que de signaler la conservation des mouvemens corrélatifs à l'opération, des mouvemens desservis par les tendons opérés. Or, qu'avaient à faire les interosseux et autres petits muscles de la main, et qu'avaient à faire les mouvemens de la main et des doigts, autre que ceux qui sont sous la dépendance des fléchisseurs des doigts. Je maintiens donc, et je répète, que j'ai dit et j'ai pu dire que tous les mouvemens des doigts et de la main avaient été *conservés ;* conservés et non *recouvrés*, comme M. Gerdy l'a substitué à mon expression. Or, le mot *conservé* ne disait rien de plus que la vérité exacte et rigoureuse, et c'est à ce titre que je le maintiens, et qu'il a été maintenu dans la déclaration de nos cinq collègues.

Vous voyez maintenant, Messieurs, de quel côté sont les inexactitudes, les contradictions, les altérations, les falsifications. Je me sers de ce dernier mot à dessein; car si M. Gerdy n'a pas dit, ou n'a pas osé dire ouvertement que j'avais falsifié les faits, il l'a donné tellement à entendre, que d'officieux commentateurs, reprenant sa pensée, ne se sont pas fait faute de porter cette indigne accusation devant le public. Or, Messieurs, je défie qu'on trouve, dans tout ce que j'ai dit jusqu'ici de mes deux opérées, le moindre prétexte à ces accusations; et comme déjà, même dans cette enceinte, on n'a pas craint, tout récemment encore, de diriger de pareilles imputations contre moi, je dois dire, pour y répondre une première et dernière fois, que je porte hautement le défi à qui que ce soit de trouver, dans toute ma carrière médicale, un seul fait publié par moi qui ait été reconnu contraire à la vérité. Jusque-là je déclarerai toutes ces insinuations et accusations d'indignes calomnies, auxquelles je ne répondrai que par le silence et le mépris. — En ce qui concerne les faits qui nous occupent, j'espère que les personnes qui ont été abusées par M. Gerdy, mieux éclairées maintenant, auront la loyauté de reconnaître leur erreur (1). Voilà pour M. Gerdy.

Les oppositions qui existent entre ce qu'a affirmé M. Bouvier et ce qu'ont attesté nos cinq collègues ont une autre importance et une autre gravité. Ici, il n'est pas question des *je crois*, des *plus ou moins* de M. Gerdy. Il s'agit d'affirmations graves, positives, péremptoires, résultant de deux examens des malades, et dites avec une assurance bien faite pour en imposer.

Relativement à Clémentine Mouchy. Dans sa première relation, M. Bouvier avait déclaré *deux* mouvemens de flexion *perdus :* ceux des troisièmes phalanges de l'index et de l'auriculaire; *deux très bornés* : ceux des troisièmes phalanges du médius et de l'annulaire; *un, peu étendu :* celui de la deuxième phalange de l'index ; les autres mouvemens non notés. Dans sa seconde relation, il a reconnu le mouvement *plus étendu*, un *peu plus étendu*, et *un peu moins borné*, à la seconde phalange de l'index, à la troisième du médius et à la troisième de l'annulaire. Des deux qu'il avait déclarés perdus à la troisième phalange de l'index et à la troisième de l'auriculaire, celui-ci lui a paru seulement *très faible*, l'autre complètement *aboli* (immobilité complète), les autres mouvemens non notés. Or, voici la déclaration unanime de nos cinq collègues. *Les mouvemens de flexion* existent *dans toutes* les articulations des doigts et du pouce. *Dix* au degré *normal*, *deux presque* au degré *normal :* ceux des troisièmes phalanges du médius et de l'annulaire : *un seul très borné*, quoique *très appréciable*, à la troisième phalange de l'index (1).

Sur Clémence Delamain. Dans sa première version, M. Bouvier avait annoncé *trois* mouvemens de flexion *perdus :* ceux des phalangettes du pouce et du petit doigt, et celui de la phalangine de l'index ; *trois très faibles:* ceux des phalangettes du médius et de l'annulaire, et celui de la phalangine du petit doigt ; sept passés sous silence. Dans sa seconde version, il déclare qu'il y a *six* mouvemens de flexion *complètement abolis ;* les cinq mouvemens de flexion des phalangettes du pouce et des doigts, et celui de la deuxième phalange de l'index ; *un*, peu étendu, la flexion de la première phalange de l'index sur le métacarpien; six mouvemens passés sous silence. — Voici la déclaration unanime de nos cinq collègues. Les mouvemens de flexion existent dans toutes les articulations des doigts et du pouce ; mais à des degrés très différens pour quelques articulations. *Cinq* au degré *normal* : ceux de la première phalange sur la main au médius, à l'annulaire et à l'auriculaire ; ceux de la deuxième phalange sur la première au médius et à l'annulaire. *Trois* presque au degré normal : ceux du pouce et de l'index sur la main, et celui de la troisième phalange de l'annulaire; *cinq très bornés*, mais manifestes : ceux des secondes phalanges de l'index et de l'auriculaire, et ceux des phalangettes du pouce, du médius et de l'auriculaire.

L'opposition entre ce qu'a dit M. Bouvier et ce qu'ont constaté nos cinq collègues n'est pas moins considérable en ce qui concerne les usages de la main.

Suivant M. Bouvier, Clémence Delamain avait été obligée d'apprendre à coudre de la main gauche *depuis* son opération, ne pouvant plus le faire de la main droite, comme avant les sections. Suivant la déclaration unanime de nos collègues, Clémence Delamain avait appris à coudre de la main gauche *avant* d'être opérée ; elle coud maintenant de la main droite, et beaucoup mieux qu'avant l'opération. Suivant M. Bouvier, elle pouvait très bien traîner la brouette ; elle ne le peut plus ; suivant nos collègues, elle le peut mieux et avec moins de douleur qu'avant les sections. Suivant M. Bouvier, c'est un *nouveau malheur* pour l'opérée et sa famille; suivant la déclaration de nos collègues, cette jeune fille est redevenue droitière de gauchère que l'avait rendue la difformité. Les usages de la main étaient très imparfaits et très bornés; ils sont aujourd'hui très nombreux et très étendus; ils sont, en un mot, tels qu'ils sont considérés par la jeune fille et sa famille comme un *véritable bonheur.*

Vous comprendrez difficilement, Messieurs, comment les choses vues et entendues par MM. Bouvier et Gerdy et par nos cinq collègues et moi ont été appréciées d'une manière aussi différente, aussi opposée; comment les uns ont vu un nouveau malheur, là où les autres ont vu un bonheur. J'ai longtemps cherché à m'expliquer cette difficulté : c'est que, suivant Montaigne, l'homme est un animal divers; c'est que M. Gerdy, qui accusait dernièrement les autres de voir certaines choses autrement qu'elles ne sont, avec le gros bout et le petit bout d'une lunette, peut très bien les voir ainsi sans lunettes et tout simplement avec ses yeux et son esprit; c'est que M. Bouvier, dont vous avez pu apprécier la manière d'expérimenter et de faire de la ténotomie, constate probablement les mouvemens, comme il coupe les tendons.

Il me restait à examiner les observations de M. Velpeau sur les trois points de la ténotomie des fléchisseurs. Mais je n'ai que deux mots à vous en dire. Notre collègue s'est posé en médiateur entre les exagérations de M. Bouvier et les miennes. Il a voulu établir des distinctions entre la ténotomie au poignet, à la main et aux doigts, que je n'aurais point admises ou que j'aurais repoussées. M. Velpeau, dont j'apprécie du reste le zèle et les lumières, s'est donné une peine

---

(1) Nous n'avons pas pu, devant l'Académie, relever les attaques de M. Gerdy jusque dans leurs moindres expressions. Or, pour ne pas lui laisser le prétexte de revenir sur ce qu'il m'a imputé, je vais reprendre ici en sous-œuvre le passage où il m'accuse d'avoir altéré mes citations : « Vous remarquerez, dit M. Gerdy, que dans cette deuxième édition de ses propre paroles, M. Guérin altère sa citation de deux manières : 1° en ne parlant plus de *tous les mouvemens de la main qui ont été conservés ;* 2° en disant que les mouvemens de la *première phalange seuls étaient conservés ;* tandis que dans le premier discours c'étaient seulement les *mouvemens de la troisième phalange qui étaient perdus.* » Voici ma réponse. Sur le premier point, on sait déjà ce que j'avais entendu et ce que j'entends par mouvemens *conservés* de la main et des doigts : c'étaient les mouvemens d'extension et de flexion subordonnées à l'action des tendons divisés que M. Bouvier avait prétendu devoir être toujours perdus. Il n'était et ne pouvait être aucunement question des autres mouvemens. Or, je n'ai rien eu à supprimer de ma première version. Et si, pour mieux faire comprendre de quels mouvemens je voulais parler, je n'ai cité dans ma seconde rédaction que ceux des doigts, c'est qu'en effet eux seuls étaient directement en cause; mais j'ai maintenu et je maintiens ma première rédaction, et celle de nos cinq collègues en fait foi. 2° En ce qui concerne le changement d'expression de ma seconde rédaction, relatif au mouvement de la première phalange conservé dans l'indicateur chez Clémentine Mouchy, au lieu de la perte du mouvement de la troisième, c'est une chicane de mots aussi odieuse que ridicule. Le fait seul le montre. En effet, M. Bouvier avait reconnu, comme moi, et M. Gerdy lui-même implicitement, l'existence des deux mouvemens de flexions métacarpo phalangienne et phalango-phalanginienne; de plus, nos cinq collègues ont non seulement constaté les mêmes mouvemens au degré normal, mais ils ont même constaté le retour du mouvement de la phalangette qui m'avait paru manquer d'abord. Je n'avais donc pas de raison, en changeant ma rédaction, de faire croire qu'il y eût un mouvement de moins, alors qu'il s'en trouvait un de plus, pour mieux servir ma cause. Les faits étant ainsi bien précisés, il ne viendra à l'idée de personne de voir dans ma seconde version autre chose qu'une erreur de rédaction par pure inadvertance. Non seulement, avec un sens ordinaire, on ne se fût pas mépris sur ce que je voulais dire, mais il eût été impossible de comprendre autre chose. Voilà à quoi se réduisent les deux altérations dont a parlé M. Gerdy.

(1) La note de nos cinq collègues mentionne encore le mouvement du pouce sur la main comme très borné, mais en raison de la paralysie et de l'atrophie des muscles. Ce mouvement n'était d'ailleurs pas en cause.

inutile. Je n'ai pas dit du tout que la ténotomie de la main fût aussi facile que celle du poignet, ni que celle des doigts ne fût pas plus difficile et moins sûre que celle de la main. J'ai dit précisément le contraire. J'ai eu soin, chemin faisant, de faire connaître ma pensée à tous ces égards, et j'ai indiqué mes motifs. Il suffit de relire mes conclusions pour s'en convaincre. Au *poignet*, j'ai dit que la ténotomie est une ressource utile et presque toujours efficace tout en permettant de conserver les mouvemens ; pour la main et les doigts, j'ai dit que les sections ne sont pas moins convenables et efficacés, et n'exposent pas nécessairement à la perte du mouvement des parties. Il n'y avait là aucune exagération à combattre : il n'y avait point de médiation à exercer. J'aurais préféré que notre collègue gardât ses bonnes intentions pour lui ; car vous savez à quelles conditions les médiateurs accordent leurs bons offices, et ce qu'il en coûte à ceux qui les reçoivent.

J'arrive, Messieurs, à la seconde partie de mon argumentation.

Ce n'est pas sans quelque hésitation et embarras que j'aborde la seconde partie de ma tâche. Il ne s'agit pas d'une question isolée et précise. Vous le savez, messieurs, il s'agit de presque toutes les questions que comportent la ténotomie et les difformités. Je l'ai dit en commençant, mes adversaires ont mis successivement en discussion la théorie de la rétraction musculaire, considérée sous le rapport historique, scientifique et pratique : la physiologie et les principes de la ténotomie; les différentes classes des difformités, leurs causes, leur diagnostic et leur traitement, et beaucoup d'autres questions incidentes que j'aurai à peine le temps de rappeler. Tous ces sujets sont aussi importans qu'étendus. Pour être convenablement traités, pour être discutés avec utilité pour la science et intérêt pour l'Académie, j'avais exprimé dans ma dernière argumentation le désir qu'on les scindât, qu'on en fît si l'on voulait le texte d'une discussion régulière. Autrement on s'expose à n'entendre que des assertions sans preuves, et des affirmations contradictoires. Cette remarque était toute simple et cependant elle a servi de prétexte à une accusation incroyable. De ce que je me suis borné à traiter quelques questions et à opposer sur les autres aux opinions de mes adversaires des opinions que le temps ne me permettait pas de développer, M. Gerdy m'a accusé de fuir, de fuir la discussion, de m'envelopper dans des nuages pour me soustraire à ses coups. Cette assertion est au moins étrange. Je viens, moi seul contre trois, après deux ou trois séances entièrement occupées par mes adversaires, je viens pour répondre en une seule fois à leurs énormes discours; et de ce que le temps me manquera pour aborder la discussion sur tous les points, on dira que je fuis, que je suis réduit au silence, que je suis *enterré*, que mes procédés sont *défunts*; mais, messieurs, cette manière de faire n'est pas loyale. Je n'ai pu tenir encore M. Gerdy sur tous les points qu'il a soulevés; mais chaque fois que je l'ai pu, chaque fois que dans ses excursions incessantes je l'ai rencontré face à face, vous avez vu si je l'ai fui, vous avez vu ce qui en est résulté. J'espère donc que si l'heure me surprend avant d'avoir dit ce que j'ai à dire, M. Gerdy ne se méprendra plus et ne cherchera pas à donner le change sur mon silence.

La première question à examiner est celle de la ténotomie considérée sous le rapport étiologique et empirique. Cette question a été traitée avec de grands développemens par M. Velpeau surtout. M. Bouvier s'est contenté de nier mes distinctions. M. Gerdy, sans s'expliquer autrement, persiste à préférer l'empirisme, il s'y plaît, nous l'y laissons. C'est donc à M. Velpeau que j'ai à répondre sur ce premier point.

L'argumentation de M. Velpeau se résume à dire : 1° Que les faits, les citations que j'ai invoqués pour prouver qu'il avait d'abord appartenu à la classe des ténotomistes empiriques, sont controuvés, inexacts, ou ne lui appartiennent pas. 2° Qu'on trouve dans sa Médecine opératoire, ainsi qu'il l'avait avancé, des opinions, des faits, des propositions, des principes formellement contraires ; opinions, faits, propositions, principes entièrement conformes à ce que je revendique comme m'appartenant et comme caractérisant la ténotomie rationnelle ou étiologique. Quelques mots suffiront, j'espère, pour dissiper la confusion que M. Velpeau aurait pu introduire dans ce qui est clair comme le jour.

Si l'on voulait considérer les choses dans leur état actuel, il serait assez difficile de reconnaître au premier abord la distinction que j'ai voulu établir. Beaucoup de ténotomistes sur un cas donné, sur le pied bot, par exemple, professent et appliquent les mêmes principes. Mais la science ne date pas d'aujourd'hui ; elle n'a pas commencé à cette discussion, comme mes adversaires voudraient peut-être le faire croire. En remontant un peu plus haut, en se reportant à l'époque où la ténotomie était encore exclusivement empirique, et à celle où elle a commencé à être étiologique ou rationnelle, cette distinction est on ne peut plus facile à faire ; alors on voit les oppositions les plus tranchées, et les différences que le temps et le progrés ont fait disparaître aux yeux du vulgaire seulement, se manifestent dans toute leur clarté et évidence. Or, voyons ce qui se passait alors.

Je vous ai rappelé la discussion sur le pied-bot qui a eu lieu en 1838 dans le sein de cette Académie. J'ai cité l'opinion de tous les membres qui avaient parlé; j'ai montré qu'il n'avait d'abord été question que des arrêts de développement, des pressions utérines, de l'absence ou de la rareté des eaux de l'amnios, en un mot de toutes les doctrines précédemment professées sur l'origine de cette difformité. J'ai cité les conclusions textuelles de M. Velpeau, telles qu'elles sont rapportées dans le bulletin de l'Académie et le procés-verbal de la séance; ces conclusions sont que « les causes du pied-bot *sont multiples* et que la *section du tendon d'Achille* est le meilleur moyen de guérison de ces difformités.» (Bulletin de l'Académ., t. III, p. 179.) M. Velpeau s'est défendu comme il suit de cette première citation. « 1° Si M. Guérin veut soutenir dit-il, que la *déviation du pied*, prise *d'une manière absolue*, ne reconnaît jamais qu'une seule et même cause, je ne prendrai pas la peine de le combattre; dans le cas contraire il est d'accord avec moi. Mais il n'est nullement question de la *déviation du pied* prise d'une *manière absolue*, mais du pied-bot et du pied-bot seulement; et alors, je dis et je maintiens, que cette difformité n'a pas d'autre cause prochaine que la rétraction musculaire comme je l'ai entendue et établie; et la discussion de l'Académie n'a pas porté sur la *déviation du pied d'une manière absolue*, mais sur le pied-bot seulement, et même sur le pied-bot congénital. Il ne peut donc y avoir confusion sur ce point, pas même dans l'esprit de M. Velpeau. 2° « M. Guérin, ajoute M. Velpeau, sait fort bien que le compte-rendu qu'il a cité n'a pas été rédigé par moi; j'ai dit que la section du tendon d'Achille était le remède du pied équin, et non pas du pied-bot en général ». A l'égard du premier membre de cette seconde réponse, je dirai que le Bulletin est l'organe officiel de l'Académie, que le procés-verbal de la séance est d'accord avec le Bulletin, ainsi que les divers journaux du temps. Mais il n'est pas difficile de lever toute incertitude à cet égard. M. Velpeau n'a pas seulement conclu dans les termes que je viens de rapporter, mais les développemens qu'il a présentés sont bien plus explicites : écoutez ce passage : « C'est une opinion anciennement reçue que la compression peut produire des pieds-bots, et s'il est difficile de concevoir comment l'utérus peut comprimer une partie du fœtus, on conçoit aisément que le fœtus presse certains points de l'utérus, entraîné qu'il est par son propre poids vers les parties déclives. Ainsi cette théorie a certainement quelques applications, mais elle n'est point admissible dans tous les cas..... Quelles causes les produisent alors ? elles sont diverses. Tantôt, mais rarement elles sont dues à une déformation maladive des os; tantôt et plus fréquemment à des inflammations suivies d'abcès dans les muscles qui détruisent ces organes, en font disparaître la fibrine et les convertissent en un tissu fibreux qui se rétracte. D'autres fois, ils sont la suite de convulsions, de contractures, de paralysies, et plus souvent encore des maladies du système cérébro-spinal ou des nerfs, ainsi que l'a démontré M. Guerin (Bulletin de l'Acad., t. III, p. 178).» Relativement à la section du tendon d'Achille comme moyen empirique de traiter les pieds-bots, non seulement M. Velpeau n'avait pas fait alors la distinction qu'il fait aujourd'hui; non seulement il n'avait pas dit que cette opération ne s'adressait spécialement qu'au pied-bot équin; mais tous les ténotomistes de l'époque, mais tous les ouvrages, mémoires et observations envoyés à l'Académie, et les rapports mêmes faits sur ces envois, prouvent au contraire de la manière la plus explicite qu'il n'était alors question que du *traitement du pied-bot par la section du tendon d'Achille*.

Les preuves abondent de toute part. Rappelez-vous le mémoire de M. Bouvier, intitulé : sur le traitement *des pieds-bots* par la section du *tendon d'Achille*. On y lit : « Deux des six malades opérés par l'auteur (section du tendon d'Achille) étaient affectés de *varus*..... la forme du pied a subi chez tous deux une grande amélioration. On continue l'emploi des machines pour achever de *rétablir les surfaces articulaires dans leurs rapports naturels*.» (Bulletin de l'Académie, t. I, p. 200 et 201.) Dans le rapport fait sur ce mémoire on n'était pas moins explicite, et veuillez remarquer, messieurs, que les commissaires étaient MM. Blandin, Emery et Velpeau. M. Velpeau, vous l'entendez. Or, on lit dans ce rapport (séance du 17 août 1837), les lignes qui suivent : « L'analyse des causes qui retiennent le pied dans les différentes positions anormales qui constituent les diverses espèces de pieds-bots, fait voir que l'allongement des extenseurs du pied est la condition presque unique de la cure du pied équin, et au moins une des conditions principales de la guérison du *varus*. » (Bulletin de l'Académie, t. I, p. 953 et 954.) Le bulletin de l'Académie est plein de documens semblables. Permettez-moi de vous en citer un dernier. Le 17 janvier 1837, M. Duval envoya à l'Académie une lettre intitulée; lettre... avec envoi de trente nouveaux cas de *pieds bots* guéris par la section du *tendon d'Achille*. L'auteur donne la statistique de ces cas comme suit : dix équins, quinze en dedans (varus) quatre équins et en dedans (équins varus) et un en dehors ou valgus... Remarquez ces paroles de l'auteur de la lettre. « Dans *un* cas de *varus*, j'ai été *obligé*, indépendamment de la section du tendon d'Achille, de faire la section du jambier antérieur » Vous l'entendez. *obligé de faire*; n'est ce pas, comme je le disais, qu'à cette époque on regardait la ténotomie comme un moyen de se débarrasser, chemin faisant, des obstacles au redressement? Cela est si vrai, que dans son rapport sur cette communication de M. Duval, la commission ne cita même pas ce cas *exceptionnel*, où il avait été obligé de faire la section du jambier antérieur, section que la ténotomie rationnelle a posé en principe pour toutes les variétés analogues. Au lieu de cela, la commission dit en parlant de la manière dont l'auteur traitait habituellement le varus : « Pour le *varus*, la machine doit avoir le double effet d'allonger le tendon d'Achille et de dérouler le pied. » (Bulletin de l'Académie, t. I, p. 410.) C'est en effet ce qu'on faisait alors pour toutes les variétés du pied-bot, on divisait le tendon d'Achille, et on combattait les autres élémens de la difformité avec les machines; et si très exceptionnellement on avait divisé, comme je viens de le dire, le jambier antérieur ou quelqu'autre tendon, c'était parce qu'on y avait été *obligé*, parce qu'on n'avait pas pu faire autrement. Voilà les faits. Mais comment l'ouvrage de M. Velpeau en est-il venu à exprimer d'autres principes, d'autres doctrines : ceci nous conduit à l'examen de la seconde partie de l'argumentation de notre collègue. Reprenons encore l'histoire.

Lors de la discussion sur l'étiologie du pied-bot, plusieurs séances avaient été consacrées à l'exposition des doctrines anciennes dont chacune avait en son représentant. Croyant le moment favorable de produire la mienne, je priai M. Velpeau de me permettre de lui exposer mes recherches sur ce point de pathogénie des difformités, dans l'espoir qu'il voudrait bien les introduire dans la discussion. Sur ma demande, notre collègue se rendit à la Muette. Là, je lui fis voir les nombreuses pièces que j'ai rassemblées sur les variétés si diverses du pied-bot, et je lui fis voir comment toutes ces variétés, procédant de la rétraction musculaire, peuvent être ramenées avec la plus grande facilité à cette même cause et s'expliquer par elle. Frappé de la simplicité, et j'ose dire de la vérité de cette doctrine, M. Velpeau la trouva très belle, très ingénieuse, en un mot me prodigua les éloges que sa bienveillance lui suggéra. Un témoin, un docteur en médecine, était présent à cette séance. J'avais, en outre, fait part à M. Velpeau de mes doctrines générales dont le pied-bot n'est qu'une application. Lorsque la discussion sur le pied-bot reprit, notre collègue voulut bien faire part de ma doctrine à l'Académie, ne la présentant du reste, que comme la formule d'une partie quelconque de l'étiologie du pied-bot. Voici un passage du compte-rendu de la séance du

21 juillet 1838 qui témoigne de cette double circonstance : « Mais, messieurs, la science possède aujourd'hui quelque chose de mieux que tout cela pour expliquer la formation du pied bot congénital; c'est la théorie proposée par M. Guérin et à laquelle l'Académie des sciences a donné son assentiment..... La chose m'a paru si frappante, d'après les pièces que j'ai examinées, et qui ont été mises sous mes yeux, il y a peu de jours encore, que je ne puis m'empêcher d'adopter cette doctrine (1).

Peut-on être plus explicite? M. Velpeau pourra encore arguer que ce n'est pas lui qui a rédigé ce passage! Qu'importe, le fait qu'il consacre n'en est pas moins formel. Voyez plutôt la note que mon collègue a insérée, a-t-il dit, par complaisance, dans sa MÉDECINE OPÉRATOIRE. On y lit en toutes lettres: « Cette doctrine, que l'auteur *m'avait exposée verbalement il y a près d'un an*, a été appliquée par lui, etc. » (MÉD. OPÉRAT. t. I. Appendice page XXIX.) Quelle que soit donc l'origine de cette note, sur laquelle, du reste, je vais m'expliquer, elle est d'accord avec le compte-rendu de la séance de l'Académie, pour attester que j'avais communiqué mes recherches à M. Velpeau un an auparavant, c'est-à-dire, à l'époque de la discussion de l'Académie sur les pieds-bots. J'ai maintenant à m'expliquer sur la véritable origine de la note que j'ai citée dans une dernière argumentation et qu'on vous a dit avoir été rédigée par moi, et admise par complaisance dans l'Introduction de la MÉDECINE OPÉRATOIRE de M. Velpeau. Et d'abord, messieurs, en principe, vous ne croirez pas à cette prétendue complaisance. Notre confrère est un homme sérieux, qui sait ce qu'il fait, qui lit ce qu'il met dans ses livres, qui ne prend pas la responsabilité des choses qu'il ne comprend pas. M. Velpeau, je le répète, est homme trop grave pour s'être rendu coupable de la légèreté et de la complaisance dont il s'accuse. Il y avait un autre motif, ainsi que vous allez le voir. Notre confrère venait, comme il vous l'a dit, de publier dans un journal (ESCULAPE, 2 juin 1839) un chapitre sur la ténotomie, emprunté à sa MÉDECINE OPÉRATOIRE, qui était sous presse. Je fus surpris de trouver dans cet écrit toutes mes idées sur le pied-bot, moins le nom de leur auteur. Je m'en plaignis amèrement et ouvertement à M. Velpeau. Il me répondit que, ne lui ayant fait qu'une communication verbale de mes recherches, il n'avait pas cru devoir les exposer dans son livre. Cette réponse, comme vous le supposez, ne me satisfit pas; car, puisque notre confrère s'était dispensé de publier mes idées sous mon nom, il aurait pu se dispenser, plus aisément encore, de les publier sous le sien. Je demandai les rectifications nécessaires; il était trop tard : l'ouvrage était imprimé. Je voulais qu'on mît des cartons en place des pages où justice m'avait été si peu rendue. En place de cette rectification, M. Velpeau m'en proposa une autre. Il m'offrit de mettre dans un appendice, placé en tête de son TRAITÉ, une note que je rédigerais, et qui servirait de correctif au texte du corps de l'ouvrage. Voilà l'origine de cette note. Vous remarquerez, messieurs, qu'en la citant, je me suis bien gardé de dire que je citais le texte de M. Velpeau; je me suis tenu, au contraire, dans une grande réserve; je me suis borné à dire que ce passage prouvait que notre confrère n'est pas si opposé que vous pourriez le croire à la distinction contre laquelle il s'est élevé. Je ne pouvais pas en dire davantage, et il y eût eu quelque chose d'inconvenant, de brutal à venir vous révéler sans nécessité que cette note je l'avais demandée, je l'avais exigée, je l'avais obtenue comme une réparation légitime, et non comme un acte de coupable obligeance, qui n'aurait eu ni motif, ni excuse; car ce ne serait pas seulement un acte de complaisance, mais un acte de générosité sans exemple : M. Velpeau aurait fait abandon de ses idées à mon profit, et vous savez si cela est dans les habitudes de notre confrère. Pour terminer ces détails, dont j'aurais voulu pouvoir m'abstenir, je n'ajouterai qu'un mot qui les rendra, j'espère, sans réplique.

Dès que j'eus communiqué mes recherches non imprimées à M. Velpeau, je songeai à les mettre à l'abri des habitudes assimilatrices de notre confrère. Dans ce but, j'envoyai à l'Académie (28 juillet 1838), un paquet cacheté qui contenait le résumé de mes idées sur l'étiologie du pied-bot congénital, sur ses variétés et son traitement par la ténotomie. Ce paquet est resté ici en dépôt jusqu'à ce jour. Je vais prier M. le président de l'ouvrir et de donner communication de son contenu à l'Académie.

M. le président ouvre le paquet cacheté et lit la note qui suit :

CONCLUSIONS D'UN MÉMOIRE SUR LE PIED-BOT CONGÉNITAL QUE JE ME PROPOSE DE LIRE A L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE (2).

1° Le pied-bot congénital, ainsi que je l'ai établi dans mon travail couronné par l'Académie des sciences, est le résultat de la rétraction convulsive des muscles du pied et de la jambe dépendant d'une affection du système nerveux;

2° L'affection convulsive qui détermine la rétraction ou contracture musculaire, peut aller jusqu'à paralyser un ou plusieurs muscles de la jambe, la rétraction et la paralysie n'étant, pour moi, que deux degrés différens du même état pathologique. Lorsqu'il n'y a que simple contracture, le muscle, arrêté dans son développement, ne peut suivre qu'incomplètement le développement du squelette, d'où l'accroissement de la difformité pendant la croissance de l'individu : lorsqu'il y a paralysie, le muscle tend à s'atrophier, et n'oppose qu'une faible résistance à l'action de ses antagonistes rétractés ou restés à l'état normal;

3° Les différentes formes anatomiques ou variétés de pied-bot, telles que le pied *equin*, le *varus*, le *valgus* et le *talus* sont le résultat de la rétraction siégeant spécialement dans tel ou tel muscle, ou de la rétraction de certains muscles avec la paralysie complète ou incomplète de certains autres; en sorte que la direction d'action des muscles rétractés détermine la direction et la forme du pied-bot. C'est ainsi que le *pied-équin* résulte de la rétraction des jumeaux et soléaire et des fléchisseurs des orteils;

Le *varus* de la rétraction du jambier antérieur;

Le *valgus* de la rétraction du péronier antérieur et des péroniers latéraux;

Le *talus* de la rétraction du court fléchisseur des orteils, avec paralysie et atrophie des jumeaux et soléaire.

C'est encore ainsi que ces formes primitives peuvent se combiner entre elles et offrir encore d'autres élémens, tels que l'*enroulement* du pied, l'*adduction*, l'*abduction* exagérées : tous effets de la rétraction siégeant à différens degrés dans le jambier postérieur, fléchisseur et adducteur du gros orteil, péroniers latéraux et pédieux, etc.;

4° Les conséquences thérapeutiques résultant de l'étiologie du pied-bot, que j'ai établie, et des applications que j'ai faites aux différentes variétés anatomiques de cette difformité, sont que l'on doit, dans le cas d'insuffisance des moyens mécaniques et généraux, faire la section des tendons des muscles rétractés, déterminant chaque forme du pied-bot : contre l'*équinisme*, le tendon d'Achille; contre le *varus*, le tendon du jambier antérieur; contre le *valgus*, le péronier antérieur; contre l'*enroulement*, ou courbure suivant le bord interne, l'adducteur du gros orteil; contre l'*adduction* forcée du pied, le jambier postérieur; contre l'*abduction* forcée, les péroniers latéraux; et la section simultanée des tendons de ces muscles suivant la simultanéité de leur rétraction dans les différentes combinaisons de forme que présente le pied-bot;

5° Ces indications résultant d'une analyse étiologique rigoureuse résultent encore directement d'une expérience longtemps répétée. J'ai fait, en effet, la section de tous les tendons des muscles ci-indiqués, et toujours j'ai remédié par cette opération aux élémens de difformités qu'ils concouraient à déterminer.

Paris, 28 juillet 1838.

J. GUÉRIN.

Voilà donc un point de départ certain, mathématique, un fait matériel incontestable, qui marque d'une manière décisive la véritable origine du point de science en litige. Mais, messieurs, si un heureux instinct m'avait fait moins me défier de ce qui m'arrive, j'aurais pu, à la rigueur, me dispenser de la pièce qui vient de vous être lue; et même, pour éviter tout prétexte à des réclamations qu'on ne pourra pas se dispenser d'essayer, j'ajouterai que la date authentique de mes idées, de mes recherches sur les difformités par rétraction musculaire, est bien antérieure à cette époque. Dès le commencement de 1836 j'avais communiqué à l'Académie des sciences ma doctrine générale des difformités, et les faits nombreux qui leur servent de base, ainsi que le rapport sur le concours pour le grand prix de chirurgie en fait foi. Voici ce qu'on lit à la page 20 de ce rapport : « Enfin la commission s'est spécialement arrêtée sur deux ordres de recherches d'une très *grande importance*, et dont l'indication va clore dignement l'analyse de cette partie du travail de M. Guérin. Nous voulons parler de l'histoire des *difformités générales* chez les monstres et le fœtus, et de l'histoire générale du rachitisme..... » Puis vient l'analyse de la partie de mes recherches relatives aux difformités par rétraction musculaire (1) : il serait trop long de vous la lire ici.

---

(1) Compte rendu de la séance du 24 juillet 1838, GAZETTE MÉDICALE, 1838, p. 478 — Je dois faire remarquer que cette citation a été forcément empruntée à la GAZETTE MÉDICALE, et non au Bulletin de l'Académie, comme j'ai l'habitude de le faire, parce que le Bulletin n'a pas rendu compte de cette séance. Voyez en effet BULLETIN, tom II, p. 961, où le rédacteur annonce qu'il renvoie à un autre compte-rendu ce qu'il avait à dire de la discussion sur l'étiologie des pieds-bots. Mais il a oublié plus tard ce renvoi.

(2) Je publie cette note textuellement, en rappelant que j'ai fait remarquer, pendant la lecture, que le copiste avait commis une erreur. En sautant deux lignes, il a attribué *au talus* ce qui appartient à une autre variété de pied-bot que j'ai le premier indiquée, *au pied-bot plantaire*. Je signale cette erreur pour qu'elle ne devienne pas le sujet d'une nouvelle leçon de M. Gerdy sur les muscles et les mouvemens du pied. — Puisque j'en suis sur ce chapitre, je vais réparer une légère omission de ma dernière réplique. M. Gerdy s'est fortement scandalisé de ce que j'ai appelé le muscle *plantaire interne* l'adducteur du gros orteil : et il a eu l'obligeance de m'apprendre et de publier que j'avais pris un muscle pour un nerf. Je ne crois pas indispensable de rectifier l'induction de mon charitable confrère; mais je dois dire que j'ai cru devoir donner le nom de plantaire interne à l'adducteur du gros orteil pour deux raisons : 1° parce que plusieurs auteurs, tels que Meckel et Lauth, appellent l'adducteur l'abducteur : j'ai voulu faire cesser cette confusion; 2° parce que, comme il existe deux nerfs artères et veines plantaires internes et externes, j'ai trouvé commode de généraliser l'appellation, de l'appliquer aux muscles. Cela n'a quelque chose d'étonnant que pour M. Gerdy : et il s'étonnera bien davantage s'il voit cette correction sans importance admise par ceux qui en approuveront les motifs.

(1) Nous n'avons pu lire devant l'Académie tout le passage en question. Le voici textuellement; c'est une pièce trop importante au procès pour que nous puissions nous dispenser de la reproduire.

1° DIFFORMITÉS GÉNÉRALES CHEZ LES MONSTRES ET LE FOETUS. — Dans un premier ordre de faits, M. J. Guérin a rassemblé et décrit une série de monstres anencéphales, sur lesquels se trouvaient simultanément réunies toutes les difformités du système osseux qui se passent dans les articulations, telles que *déviations de l'épine, difformités du thorax, luxations des fémurs, des genoux, luxations ou subluxations des coudes, des poignets et des pieds* (pieds bots, mains bots); en un mot, déplacemens plus ou moins complets de toutes les surfaces articulaires. A côté de ce premier fait général, il s'en trouvait un autre non moins général et non moins bien exprimé : c'est que toutes les difformités portées au plus haut degré des deux côtés étaient accompagnées d'une rétraction générale convulsive du système musculaire, et avaient lieu rigoureusement dans le sens de cette rétraction. De leur côté, les nerfs étaient tendus, raccourcis et considérablement hypertrophiés. Enfin, en explorant les débris de l'encéphale, l'auteur a trouvé les méninges déchirées, frangées, à moitié dispa-

Telle est la véritable origine de la théorie des difformités par rétraction musculaire. On pourra se rejeter sur des hypothèses qui ont un rapport plus ou moins éloigné avec cette théorie, et qui étaient oubliées depuis longtemps dans la science; mais on ne citera rien de précis, de sérieux, rien de prouvé, rien d'établi, antérieurement aux points de départ que je viens de préciser.

Vous excuserez, messieurs, les développemens dans lesquels j'ai été forcé d'entrer sur le point historique de la question. Je n'ai que quelques mots à ajouter sur le point scientifique et pratique.

Aujourd'hui tout le monde à peu près se conduit de même à l'égard du pied-bot : chacun explique et traite comme moi toutes les variétés de cette difformité. Mais il n'est pas ainsi des autres difformités de la même origine. Or, pour la théorie de la rétraction musculaire, le pied-bot n'est qu'un cas particulier qui se répète au genou, à la hanche, à l'épine, au cou, aux membres supérieurs, à la face, à l'œil, etc.; partout c'est la rétraction musculaire réalisant un nombre infini de variétés de difformités, que mes adversaires soupçonnent à peine, que j'ai constatées, décrites et opérées, mais que mes nombreux travaux m'ont empêché jusqu'ici de publier : je citerai, comme exemple seulement, les difformités du genou. M. Velpeau et autres ont divisé les tendons du biceps et ceux du bord interne du creux du jarret pour des flexions permanentes du genou; eh bien! il y a pour cette articulation presque autant de formes, de nuances, de variétés de difformités qu'il y a de variétés du pied-bot; ou bien ces difformités ne sont mêmes pas soupçonnées, ou bien celles qui sont connues comme les déviations des genoux en dedans, en dehors, sont attribuées à d'autres causes, au rachitisme par exemple. Cependant, toutes rentrent au même titre que le pied-bot, dans la théorie de la rétraction musculaire et bénéficient de la même méthode de traitement; de la ténotomie. Ainsi, j'ai divisé successivement ou collectivement tous les muscles, tendons et ligamens qui entourent cette articulation suivant leur degré de participation aux difformités dont elle peut être le siége.

L'heure est trop avancée (5 heures moins 5 minutes) pour que je commence la discussion des principes de la ténotomie. Ce point n'est pas moins important que celui qui précède; si l'Académie le permet, je le traiterai dans une prochaine séance.

M. Bouvier : Les dissidences graves qui existent entre l'appréciation que j'ai faite de l'état des deux malades présentés par M. Guérin, et celle qui est consignée dans le procès-verbal dont vous venez d'entendre la lecture, ne changent rien à mes convictions, car ces dissendences disparaîtront lorsque je me serai expliqué. J'ajouterai qu'il est impossible de discuter sur des faits absens et qu'il serait utile d'engager M. Guérin à représenter ses malades à l'Académie et à accepter une commission; car il y a une grande différence entre le jugement de personnes revêtues ou non revêtues d'un mandat, et en m'exprimant ainsi je n'inculpe en aucune manière la bonne foi des membres qui ont fait partie de la commission que M. Guérin s'est choisie. Dans l'intérêt de la science, dans l'intérêt de l'Académie, il est donc indispensable de nommer une commission nombreuse; autrement nous resterions dans le doute sur la valeur exacte des faits de M. Guérin, et la question ne pourrait être élucidée.

M. Gerdy. J'appuie la proposition de M. Bouvier, et je demande que M. Bouvier et moi soyons admis à faire partie de la commission. Si M. Guérin n'acceptait pas une commission, on pourrait dire qu'il se choisit lui-même des commissaires, et cela serait très fâcheux. Je rappelerai que j'ai demandé que M. Bouvier fît partie d'une commission chargée d'examiner un travail de M. Pravaz, et pourtant M. Bouvier était entièrement opposé aux idées de ce médecin. Des adversaires peuvent, tout aussi bien et mieux que des amis, juger de la valeur d'un fait, et le jugement des premiers entraîne nécessairement une plus grande conviction que celui des seconds.

M. Amussat: A la place de M. Guérin, je n'accepterais pas une commission, et je trouve que jusqu'à présent il a bien fait de résister aux propositions qui ont été faites dans le but de lui en imposer une. Mieux que personne, Messieurs, je sais tous les désagrémens que causent les commissions, surtout lorsque, comme cela arrive presque toujours, elles sont composées d'adversaires. Rappelez-vous ce qui a eu lieu pour l'introduction de l'air dans les veines? Pendant plus de six mois, j'ai eu à subir, de la part d'une commission, des désagrémens et des déboires de toutes sortes. Mon expérience sur les commissions composées d'adversaires est donc très concluante. Or, pour ce qui est relatif à M. Guérin, cinq membres de l'Académie ont examiné avec la plus scrupuleuse attention les deux malades qu'il vous a présentés; ils ont consigné, dans un procès-verbal revêtu de leurs signatures, les résultats qu'ils ont observés. N'est-ce pas suffisant pour éclairer l'Académie et permettre de juger de la valeur qu'il faut accorder aux assertions que M. Guérin avait d'abord émises, et à celles de MM. Bouvier et Gerdy, qui n'ont pas le droit de récuser notre témoignage impartial?

M. Bouvier : Quand plusieurs membres de l'Académie émettent des assertions contraires lesquels faut-il croire? Messieurs, la question en est là. Pendant six mois, dit-on, on a discuté sur des faits pour l'examen desquels une commission avait été nommée, tant mieux pour la science; elle n'a fait qu'y gagner.

Rappelez-vous, Messieurs, un fait étranger au sujet qui nous occupe, mais qui vient parfaitement à l'appui de la différence qui existe entre des personnes revêtues ou non revêtues d'un mandat. Mlle Pigeaire faisait des merveilles, au dire de quelques membres de l'Académie. Une commission est nommée, et les prétendus faits de magnétisme n'étaient que des mystifications.

M. Castel combat la proposition MM. Gerdy et Rouvier. Jamais, dit-il, l'Académie n'a révoqué en doute le témoignage d'aucun de ses membres, cinq d'entre nous ont signé un procès-verbal constatant l'état des malades présentés par M. Guérin. Cela doit nous suffire. Toute la ténotomie ne consiste pas dans un fait; et il ne faut pas compromettre la dignité de l'Académie dans un débat qui devient tout personnel. Je demande l'ordre du jour sur la proposition qui a été faite de nommer une commission.

M. J. Guérin : J'apprécie les motifs qui ont fait demander la nomination d'une commission; mais ces motifs me touchent peu. Comme mon honorable collègue M. Amussat, j'ai l'expérience des commissions composées d'adversaires. A une certaine époque, j'ai eu aussi à faire constater des résultats matériels patens pour tous, et je sais combien de tourmens, d'ennuis, j'ai eu à essuyer, non pas pour convaincre les opposans, mais pour obtenir justice. Je ne crois pas utile de recommencer l'expérience. Les faits que je voulais établir n'ont d'ailleurs pas besoin de ce supplément d'autorité. La constatation qui en a été faite par cinq de nos honorables collègues, aussi connus par la solidité de leurs connaissances que par la droiture de leur caractère, me satisfait complètement. Je laisse à M. Bouvier les conséquences du doute qu'il a exprimé à cet égard. J'ajouterai, pour terminer, que mes deux opérées sont en ce moment à la Muette, où elles restent à la disposition de ceux de nos honorables collègues qui désireront les visiter. Il n'y a pas besoin de commission pour cela. Je vote donc contre la proposition de M. Bouvier.

La proposition de M. Bouvier est mise aux voix et rejetée.

La discussion sera continuée samedi prochain, et la parole sera maintenue à M. Jules Guérin.

SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU 6 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. FOUQUIER.

La séance est ouverte à trois heures par une notice sur M. Lodibert, prononcée par M. Pariset, secrétaire perpétuel de l'Académie.

M. Royer-Collard lit ensuite l'extrait d'un grand travail sur l'influence qu'exercent sur l'économie végétale et animale diverses causes hygiéniques et particulièrement une nourriture physiologiquement dirigée. Cette lecture a constamment captivé l'attention de toute l'assemblée, et a valu à M. Royer-Collard des applaudissemens unanimes et réitérés (Nous donnons cet extrait en tête du journal.)

— M. Gérardin, secrétaire annuel, proclame les prix dans l'ordre suivant.

CONCOURS DE 1842.

L'Académie avait proposé pour sujets des prix de 1842 les questions suivantes :

PRIX DE L'ACADÉMIE.

« Rechercher les cas dans lesquels on observe la formation d'abcès multiples et comparer ces cas sous leurs différens rapports. » Ce prix était de 1,500 fr.

L'Académie n'a pas décerné le prix; elle a accordé un encouragement de 500 fr. à M. Gély (J.-A.), chirurgien des hospices de Nantes.

PRIX PORTAL.

« Tracer une histoire raisonnée du système lymphatique, considéré sous les rapports anatomique, physiologique et pathologique, depuis Morgagni jusqu'à nos jours. Ce prix était de 1,000 fr.

L'Académie n'a reçu aucun mémoire.

---

rues, et la cavité du crâne réduite à un très petit espace irrégulier, formé par l'affaissement de ses parois, qui étaient disjointes et en partie détruites.

Dans un second ordre de faits, l'auteur a réuni un certain nombre de monstruosités, dans lesquelles le *cerveau* et la *moelle épinière, mal conformés et plus ou moins incomplets*, avaient subi des déplacemens notables, et étaient accompagnés de poches hydrocéphaliques et hydrorachidiennes plus ou moins considérables. Avec cet état du cerveau coïncidait la généralité des difformités observées dans la catégorie précédente, c'est-à-dire, *rétraction musculaire générale* et *luxations* et *subluxations de toutes les articulations*.

Dans un troisième ordre de faits, l'auteur a rassemblé des fœtus humains et de veau, chez lesquels une *hydrocéphale très développée* coïncidait avec la rétraction générale du système musculaire et des difformités permanentes indiquées précédemment.

Dans une quatrième catégorie de faits, il a rassemblé des fœtus chez lesquels les mêmes difformités, quoique portées à un haut degré, présentaient néanmoins une différence de degré et de développement très marquée à droite et à gauche, coïncidant toujours avec une *rétraction spasmodique* proportionnée des muscles correspondans.

Dans une cinquième catégorie de faits, il a réuni des fœtus chez lesquels les difformités, limitées à un seul côté du corps et toujours caractérisées par la rétraction des muscles, coïncidaient avec les traces d'une *affection cérébrale ancienne*.

Enfin, dans une sixième et dernière catégorie de faits, l'auteur a réuni une série d'observations recueillies sur des sujets vivans, offrant, avec des traces non équivoques *d'une affection cérébrale antérieure à la naissance*, une réunion de difformités décroissantes, depuis la difformité générale simultanée des pieds, des mains et de l'épine, jusqu'à la difformité d'un seul pied ou d'une seule main.

En présence de cette succession de faits, l'auteur a présumé qu'il y avait là comme des degrés différens d'une cause commune, et a cru y trouver l'origine d'un certain nombre de difformités congéniales.

PRIX CIVIALE.

« L'histoire physiologique et pathologique de l'hypochondrie. » Ce prix était de 1,500 fr.

L'Académie n'a pas décerné le prix. Elle a accordé un encouragement de 500 fr. à M. Michéa, médecin à Paris, auteur du mémoire n° 6, et un autre de la même somme à M. Brachet, médecin à Lyon, auteur du mémoire n° 3.

Nous publierons dans le prochain numéro le programme des prix pour l'année 1844.

BIBLIOGRAPHIE.

DU BONHEUR EN CHIRURGIE, RECUEIL DE FAITS CLINIQUES; par J. MOULINIÉ, ex-chirurgien en chef de l'hôpital de Bordeaux.—1842. Paris, chez Germer-Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Voici un livre qui mériterait d'être beaucoup lu et qui, sans aucun doute, le sera fort peu. Et cependant, pour faire mentir cet horoscope, pour obtenir la faveur publique, ce n'est ni la justesse des idées qui lui manque, ni le patronage d'un nom honorablement connu, ni même l'appui d'un titre visant quelque peu à l'effet. Disons-le sans détour, car une pareille critique n'a rien d'offensant, la raison de l'indifférence que nous appréhendons pour lui est dans le sujet même de l'ouvrage. En médecine comme en religion, comme en politique, il est des matières tacitement réservées pour tous les partis, des questions que les écoles les plus opposées, dans leurs discussions les plus vives, évitent, comme d'un commun accord, d'aborder. A Dieu ne plaise que, puritains sévères, nous venions ici accuser les chirurgiens de dérober au grand jour leur conduite intérieure et d'avoir choisi, pour leurs mystères voilés aux yeux profanes, les questions si délicates qui regardent la conscience, la responsabilité morale. L'honneur, nous le savons, n'est point un vain mot dans notre profession. Mais une contradiction néanmoins frappe tous les yeux ; les devoirs du médecin vis-à-vis de l'humanité sont graves, sont immenses; chacun croit les connaître, chacun se flatte de les remplir ; et le code n'en existe nulle part ! D'où vient cette lacune? Pourquoi dans une science qui compte les doctrines par centaines, par milliers les traités d'enseignement classique, ne trouve-t-on définies et tracées dans aucun livre ces obligations morales du médecin, ces règles suprêmes dont nous ne saurions dévier sans crime dans nos rapports avec nos semblables? Nous n'essaierons point de le dire : ce sont là des questions auxquelles il est prudent de laisser chacun répondre pour son propre compte.

Cette lacune, reconnue de tous, quoique partout assez généralement passée sous silence, M. Moulinié n'a pas pris la plume dans le but avoué de la combler. Bien qu'elle ne fût point au-dessus de ses forces, une telle prétention répugnait trop à sa modestie pour qu'il ait pu songer à venir de propos délibéré se faire le législateur de la science dans ce qu'elle a de plus délicat. Mais la nature de son sujet l'entraînait naturellement à l'examen de ces questions élevées, ayant à rechercher les causes qui font le succès en chirurgie, il lui fallait bien dire quels sont les moyens qu'on peut légitimement employer, quels sont ceux dont l'intérêt des malades fait un devoir de s'abstenir, et nulle part il n'a reculé devant cette honorable mission de dire à tous toute la vérité. La haute moralité qui distingue son ouvrage double encore de prix par la manière essentiellement indépendante et toujours libre de réticences dont il a su en revêtir les inspirations. On sent à la lecture que ce n'est pas là un théoricien de vertu, mais bien un praticien, qui trouve dans ses souvenirs et dans son propre exemple la source des préceptes qu'il trace en même temps que leur justification. Quelques extraits vont servir à justifier cette opinion.

Personne n'ignore qu'en chirurgie le mot succès s'entend plutôt du nombre des opérés menés à bien que du chiffre des guérisons obtenues sur un total donné de malades traités avec ou sans opérations. Tous les praticiens en sont là; et soit parmi les faiseurs de statistique, soit parmi ceux qui les jugent, il y en a bien peu qui s'aperçoivent de cette erreur de langage, d'autant plus condamnable cependant que, sous prétexte de réaliser les plus beaux résultats possibles, elle ne va à rien moins qu'à multiplier indéfiniment le nombre des victimes. Que l'on compte les malades qui eussent pu guérir sans opération, puis ceux que le chirurgien refuse d'opérer parce que leur état, sans être désespéré, n'offre pas à son ambition assez de chances de réussite, et qu'on dise ensuite si cette déplorable manie de juger les succès d'une pratique chirurgicale d'après la somme de ses opérations heureuses n'est pas un préjugé aussi contraire aux premières notions de logique qu'aux plus simples devoirs de l'humanité. Il suffit, ce semble, de poser la question pour qu'elle soit résolue à l'unanimité dans ce sens. C'est ainsi, je me le rappelle, que nous l'entendions tous, lorsque, en 1833, Dupuytren stigmatisait dans ses cliniques ces chirurgiens injustement dits *à succès*, dont le prétendu *bonheur* s'achète en réalité aux dépens de la vie des malades ; qui, plus jaloux de réputation que de véritable honneur, repoussent impitoyablement de leur amphithéâtre tout sujet dont l'état douteux menacerait d'altérer la précieuse série de leurs opérations heureuses. A son tour, M. Moulinié signale cet abus avec toute la franchise de l'honnête homme : « Si l'insuccès, dit-il, tient parfois à l'omission ou à l'ignorance de sages principes, le succès dépend souvent de ce que le chirurgien est régi par un scrupule extrême, qu'il ne se livre pas à des chances hasardeuses, qu'il fait un choix des cas qui peuvent agrandir sa réputation; et qu'il rejette impitoyablement ceux qui pourraient y porter la moindre atteinte.

» Je n'ai point la prétention de croire, qu'en se conformant à certaines règles, on puisse toujours conjurer l'insuccès ; loin de là, je pense qu'il est des cas essentiellement malheureux dans lesquels il est convenable que le chirurgien sacrifie son amour-propre et se dévoue, bien qu'il redoute une chance fatale.

» Faut-il, pour satisfaire son amour-propre, pour ne pas nuire à sa réputation, pour ne pas compromettre la chirurgie..., laisser le malade dans le désespoir et n'agir que si l'on voit des chances à peu près certaines, afin de n'avoir à compter que des succès ? Ce ne sont point là mes principes....

« Lorsqu'un chirurgien est constamment heureux, ne doit-on pas présumer que son bonheur, quoique gouverné par le talent, tient aussi à une prudence extrême ? »

Rien de moins ambigu, on le voit, que ce langage ; ce n'est certes pas à M. Moulinié qu'on reprochera de déguiser l'expression de sa pensée sous le voile des *plus ou moins* ou *toutes choses égales d'ailleurs*, formules si chères aux esprits timides et aux consciences irrésolues. Toutefois, et bien que ces principes aient notre approbation entière, nous ne pouvons éviter de signaler un point sur lequel ils nous ont paru avoir été poussés par l'auteur jusqu'à une exagération blâmable. Nonseulement il veut qu'on opère lorsqu'il n'y a que peu de chances de guérison, mais, même dans des cas de tumeurs décidément reconnues cancéreuses, il conseille d'enlever la moitié de la masse morbide, afin, dit-il, *de procurer au malade une illusion salutaire* : il va même jusqu'à citer une opération de ce genre faite par lui ! C'est là une erreur qu'il doit suffire de signaler ; et quoique ce soit celle d'un homme de talent, on ne peut guère trouver à y approuver que le sentiment de philantropie qui l'a inspirée ; et nous avons été heureux, nous l'avouons, en reconnaissant que ni les faits, ni les raisonnemens sur lesquels il cherche à l'appuyer, ne sont de nature à lui donner crédit dans la science.

Sous le titre de DIGNITÉ DU CHIRURGIEN, l'auteur fait ressortir les avantages d'une certaine tenue, de la réserve constante que le chirurgien doit s'imposer vis-à-vis de ses malades. Ceci, bien entendu, s'applique principalement au service des hôpitaux, là où la familiarité amènerait bientôt l'insubordination, et où la douceur, si naturelle d'ailleurs en présence de tant de maux, aurait pour inévitable résultat d'aliéner à l'homme de l'art toute la confiance de ses malades. Sans doute, il doit en coûter à une ame compatissante de faire ainsi violence à ses tendances les plus intimes pour affecter sans cesse une sévérité factice. Mais le bonheur d'être utile n'est qu'à ce prix. Car l'humanité est ainsi faite : on ne respecte que ce que l'on connaît imparfaitement ; et la foi qui, en médecine comme ailleurs, suffit à tant de miracles, résisterait toujours aux sollicitations de l'amitié, tandis qu'elle va se prodiguer aveuglément au premier venu qui saura l'exiger au nom d'un mystère quelconque. N'oublions jamais cependant que la réserve n'est ni de la hauteur ni de la morgue, et que le chirurgien ne s'isolera en apparence de son malade que pour conserver le moyen de le soulager plus efficacement.

La même conduite est dictée au chirurgien vis-à-vis des assistans : « Qu'arriverait-il, dit M. Moulinié, si, pendant un service chirurgical, un colloque familier s'engageait auprès du lit des malades entre le maître et l'élève, et que, dans une discussion, la raison fût du côté de l'élève ? Il est facile de le deviner : la déconsidération du maître. Ainsi, que de tels entretiens n'aient pas lieu pendant la durée du service ; qu'ils ne s'engagent même pas, devant le malade, avec les praticiens qu'animent les intérêts de la science ; car il faut que le chef d'un hôpital paraisse toujours supérieur, afin qu'il conserve une prééminence essentielle. »

Ne craignons pas néanmoins de parler quelquefois aux malades le langage de la raison. Pour être plus rares, les communications du chirurgien avec eux n'en auront que plus de puissance ; et c'est alors que dans l'occasion on pourra sûrement compter sur l'effet de paroles habilement calculées, de manière à bien disposer son moral. Présentez-lui, dit M. Moulinié, une opération avec l'apparence de la simplicité. Rien de meilleur que ce précepte. Dupuytren excellait à obtenir ainsi beaucoup en peu de mots. Combien de fois ne l'avons-nous pas vu triompher en un instant du refus opiniâtre de malades condamnés à subir l'opération de la kélotomie ! « Il ne s'agit, leur disait-il, que d'agrandir de quelques lignes l'ouverture par laquelle les parties sont sorties, afin de pouvoir les faire rentrer. » Toute résistance tombait devant une explication aussi claire; et le patient, séduit par l'apparente simplicité de la manœuvre annoncée, allait de lui-

même se soumettre à l'une des opérations les plus nécessaires, mais les plus dangereuses de la chirurgie.

Après avoir montré le pouvoir de l'influence morale et la manière d'en faire tourner les effets au profit du malade, l'auteur passe à ce qui concerne l'alimentation. Là comme tous les chirurgiens qui ont beaucoup vu et bien vu, il prend parti contre la diète exagérée et n'hésite point à frapper de ridicule les banales appréhensions de la gastro-entérite auxquelles tant de chirurgiens sacrifient encore tous les jours tant de victimes. Sans prétendre régler exactement la quantité d'alimens à donner aux opérés, M. Moulinié aime mieux s'en remettre de ce soin à une garde-malade attentive, et notamment, dans les hôpitaux, aux sœurs de charité. C'est là un exemple qu'on serait heureux de pouvoir imiter partout; car, qui peut mieux discerner les véritables besoins d'un malade, qui peut les satisfaire plus sûrement, que celui qui est à même de les observer à mesure qu'ils naissent? Malheureusement, pour être praticable, ce plan de conduite exige autant de dévouement que de sagacité dans les personnes chargées de la surveillance journalière. On ne saurait donc trop réfléchir avant de le mettre à exécution dans un service chirurgical; car son succès dépend ordinairement de conditions tout individuelles, et en l'appliquant sur une large échelle, bien souvent à côté de quelques bons effets, on s'exposerait à recueillir de tristes revers.

D'après ce que nous avons laissé voir du caractère chirurgical de M. Moulinié, on devine sans doute qu'il est partisan de la *préparation* aux opérations. C'est là en effet une règle de haute prudence à laquelle aucun praticien sensé ne voudra manquer; car les soins préliminaires auxquels on soumet le malade ont le double avantage de le mieux disposer et de laisser au chirurgien tout le temps nécessaire pour bien l'étudier. Malgré cela, il est des circonstances où l'on se voit forcé de dévier de ces principes. Souvent une temporisation trop prolongée effraierait le malade; et même avec une santé parfaite, il est peu de personnes qui consentent à vivre ainsi plusieurs jours, le couteau en quelque sorte suspendu sur la tête. D'autres patiens sont moins pusillanimes, mais ils s'ennuient tout simplement d'avoir à subir un régime quelconque, et impatiens de toute contrainte, ils ne peuvent se persuader de la nécessité de changer, sans aucun motif apparent, leur manière habituelle de vivre. Rencontrez-vous de pareils sujets, profitez du premier moment favorable pour porter sur eux l'instrument; ce sont des opérations à saisir à la volée; c'est par un commencement d'exécution qu'il faut engager les hommes de cette espèce, si l'on veut qu'ils se décident ensuite à laisser continuer. Tel était le cas d'un négociant du Médoc, affecté de la pierre, sur lequel M. Moulinié fut obligé d'appliquer le broiement sans avoir pu obtenir qu'il se soumît à aucun soin préliminaire. Le succès couronna cette tentative, fort rationnelle en réalité, car si l'opportunité est tout dans les opérations, c'était ici, comme le fait fort bien remarquer l'auteur, *de l'opportunité forcée.*

Nous n'avons jusqu'ici parlé que de préceptes théoriques, de considérations générales sur l'exercice de l'art. Si nous voulions analyser l'ensemble de ce livre, nous trouverions à citer comme exemple de l'application de ces règles, des faits pratiques non moins intéressans. Aussi, au sujet de la méthode de Guérin, dans le traitement des anévrismes externes, M. Moulinié déclare que, pendant six ans consécutifs de service à l'hôpital de Bordeaux, et sous les ordres de Guérin le fils, il n'a vu aucun succès dépendant de l'emploi de la méthode réfrigérante. Aussi, et on le conçoit parfaitement, dès qu'il a à diriger en personne le traitement de quelques anévrismes, abandonne-t-il la conduite préconisée par l'ancien chirurgien de Bordeaux pour suivre le plan opératoire des Hunter et des Scarpa.

Au sujet de la cure des varices, M. Moulinié s'en tient aux moyens prophylactiques chez les vieillards, ainsi que chez les individus dont le travail manuel ne constitue pas l'unique ressource. Mais dans d'autres conditions il n'hésite point à placer deux ligatures sur les veines altérées. Soit qu'on imite son exemple, soit qu'avec plus de raison on juge préférable d'utiliser ici les avantages de la méthode sous-cutanée, on ne pourra qu'applaudir au conseil donné par l'auteur relativement aux indications de cette opération. Comme elle est une de celles qu'aucun danger pressant n'impose, on comprend que le chirurgien peut balancer à la pratiquer. Mais quelle que soit son irrésolution, que le malade l'ignore toujours. Il n'en faudrait pas d'avantage pour faire chanceler ses bonnes dispositions morales, car il ne manquerait pas d'attribuer à l'extrême gravité de l'opération une hésitation qui n'est après tout que l'effet d'une délicatesse exagérée de la part de l'opérateur.

Il faut renoncer à donner même une idée des heureux expédiens, des ingénieux stratagèmes que l'esprit inventif de l'auteur sait déployer dans la pratique civile. C'est là un mérite tout individuel, il est vrai, mais les lecteurs trouveront sans doute dans ces pages d'utiles ressources pour les difficultés imprévues que l'exercice de l'art leur offre à chaque pas. Dans une opération pratiquée au milieu d'une commune isolée, ayant appris que le curé du lieu avait été étudiant en médecine, M. Moulinié le pria de lui prêter son aide. Le prêtre lui répondit que l'église lui défendait de verser le sang. Eh bien, monsieur le curé, réplique le chirurgien, je vous chargerai d'obvier à l'hémorragie. Il accepta ce rôle, et l'opération eut la plus heureuse issue.

En résumé, dans cet ouvrage, style et pensées, préceptes et exemples, tout montre l'homme de bien non moins que l'homme de talent. Il était bien digne de tracer le code des praticiens, celui qui, par une sublime inadvertance de langage, a placé en chirurgie le bonheur dans la guérison du plus grand nombre possible des malades. Aussi, puisque, par une déplorable fatalité cet écrit est le dernier ouvrage sorti de sa plume, on peut bien dire qu'aucun testament n'est mieux fait que celui-ci pour donner de son auteur l'idée la plus élevée et la plus attachante.

VARIÉTÉS.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR DE L'EXPÉRIENCE.

Monsieur,

Le dernier numéro de votre journal renferme une accusation contre la GAZETTE MÉDICALE qui s'adresse à moi personnellement. Vous dites que les discours des adversaires de M. Guérin ont été mutilés, défigurés dans sa GAZETTE, et qu'il les a fait parler comme il lui convenait, pour en avoir aisément très bon marché. Chargé en ce moment de la rédaction des comptes-rendus de l'Académie de médecine dans la GAZETTE MÉDICALE, j'accepte toute la responsabilité de votre reproche. Je vais mettre vos lecteurs à même de décider s'il est ou non mérité.

La première note de M. Bouvier a été insérée textuellement dans la GAZETTE MÉDICALE, parce qu'elle a pu être prise dans la GAZETTE DES HÔPITAUX, où elle avait été imprimée d'après le manuscrit de l'auteur. Son premier discours a été rédigé par moi d'après les notes prises à la séance; je l'ai rendu le plus exactement que j'ai pu, et il a été inséré dans la GAZETTE MÉDICALE, tel que je l'avais rédigé. Il en a été de même des deux premiers discours de MM. Gerdy et Velpeau. Le premier n'a été publié dans votre journal que dix jours après la séance où il avait été prononcé. Je n'ai donc pas pu l'utiliser pour ma rédaction. Le second discours de M. Bouvier a été reproduit textuellement d'après la rédaction de l'auteur dans la GAZETTE DES HÔPITAUX. La dernière réplique de M. Bouvier a été en partie reproduite encore d'après la GAZETTE DES HÔPITAUX; le reste sous forme d'analyse et d'analyse faite d'après la rédaction de M. Bouvier. Les deux derniers discours de MM. Velpeau et Gerdy n'ont pas encore paru dans la GAZETTE MÉDICALE : ils ne peuvent donc être compris dans ceux que vous avez voulu désigner. Tout ce qui n'a pas été reproduit d'après la rédaction des auteurs a donc été rédigé par moi, et en dehors des inspirations de M. Guérin. Or, en comparant ma rédaction avec celle des auteurs, les personnes qui ont assisté aux séances de l'Académie verront de quel côté sont les changemens et les inexactitudes. Je termine en disant que loin de chercher à influencer mes comptes rendus, M. J. Guérin m'a au contraire très explicitement et à plusieurs reprises recommandé de rendre les opinions et les paroles de ses adversaires avec le plus de développemens et d'exactitude possibles. Cette recommandation il me l'avait adressée avant même que M. Bouvier se plaignît de mon premier compte-rendu.

CHARLES LEVAILLANT.

Paris, 6 décembre 1842.

— Le conseil municipal de la ville de Lyon vient de voter une allocation pour une place à vie de professeur-adjoint de clinique chirurgicale. Le directeur de l'École et le recteur, dans leur rapport au ministre, désignent pour occuper cette chaire, M. le docteur Pétrequin, actuellement chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu. Nous ne doutons pas que le ministre ne ratifie cet excellent choix.

— PHYSIOLOGIE INTELLECTUELLE, ou l'esprit de l'homme considéré dans ses causes physiques et morales d'après la doctrine de Gall, Spurzheim et d'autres auteurs, avec un rapprochement comparatif des instincts qui remplacent l'intelligence dans les brutes; par J. B. DEMANGEON, docteur en philosophie et en médecine, membre de l'Académie royale de médecine et de plusieurs sociétés savantes. — Troisième édition, enrichie de plusieurs observations nouvelles; 1 vol. in-8° de 600 pages avec fig. Prix : 8 fr. Paris, 1842.

Chez Fortin Masson et Comp., éditeurs, place de l'École-de-Médecine, 1.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 51. (TOME X. — 1842.) SAMEDI 17 DÉCEMBRE 1842.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (*Gazette de santé* et *Clinique des Hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les Souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois sont invités à le renouveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le 1er janvier. On s'abonne dans les départemens chez tous les Directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris. Vu la difficulté et les frais de recouvrement des mandats de la GAZETTE MÉDICALE, touchés au domicile des Abonnés des départemens, ce mode de souscription ne peut avoir lieu que pour des abonnemens de six mois, de neuf mois et d'un an.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE INTERNE.

DE L'OBLITÉRATION DES VEINES ENFLAMMÉES AUX LIMITES DU FOYER DE LA PHLEGMASIE; par J.-P. TESSIER.

DEUXIÈME LETTRE A M. LE PROFESSEUR BLANDIN.

Très cher maître,

Il est si important, dans une discussion quelconque, de ne pas dévier sur des incidens, que je renonce complètement aujourd'hui à tout ce qui est étranger à la question que vous considérez comme le point essentiel. Ainsi donc, nous allons examiner uniquement si les veines enflammées sont oblitérées aux limites du foyer de la phlegmasie, sur les sujets atteints de la maladie appelée phlébite, résorption purulente, infection purulente, diathèse purulente. Il s'agit donc seulement d'un fait physique à constater, d'observations à compulser. Comme il ne me serait pas possible de rassembler tous les faits publiés en France, en Angleterre, en Allemagne, en Italie, en Espagne, en Prusse, en Amérique, etc.; comme, d'un autre côté, les faits que je produirai auront d'autant plus de valeur dans cette discussion qu'ils émaneront d'auteurs en opposition avec la doctrine que je professe, je ne vais rapporter que les observations des partisans du libre passage du pus dans le sang à la suite des phlébites. Il me semble impossible d'agir plus consciencieusement vis à vis du lecteur et vis à vis de vous-même. Car ces observations, vous les avez invoquées contre moi, dans ce passage de votre lettre, que je dois rappeler ici : « Quant à la question de savoir si la formation du caillot est primitive ou consécutive dans la phlébite, etc., je ne veux même pas l'aborder; son importance est telle qu'elle ne doit pas être ébauchée, et je n'aurais ni le temps ni l'espace nécessaires pour la traiter ici. Je vous laisse donc qualifier de pures hypothèses *les faits nombreux et bien avérés* rapportés par Hunter, par Dance, par moi et par une foule d'autres, de phlébites dans lesquelles le pus a été trouvé libre dans les veines par la partie supérieure. Je vous conseille cependant d'être un peu moins sévère à l'égard des observations de Dance, car il se pourrait bien qu'elles fussent plus exactes qu'elles ne vous paraissent; il se pourrait, encore un coup, que l'erreur ne fût pas du côté de ce médecin, et que l'ombre respectable, comme vous le dites, de cet habile et trop regrettable confrère n'eût pas beaucoup à redouter vos *imprudentes attaques.* »

Toutefois, avant de commencer, posons nettement le terrain de la discussion.

Or, ainsi que vous le savez, l'explication des accidens de la phlébite par le passage du pus dans le sang remonte à J. Hunter : c'est là l'opi-

Feuilleton.

LA PHYSIOGNOMONIE ET LA PHRÉNOLOGIE; PAR M. ISIDORE BOURDON (1).

Nous aurions eu peu de curiosité pour ce petit volume s'il n'avait eu pour garant un nom aussi honorablement connu dans la littérature médicale. L'auteur de la PHYSIOLOGIE MÉDICALE, et des PRINCIPES DE PHYSIOLOGIE COMPARÉE ne pouvait guères manquer, quelque titre qu'il donnât à un livre et quelque sujet qu'il lui plût de traiter, d'y mettre assez de science et de talent pour se faire lire avec plaisir et profit. Aussi malgré les préjugés légitimes qui pouvaient, *ex facie libri*, en faire suspecter le contenu, n'avons-nous pas hésité à y chercher ce que nous avions trouvé précédemment dans les productions du même écrivain, une instruction solide et variée, des vues ingénieuses, des pensées brillantes, l'art de relever par l'élégance de la forme la pesanteur des détails techniques, et ce goût de belle littérature si rare aujourd'hui dans les ouvrages de sciences. Il ne fallait certes rien moins que l'attrait de toutes ces choses pour nous faire ouvrir un volume ayant pour titre : PHYSIOGNOMONIE ET PHRÉNOLOGIE. La lecture n'a pas démenti nos prévisions et nous avons pu admirer le talent avec lequel l'auteur a traité une matière qui, par elle-même offrait si peu de substance scientifique. Si l'art consiste, comme on peut le dire, à faire quelque chose de rien, M. Isidore Bourdon s'est certainement montré artiste dans ce joli travail. On ne pouvait broder avec plus de délicatesse une si mince étoffe, ni mieux cacher la maigreur du fonds sous la richesse des ornemens.

Mais en rendant pleine justice au goût et à l'esprit de l'écrivain, nous ne pouvons dissimuler à nos lecteurs habituels que ce livre n'a pas été écrit pour eux. Il est évidemment destiné aux gens du monde. Le sujet offrait déjà par lui-même bien peu de prise à la science, et l'auteur a eu soin encore d'élaguer tous les détails de physiologie et d'anatomie qui auraient pu offenser l'oreille ou embarrasser l'intelligence de ses lecteurs et de ses lectrices. On pouvait prendre un autre parti, mais celui qu'a pris M. Isidore Bourdon est bon, puisqu'il a réussi. Personne assurément n'eût été plus en mesure de traiter ce sujet scientifiquement; il a préféré le traiter littérairement. Ce n'est pas, certes, que l'ouvrage soit d'un caractère absolument extra-scientifique, un pur jeu d'esprit et d'imagination; mais l'auteur, homme d'esprit et de sens, connaissait trop bien lui-même la valeur des matériaux que la science lui fournissait, pour prendre tout à fait au sérieux sa tâche de professeur de physiognomonie. Il a vu là le motif d'une causerie ingénieuse, piquante et instructive, plutôt que la matière d'un traité méthodique; et lors même qu'il pose des principes, établit des règles et formule des

(1) LA PHYSIOGNOMONIE ET LA PHRÉNOLOGIE, OU CONNAISSANCE DE L'HOMME, D'APRÈS LES TRAITS DU VISAGE ET LES RELIEFS DU CRANE; EXAMEN CRITIQUE DES SYSTÈMES D'ARISTOTE, DE PORTA, DE LA CHAMBRE, DE LAVATER, DE GALL ET DE SPURZHEIM; par M. ISID. BOURDON, de l'Académie de médecine, avec un TABLEAU PHRÉNOLOGIQUE et les PORTRAITS interprétés de MM. Thiers, Guizot, Villèle, Lamartine, Bonaparte, Wellington, et seize autres contemporains illustres. — Chez Gosselin, 9, rue St-Germain-des-Prés; 1 vol. in-12. Deuxième édition.

nion universellement admise, et je ne possède aucun renseignement bibliographique qui me permette de contester cette opinion. Donc l'auteur de cette théorie est J. Hunter ; il l'a consignée dans un mémoire sur l'inflammation des veines, mémoire qui se trouve dans le 3e volume de ses œuvres traduites en français par M. Richelot. Or, J. Hunter a-t-il pris soin d'établir cette théorie sur des faits, des expériences ? Nullement. Elle était en contradiction flagrante avec ses propres observations, observations nombreuses, auxquelles il ne manque que de l'ordre, ce qui est le défaut général de ce grand homme. Une seule fois Hunter a vu du pus qui n'était pas circonscrit par des adhérences, des caillots; une seule fois! Je vous ai cité ce fait dans ma première lettre. Mais ce fait a-t-il été le point de départ de la théorie ? Non. Hunter ne pouvait s'expliquer, ainsi qu'il le dit lui-même, la formation et les évolutions des produits morbides dans les veines; tous ces produits auraient dû être entraînés par le courant sanguin intra-veineux à mesure qu'ils se formaient. Telle était l'objection que J. Hunter se faisait à lui-même. Aussi finit-il par dire : « Il se passe ici quelque chose de particulier; la formation des produits morbides dans les veines doit avoir un mécanisme spécial, que je ne connais pas. » Voilà la pensée de J. Hunter. Ainsi le passage du pus dans le sang est une hypothèse, à l'appui de laquelle il n'existait pour Hunter qu'un fait exceptionnel, unique.

Hunter étant mort, au lieu de le lire, on accepta de confiance ce mot eu l'air jeté par le grand homme, et l'on répéta : *passage du pus dans le sang*, sans trop savoir ce que l'on disait. Comme Hunter était un grand observateur et un grand expérimentateur, on se figura qu'il avait établi le passage du pus dans le sang sur un grand nombre d'observations et d'expériences. Il n'en était rien. Aussi, lorsque M. Breschet publia son travail sur l'inflammation des veines dans le journal complémentaire, parla-t-il du passage du pus dans le sang comme d'un phénomène possible, probable, mais jamais comme d'un fait démontré. La même manière de voir régnait alors généralement. Vous pourrez en acquérir la preuve en consultant les écrits de cette époque. Vous verrez même que déjà l'oblitération des veines est signalée, et que le passage du pus dans le sang n'est même pas mentionné par Monfalcon, dans son article *Phlébotomie* du DICT. DES SCIENCES MÉDICALES (t. XLI, p. 585; Paris, 1820.) « J. Hunter, dit-il, a cru qu'on avait attribué à la piqûre des nerfs des accidens évidemment produits par l'inflammation de la membrane interne des veines enflammées et en suppuration. Un de ses malades mourut subitement pendant qu'il le traitait d'un engorgement du bras causé par une saignée. La membrane interne de la veine était enflammée depuis le lieu de la piqûre jusqu'à l'aisselle ; elle suppurait vers la partie moyenne du bras; ailleurs elle était ulcérée et divisée en deux parties; l'épaisseur de ses parois avait beaucoup augmenté ; *une lymphe coagulable oblitérait la veine au-dessus et au-dessous de la plaie; ailleurs il y avait des adhérences.*

Les principaux effets de la phlébite, continue-t-il, *sont, outre ces adhérences et ces exsudations lymphatiques, de nombreux abcès dans les parties molles du bras, l'exsudation du pus dans l'intérieur de la veine, l'oblitération complète et plus ou moins étendue du vaisseau.* »

Dans le même volume, à côté de l'article de Monfalcon, je trouve l'article *Phlébite* de MM. Breschet et Villermé (1820); or, voici deux paragraphes de cet article relatifs au passage du pus dans le sang. On verra s'il s'agit d'un fait ou d'une simple hypothèse aux yeux des auteurs de l'article. Je cite textuellement et en entier.

— TERMINAISON DE LA PHLÉBITE PAR SUPPURATION (Loc. cit., p. 359, 360).

« Les observations que nous avons rapportées démontrent qu'elle est une terminaison assez commune de la phlegmasie des veines; c'est, sans doute, au pus mêlé avec le sang et circulant avec lui qu'il faut attribuer la propagation plus grande de l'inflammation vers le cœur que vers les rameaux. C'est alors que les phénomènes généraux prennent de l'intensité et que le danger pour le malade devient des plus graves, surtout si le pus sanieux, ichoreux, est le résultat d'une phlébite occasionnée par des ulcères de mauvais caractère, ou d'une inflammation dont le siége est considérable et qui s'est étendue aux veines. La mort prompte et presque subite dans les cas de péritonite, dans quelques-uns d'érysipèle, même léger, dans ceux de gangrène traumatique qui menace tout un membre, ne tient-elle pas surtout au passage, dans le torrent de la circulation, d'une grande quantité de matière purulente formée dans les veines ou absorbée par elles? Quoi qu'il en soit, c'est dans de semblables circonstances qu'on remarque principalement des symptômes d'ataxie. Si la suppuration dans les veines n'est pas suivie de la mort, l'inflammation diminue, le pus est ou devient albumineux, et une adhérence secondaire ou l'oblitération du vaisseau en est la suite. »

— SYMPTÔMES GÉNÉRAUX DE LA PHLÉBITE (Loc. cit., p. 358) :

« Il est rare qu'une phlébite un peu étendue ne soit pas accompagnée d'un trouble général, caractérisé par la fréquence et la dureté du pouls, la rougeur de la face, la céphalalgie, quelquefois le délire ; en un mot, par une véritable fièvre, dont l'intensité variera suivant celle de l'inflammation, le siége de celui ci, l'importance du vaisseau et la tendance vers telle ou telle terminaison. M. Récamier, l'un des médecins de l'Hôtel-Dieu de Paris, a, d'après des faits qu'il nous a communiqués, toujours reconnu les symptômes généraux les plus graves dans l'inflammation des veines ; le caractère inflammatoire était d'abord marqué presque exclusivement, puis une grande prostration s'y joignait, et prédominait avec une chaleur très forte de la peau et la sécheresse de la langue dans les derniers jours. La durée de cette inflammation varie : parfois très courte, elle est d'autres fois de plusieurs septenaires; le plus souvent elle est continue; mais il paraîtrait cependant, d'après l'observation citée de M. Fizeau, qu'elle peut quelquefois être rémittente.

» Dans l'état actuel de nos connaissances, la phlébite paraît être toujours ou presque toujours une maladie aiguë. »

Il serait, je crois, bien difficile de voir dans ces lignes une théorie *en forme* du passage du pus dans le sang. Puisque l'on compare à cet égard la phlébite à la péritonite et à l'érysipèle, les auteurs de l'article étaient trop scrupuleux en matière de science pour accepter, comme un fait avéré, *le soupçon de quelque chose d'ingénieux*.

Nous voici arrivés à une époque digne de notre attention, c'est-à-dire à ce temps où les doctrines anglaises envahirent la France, ou en particulier il n'était plus question que de la lymphe plastique des Anglais. J'ai vu la fin de cette époque, et les oreilles me tintent encore de cette réponse à toutes les questions d'anatomie et de physiologie pathologiques : *lymphe plastique des Anglais!!* Qu'on lise les observations publiées

---

axiômes, c'est toujours avec ce ton légèrement ironique dont Brillat-Savarin dicta ces lois de la gastronomie transcendante.

Nous ne pouvons donc pas nous plaindre de ne point rencontrer dans le livre de notre spirituel confrère ce qu'il n'a pas voulu y mettre. Nous regrettons cependant que la crainte de trop grossir son volume l'ait empêché de traiter la partie historique de son sujet avec le développement dont elle était susceptible. Le titre nous promet, il est vrai, des recherches critiques sur les systèmes des philosophes et des physiologistes anciens et modernes, relatifs à la physiognomonie et notamment sur ceux d'Aristote, de Porta, de La Chambre, de Camper ; mais si cet examen entrait dans son plan, il est certain qu'il ne se trouve pas dans son livre. Nous souhaitons et espérons qu'il réparera cet oubli à une prochaine édition; et il nous permettra, en attendant, de lui soumettre le petit nombre d'indications qu'une étude assez superficielle du sujet a pu nous fournir.

Le sens et la valeur du mot *physiognomonie* ont beaucoup varié. Aristote n'entendait guères par là que la connaissance des qualités intérieures de l'homme et des animaux, par l'observation de l'habitude extérieure de leur corps. Cicéron, Aulu-Gelle n'entendaient pas non plus autre chose. Dans le moyen âge, on étendit singulièrement, et la signification du terme, et l'objet de l'art ou de la science qu'il désigne. Scholus et Porta, et la plupart des savans de leur temps, définissaient la physiognomonie la connaissance des propriétés cachées des êtres matériels, d'après leurs apparences extérieures, ce qui n'était rien moins que la science universelle. Pendant les quinzième, seizième et dix-septième siècles, la physiognomonique était liée à plusieurs autres connaissances occultes, à l'astrologie, aux doctrines chimériques des signatures, des sympathies, des rose-croix, etc. Lavater restreignit à peu près cette étude à la notion qu'en avait donnée Aristote. De nos jours, elle n'est qu'une branche de la physiologie, se bornant à la recherche des lois de l'expression matérielle des passions et des états de l'âme susceptibles de se traduire en phénomènes organiques sensibles. Gall a essayé de lui donner une autre base par son hypothèse des rapports du cerveau avec la pensée et des rapports du crâne avec le cerveau.

La physiognomonie occupa de bonne heure les méditations des philosophes. Chez les Grecs, l'art du physionomiste était une profession très lucrative. Un de ces physionomistes, Zopyre, est resté célèbre par son diagnostic sur Socrate, diagnostic difficile à concilier avec celui de l'oracle de Delphes qui l'avait déclaré le plus sage des hommes; car Zopyre pensait, au contraire, que le bon Socrate était ou devait être un brutal, un menteur, un libertin et un ivrogne. Aristote raconte que la même chose arriva à Hippocrate. Outre ce Zopyre, on cite encore parmi les fameux devins en ce genre, Théophraste (l'auteur des CARACTÈRES), Polemon d'Athènes et Adamantius, tous deux de la secte des sophistes.

Aristote, dans le vaste ensemble de ses études, trouva une place pour la physiognomonie. Il a écrit un petit traité qui est resté la base de tout ce qui a été fait sur ce sujet jusqu'à Lavater. Il procéda dans cette recherche avec cet esprit de généralisation et ce talent analytique qui distinguent son génie. Il établit dans son premier chapitre les fondemens de cette science sur des considérations générales dignes de remarque. D'après les lois invariables de la nature, dit-il, l'ame et le corps d'un animal ne ressemblent jamais identiquement au corps et à l'ame d'un autre animal. Chaque animal diffère organiquement et psychiquement d'un autre; l'exemple des maladies, de l'ivresse, des passions prouvent un changement



alors, et l'on verra qu'elles sont rendues obscures par cette lymphe. On constate de la lymphe dans les veines ; mais quant à l'évolution des phénomènes morbides, il n'en est point question. Néanmoins à travers cette lymphe on voit sans y regarder de bien près l'impossibilité du passage du pus dans le sang.

TÉMOIGNAGE DES MÉDECINS ANGLAIS EN FAVEUR DE L'OBLITÉRATION DES VEINES ENFLAMMÉES, AUX LIMITES DU FOYER DE LA PHLEGMASIE. (Extrait de l'article *Phlébite* du DICTIONN. DES SCIENCES MÉDIC. Paris 1820.)

OBS. I. — Un soldat robuste, âgé de 36 ans, fut saigné au bras pour une ophthalmie; la petite plaie de l'opération guérit ; mais le lendemain de la saignée une tuméfaction et une douleur considérable commencèrent à se manifester dans le bras et s'étendirent vers la partie supérieure. Il survint de la fièvre qui s'accrut par degré......... Le vingt-troisième jour, apparition d'une tumeur douloureuse au-dessus de la clavicule; quelques jours plus tard autre tumeur molle, diffuse, située au-dessous de l'angle de la mâchoire inférieure. .. Le malade meurt dans le courant de la septième semaine après la saignée.

AUTOPSIE CADAVÉRIQUE. A l'endroit où l'on avait pratiqué la saignée, la veine céphalique ressemble à une artère par l'épaisseur de ses membranes et par la forme circulaire qu'elle conserve lorsqu'on la coupe en travers Elle est saine au-dessous de la piqûre ; mais un pouce au-dessus et jusqu'à l'épaule elle est oblitérée. Les glandes absorbantes sont tuméfiées et endurcies au-dessus de la clavicule. La veine jugulaire interne est très dilatée, à parois épaissies, ayant les apparences extérieures d'une artère et offrant des traces d'inflammation dans tout son trajet; les veines axillaires et brachiales sont dans le même état ; les veines jugulaire externe, sous-clavière et plusieurs autres remplies de pus, tapissées entièrement de *lymphe* (*fausse membrane*), et ont aussi leurs parois très épaisses.......... La cavité thoracique contient un fluide séreux, mêlé de flocons de lymphe; les poumons adhèrent partiellement à la plèvre costale et renferment quelques petits abcès, ... (Hodgson, trad. franç.. t. II, p. 389.)

OBS II. — Un militaire, âgé de 33 ans, d'une constitution détériorée, est saigné de la veine basilique du bras droit pour une ophthalmie, de laquelle il est convalescent au bout de trois jours, après quoi la maladie reparaît avec une nouvelle intensité. Des douleurs se font sentir dans le bras...... La douleur s'étend vers l'épaule en suivant le trajet de la veine ; le pouls devient fréquent... Il n'y a pas d'amélioration dans l'état général du malade, dont la fièvre, loin de cesser, offre les caractères du typhus. Enfin, la mort arrive le vingt-unième jour après la saignée. (Hodgson, TRAITÉ DES MALADIES DES ARTÈRES ET DES VEINES, trad. franç., t. II, p. 389.)

AUTOPSIE. — Piqûre de la veine fermée : ce vaisseau est très dilaté, plus épais que dans l'état ordinaire, adhérant au tissu cellulaire ambiant, et n'offre du reste aucune altération produite par la lancette; du pus existe dans la grande veine médiane, environ à 2 pouces au-dessous de l'origine des médianes basilique et céphalique ; tout le trajet de la veine humérale jusqu'à l'axillaire en contient aussi, et de plus, un dépôt irrégulier de *lymphe* adhère à la membrane interne : avant de passer sous la clavicule et à un pouce de distance de cet os, le vaisseau reprend tout à coup son aspect naturel. (ON WOUNDS AND LIGATURES OF VEINES, M. Travers, p. 227. Voyez COWPER'S AND TRAVERS, SURGICAL ESSAYS, part. I.)

Voici la même autopsie telle qu'on la trouve dans la traduction de Hodgson :

« Du pus occupait la grande veine médiane environ 2 pouces au-dessous de l'origine des médianes basilique et céphalique. L'on en vit autant dans tout le trajet de la veine humérale jusqu'à l'axillaire. Là se trouvait un dépôt irrégulier de lymphe adhérente à la membrane interne de la veine. »

Ce premier témoignage n'est pas sans importance. Il montre combien peu on se préoccupait de vérifier l'opinion émise par Hunter, même en Angleterre, puisque les faits infirment directement cette opinion, sans que les observateurs y fassent attention. Ajoutons à ces premiers faits ceux que M. Breschet a mis en note, et nous verrons encore l'oblitération des veines que nous semblons avoir *imaginée* parce que nous avons constaté que tout le monde l'avait vue avant et après nous.

OBSERVATION CITÉE EN NOTE PAR M. BRESCHET.

SUITE DE SAIGNÉE. « La veine, dans l'étendue d'un pouce au-dessous et de quatre au-dessus de la piqûre, se trouve remplie de coagulum. » (B. Travers.)

OBSERVATION CITÉE EN NOTE PAR M. BRESCHET.

PLAIE DE L'AVANT-BRAS PAR ARME A FEU. « Les veines du membre étaient pleines d'un pus blanc, bien lié, épais et sans odeur.... Ces altérations se terminaient en haut par des caillots, des flocons de pus et un rétrécissement du canal plus marqué que dans le reste de la veine. » (Longuet, THÈSES DE PARIS, 1815.) M. Longuet a soin d'ajouter que les parois veineuses étaient saines au niveau des caillots.

TÉMOIGNAGE D'UN MÉDECIN ITALIEN EN FAVEUR DE L'OBLITÉRATION DES VEINES ENFLAMMÉES AUX LIMITES DU FOYER DE LA PHLEGMASIE.

OBS. III. — Un garçon de 14 à 15 ans, d'une faible constitution, avait une éruption cutanée que l'on prit pour la gale, et qui disparut bientôt à la suite de quelques frictions pratiquées avec un onguent. Mais il ne tarda guère à se déclarer des douleurs vives et continues dans toute l'étendue du membre abdominal droit, qui devint le siége d'une infiltration séreuse ; la fièvre s'y joignit. Le malade entra à l'hôpital avec tous les symptômes d'une fièvre appelée *adynamique continue*. En outre, la maigreur était considérable. La cuisse et la région inguinale du côté droit offraient un gonflement œdémateux excessivement douloureux, quoique la peau de ces parties eût exactement la couleur et la température naturelles ; la jambe gauche était un peu infiltrée. Rien ne put calmer les souffrances intolérables du malade, auquel il était survenu un dépôt purulent et circonscrit dans le tissu cellulaire sous-cutané de la partie antérieure et supérieure de la poitrine, lorsqu'il expira environ vingt jours après son entrée à l'hôpital.

OUVERTURE DU CADAVRE. Habitude du corps décolorée et blafarde ; face ressemblant à celle des phthisiques ; poumons mous, gorgés de sérosité, peu crépitans....; cœur flasque, pâle, contenant une assez grande quantité de sang fluide et séreux. La veine-cave offrant, à 2 pouces au-dessous du diaphragme, les traces d'une lésion qui s'étend jusqu'à sa partie inférieure : la membrane interne de cette veine opaque, épaisse d'une demi-ligne, noirâtre en plusieurs endroits, blanchâtre en quelques autres, très peu résistante, se séparant facilement de la tunique celluleuse, et tapissée par sa face libre d'une *sorte de fausse membrane blanche*, friable, qui augmente de plus en plus de masse à mesure qu'on s'approche davantage de la naissance des veines iliaques primitives. Avant de se bifurquer, la veine-cave inférieure était dilatée et complétement obstruée par la *substance concrète* dont il vient d'être parlé, laquelle ressemble à de la fibrine altérée, est d'une teinte rougeâtre et contient dans ses interstices un peu de liquide sanguinolent. La veine iliaque primitive gauche est *obstruée par une pareille* concrétion blanchâtre, et les branches qui en partent, quoique fort dilatées, sont vides. La veine iliaque primitive du côté droit est remplacée par une sorte de canal ligamenteux, à parois épaisses, d'un calibre extrêmement étroit, et qui va se perdre et disparaître dans

---

time d'influence entre les phénomènes de l'ame et ceux du corps. Or s'il est vrai qu'il existe un rapport appréciable permanent entre l'ame et le corps, la nature et les conditions de ce rapport peuvent être déterminées jusqu'à un certain point, et fournir des indications suffisantes pour connaître l'un par l'autre. Il y a donc, selon Aristote, une science physiognomonique et un art correspondant. Ces principes sont d'une vérité incontestable, et on n'y a rien ajouté depuis; mais ils prouvent seulement qu'une certaine science physiognomonique est possible. La difficulté consistait à faire cette science même, c'est-à-dire à établir par l'observation un ensemble d'indications assez constantes et assez précises pour donner à l'art quelque sûreté. Or cette science n'est assurement pas dans Aristote, à moins qu'on ne veuille décorer de ce nom un amas d'assertions toujours vagues, souvent chimériques et quelquefois absurdes, mêlées à quelques vérités trop générales pour être d'une application quelconque dans le détail.

Aristote tirait ses principales indications ou signes de la couleur, des formes, de la consistance des chairs ; il pensait que ces signes étaient plus ou moins certains suivant la région du corps où on les observe. Il accordait une grande valeur à ceux fournis par la tête, une valeur moindre à ceux de la poitrine et des épaules et subordonnait encore à ces derniers ceux des extrémités inférieures. Quant à la région abdominale il la négligeait presque absolument comme très peu significative. Les motifs de ces préférences ne sont que rarement indiqués dans le traité d'Aristote. Les conjectures tirées de la comparaison des animaux et de l'homme tiennent une grande place. Ce sont ces observations de *physiognomonie comparée* qui fournirent à Jean-Baptiste Porta et au peintre Lebrun la base de leurs systèmes physionomiques.

Voici quelques-uns de ces axiômes qui donneront une idée de la valeur de la science physiognomonique d'Aristote.

« Ceux qui ont les yeux mobiles, dit-il, sont fiers et avides ; ce qui se rapporte aux oiseaux de proie. »

« Ceux qui ont les reins épais aiment beaucoup la chasse : ce qui se rapporte aussi aux lions et aux chiens qui poursuivent leur proie avec d'autant plus d'ardeur que leurs reins sont plus épais et mieux nourris. »

« Ceux qui ont les doigts des pieds recourbés sont imprudens. »

Après avoir entendu le maître, il ne sera pas inutile d'entendre les disciples. Voici comment un des innombrables commentateurs d'Aristote, Joseph Fontanus (1) développe et explique la dernière de ces graves sentences : « La courbure des doigts, dit ce profond interprète, vient de la sécheresse, car ils ne sont courbes que parce qu'ils sont desséchés; ils le sont inégalement, car la sécheresse est inégalement répartie sur les divers points. Or la chaleur et la sécheresse sont la cause de l'audace, *comme nous l'avons prouvé* ; or les audacieux sont imprudens, *donc* cette proposition est vraie. » Il n'y a rien à reprendre en effet à cette démonstration *in forma*. Ces explications donnent la mesure de ce qu'on pouvait attendre des études physionomiques à une époque où tous les écrivains se contentaient de ces méthodes d'observations et de raisonnement, et où presque toutes les sciences naturelles étaient traitées dans ce goût.

Les écrits d'Hippocrate et de Galien contiennent de bien meilleures observa-

(1) PHYSIOGNOMONIA ARISTOTELIS ORDINE COMPOSITO EDITA. In-8. Paris, 1711.

un grand foyer purulent dans le tissu cellulaire environnant les vaisseaux hypogastriques et iliaques, ainsi que la face externe et droite de la vessie. Malgré les recherches les plus minutieuses, on ne peut découvrir le moindre vestige de la veine crurale, son trajet étant occupé jusqu'au jarret par une traînée de pus circonscrit dans la route du vaisseau. Les veines de la jambe droite sont rétrécies et remplies *de fibrine solidifiée*. Il n'existe aucune lésion apparente dans le reste du système veineux....... (Observation empruntée par MM. Breschet et Villermé à un mémoire à eux envoyé par M. Raiken, médecin à Volterro, en Toscane, DICT. DES SCIENCES MÉD., Paris, 1820.)

Après la publication des travaux de M. Breschet, on adopta en France l'hypothèse de Hunter, sans aucun examen, sans discussion. Il s'agissait de renverser Broussais comme Broussais avait renversé Pinel. Broussais était *solidiste*, on lui opposa l'humorisme. La phlébite fut une bonne fortune. Du pus dans les veines! même du pus dans le sang! Hunter avait dit que ce pus passait des veines dans le sang. Qu'était-il besoin d'observer? Il s'agissait seulement de publier des observations, afin que cela eût l'air d'être établi sur des faits. Donc on publia des observations de phlébite en affirmant le passage du pus dans le sang, malgré les observations.

Heureusement les médecins de cette époque étaient des hommes de la plus grande bonne foi, de telle sorte qu'eux-mêmes se réfutèrent complètement, comme cela devait être. J'ai déjà présenté cette réfutation de Dance par M. Cruveilhier, et celle de M. Cruveilhier par Dance, dans un travail très étendu sur ces matières. (Voyez le journal L'EXPÉRIENCE, 1838.) C'est vraiment un spectacle digne de l'attention du public médical, que celui de deux médecins aussi recommandables se réfutant sans s'en apercevoir, et, de plus, démontrant de la manière la plus nette et la plus convaincante l'absurdité de la théorie du passage du pus dans le sang, qu'ils avaient la prétention d'établir *mathématiquement*. Il paraît, mon cher maître, que cette contradiction ne vous a pas frappé. Malgré toute la lumière qui jaillirait ici de ce rapprochement, je ne crois pas devoir me le permettre une seconde fois, le respect que je porte à ces deux savans m'interdit la reproduction de cet argument. Je me contenterai de rapporter les faits publiés par M. Cruveilhier et par Dance, parce que vous les avez invoqués contre moi.

TÉMOIGNAGE DE M. CRUVEILHIER EN FAVEUR DE L'OBLITÉRATION DES VEINES ENFLAMMÉES AUX LIMITES DU FOYER DE LA PHLEGMASIE (ANATOMIE PATHOLOGIQUE).

PHLÉBITE ET ABCÈS VISCÉRAUX A LA SUITE DES PLAIES, DES GRANDES OPÉRATIONS CHIRURGICALES ET DE L'ACCOUCHEMENT. — (Planches 1, 2 et 3, onzième livraison.)

INFLAMMATION DES GROSSES ET DES PETITES VEINES, DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE A LA SUITE D'UNE PLAIE PAR ARME A FEU. — (Planche 1, onzième livraison, page 13.)

OBS. I. — Blondel (Xavier), âgé de 25 ans, entré le 5 août à l'hôpital Beaujon, mort le 28 août...

....

Pl. 14. — La fig. 2 représente les veines ouvertes; leurs parois ont l'épaisseur des parois artérielles. On voit que la veine céphalique VC est remplie de pus liquide, ainsi que les veines médianes VM, VM, et la veine radiale VR. La veine basilique VB présente au contraire tous les degrés de la phlébite. Ainsi, à sa partie inférieure, c'est du pus P; à sa partie moyenne, c'est un caillot sanguin au centre duquel on voit du pus CSP; plus haut, c'est un caillot plein CS. Les veines collatérales contenaient, les unes du pus, les autres des caillots sanguins adhérens ....

....

P. 14. — RÉFLEXIONS. I. Nous trouvons ici réunis, dit M. Cruveilhier, tous les degrés de la phlébite: 1° La coagulation du sang avec adhérence aux parois des vaisseaux; 2° du pus au milieu des caillots sanguins; 3° du pus liquide remplissant la cavité de la veine. Les veines musculaires présentaient un degré de plus, savoir: la distension en bosselures, l'amincissement, et enfin la rupture de ces veines pour constituer une multitude de petits foyers purulens........

OBSERVATION DE PHLÉBITE, SUIVIE DE SUPPURATION ET DE PERFORATION DES VEINES FÉMORALE, POPLITÉE, TIBIALE POSTÉRIEURE ET PÉRONIÈRE; COMMUNICATION DU PUS CONTENU DANS CES VEINES AVEC DES FOYERS PURULENS FORMÉS AUTOUR DE CES VAISSEAUX; observation communiquée en 1826 à la Société anatomique par M. Cruveilhier. (Livr. 11, p. 15 et 16.)

OBS. II. — ....

« La veine fémorale était criblée de trous et comme lacérée dans toute la longueur du foyer, c'est-à-dire, dans l'espace de 4 pouces 4 lignes; elle contenait un pus visqueux et rougeâtre, tout à fait analogue à celui qui remplissait le foyer, et elle ne recouvrait son intégrité qu'au moment de traverser le grand adducteur. »

....

« La veine fémorale était volumineuse, distendue, ici, par des caillots solides, très adhérens, par des caillots inoculés; plus loin, par du sang décomposé et comme diffluent. Une pellicule mince et rougeâtre tapissait les vaisseaux, dont elle ne pouvait être séparée qu'avec effort et par fragmens; cette pellicule enlevée, la paroi interne offrait son aspect lisse accoutumé. A deux pouces au-dessus du foyer, la veine était remplie du même pus visqueux et rougeâtre qui formait ce foyer. Le passage du pus aux caillots sanguins se faisait d'une manière insensible.

» La veine poplitée présentait une bosselure très considérable, adhérente au jumeau interne, prête à s'ouvrir, en sorte qu'une très légère pression en exprima un pus visqueux et rougeâtre mêlé de quelques caillots de sang »

....

P. 15 et 16. — « Deux foyers considérables existaient autour de la partie supérieure des vaisseaux péroniers entre le muscle soléaire et le ligament inter-osseux. Le stylet introduit dans la veine poplitée pénétra dans le foyer supérieur, et permit de voir que la veine péronière n'existait que dans la portion de ses parois qui est accolée à l'artère. Plus bas, au milieu d'un autre foyer, la veine péronière n'était que perforée; et dans l'intervalle de ces deux foyers, la même veine distendue contenait un pus de même qualité, c'est-à-dire visqueux et rougeâtre. »

INFLAMMATION DE L'ARTÈRE PULMONAIRE (VEINE ANTÉRIEURE); PNEUMONIE LOBULAIRE, SUITE DE PHLÉBITE. (Planches 2 et 3, 11e livraison, pages 18, 19 et 20.)

OBS. III. — ....

....

NOTA. Il y eut d'abord une *phlébite utérine*, dit M. Cruveilhier.

UTÉRUS. « Les veines utérines, ovariques, et presque toutes les veines hypogastriques, sont comme des cordes dures; elles doivent cette dureté aux caillots compactes, adhérens, décolorés, qui les remplissent. La veine iliaque externe, la veine crurale gauche, et quelques-unes de leurs divisions contiennent des caillots moins compactes, adhérens, évidemment d'une date récente. » ....

POUMONS ....

....

tions sur l'expression physionomique; mais elles ont trait pour la plupart aux signes des maladies et se rattachent par conséquent à la *séméiotique*. Quelques-unes pourtant portent sur la physiognomonie morale. La distinction des quatre tempéramens de Galien et des dispositions morales qui les accompagnent est presque restée intacte dans la science jusqu'à nos jours. On trouve aussi dans Hippocrate plus d'une indication de ce genre (1). Mais ces deux médecins ne peuvent cependant pas être comptés au nombre des écrivains physionomistes.

Les seuls traités spéciaux qui nous soient restés des Grecs, outre celui d'Aristote, sont ceux du sophiste Adamantius (2) de Polémon, d'Athènes, de Melampodes (EX PALPITATIONIS CORDIS DIVINATIO, lib. I) et d'Artemidore (DE SOMNIUM INTERPRETATIONE.) (3).

A Rome la physiognomonie était en grand honneur sous les empereurs, comme métier. Mais il n'y a pas d'auteur de ces époques qui en ait écrit *ex professo*. Il faut traverser toutes les ténèbres du bas-empire et du moyen-âge pour voir reparaître cette branche de littérature dans les écrits des premiers commentateurs latins d'Aristote, et en particulier dans ceux d'Albert-le-Grand. Dans son traité DE ANIMALIBUS, modelé sur celui d'Aristote, il disserte assez longuement sur les signes physiognomoniques, sans ajouter beaucoup, toutefois, à ce qu'avaient laissé les anciens. On a dit dans ces derniers temps qu'Albert-le-Grand avait été copié par Gall, dont il avait d'avance exposé tout le système. Jamais le reproche de plagiat, qu'on fait d'ordinaire aux inventeurs, ne fut moins absurde. Voici probablement les passages qui ont pu donner lieu à cette assertion. Ils n'ont jamais, que nous sachions, été cités. « Si la tête, dit-il, est plus grosse que d'ordinaire, cela indique une plus grande force de jugement, de vertu et de libéralité. Si elle est trop grosse, elle obscurcit les sens. Une tête longue et courte indique l'absence de mémoire et de sagesse, et l'imprudence. Si elle est comme applatie supérieurement, c'est un signe d'insolence et de dissimulation. Si elle est comme creusée et concave postérieurement, c'est la marque d'un caractère dissimulé et colérique... Si elle est oblongue, elle indique un homme prudent et circonspect. Un front trop étroit indique l'indocilité, la corruption, la voracité. Un front trop grand est un symptôme de folie; petit, mais sans excès, il marque la bonté; sa largeur est un signe d'indiscrétion; sa rondeur dénote un caractère colérique. Un front carré, de grandeur modérée, est l'indice de grande vertu, sagesse et magnanimité, etc. » Dans un autre passage, où il fait la description des os du crâne, il établit en principe que tel est le crâne tel est l'homme, et que les différences en plus ou en moins dans ses parties, représentent des différences correspondantes dans le moral. « Si le défaut, dit-il, est au devant, il marque un défaut pareil dans le sens et l'imagination; s'il est en arrière, il indique l'absence de la

(1) « Qui fulvo sunt colore, aduncis naribus, et parvos habent oculos, ii maligni sunt. »

« Qui vero fulvi et grandioribus oculis, boni » — « Qui magni sunt, calvi, balbi et lingua hæsitantes, boni. » (MORB. VULG. lib. II, § 5.)

(2) ADAMANTII SOPHISTÆ, lib. II, PHYSIOGNOMONICORUM. (Romæ, 1545, 4°.) Ce traité a été traduit en Allemand par Meister.

(3) On trouve les écrits de ces physionomistes réunis dans la compilation de de Franzius, ayant pour titre: PHYSIOGNOMIÆ VETERES SCRIPTORES GRÆCI., gr. et lat. Altenburg, 1780.

« En incisant çà et là le même poumon (poumon gauche, 11e livr., pl. 2, fig. 1), je rencontre des concrétions dures qui remplissent les divisions de l'artère pulmonaire AP. Cette artère, disséquée avec soin, m'a offert une concrétion sanguine décolorée, légèrement adhérente aux parois, concrétion qui va se divisant à la manière de l'artère, et pénètre jusque dans un certain nombre de ramifications assez ténues. Il était facile de voir que la coagulation du sang avait commencé par le tronc artériel pour s'étendre de là dans les dernières divisions. Ces caillots des petites divisions étaient rouges, peu consistans, tandis que les caillots du tronc principal présentaient par leur cohérence et par leur décoloration des traces non équivoques de leur ancienneté.

» J'ai voulu diviser ces caillots, et j'ai trouvé, au centre du caillot principal, une collection de pus CP qui offre tous les caractères du pus phlegmoneux. Plus loin, le caillot sanguin CSD est décoloré, mais plein. »

AUTRE OBSERVATION.

L'histoire de la maladie n'est pas rapportée. (11e liv., p. 21.)

Obs. IV. — « Chez une femme, qui succomba quinze jours après l'accouchement, j'ai trouvé la veine iliaque primitive et ses divisions remplies de concrétions sanguines adhérentes qui présentaient divers degrés d'ancienneté.

Page 21. — « Blanches, dans les troncs principaux, ces concrétions contenaient du pus à leur centre; elles étaient rouges et graduellement de moins en moins cohérentes dans les dernières divisions. »

....

« Il y avait à la fois pleurésie du bord postérieur du poumon droit, pneumonie ordinaire et pneumonie lobulaire...... Le tissu du poumon divisé m'a offert des vaisseaux pleins de concrétions fibrineuses; ces vaisseaux étaient les divisions de l'artère pulmonaire droite. Les concrétions blanches et pleines de pus à leur centre allaient se divisant et se subdivisant comme ces artères, jusqu'à ce qu'enfin elles devinssent rouges et à peine cohérentes. Mais les concrétions des petits vaisseaux n'existaient guère qu'au voisinage des parties du poumon affectées de pneumonie lobulaire. »

....

AMPUTATION DE LA CUISSE A LA SUITE D'UN COUP DE FEU; LE DOUZIÈME JOUR, ACCIDENS GÉNÉRAUX; MORT 29 JOURS APRÈS LA BLESSURE; PHLÉBITE CAPILLAIRE DES POUMONS ET DU FOIE; COMMENCEMENT DE PHLÉBITE DE LA RATE; POUR POINT DE DÉPART, PHLÉBITE DU CANAL MÉDULLAIRE DU FÉMUR. (11e liv., pl. 2, fig. 2 et 3, p. 21 et 22.)

Obs. V. — Après avoir décrit les altérations que présentaient la rate, le foie et les poumons, M. Cruveilhier termine ainsi cette observation :

« Les lésions viscérales constatées, il importait d'aller à la recherche de la phlébite primitive, source de tous les accidens. Mais les veines du moignon, celles des autres parties du corps, examinées avec le plus grand soin dans leur tronc et dans leurs ramifications, n'ayant présenté aucune altération, nous avons brisé le fémur, et nous avons trouvé la moelle remplacée par une matière purulente qui infiltrait le tissu spongieux de l'os. »

Nota. 16e livraison, 4 pages, planche n. 3. — Abcès traumatiques consécutifs aux plaies et aux grandes opérations. Phlébite. — Considérations et observations.

PHLÉBITE UTÉRINE (1). (Planche 6, 4e livraison, p. 1 et 2.)

Obs. VI. — Louise Maubort accoucha le 7 février 1829, morte le 19 février 1829.

Histoire de la malade...

....

...... « Les gros troncs veineux VLU, qui longent le côté droit de l'utérus, sont volumineux et semblables à des cordes tendues. Les veines ovariques et utérines qui rampent dans l'épaisseur du ligament large droit VO, VO, sont énormes, dures et bosselées jusqu'à leur embouchure dans la veine cave inférieure; à gauche, elles sont à peu près saines.

» Les veines ouvertes, nous avons trouvé toutes les veines du ligament large, ovariques, lombaires et utérines, du côté droit VO, VO, remplies de pus sanieux et présentant un grand nombre d'étranglemens qui leur donnent l'aspect bosselé; à une petite distance de leur embouchure, dans la veine cave, le pus était remplacé par des concrétions sanguines de médiocre consistance. Dans les veines latérales de l'utérus VL, U, on ne rencontrait que très peu de pus au milieu de caillots sanguins qui offraient diverses nuances de coloration. Du reste, dans les veines des ligamens larges, comme dans les veines utérines latérales, on voyait cette progression, qui m'a paru constante dans la phlébite : 1° concrétions sanguines pures adhérentes aux parois veineuses; 2° concrétions sanguines au milieu desquelles est contenu du pus; une couche mince, de concrétion plus ou moins décolorée, semblable à une fausse membrane, est intermédiaire aux parois veineuses et au pus; 3° absence de concrétions sanguines, pus en contact immédiat avec les parois veineuses; 4° enfin, érosion de la membrane interne et commencement du travail d'expulsion en dehors. »..........................

....

« Une incision cruciale ayant été pratiquée pour voir le tissu de l'utérus dans tous ses détails, nous avons reconnu..

« que le plus grand nombre des veines et sinus de l'utérus VU, VV, étaient pénétrés de sang concret, quelques-uns de pus, et seulement ceux VU qui font suite aux veines du ligament large droit; que partout le pus était circonscrit par des caillots; et par conséquent en dehors de la circulation générale. »

....

TÉMOIGNAGE DE DANCE EN FAVEUR DE L'OBLITÉRATION DES VEINES ENFLAMMÉES AUX LIMITES DU FOYER DE LA PHLEGMASIE. (Dance, Arch. gén. de méd., décembre 1828. De la phlébite utérine et de la phlébite en général.)

Obs. I. — « On voyait encore dans l'épaisseur de ses parois (l'utérus) un nombre considérable de vaisseaux béans, égalant pour la plupart le volume d'une plume à écrire, fournissant une matière purulente dont on augmentait l'écoulement par la pression. La cavité de ces vaisseaux était tapissée par une couche épaisse de pus qui avait presque la consistance d'une fausse membrane. Leur pourtour formait une auréole jaunâtre, tranchant sur la couleur brune des parties intermédiaires. En quelque point de la matrice qu'on pratiquât une incision, on mettait à découvert plusieurs de ces espèces de sinus purulens. Le volume des ovaires était des deux tiers plus considérable que dans l'état naturel; leur substance paraissait criblée de petits abcès; mais le pus provenait également de l'intérieur des veines qui se distribuent à ces organes. Les trompes et leurs ligamens étaient parsemés de traînées purulentes qui formaient une chaîne de petits abcès, dont la matière était aussi contenue dans des veines enflammées et comme étranglées d'espace en espace; leurs pavillons étaient rouges et ramassés en deux masses épaisses, infiltrées de pus. *Enfin, les deux veines ovariques étaient transformées jusqu'au milieu de leur hauteur, en cordons solides et volumineux, dans l'intérieur desquels on trouvait des fausses membranes épaisses adhérentes à leurs parois. Ces altérations ne s'étendaient pas aux autres veines de l'abdomen.* »

On voit que Dance a noté avec soin l'oblitération des veines ovariques; il n'existait pas, au centre de la fausse membrane, d'espace libre qui pût encore fournir un passage au pus. Les veines utérines n'ont pas été suivies, elles ont été simplement coupées en travers.

Obs. II. — « Accouchement il y a trois semaines; mort quelques heures après l'entrée à l'hôpital.

(1) Observation et pièce présentées à la Société anatomique par M. Montault, interne à l'Hôtel-Dieu, service de M. Guéneau de Mussy.

---

mémoire; s'il est au milieu, c'est un signe de peu de raison et de jugement; si le défaut est dans tous les sens, il indique une défectuosité morale dans tous les sens aussi. » Assurément rien ne ressemble d'avantage, sous un point de vue général et superficiel, aux localisations phrénologiques; mais il y a aussi loin de ces vagues indications, dénuées de principes et de démonstrations, à une véritable théorie scientifique, qu'il y a loin des opinions de pythagoriciens sur le système du monde, aux théories de Copernic et de Newton.

Depuis le treizième siècle, on ne trouve plus rien de remarquable en matière de physiognomonie jusqu'au seizième, époque ou cette étude prit un immense développement. Le seizième et le dix-septième siècles produisirent une masse effrayante de volumes sur ce sujet. La physiognomonie était du reste la compagne inséparable des sciences occultes, si fort en honneur dans ces temps-là. Elle n'était qu'une branche accessoire de l'astrologie. Elle se divisait en plusieurs études distinctes, dont les principales étaient la *chiromancie*, la *métoposcopie* et l'*ophthalmoscopie*, qui avaient pour objet la divination par les mains, le front et les yeux. La plus grande partie de ces livres sont des commentaires ou des imitations d'Aristote. Quelques-uns contiennent des vues originales plus modernes, mais ce sont les moins intelligibles et les plus chimériques.

Nous citerons d'abord comme échantillons de cette curieuse littérature, les commentateurs officiels d'Aristote, tels que Baldus (1), F. Sanchez (2), Jos. Fontanus, Glauricus, etc....

(1) In physiognomica Aristotelis commentarii, etc. Bononiæ, 1621, in-f°.

(2) Opera medica. Tolosæ, 1636, in-4°. (Un de ces traités est consacré à l'exposition de la physiognomonie d'Aristote.)

Parmi les traités originaux de physiognomonie générale, on peut recommander aux *dillettanti* les respectables in-folios de J.-B. Porta (1), Moldenarius (2), Robert Fludd (3), Claramontius (4), C. de La Chambre (5), Blondus (6), Fuschius, Jean d'Indagine (7), Guill. Gratarolo (8), Jean Laucisi (9), Scarlatinus (10), etc., etc.

(1) De humana physiognomonia. (In-8°, 1601.)

(2) Exercitationes physiognomicæ, lib. quatuor. (1611.)

(3) Libellus de physiognomia, (Vid. sa Medicina catholica, trait. II, tom. I, in-folio.)

(4) De conjectandis cujusque moribus et latentibus animi affectibus. (1616.)

(5) L'art de connaitre les hommes, etc. Paris, in-4°, 1659. — Discours sur les principes de la chiromancie. Paris, in-8°, 1653.

(6) Physiognomia, sive de cognitione hominis per aspectum. Romæ, 1544, in-4°.

(7) Introductiones apotelesmaticæ elegantes in chiromantiam, physiognomiam, etc. Lugd., 1556.

(8) De prædictione morum naturarumque hominum facili, ex inspectione partium corporis, lib. I. Basilæ, 1554, in-8°.

(9) Dissertatio physiognomica ad Jos. Fantonum. (Extat inter Observat. anat. medicas, J.-B. Fantonii. Venetiis, 1713.)

(10) Homo et ejus partes, figuratus et symbolicus, anatomicus, etc., etc.; traduit de l'italien en latin, par M. Honcamp. (Augsbourg, 1645.)

» Le poumon gauche offrait à son bord postérieur plusieurs points d'hépatisation circonscrite, passée à l'état d'infiltration purulente. — Ramollissement noirâtre de la substance de la matrice. — La plupart des veines qui rampent dans son épaisseur étaient pleines de pus. La veine ovarique droite était tapissée dans toute son étendue par une fausse membrane, au centre de laquelle on trouvait une matière purulente mêlée avec des caillots de sang. Ces traces d'inflammation s'étendaient encore dans la veine cave inférieure ; mais avec cette différence que les fausses membranes étaient partielles, et qu'on ne voyait point de pus liquide, ni de caillots dans cette veine. »

Ici, comme dans l'observation précédente, Dance n'a point disséqué et suivi les veines utérines; il s'est contenté de les couper en travers. Quant aux veines ovariques qu'il a examinées avec soin, est-il un plus bel exemple de l'impossibilité du passage du pus dans le sang? Mais rien ne démontre mieux notre proposition que les faits cités par Dance ; « Wilson, dit-il, a vu, dans un cas particulier, les membranes des principales veines de l'utérus épaissies, *et leurs cavités partiellement oblitérées*. Les veines iliaques communes, iliaques externes et internes, et leurs plus grosses branches, *particulièrement celles qui ramènent le sang de l'utérus*, étaient épaissies et leurs cavités oblitérées par de la lymphe ou des caillots. Le tissu de la veine-cave était au moins trois fois plus épais qu'à l'ordinaire, et elle adhérait d'une manière très intime aux parties environnantes ; *ce vaisseau contenait 4 onces de pus bien formé qui n'avait pu se rendre jusqu'au cœur*, à cause du resserrement et de l'obstruction de la veine par des fausses membranes. »

De pareils faits n'ont pas besoin de commentaires.

Obs. III. — (Elle ne contient aucun détail sur les veines. Dance l'a extraite de sa Thèse inaugurale. Voici, du reste, l'autopsie complète.)

« Rien de contre nature dans les cavités céphalique et pectorale; aucune trace d'inflammation dans les viscères digestifs. Aspect extérieur de la matrice très naturel; mais elle conservait encore un très grand volume; son col était frangé et d'une couleur violacée noirâtre dans toute son épaisseur ; les parois de cet organe semblaient percées d'un nombre considérable de trous ronds, du calibre d'une plume à écrire, remplis d'un pus blanc et visqueux, qui suintait après la section et qu'on exprimait comme à travers une éponge. Ces espèces de tubes étaient plus nombreux vers l'empreinte vasculaire que dans tout autre point de la matrice; ils paraissaient se terminer en cul-de-sac vers sa cavité, et se perdaient dans son épaisseur après plusieurs contours. Du reste, le tissu utérin était ramolli autour de ces sinus purulens et se déchirait avec facilité. »

Que peut-on conclure de cette observation pour ou contre la communication du pus avec le sang? Rien, c'est évident.

Obs. IV. — « Arthrites purulentes, inflammation de la pie-mère cérébrale, sang noir et fluide dans le cou, poumons simplement engoués dans leur partie postérieure; plèvres dans l'état naturel; viscères digestifs entièrement sains.

» La matrice et ses annexes étaient profondément altérées; son bas-fond dépassait de 2 pouces le rebord supérieur des pubis; la trompe, du côté droit, et son ligament étaient convertis en une tumeur oblongue, du volume d'un œuf de poule, d'un rouge-brun, tant à sa superficie que dans sa profondeur. De cette tumeur partaient plusieurs veines remplies de pus, qui se dirigeaient dans la veine ovarique droite. Cette dernière ressemblait aux artères iliaques par son volume, sa dureté et l'épaisseur de ses parois; elle était doublée intérieurement par une fausse membrane épaisse, au centre de laquelle se trouvaient des caillots sanguins mêlés avec du pus ; ces altérations *se terminaient* à l'embouchure de la veine ovarique dans la veine cave, et ne s'étendaient point aux autres veines de l'abdomen. »

Comment se terminaient ces altérations? Est-ce par une crevasse de la fausse membrane? Est-ce par une adhérence, véritable diaphragme interposé entre la partie saine et la partie malade? C'était là le fait capital, et il n'est point mentionné; par conséquent cette observation est nulle quant au fait du passage du pus dans le sang.

Obs. V. — « Aucune altération dans les organes céphaliques et pectoraux, aucune trace de péritonite.

» Une incision pratiquée sur le bas-fond de l'utérus mettait à découvert un nombre considérable de vaisseaux béants, fournissant un pus blanchâtre et consistant. Des recherches faites dans le prolongement de ces vaisseaux ont appris que ces traces d'inflammation ne s'étendaient à aucun autre point de la matrice, ni à aucune veine de l'abdomen. »

Cette observation est évidemment nulle sous le même point de vue que la précédente.

Obs. VI. — « Foyers purulens très nombreux, offrant des caractères particuliers, développés dans les lobes inférieurs des poumons ; double pleurésie ; suppuration dans la symphyse pubienne.

» Lacis veineux suppuré dans l'utérus. Les deux ligamens ronds contenaient dans leur épaisseur plusieurs veines en suppuration. Les deux veines ovariques, à partir de leur jonction à la matrice, étaient enflammées, la gauche dans la longueur d'un demi-pied environ, et la droite dans la longueur de 4 pouces seulement. Dans cette étendue, elles ressemblaient à des cordes dures et résistantes, égalant le volume du doigt ; cet engorgement tenait en grande partie à l'épaississement du tissu cellulaire ambiant. La cavité de ces veines était remplie par un pus épais et jaunâtre, analogue à celui qui était contenu dans les veines utérines, et *par des fausses membranes qui tapissaient leurs parois dans toute leur étendue*. Les veines de la matrice qui proviennent de l'hypogastrique présentaient absolument la même altération. Le long des trompes et dans les ovaires, on voyait encore quelques petites veines remplies de pus; mais dans les veines caves, iliaques et autres veines de l'abdomen, on n'en trouvait aucune trace. »

Pour les veines ovariques, le pus étant circonscrit de toutes parts par des fausses membranes qui tapissaient dans toute leur étendue les parois de ces veines, il est évident qu'il n'y a pas eu passage du pus dans le sang. Il en est de même des veines utérines qui proviennent de l'hypogastrique. Quant aux petites veines situées le long des trompes et dans les ovaires, il est probable que plusieurs de ces petites veines étaient des vaisseaux lymphatiques. Or, M. Cruveilhier, dans l'article *Phlébite* déjà cité, écrit: « Les abcès dans les poumons et le foie, etc., si fréquens dans la phlébite utérine, n'ont jamais été observés dans la lymphatite. Les ganglions dans lesquels est versé le pus de cette dernière sont une limite qu'elle ne franchit que très rarement, et qui s'oppose probablement à l'infection. »

Il y a ici interprétation fausse d'un fait vrai. La vérité est que, dans les vaisseaux lymphatiques comme dans les veines et les artères, l'inflammation suppurative est toujours limitée par une inflammation adhésive.

Par conséquent l'observation ci-dessus prouve l'impossibilité du mélange du pus avec le sang. Comment comprendre les réflexions que Dance a placées à la suite de ce fait : « Cette observation importante, ajoute-t-il, va nous servir à développer une idée fondamentale qui concerne l'histoire de la phlébite en général, en même temps qu'elle touche de près aux maladies des fluides, nous voulons parler du transport du pus des

---

Parmi les chiromanciens et métoposcopistes *ex professo* les noms suivans brillent d'une gloire qui ne leur a jamais été disputée: Fricassus (1), Rothmannus (2), Buwerus (3), And. Corvus (4), Jaques Fréjos (5), Goclenius (6), Rousseus (7), Taisnierus (8), Thad. Hayek (9), Finella (10), etc., etc. *J'en passe et des meilleurs*. Tous ces écrivains appartiennent au seizième et au dix-septième siècles, pendant lesquels la science physiognomonique ne fit presque aucun progrès et tournait dans un cercle invariable de rêveries creuses et d'hypothèses chimériques. M. Bourdon ne nous fera pas l'injure de croire que nous ayons lu tous ces auteurs *a capite ad calcem*, mais nous en avons tenu le plus grand nombre entre les mains, et nous pouvons certifier qu'il ne s'y trouve rien qui soit très au-dessus des passages précédemment cités d'Aristote, d'Albert-le-Grand et Fontanus. On peut cependant trier dans cette foule trois hommes dont le talent et l'originalité d'esprit mériteraient une mention particulière. Nous voulons parler de J.-B. Porta, de Cureau de La Chambre et de Lancisi. Mais nous avons déjà trop abusé de la longanimité de nos lecteurs et de celle de M. Bourdon auquel ces *specimens* de littérature physiognomonique s'adressent plus particulièrement. Nous demandons en conséquence la permission de renvoyer à une autre fois l'examen des recherches de ces trois savans qui précédèrent et annoncèrent celles de Lavater et des philosophes et médecins modernes. L'étude des travaux du dix-huitième et du dix neuvième siècles nous fera connaître de nombreux essais pour donner à la physiognomonie des bases scientifiques positives, et complètera cette courte histoire de la science à laquelle M. Isidore Bourdon vient d'apporter un nouveau tribut.

(1) Enarratio principiorum chiromanti, etc. Noribergæ, 1569, in-4°.
(2) Chiromantia. Erphordiæ, 1595, in-4°.
(3) Chirologia, or the natural language of the hand. London, 1644.
(4) Chiromantia. Argentor, 1533, in-8°.
(5) Omnis homo, item amor et amicitia, item physiognomia, chiromantia, oniromantia, etc. 1680. Paris, in-8.
(6) Chiromantia et physiognomica specialis, cum experimentis memorabilibus. (Marb.; 1621, in-8.) — Uranoscopia, chiroscopia, metoposcopia et ophtalmoscopia. Francof. 1608, in-12.
(7) In chiromantiam brevis isagoge. (On trouve cette dissertation dans l'Enarratio de Fricassus.)
(8) Opus mathematicum...., innumeris propemodum figuris idealibus manuum et physiognomiæ, aliisque ornatum, etc. Colon, 1583, in-folio.
(9) Metoposcopia. Francf. 1584, in-8.
(10) De metoposcopia. Libri III, Anvers 1644, in-8°.

— Samedi prochain, 17 décembre, séance extraordinaire de l'Académie de médecine pour la continuation de la discussion sur la ténotomie.

veines enflammées dans les autres divisions du système veineux et de son mélange avec le sang, d'où résulte nécessairement une altération quelconque de ce fluide. D'une part, nous avons vu toutes les innombrables veines de l'utérus et de ses annexes remplies d'une matière purulente liquide, et par cela même susceptible d'être transportée dans le torrent circulatoire à la manière du sang. »

Cette conclusion a lieu de surprendre, après que Dance a fait observer : 1° que les veines étaient remplies d'une matière purulente épaisse; or, cette matière est-elle du pus liquide ou du pus concret? C'est ce que je ne veux point préjuger; 2° que les fausses membranes tapissaient les parois veineuses dans toute leur étendue; qu'on ne voyait aucune trace de pus dans les veines-caves, iliaques et autres veines de l'abdomen. Il me semble qu'il était plus naturel d'admettre que les fausses membranes qui circonscrivent de toutes parts un foyer de pus ne lui permettent pas de cheminer comme le sang qui circule dans des canaux parfaitement libres. Qu'est-ce d'ailleurs qu'un liquide transporté à la manière du sang, et dont on ne trouve aucune trace dans les organes de transport?

Obs. VII. — « Ramollissement brunâtre du tissu de la matrice, engorgement du ligament rond; traces de péritonite, de pleurésie du côté gauche; noyaux purulens nombreux dans le parenchyme des poumons; abcès dans l'épaisseur de la rate; collection purulente dans une articulation.

» De grosses veines, remplies de pus, parcouraient en tous sens les parois de cet organe, et notamment l'épaisseur de son col; une seule incision suffisait pour en mettre plusieurs à découvert, mais il était nécessaire de s'aider de la sonde pour pénétrer dans tous les contours qu'elles décrivaient. Sans cette précaution, on aurait pris facilement l'ouverture de chacun de ces vaisseaux pour la cavité d'autant de petits abcès contenus dans la substance même de l'utérus. Quelques-unes de ces veines, les plus volumineuses, étaient tapissées par une fausse membrane très mince; mais la plupart ne contenaient que du pus à l'état liquide; leur membrane interne était blanchâtre, opaque et fortement plissée sur elle-même. La veine ovarique du côté droit était enflammée dans l'étendue de 3 pouces au-delà de sa conjonction avec la matrice; des fausses membranes et du pus mêlé à des caillots de sang remplissaient sa cavité. L'ovaire du même côté était pour ainsi dire criblé de foyers purulens; mais ces foyers n'étaient autre chose que les prolongemens de la veine ovarique enflammés et suppurés dans l'épaisseur de ces organes. Le ligament rond contenait aussi trois à quatre veines pleines de pus. Enfin, la même altération existait dans la veine utérine droite qui provient de l'hypogastrique. »

Je ne veux rien conclure de cette observation. En effet, c'est la sonde et non l'observateur qui sait ce qu'il y avait au-delà de la surface de section des veines utérines. Que peut-on conclure d'une description comme celle-ci? « Des fausses membranes et du pus mêlé à des caillots de sang remplissaient sa cavité. » Était-ce le pus, le sang ou les fausses membranes qui étaient à l'extrémité libre de la veine? Le passage du pus dans le torrent circulatoire était-il possible? L'auteur ne s'en inquiète pas le moins du monde.

Obs. VIII. — « Traces légères de péritonite bornée au petit bassin; double pleurésie avec des noyaux purulens nombreux développés dans chaque poumon; ictère général.

» Les veines, qui rampent dans la moitié gauche de cet organe (l'utérus), étaient toutes remplies de pus. Un long sinus veineux, plus large que les autres et longeant le bord gauche de la matrice, semblait être le point de départ de ces canaux purulens, dont la surface était ridée, terne et recouverte d'une couche épaisse de pus. A droite, on ne trouvait qu'un très petit nombre de veines en suppuration. La veine ovarique gauche était enflammée jusqu'à 2 pouces au delà de sa jonction avec la matrice, et contenait un fluide puriforme et des fausses membranes peu consistantes. *Plus haut, la cavité de cette veine était remplie de sang coagulé mêlé avec du pus.* »

Même remarque que pour l'observation précédente.

Obs. IX. « Ramollissement noirâtre de l'utérus; ramollissement gangréneux de la rate; traces manifestes de péricardite; collection purulente dans la plèvre gauche; abcès multiple dans l'épaisseur et vers la base des poumons, principalement dans la gauche; ramollissement du trigone cérébral; nouveaux abcès sous la peau des avant-bras et entre les muscles intercostaux et la plèvre gauche : lésions, dit l'auteur, qui ont amené la mort quatre mois environ après un accouchement dont les suites avaient été compliquées d'accidens dès le début.

» Les deux veines ovariques, environnées par une couche de tissu cellulaire dense et comme squirrheux, offraient un volume apparent assez considérable; mais, isolées du centre de cet épaississement, elles étaient comme ratatinées et n'avaient pas un diamètre plus considérable que celui d'un tuyau de plume ordinaire; leur surface interne était tapissée par une fausse membrane grisâtre très mince; leurs parois avaient plus de 2 lignes d'épaisseur et une couleur noire uniforme; leur cavité contenait çà et là du pus épais et blanchâtre. Ces altérations se terminaient à gauche dans la veine émulgente, et à droite, dans la veine-cave inférieure, *dans la cavité de laquelle existait un petit abcès de la grosseur d'une amande*, placé tout près de l'embouchure de la veine ovarique. Cet abcès, *environné par une fausse membrane qui s'est rompue par la plus légère pression*, a fourni un pus blanc, épais et crémeux. En ce point, la membrane interne de la veine-cave était détruite et ulcérée tout autour. La veine hypogastrique du côté droit présentait la même altération que les veines ovariques; la plupart des veines de l'utérus contenaient des filamens rougeâtres de sang coagulé, et un certain nombre d'entre elles, provenant du bas-fond de cet organe et se continuant avec les veines ovariques, offraient les mêmes traces de phlegmasie que ces dernières veines. »

Le petit abcès, décrit dans cette observation, ne prouvera, aux yeux de personne, que les fausses membranes aient un canal central susceptible de livrer passage au pus. Le reste de la description est indifférent à la question de ce passage.

Nous avons suffisamment établi, par l'exposition des observations sur lesquelles Dance se fonde pour démontrer le passage du pus dans le sang, que ce passage est impossible. Une chose a dû frapper le lecteur, c'est que Dance était fort embarrassé pour s'expliquer la présence simultanée du sang, du pus et des fausses membranes. Cela tient à ce qu'il n'a pas suivi les évolutions de l'inflammation veineuse. Ce travail a été fait de la manière la plus remarquable par un médecin aussi savant qu'on pouvait le désirer sur toutes ces matières, je veux parler de M. le professeur Cruveilhier.

On pourrait croire que Dance n'avait pas été frappé de la contradiction qui existe entre l'hypothèse du passage du pus dans le sang et les observations qu'il avait recueillies. Ce serait une erreur; notre consciencieux confrère disait à cette occasion :

« *Objectera-t-on que, dans cette maladie, les veines étant ordinairement obstruées par des fausses membranes ou des concrétions sanguines, le transport du pus, hors du canal veineux enflammé, est physiquement impossible?* »

En lisant et en transcrivant ces lignes, voici ce que je disais en 1833 :

« Quand on se trompe avec autant de bonne foi et en dotant la science de faits consciencieux, on est bien excusable d'avoir fait quelques inductions fausses; et vraiment l'erreur, en pareil cas, est presque aussi honorable que la vérité. »

Je ne me rétracte pas aujourd'hui. En effet, si Dance n'a pas établi la vérité, il nous en a fourni les preuves. Or, mon cher maître, quel est celui de nous que Dance désavouerait, ou de vous qui concluez contrairement à ses obsrevations, en faveur de l'hypothèse de Hunter, ou de moi qui invoque ses observations contre cette hypothèse. Si Dance croyait aux faits, et ce serait lui faire injure que d'en douter, Dance à l'heure où j'écris ces lignes aurait proclamé à la face du monde médical qu'il avait soutenu une opinion contraire aux faits, en supposant le passage du pus dans le sang à la suite des phlébites. D'ailleurs, mon cher maître, c'est faire un triste honneur aux morts les plus illustres que de faire sortir l'erreur de leur tombe pour l'opposer à la vérité. Je sais bien que l'on captive les sympathies en ayant l'air de prendre la défense d'un jeune médecin enlevé à la science et à ses amis au moment où il donnait les plus belles espérances. Mais ici il ne s'agit pas d'une oraison funèbre, il ne s'agit que de la doctrine du passage du pus dans le sang; et, à cet effet, nous nous contenterons d'établir très froidement et très simplement l'oblitération des veines enflammées aux limites du foyer de la phlegmasie. Ce qu'il peut y avoir de plus flatteur pour la mémoire de notre bien cher et bien regretté confrère, c'est de démontrer ce fait par ses propres observations, comme nous l'avons fait.

Mon cher maître, vous avez les faits sous les yeux, jugez vous-même. Comprenez enfin que la théorie de Hunter est fausse; que Dance, que M. Cruveilhier, que vous même avez été séduits par une apparence brillante, ingénieuse. Pardonnez-moi donc d'appeler cette théorie un roman; car, dans ma pensée, c'est moins qu'un roman, c'est une *mystification* d'outre-mer. Vous l'avouerez, puisque vous considérez les faits de Dance et ceux de M. Cruveilhier comme bien avérés. Mais, ce qui vous sera toujours impossible, ce sera de comprendre comment, de pareils faits, on a tiré de pareilles conclusions. Pourquoi donc m'avoir adressé de dures paroles, à moi qui vous ai rappelé que douze années de séparation n'avaient nullement brisé le lien qui unit le maître à l'élève? Pourquoi supposez-vous que je qualifie des faits nombreux et bien avérés d'*hypothèses pures?* Pourquoi ce conseil inutile à propos des observations de Dance? Vous voyez bien que les observations de ce médecin me paraissent exactes, autant que la théorie qui s'y trouve accolée me semble fausse et arbitraire, devant ces mêmes faits.

Maintenant, expliquez-nous, ou plutôt expliquez vous à vous-même ce passage de votre lettre :

« Suivant moi (et contrairement à vos assertions), ces deux savans, Dance et M. Cruveilhier, sont tout à fait dans le vrai; ils ne font qu'interpréter les faits; et si l'urbanité dont nous devons toujours nous faire une loi dans une discussion scientifique me permettait ces expressions, je dirais *que le roman n'est pas de leur côté, que leur logique est tout à fait irréprochable, et que si c'est un tort grave d'avoir proclamé le*

fait du mélange du pus en nature avec le sang dans les vaisseaux, à la suite de la phlébite, c'est un tort que j'ai avec eux, et qui doit me valoir l'honneur d'être enveloppé dans l'anathème dont vous les avez si injustement frappés. »

Vous voyez, de plus, qu'il est fort inutile de lancer des anathèmes. Je n'ai lancé, dans le cours de toutes ces discussions, que *des faits*, que les faits considérés par vous comme bien avérés. D'ailleurs, vous me paraissez tous, Dance, M. Cruveilhier et vous, presque désintéressés dans cette question. Ce n'est ni l'un, ni l'autre de vous qui avez émis l'hypothèse du passage du pus dans le sang à la suite des phlébites. Cette opinion est toute anglaise; elle nous a été importée par M. Breschet, qui en ce moment est bien convaincu, je crois, de l'impossibilité du passage mécanique et direct du pus dans le sang.

Vous n'avez, dites-vous, ni le temps, ni l'espace nécessaires pour traiter la question de savoir si la formation des caillots est primitive ou consécutive dans la phlébite; je vais tâcher de combler cette lacune.

1° M. Cruveilhier a démontré que toute veine enflammée est oblitérée depuis le premier moment jusqu'après la formation du pus.

2° Dance a démontré que les veines étant ordinairement obstruées par des caillots et des fausses membranes (au moment de l'autopsie, qui peut bien compter pour la fin de la maladie, le passage du pus dans le sang est physiquement impossible. (Ce sont ses propres paroles; peu importent les hypothèses qu'il invoque contre ses propres faits.)

Donc les caillots existent toujours, donc le passage du pus dans le sang n'existe jamais.

Or, comment voulez-vous que la formation des caillots soit primitive ou consécutive à une chose qui n'existe pas?

Ce n'est donc point ainsi qu'on peut poser la question. Il faut convertir cette proposition, et se demander si le passage du pus dans le sang est primitif ou consécutif à la formation des caillots ou des fausses membranes obturateurs.

Or, M. Cruveilhier a démontré l'impossibilité de la première supposition; Dance a démontré l'impossibilité de la seconde; j'ai eu l'honneur de vous démontrer l'impossibilité de toutes les deux. Que conclure, mon cher maître, sinon que le pus ne passe pas?

Vous voyez qu'il ne faut pas beaucoup de temps, ni d'espace, pour arriver à la conclusion qui ressort des faits que vous avez invoqués vous-même, et dont jamais il ne m'est venu à l'esprit de contester ni la valeur, ni l'exactitude, puisqu'ils sont la preuve de ce que j'avance, et la réfutation de la doctrine des Anglais, que vous défendez. Vous êtes trop bon observateur, trop bon logicien, pour hésiter encore. Toutefois, je désespère presque entièrement de vous convaincre à présent, et voici pour quelle raison : non seulement vous croyez au passage du pus dans le sang *à priori*, sans preuves, sans faits, contre les faits, mais encore il vous arrive souvent de montrer à vos élèves le moment précis où ce passage s'effectue chez vos malades. Je crains que ce diagnostic extraordinaire qui vous fait préciser l'époque où s'opère une chose impossible ne ferme bien longtemps vos yeux à la lumière. Toutefois, si j'ai pu jeter de l'hésitation dans votre esprit, si vous reconnaissez la nécessité de soumettre la doctrine de Hunter à de nouvelles épreuves, l'observation délicate à laquelle vous vous livrerez, et votre amour de la vérité, feront le reste.

Maintenant que nous avons posé la règle, afin qu'on ne nous puisse pas taxer d'exagération, il est nécessaire d'établir l'exception. Eh bien! existe-t-il des cas de suppuration intra-veineuse sans oblitération du vaisseau, et partant, avec contact immédiat du pus et du sang! Oui, mon cher maître, il en existe. Hunter, ainsi que je l'ai déjà dit, en rapporte un exemple; j'en ai vu plusieurs autres, et probablement c'est un fait ou quelques faits analogues observés avec tout le soin que nous vous connaissons, qui aura confirmé dans votre esprit la justesse de l'hypothèse des Anglais. Voici ce que j'ai écrit à ce sujet dans L'EXPÉRIENCE, 1838, n° 48, p. 88, à la fin du paragraphe consacré à l'état des veines dans la diathèse purulente, je n'ai rien à changer en ce moment à la description suivante :

« Il arrive quelquefois qu'à l'extrémité d'une phlébite on trouve du pus ou de la sanie purulente en contact immédiat avec le sang, et pouvant par conséquent se mêler avec ce liquide; ce ces faits, ainsi que nous allons le voir, viennent encore à l'appui des conclusions que nous avons tirées des faits précédens. Il suffira d'indiquer les circonstances dans lesquelles ce phénomène se passe.

» J'ai fait abstraction jusqu'ici de l'état général du sang; or, il arrive souvent qu'au moment même où une phlébite se développe, le sang est déjà modifié sous l'influence de la diathèse purulente, et marche vers sa désorganisation et sa transformation en pus. Dans ces cas, lorsqu'une phlébite s'arrête à une certaine distance d'une grosse veine collatérale, il reste entre le caillot obturateur et cette collatérale une portion de veine dans laquelle le sang stagne, interposé au foyer inflammatoire d'une part, et d'autre part au sang, qui, recevant l'impulsion du cœur, suit son cour habituel. (Tel est le cas rapporté par Hunter.)

» Ce sang stagnant se présente tantôt à l'état de caillots demi-liquides et noirâtres, tantôt à l'état de fluide noirâtre et non coagulable, tantôt à l'état de pus, tantôt dans un état intermédiaire aux deux précédens, c'est-à-dire incomplètement transformé en pus. De là tout ce qu'on peut conclure, c'est que le sang qui ne circule pas a, sous l'influence de la diathèse purulente, une grande tendance à se transformer en pus. Mais ce sang purulent ne résulte pas d'un mélange du pus contenu dans le foyer; en effet, je l'ai toujours trouvé isolé du foyer par une adhérence obturatrice, tantôt forte, tantôt faible; et d'ailleurs, s'il résultait d'un mélange de pus et de sang, cet état aurait lieu instantanément; on trouverait ce mélange établi, et non toutes les phases successives de la transformation du sang en pus.

» Dans ce cas-ci, la veine n'est point enflammée, et elle conserve ses caractères de souplesse et de transparence dans ses parois.

» Ce sang, plus ou moins purulent, peut évidemment se mêler au torrent circulatoire; mais c'est là une circonstance fort indifférente, si le sang qui circule est déjà lui-même en voie de transformation. Ce mélange n'a, je crois, aucune influence sur la marche de la maladie, qui, lorsque le sang est altéré, conduit rapidement les malades au tombeau; d'ailleurs, il ne peut se faire qu'en proportions excessivement faibles, car il ne touche le torrent circulatoire que par sa partie supérieure.

» C'est dans les cas de cette nature que les partisans de la doctrine de Dance croient trouver un argument sans réplique en faveur de cette théorie. Or, ces cas exceptionnels n'ont jamais été vus par Dance, et même les eût-il signalés, il ne pouvait en rendre compte qu'en admettant la communication de ce sang stagnant avec le foyer de la phlébite, ce qui n'a pas lieu; et il aurait fallu trouver dans tous les cas du pus et du sang mêlés ensemble, ce qui n'a pas lieu, car on trouve ou du pus ou du sang en voie de se transformer en pus. »

Vous pourriez peut-être vous étonner de ces suppurations apyrétiques, de ces transformations directes du sang en pus. Laissons jusqu'au bout passer les faits; je m'en rapporte à leur éloquence :

(ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE; 2e série, tom. VI, p. 223.)

OBSERVATION D'UNE ALTÉRATION TRÈS GRANDE DU SANG; PRÉSENCE D'UNE QUANTITÉ TRÈS GRANDE DE PUS DANS LE SYSTÈME ARTÉRIEL ET VEINEUX, SANS ORIGINE APPRÉCIABLE; SUIVIE DE RÉFLEXIONS SUR CE GENRE D'ALTÉRATION; par M. A. DUPLAY, chef de clinique à l'hôpital de la Pitié.

OBS. — Joséphine Guéris, couturière, âgée de 27 ans, entre à l'hôpital de la Pitié le 24 décembre 1833, dans le service de M. le professeur Rostan. Elle était presque mourante; sa maigreur était excessive; sa face était pâle; elle avait de la diarrhée et des sueurs nocturnes depuis quelque temps; la respiration était très pénible, très difficile; la malade était assise dans son lit et se plaignait continuellement. Il paraît, d'après des réponses fort incomplètes et souvent contradictoires, qu'elle était malade depuis plusieurs mois, mais surtout depuis une quinzaine de jours. Son aspect extérieur était entièrement celui d'une phthisique. La malade était si faible, elle se plaignait tellement, que l'auscultation ne fut pratiquée que très incomplètement. Cependant, comme on avait entendu du râle muqueux à grosses bulles vers la partie supérieure de la poitrine, on pensa que probablement il existait des cavernes vers ce point. Cet état s'aggrava, l'agonie survint et la malade mourut deux jours après. Il fut impossible d'avoir d'autres détails sur les antécédens de cette malade.

» AUTOPSIE, 36 HEURES APRÈS LA MORT. — TÊTE. Les sinus de la dure-mère sont remplis d'un liquide d'un rose terne, dans lequel nagent des flocons grisâtres et friables. Les parois des sinus sont partout lisses et pâles. Toutes les veines qui passent dans la pie-mère renferment la même matière, dans certains points, et dans d'autres, *une matière d'un gris jaunâtre et qui est du véritable pus.* Les membranes du cerveau adhèrent assez intimement à la substance grise, qui est généralement ramollie. Toutes les veines cérébrales renferment le même liquide que les sinus de la dure-mère. Les veines ne présentent du reste ni rougeur, ni aucune altération de leurs parois. La substance blanche du cerveau, les ventricules et les différens organes qui concourent à les former sont dans leur état normal.

» POITRINE. Les poumons ne présentent ni tubercules ni cavernes : leur tissu est généralement sain. En arrière et vers leur base ils sont assez fortement engoués, sans cependant présenter une véritable hépatisation. Les bronches renferment beaucoup de mucosités, et leurs parois sont légèrement rouges.

» Le cœur est volumineux, il est excessivement distendu, surtout dans ses cavités droites. Incisé, il laisse échapper des deux ventricules et surtout du droit, *une quantité énorme d'un liquide couleur lie-de-vin, au milieu duquel nagent des caillots peu consistans, de même couleur, et de plus des flocons excessivement nombreux, d'un jaune sale, friables, présentant toutes les apparences du pus à moitié concret, et semblables à ces flocons, à ces masses purulentes que l'on rencontre après la péritonite.* Dans l'oreillette gauche, il existe un de ces flocons, du volume d'une grosse noix, entièrement libre et nageant au milieu du sang altéré. Nulle part ces masses purulentes n'adhèrent aux parois des vaisseaux du cœur, dont la surface intérieure est examinée avec la plus grand soin. La membrane intérieure qui les revêt est lavée à grande eau; partout elle est pâle; partout elle présente sa consistance et son

épaisseur naturelles. Nulle part, on ne peut découvrir les traces d'une phlegmasie. L'artère, les veines pulmonaires, jusque dans leurs dernières divisions, contiennent le même liquide ; partout elles offrent la même intégrité de leurs parois. Les deux veines caves sont dans le même état. L'aorte suivie dans tout son trajet renferme aussi ce liquide de couleur lie-de-vin, et ces flocons purulens observés dans les autres parties du système circulatoire. Du reste, la surface interne de l'artère est parfaitement intacte. Les veines jugulaires et les artères carotides présentent les mêmes matières.

» ABDOMEN. L'estomac n'offre rien de particulier. Sa surface interne est pâle; la membrane muqueuse présente la coloration et la consistance normales. Le duodénum est sain. Dans l'intestin grêle, on aperçoit çà et là quelques points d'injection. Les plaques de Peyer sont à l'état normal.

» Les parois du gros intestin sont légèrement hypertrophiées dans presque toute leur étendue. Cette hypertrophie est surtout marquée dans le cœcum dont les parois ont environ 3 lignes d'épaisseur. La membrane muqueuse est le siége d'une multitude de petites ulcérations arrondies, superficielles, de la largeur d'une grosse tête d'épingle, et qui ne l'intéressent même pas dans toute son épaisseur. On peut les apercevoir dans toute l'étendue du colon, lorsque l'on tend avec force les parois de l'intestin, de manière à ce que la lumière vienne tomber obliquement sur elles. Mais c'est surtout dans le cœcum que ces ulcérations se présentent en abondance. Là elles sont un peu plus profondes et intéressent toute l'épaisseur de la muqueuse; aussi sont elles plus visibles, quoiqu'elles ne soient pas beaucoup plus larges que dans le colon. Tous les ganglions mésentériques sont tuméfiés ; quelques-uns ont le volume de grosses noisettes. Divisés, ils présentent de la rougeur, et leur tissu ressemble assez à celui d'un poumon hépatisé, mais ils n'offrent aucune trace de suppuration. Les artères et les veines mésentériques sont remplies par le mélange de pus et de sang que nous avons rencontré dans les autres portions du système circulatoire. En examinant leurs parois, même dans des ramifications très petites, il est impossible de trouver aucune trace d'inflammation. Nulle part on ne trouve d'épaississement des parois, ou ces pseudo-membranes adhèrentes qui revèlent un travail phlegmasique.

» Le foie est énorme ; il s'avance jusque près de l'hypochondre gauche ; son tissu est légèrement induré ; cependant on peut y découvrir encore le tissu dont il semble formé. La veine-porte, les veines hépatiques sont exactement dans le même état que les autres portions du système circulatoire. Quant au tissu du foie, il ne présente nulle part des traces de suppuration (1).

» La rate est énorme; elle a 5 pouces de hauteur sur 3 de largeur. Le péritoine qui la recouvre semble épaissi. Dans plusieurs points, il présente des plaques blanches comme nacrées, de 4 ou 5 lignes d'étendue. Son tissu est excessivement ferme; au lieu d'être rouge, il est de couleur fauve ; au lieu d'être aréolaire et spongieux, il est excessivement compacte. Enfin, pour sa couleur et sa consistance, on ne saurait mieux la comparer qu'au tissu de ces foies, dans lesquels on remarque un peu de prédominance de la substance jaune sur la substance rouge. Les vaisseaux spléniques renferment aussi ce liquide couleur lie-de-vin et ces flocons purulens déjà mentionnés. Du reste, leur surface interne est parfaitement intacte. Les reins, la vessie, l'utérus, les ovaires sont dans l'état normal et ne présentent aucunes traces de maladie antérieures.

» APPAREIL CIRCULATOIRE DES MEMBRES. Nous avons disséqué les artères et les veines des membres ; partout nous avons rencontré la même altération du liquide qu'elles contenaient. Nous avons ouvert plusieurs vaisseaux collatéraux des doigts, et l'altération du sang existait là comme partout ailleurs. Dans aucun point, nous n'avons trouvé de traces d'inflammation soit dans les artères, soit dans les veines ; tous ces vaisseaux ont été incisés, leur face a été lavée et examinée avec le plus grand soin, et partout elle était aussi intacte que dans les autres organes de la circulation.

» Nous devons à la vérité de signaler une omission qui a été faite ; c'est l'ouverture des articulations. Est-ce là que nous aurions trouvé la source de cette quantité énorme de pus répandu si uniformement dans tout le système circulatoire, tant artériel que veineux ? Ce n'est pas probable ; car la malade qui avait encore quelque connaissance à son entrée à l'hôpital n'accusait aucune douleur dans les membres. Du reste, en disséquant les principaux troncs artériels et veineux, et en pratiquant sur les membres plusieurs larges incisions, nous avons mis à découvert la plupart des articulations, et rien d'insolite n'a fixé notre attention sur ces régions. »

Je m'arrête, mon cher maître, en vous remerciant d'avoir accepté cette discussion publique. Si j'ai été trop long, c'était pour me conformer à ce précepte qu'on récite dès l'enfance, et qu'on ne doit jamais oublier plus tard :

Sapiens nihil affirmat quod non probet.

(1) Voilà une bien grande quantité d'épines irritantes, et pourtant point d'abcès viscéraux ! Ce fait devrait faire réfléchir nos *iatro-mécaniciens*.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

RÉSUMÉ STATISTIQUE DE LA CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HÔTEL-DIEU (SERVICE DE M. LE PROFESSEUR ROUX) PENDANT L'ANNÉE 1841; par MM. MAUNOURY et THORE, internes des hôpitaux et membres de la Société anatomique.

(SUITE. — Voir les numéros 23, 26, 30, 35, 41 et 47.)

MALADIES DU SEIN ET DU TESTICULE.

Astley Cooper, se fondant sur l'analogie qui existe entre les lésions organiques du testicule et de la mamelle, a rapproché dans son ouvrage la description de leurs maladies. Nous allons l'imiter et mettre en regard pour chacun de ces organes les principaux résultats statistiques que nous avons observés.

TABLEAU COMPARATIF DES ABLATIONS DU SEIN ET DU TESTICULE, FAITES A L'HOTEL-DIEU PENDANT CINQ ANNÉES CONSÉCUTIVES

ABLATIONS DU SEIN.			ABLATIONS DU TESTICULE.		
Années.	Opérations.	Résultat.	Années.	Opérations.	Résultat.
1836......	19	13 sorties (1). 6 morts.	1836......	5	5 sorties.
1837......	20	19 sorties. 1 mort.	1837......	7	5 sorties. 2 morts.
1838......	17	13 sorties. 4 morts.	1838......	6	4 sorties. 2 morts.
1839......	21	18 sorties. 3 morts.	1839......	4	4 sorties.
1840......	18	12 sorties. 6 morts.	1840......	7	6 sorties. 1 mort.
Total..	95	75 sorties. 20 morts.	Total..	29	24 sorties. 5 morts.

C'est-à-dire, pour les opérations sur le sein, 1 mort sur 4 3/4 opérés; sur le testicule, 1 mort sur 4 1/4 opérés.

Quant au nombre des opérations, on est d'abord frappé de l'énorme différence des deux chiffres; mais il est facile de l'expliquer et de réduire de beaucoup le nombre des opérations faites sur la glande mammaire elle-même, pour une dégénération de cette glande, il y a deux raisons principales : 1° beaucoup de tumeurs, soit fibreuses, soit lymphatiques, lui sont tout à fait étrangères; elles existent à sa surface entre ses lobules; elles sont confondues, sinon sous le point de vue pathologique, du moins sous le point de vue opératoire, dans la même catégorie.

Il n'en est pas de même pour le testicule; les altérations organiques qui lui sont propres sont plus difficilement méconnues. C'est pour la dégénérescence du testicule lui-même que la castration sera indispensable.

2° La présence d'une tumeur au sein rend les femmes très inquiètes sur sa nature, sur ses progrès; le chirurgien est immédiatement consulté; celui-ci, dans sa crainte pour l'avenir, propose souvent sans délai l'opération, qui est presque toujours acceptée. Il n'y a, au contraire, pour le testicule que le sarcocèle cancéreux qui nécessite une ablation urgente et sur le champ; pour les autres affections on temporise toujours; et ce n'est qu'après un traitement prolongé et varié qu'on se résoudra avec peine à enlever un organe altéré, inutile, et quelquefois nuisible à la santé.

Malgré cette réduction, les altérations organiques de la glande mammaire elle même sont bien plus fréquentes que celles du testicule ; la femme se trouve, en raison de ses fonctions génératrices, dans des conditions pathogéniques plus actives. Que de maladies reconnaissent pour cause une perturbation dans l'état menstruel, dans l'état de grossesse, dans l'état puerpéral !

Le chiffre de la mortalité, à part une fraction légère, est le même dans les deux cas.

(1) Nous avons remplacé le mot *guérison* par celui de *sortie* de l'hôpital, qui exprime mieux la vérité. En effet, que de malades opérées de cancer au sein sortent de l'hôpital pour y rentrer plus tard, soit dans le même service, soit dans un autre, et y subir une seconde fois l'opération !

Quelle a été la durée de l'existence des individus qui ont succombé à l'hôpital après l'opération?

Pour l'ablation du sein, pas une femme n'est morte dans les cinq premiers jours.

Du cinquième au dixième jour.....	4
Du dixième au quinzième jour.....	7
Du vingtième au trentième jour.....	4
De un mois à deux.....	5
	20

Pour le testicule :

Les six premiers jours.....	3
Le neuvième jour.....	1
Deux mois après.....	1
	5

Sur le nombre des oblations du sein, il n'y eut que 4 individus du sexe masculin, 91 appartenaient au sexe féminin; 72 étaient mariées ou veuves; 19 étaient filles.

Il eût été curieux de savoir le chiffre de celles qui avaient eu des enfans, et, parmi ces dernières, celles qui ont été nourrices. Nous n'avons sur ce sujet aucun renseignement.

On a reconnu que de tout temps l'âge critique avait une grande influence sur la production de cette maladie; aussi avons nous classé les malades en trois catégories, d'après l'âge :

1° De 18 à 40 ans (époque menstruelle).....	25
2° De 40 à 50 ans (époque de l'âge critique)..	43
3° De 50 à 70 ans (époque de déclin).....	23

Parmi les 20 femmes qui ont succombé,

2	appartenaient à la première catégorie.
9	— à la seconde.
9	— à la troisième.

Il résulte de là : 1° que l'âge critique prédispose aux tumeurs du sein; 2° que la mortalité sera plus grande en raison de l'âge plus avancé.

En est-il de même pour les opérations du testicule? L'âge a-t-il de l'influence sur leur production.

De 18 à 40 ans.. 20 { 10 de 18 à 30 ans. / 10 de 30 à 40

De 40 à 70 ans.. 9

Ce n'est donc plus à l'époque critique, ou du déclin, comme chez la femme, mais à l'époque de la virilité et de la plus grande activité du testicule que surviendra la dégénérescence de cet organe. Cette différence tient en particulier à l'histoire du cancer. La jeunesse sera prédisposée au cancer de l'œil; la puberté et l'âge viril au cancer du testicule; l'âge critique et de déclin aux cancers des membranes muqueuses.

Cette année, M. Roux a opéré cinq femmes de cancer au sein; toutes les cinq, en effet, avaient des tumeurs de mauvaise nature; chez deux, la peau était lisse, sans altération, et la tumeur n'adhérait pas aux muscles de la poitrine; chez les trois autres, il y avait ulcération du cancer. Une de ces dernières avait été opérée par M. Roux sept mois auparavant. Son observation offre quelques particularités assez curieuses pour être digne d'être rapportée.

TUMEUR SQUIRRHEUSE DU SEIN GAUCHE SANS DOULEUR; ABLATION, CICATRISATION DE LA PLAIE; RÉCIDIVE CINQ MOIS APRÈS; NOUVELLE ABLATION DE LA PARTIE MALADE; IL NE RESTAIT PLUS QU'UNE PETITE ULCÉRATION LORS DE LA SORTIE DE L'HÔPITAL; HUIT JOURS APRÈS LA MALADE RENTRE DE NOUVEAU DANS UNE SALLE DE MÉDECINE, ET SUCCOMBE EN PEU DE TEMPS AUX SUITES D'UNE PÉRICARDITE AIGUË.

OBS. I. — Séguin, 50 ans, culottière, d'un embonpoint considérable, fut réglée de 15 à 45 ans; ses règles n'ont jamais été bien abondantes; elle eut deux couches heureuses; elle n'allaita aucun de ses enfans.

Deux mois avant son entrée à l'hôpital, elle s'aperçut de l'existence d'une petite tumeur indolente, qui fait des progrès rapides, car elle était de la grosseur d'une bille de billard; peu adhérente, insensible à la pression, recouverte de veines plus gonflées que celles du côté opposé lorsqu'on en fit l'ablation.

Réunion de la plaie par première intention. Par son calme silencieux et son immobilité, cette femme semblait être insensible aux coups de scalpel.

La dureté de la tumeur, sa couleur bleuâtre, ses racines s'irradiant dans les mailles du tissu cellulaire interglanduleux, dénotaient un squirrhe bien confirmé.

Malgré quelques accidens fébriles survenus dans les premiers jours, la cicatrisation fut assez rapide. La malade sortit dans le courant du mois de janvier 1841.

Le 16 juin de la même année, elle rentra de nouveau à l'hôpital; la tumeur avait reparu; tout le sein est gonflé, dur; écoulement d'un pus séreux; les veines sont volumineuses et rampent à sa surface.

Opération le 21 juin. Une portion du muscle grand pectoral a été enlevé; pansement à plat.

Comme la première fois, la malade fut encore d'un stoïcisme étonnant; la plaie, malgré son étendue, se cicatrise rapidement. La malade sortit le 25 août. Nous apprîmes que, huit jours après, cette malade était entrée dans une salle de médecine pour être traitée d'une péricardite aiguë; elle ne tarda pas à succomber aux suites de cette inflammation.

L'altération de tissu n'a rien de remarquable en elle-même; ce qui nous a surtout frappé chez cette femme, c'est le courage et la patience avec lesquels elle a supporté les deux opérations; pas le moindre mouvement, pas le moindre signe de douleur.

Il est à remarquer que les femmes supportent les opérations chirurgicales avec plus de résolution que les hommes; elles sont plus maîtresses d'elles mêmes; elles concentrent leurs pensées dans une idée fixe; elles s'isolent en quelque sorte des souffrances de l'opération. C'est en ville que nous avons été souvent témoins de ce silence stoïque de certaines femmes; de tels caractères seraient exploités avec avantage par les magnétiseurs.

Chez notre femme, deux fois la cicatrisation s'est opérée rapidement. En général, dans les plaies déterminées par l'ablation de la tumeur cancéreuse, cette rapidité est très fréquente; on est étonné de ses progrès, mais avant la réunion complète elle s'arrête; une petite tache noirâtre annonce récidive de la maladie; au niveau de cette tache, il se forme une végétation qu'il sera nécessaire d'enlever.

C'est au moment de l'apparition de cette tache sur la surface de la plaie, que le chirurgien devrait agir sur elle; car alors elle semble être à l'état embryonnaire; alors sa nature serait peut-être susceptible de modification.

Deux fois, chez cette femme les taches nous ont annoncé la récidive de la maladie.

Enfin, la péricardite a-t-elle eu pour cause la propagation de la dégénérescence jusqu'au médiastin? nous n'avons eu aucun renseignement sur l'autopsie; mais cette influence du cancer sur le développement de l'inflammation du péricarde ne nous étonne nullement. A la première opération, la tumeur était séparée du muscle grand pectoral. A la seconde, il fallut enlever ce muscle dans presque toute son épaisseur. En sept mois, la maladie avait donc fait des progrès rapides vers la cavité thoracique. L'année dernière, nous avons observé, relativement à cette marche envahissante du cancer au sein, un des faits les plus curieux qu'on puisse rencontrer; c'est chez un homme que nous l'avons observé.

ULCÉRATION CARCINOMATEUSE DE LA LARGEUR DE DEUX PIÈCES DE CINQ FRANCS, CONSÉCUTIVES A L'ABLATION D'UNE TUMEUR CANCÉREUSE DU SEIN DROIT CHEZ UN HOMME. GLANDE AXILLAIRE ENGORGÉE; PLEURÉSIE ADHÉSIVE; FISTULE PNEUMO THORACIQUE MORT.

OBS. II. — Pellerin, 64 ans, tailleur, offre l'apparence d'une bonne constitution; son teint clair n'annonce pas une diathèse cancéreuse. Son père et sa mère n'ont pas eu de maladies de cette nature; mais deux de ses sœurs sont mortes, l'une à 64 ans, l'autre à 58 ans, avec des tumeurs considérables au sein.

Il fut toujours bien portant dans sa jeunesse; il n'a jamais eu de maladies vénériennes; lorsqu'il y a trois ans, en passant la main sur sa poitrine, il sentit au sein droit une petite tumeur de la grosseur d'une amande.

Cette tumeur, inconnue dans sa cause, était indolente; elle acquit dans l'espace de deux ans la grosseur d'un œuf de poule, et malgré cette augmentation de volume les douleurs étaient toujours peu vives.

Ablation de cette tumeur qui n'avait pas déterminé d'ulcération de la peau et qui était très mobile; cicatrisation en trois semaines. Deux mois après la cicatrisation, il reparut une nouvelle fongosité qui prit de l'extension; on la détruisit avec une pommade caustique; la plaie se rouvre, s'élargit et arrive en quinze mois à l'état qu'elle nous offre maintenant.

Immédiatement après l'opération, il était survenu un engorgement de ganglions axillaires, engorgement dur de la grosseur d'un petit œuf.

La plaie du sein droit est aplatie, d'un rouge écarlate, à fongosités qui ne s'élèvent pas beaucoup au-dessus du niveau de la peau; elle laisse suinter un pus séro-sanieux; les environs de l'ulcère sont indurés ardoisés; le fond s'appuie sur le muscle grand pectoral, et la peau du voisinage à 1 centimètre de la plaie est lâche; elle pourra fournir par son extension de l'étoffe à la cicatrisation.

La constitution de ce malade paraît bonne; les organes sont sains, et ne semblent pas atteints d'altérations organiques.

Opération. On enlève toute la surface désorganisée; il en résulte une plaie très large, profonde, jusque dans le muscle grand pectoral. Pansement à plat.

Dans la journée, il y a eu une hémorragie qui s'est arrêtée par le tamponnement.

Les jours suivans, le malade a de la fièvre; la peau est chaude, la face s'altère, l'amaigrissement survient; la plaie est couverte d'un pus sanieux, puis se dessèche; on applique des plumasseaux enduits d'un onguent digestif pour exciter sa suppuration; il se produit de nouveau une sanie fétide; enfin, le dévoiement colliquatif survint. Mort un mois après l'opération.

Jamais nous n'avons été témoins d'un tableau chirurgical aussi repoussant : l'étendue de la plaie qui envahissait toute la face antérieure du côté droit de la poitrine, la surface grisâtre et sanieuse, l'odeur fétide du pus, tel était l'état de cette plaie la première quinzaine qui a suivi l'opération. L'ulcère ne s'est pas seulement étendu en largeur, mais encore en profondeur ; le grand pectoral a été détruit ; la quatrième et la cinquième côtes étaient dénudées dans quelques points, et dans le cinquième espace intercostal il s'était établi une communication entre le poumon adhérent au thorax et à l'extérieur du corps, de sorte qu'à chaque inspiration et expiration les bulles d'air refoulaient la sanie, déterminaient à la surface de la plaie un glouglou particulier. Le malade mourut quatre jours après la formation de cette fistule pneumo-thoracique.

La gêne de la respiration n'était pas considérable, car le poumon gauche était sain, et le poumon droit était perméable à l'air.

Malgré cet état, on ne trouve dans les organes aucun abcès métastatique ; une pleurésie du côté droit était générale, excepté à la base ; le poumon crépitait et n'était pas altéré autour du pertuis fistuleux ; sa couleur était seulement violacée.

La description que nous venons de faire tient lieu de réflexions ; elle suffit pour indiquer le ravage de ce cancer après la seconde opération.

Une remarque importante dans cette observation, c'est la prédisposition de cette famille au cancer du sein. Deux de ses sœurs avaient succombé avec des tumeurs semblables.

Ce qu'il y a de singulier, c'est la marche lente de la tumeur dans les premiers temps et l'absence complète de douleur ; c'est la rapidité de la cicatrice après la première opération. Récidive de la maladie deux mois après ; c'est alors qu'elle s'ét nd non pas en végétant à l'extérieur, et en formant une saillie ; mais en désorganisant la peau et les muscles ; c'est cette forme de cancer que les anciens avaient désigné sous le nom de cancer rongeant.

Nous avons voulu consigner ces deux observations intéressantes pour l'histoire du cancer ; les autres cas ne présentent rien de saillant. Arrivons maintenant à l'amputation du testicule.

M. Roux fit l'ablation de trois testicules ; deux encéphaloïdes, un tuberculeux ; cest trois observations présentent de l'intérêt sous le point de vue du diagnostic différentiel et de la marche de la maladie.

SARCOCÈLE TUBERCULEUX DES DEUX CÔTÉS CHEZ UN JEUNE HOMME DE VINGT-DEUX ANS ; ABLATION DU TESTICULE GAUCHE ; ENGORGEMENT DU CANAL DÉFÉRENT GAUCHE ; ABCÈS TUBERCULEUX DE LA PROSTATE ; ISSUE DU PUS PAR LE CANAL DE L'URÈTRE ; FISTULE RECTO-URÉTRALE CONSÉCUTIVE ; CICATRISATION DE CETTE FISTULE ; AMÉLIORATION DANS L'ÉTAT GÉNÉRAL DU MALADE ; SORTIE DE CE JEUNE HOMME DE L'HÔPITAL APRÈS UN SÉJOUR DE SEPT MOIS.

OBS. III. — Lebail, 22 ans, menuisier, cheveux blonds, peau blanche et transparente, muscles peu développés, porte dans son état extérieur le cachet d'un tempérament lymphatique ; il n'a jamais été affecté de maladie vénérienne ; il a du côté gauche un varicocèle pour lequel il fut exempt du service militaire.

Vers l'époque de la puberté, il s'est beaucoup adonné à la masturbation ; aussi a-t-il peu de force dans les organes génitaux.

Depuis trois mois, sans cause connue, le testicule gauche augmenta de volume ; le scrotum devint rouge, douloureux et dur ; un emplâtre fondant n'amena aucune amélioration.

A son entrée à l'hôpital, le 8 février 1841, la tumeur est très volumineuse, molle et fluctuante dans plusieurs points ; en avant, une fistule donne passage à un pus séreux, mêlé de flocons albumineux ; inférieurement on sent une tumeur dure qui n'est que le testicule altéré.

Il existe aussi à l'épididyme du côté droit une petite tumeur de même nature que celle du côté gauche.

La constitution de cet homme, sa jeunesse, l'état du pus, la lésion simultanée des deux testicules, la formation de plusieurs abcès ; toutes ces raisons indiquent une altération tuberculeuse ; du reste, le malade ne toussait pas, et à l'auscultation les organes de la respiration étaient sains.

Le 12 février, ablation du testicule gauche. Les suites de l'opération n'ont présenté aucun accident pendant quinze jours ; la plaie commençait à se cicatriser lorsqu'un érysipèle se déclara ; il s'est étendu à la paroi abdominale et se circonscrivit bientôt ; un abcès, puis une fistule situés au-dessus de la plaie en furent le résultat. Après un mois de suppuration, il se cicatrisa complètement.

Le malade sort le 30 avril pour rentrer le 5 mai.

Dans le courant du mois de juin, la tumeur de l'épididyme droit avait fait des progrès le long du canal déférent gauche. On sent une induration jusqu'à l'anneau abdominal. Le malade éprouva des douleurs vives au fondement, surtout au moment de la défécation et de l'émission de l'urine.

L'exploration du rectum au moyen du doigt fit constater une tuméfaction de la prostate avec ramollissement. En effet, quelques jours après cet examen, une grande quantité de pus sortit par l'urètre avec les urines ; la diarrhée étant survenue, les matières fécales se trouvaient aussi mêlées avec du pus. Par un nouvel examen, on vit que l'abcès considérable de la prostate s'était vidé et par le rectum et par l'urètre, qu'une fistule en avait été la conséquence, et les gaz passaient du rectum dans l'urètre

A la suite de la diarrhée et de la suppuration, le malade, déjà faible, était tombé dans un état de marasme assez considérable ; mais enfin il se rétablit peu à peu par l'administration d'un régime tonique ; la fistule recto-urétrale se cicatrisa ; il sortit de l'hôpital le 17 septembre 1841.

Il résulte de l'étude approfondie de la tuberculisation qu'elle peut affecter tous les tissus de l'économie.

Les transformations successives du tubercule sont identiques ; ses effets locaux et généraux sont presque toujours reconnus avec une certitude rigoureuse ; la cause qui le manifeste est encore à trouver. La science possède des monographies admirables de symptomatologie sur les tubercules de l'encéphale, du tube aérien, des poumons, du péritoine, du testicule (1) et des os ; on est encore à trouver un moyen thérapeutique pour les arrêter dans leur marche.

Dans les organes doubles, comme les poumons et les testicules, la tuberculisation envahit rarement les deux organes à la fois ; à l'autopsie on ne trouve jamais la désorganisation des poumons au même degré : l'un, ordinairement le poumon droit, présente des cavernes très étendues ; il n'existe dans le second que des granulations plus ou moins ramollies.

Il en est de même pour le sarcocèle tuberculeux ; un des testicules est affecté primitivement, des abcès se sont formés, sa substance propre s'écoule par des fistules ; l'autre ne présente encore aucun gonflement ; mais qu'on ampute celui qui est malade, bientôt il va se former dans le testicule sain un travail morbide de même nature que dans le premier ; il faudra en venir à une castration complète.

Il résulte donc de cette propagation de la maladie un pronostic toujours fâcheux ; il est rare, malgré la loi statistique de M. Louis, qu'il y ait coïncidence de tubercules pulmonaires. Mais, par suite de la désorganisation presque infaillible des deux testicules, on se voit réduit dans sa jeunesse à un état d'impuissance, et bientôt à un état d'abattement moral qui porte souvent au suicide (2).

Nous avons dit tout à l'heure qu'une fois le testicule tuberculeux enlevé, l'autre ne tardait pas à subir la même désorganisation. Pour cette raison, certains chirurgiens n'opèrent jamais dans ce cas, ils considèrent les fistules comme des exutoires favorables à la conservation ultérieure de celui qui est resté sain.

S'il y a rarement transmission de la maladie aux ganglions inguinaux et abdominaux, elle se propage le long du canal déférent jusqu'aux vésicules séminales, de même que les tubercules pulmonaires se continuent le long du conduit excréteur des poumons, les bronches, la trachée et le larynx ; aussi, chez notre individu, nous avons vu la tuberculisation envahir le canal déférent, les vésicules séminales et la prostate.

Pendant les six mois que Lebail est resté à l'Hôtel Dieu, le noyau tuberculeux du côté droit n'a pas augmenté de volume ; malheureusement nous avons perdu ce malade de vue : nous ne pouvons savoir s'il en a été du second comme du premier.

Le sarcocèle cancéreux a, comme le tuberculeux, une marche envahissante le long du cordon ; mais ses progrès s'arrêtent ordinairement à l'anneau inguinal, surtout à l'apparition de tumeurs cancéreuses abdominales Pourtant nous allons voir, dans l'observation suivante, un sujet chez lequel l'encéphaloïde avait continué sa marche le long du canal déférent jusqu'à la prostate ; cette observation est remarquable par la rapidité de la formation de la tumeur et l'étendue de la diathèse.

SARCOCÈLE ENCÉPHALOÏDE DU VOLUME DE LA TÊTE D'UN FOETUS NÉ A TERME ENVAHISSANT JUSQU'AUX VÉSICULES SÉMINALES LE CANAL DÉFÉRENT ; ABLATION ; MORT A LA SUITE D'UNE PÉRITONITE AIGUE, QUATRE JOURS APRÈS L'OPÉRATION.

OBS. IV. — Marellie, 53 ans, entré le 11 juin 1841 à l'Hôtel-Dieu, a toujours joui d'une bonne santé ; il n'a jamais eu d'orchite blennorrhagique. Six mois avant son entrée à l'hôpital, il s'est aperçu d'une petite induration à la partie inférieure du testicule droit, la tumeur fit des progrès assez rapides, et le testicule étant d'un volume considérable, la maladie se propagea le long du cordon sans déterminer de souffrances bien vives. Il pouvait vaquer à ses affaires ; l'état de son affection du testicule l'inquiétait peu ; mais l'appétit se perd graduellement, l'amaigrissement survient, le bouillon seul peut être digéré, et les forces diminuent de plus en plus.

Le traitement local et général employé n'avait pas arrêté les progrès de la maladie, et avant son arrivée à Paris, on avait regardé l'ablation de la tumeur comme impossible

Cette tumeur est arrondie, du volume de la tête d'un fœtus à terme, lisse à sa

(1) L'année dernière, M. Roux a amputé un testicule qui était farci de petites granulations miliaires transparentes comme les granules du poumon ; cet état morbide du testicule est rare : ce sont ordinairement des noyaux blanchâtres, qui augmentent peu à peu de volume et se ramollissent rapidement.

(2) Astley Cooper a fait plusieurs fois cette remarque ; telle n'est pas la pensée d'un jeune homme de 25 ans, que M. Roux a opéré des deux côtés pendant l'année 1840 ; ce jeune homme a pris de l'embonpoint, il a conservé sa gaîté habituelle, il éprouve, dit-il, des érections assez fréquentes ; et, dans ce moment, il est sur le point de se marier avec une jeune fille qu'il abuse par son apparence de virilité.

surface, indolore à la pression, pesante, sans transparence ; elle se continue jusqu'à l'anneau abdominal par un pédicule assez volumineux et bosselé, ce pédicule n'est que le cordon induré. Elle est le siége de douleurs peu vives ; c'est plutôt son poids qui incommode le malade.

Quant aux symptômes généraux qu'il présente : faiblesse assez considérable ; facies grippé, teinte bleuâtre de la peau, impossibilité de digérer les alimens ; la tension du ventre ne permet pas de sentir des indurations cancéreuses, soit dans le foie, soit dans le mésentère. La maladie du testicule et du cordon semble borner ses ravages au niveau de l'anneau abdominal, du moins on ne sent pas de tumeur plus profondément.

M. Roux se hâte d'enlever cette tumeur, qui a fait des progrès aussi rapides en six mois ; il en reconnaît la nature maligne ; aussi craint-il beaucoup pour les suites de l'opération.

Le 28 juin, après avoir disséqué toute la peau qui recouvre la tumeur, il va à la recherche de son pédoncule ; et lorsqu'il a débridé jusqu'à l'anneau abdominal, quel ne fut pas son étonnement lorsque, en refoulant le péritoine, il sent avec son doigt que la dégénérescence a continué le long du canal déférent jusque dans la cavité du bassin. Il est donc obligé de couper ce pédicule le plus profondément possible, avec la conviction pénible qu'il laissait une partie du mal. (Pansement par deuxième intention.)

Six heures après l'opération, hémorragie assez considérable ; on fut obligé d'enlever tout l'appareil pour lier quelques artérioles.

Le malade succombe le 2 juillet, quatre jours après son opération, aux suites d'une péritonite aiguë intense.

La tumeur était enveloppée et bien circonscrite par la tunique albuginée, qui s'était étendue outre-mesure ; incisée dans toute sa hauteur, qui est de 18 centimètres, elle présente en avant des cavités bien circonscrites, remplies d'un liquide rouge noirâtre et diffluent ; son tissu est d'un jaune blanchâtre mollasse, friable, un peu grumeleux et tenant presque autant du tubercule demi-ramolli que de l'encéphaloïde ; à mesure qu'on s'élève à la partie supérieure, le tissu est manifestement encéphaloïde ; enfin, le long du cordon, il est devenu squirrheux, ferme, criant sous le scalpel, et se rapproche du squirrhe, excepté à l'extrémité arrachée et la plus voisine de l'abdomen, où les caractères de l'encéphaloïde reparaissent très prononcés, on retrouve au milieu de cette masse un petit canal qu'on pense être le canal déférent. Les veines qui entourent cette masse, surtout les veines du scrotum, sont volumineuses.

A l'autopsie, on vit que ce malheureux était sous l'influence d'une diathèse cancéreuse très étendue ; le canal déférent du côté droit est désorganisé jusqu'à la prostate ; il n'y a pas d'altération du côté gauche, ni au testicule, ni à son canal excréteur ; la prostate et la vessie sont intactes.

Il existe dans la fosse iliaque droite une masse considérable formée par de l'encéphaloïde réduit en bouillie ; cette masse se continue jusqu'à l'hypochondre droit, et devient moins ramollie ; elle enveloppe tout le rein droit, qui est atrophié, et se prolonge sur la moitié droite du pancréas et sur une portion du duodénum, qu'elle refoule en arrière (c'était probablement à cette pression qu'était dues l'anorexie et l'impossibilité de digérer des alimens solides.) Du reste, les organes de l'abdomen sont sains ; le foie ne présente aucune altération, il est d'une couleur pâle ; la muqueuse de l'estomac et de l'intestin n'offre aucune trace de la dégénérescence cancéreuse.

Il existe dans le poumon gauche six noyaux de tissu encéphaloïde non ramolli ; un de ces noyaux situé à la partie inférieure du poumon a le volume d'une noix.

Les veines de l'abdomen et de la poitrine ne contenaient aucun grumeau tuberculeux. Toutes les traces d'une péritonite aiguë.

Cette observation nous offre un exemple de diathèse cancéreuse des plus remarquables ; le côté droit de l'abdomen était envahi par une masse encéphaloïde énorme, qui semblait être parvenue à un degré plus avancé à cause de sa consistance putrilagineuse ; il est difficile de savoir si c'est dans le testicule droit ou dans les ganglions abdominaux que la désorganisation a commencé ; ce qui est de peu d'importance. Ce que nous voulons surtout signaler, c'est la marche rapide de la maladie, c'est la désorganisation ascendante depuis l'extrémité inférieure du testicule jusqu'à l'extrémité prostatique du canal déférent, c'est l'isolement de ce produit morbide, au moyen d'une enveloppe fibreuse qui semblait former une barrière contre sa marche envahissante. Cet arrêt du cancer est presque constant ; nous devons à M. Lisfranc la révélation de ce fait si remarquable dans l'histoire de cette maladie si grave.

Ce n'est plus ici comme dans le sarcocèle tuberculeux ; il est excessivement rare que le testicule voisin subisse la même dégénérescence ; dans quelques cas, cette différence seule peut permettre d'établir un diagnostic positif.

L'observation suivante va nous montrer un fait de même nature, avec des symptômes et une marche tout différens.

SARCOCÈLE ENCÉPHALOÏDE TRÈS CONSIDÉRABLE ET DATANT DE DIX ANNÉES, AU RAPPORT DU MALADE ; ABLATION ; CICATRISATION DE LA PLAIE ; GUÉRISON.

Obs. V. — Lardenois, 50 ans, d'une constitution vigoureuse, teint coloré, non cachectique, est entré à l'Hôtel-Dieu pour une tumeur très considérable du côté droit ; personne dans la famille n'a eu de maladie analogue ou d'affections cancéreuses ; sa mère est morte du choléra ; son père, par accident ; depuis dix ans, la tumeur du scrotum, suivant les renseignemens qu'il donne, et qui ne paraissent pas très fidèles, aurait atteint le volume qu'elle présente aujourd'hui, et a cessé d'augmenter depuis lors ; elle n'a jamais été le siége de douleurs bien vives ; quelquefois cependant elles ont eu le caractère lancinant. Il existe en effet du côté droit du scrotum une tumeur pyriforme terminée en pointe par son extrémité inférieure ; la circonférence est de 40 centimètres, sa hauteur de 38 centimètres, la peau est fortement ridée et parcourue par des veines dilatées et disposées en zig-zag ; la tumeur n'est point transparente, elle est très pesante, élastique dans quelques points où il existe une fluctuation manifeste, surtout en avant ; le cordon est sain ; il n'y a pas de ganglions engorgés dans l'abdomen. Tous les viscères paraissent dans le meilleur état.

Opération le 18 mars. Comme examen préliminaire, ponction exploratrice avec un petit trocart ; il s'échappe une petite quantité d'un liquide rouge-noirâtre. Dissection facile de la tumeur qui, libre d'adhérences, peut en quelque sorte s'énucléer ; le cordon est isolé, coupé ; les artères spermatiques sont liées isolément ; la plaie qui présente une large surface sanglante est recouverte de boulettes de charpie.

Examen de la tumeur : le testicule droit a complétement disparu ; la tumeur est formée par une substance d'un blanc mat, dure, ou d'un blanc légèrement rosé, peu consistante ; enfin, elle présente tous les caractères de l'encéphaloïde cru et ramolli. Dans quelques points, elle a un aspect gélatiniforme ; il existe à la partie supérieure des foyers sanguins, dont l'un a été ponctionné par le trocart ; le tissu est divisé par des prolongemens émanant de l'enveloppe fibreuse.

Deux heures après l'opération, hémorragie assez abondante par les petits vaisseaux sanguins ; depuis lors aucun accident n'a entravé la marche de la cicatrisation qui était complète le 1er mai 1841.

Cette tumeur est de même nature que celle de l'observation précédente, et cependant quelle différence dans les symptômes, dans la marche de la maladie et l'étendue de la désorganisation !

Au rapport du malade, elle existerait depuis dix années, et depuis ce temps elle n'aurait fait aucun progrès ; cette circonstance paraît incroyable ; nous savons quel compte on doit tenir des réponses de certains malades ; nous l'avons questionné plusieurs fois sur ce sujet, et toujours nous avons obtenu une réponse semblable.

Quoi qu'il en soit de cette chronicité de la maladie, nous retrouvons ici l'absence de douleurs lancinantes, l'isolement complet de la tumeur par la tunique fibreuse du testicule, isolement tel qu'on pouvait l'énucléer en quelque sorte. Ici la maladie ne s'était pas propagée dans le canal déférent ; il n'y a non plus aucun signe de tumeur cancéreuse dans d'autres points de l'économie ; aussi le teint du malade est-il coloré, et la cicatrisation fut-elle complète.

C'est dans des cas semblables de tumeur cancéreuse enkystée qu'on peut porter un pronostic favorable sur une guérison permanente de la maladie et qu'on doit moins redouter la récidive.

Chez Lardenois, comme chez Marcille, le testicule gauche et son canal sécréteur étaient sains.

Maintenant à propos des tumeurs des bourses, nous avons à parler des opérations d'hydrocèle ; chaque année en ramène dans ce service un nombre à peu près égal, 13 en 1841, 15 dans l'année précédente. Toutes ont été opérées par le procédé le plus facile, le plus vulgaire ; injection de vin chaud. M. Roux a l'habitude de faire deux injections avec le vin ordinaire qu'on boit dans les hôpitaux, élevé à une température que le doigt peut à peine supporter. Chaque fois le liquide injecté reste dans la tunique vaginale pendant quatre minutes. Les suites de l'opération sont toujours très simples ; aussi n'avons-nous qu'à noter seulement un cas où l'inflammation, déterminée dans la tunique vaginale, s'est terminée par un abcès qu'il a fallu ouvrir, ce qui ne retarda que de quelques jours la guérison ; et un autre où la canule ayant glissé, la seconde injection fut poussée dans ce tissu cellulaire du scrotum ; une incision pratiquée immédiatement permit d'exprimer le liquide infiltré, et l'opéré guérit aussi rapidement que dans les autres cas, sans accident, sans gangrène du scrotum, etc.

Nous nous contenterons de rapporter le fait suivant assez curieux sous le rapport du diagnostic :

Obs. VI. — Un homme grand et robuste fit une chute de cheval en 1834 et reçut un coup de pied dans le scrotum ; il n'avait jamais eu de hernie. Il se forma une tumeur d'abord peu volumineuse, qui, malgré un traitement antiphlogistique local, augmenta graduellement et finit au bout d'un an par avoir le volume d'un poing ; elle fut ponctionnée et traversée par un séton pendant quatre mois. Depuis lors elle a été ponctionnée plusieurs fois et a récidivé. Il y a un an, M. Roux allait l'opérer par injection ; mais il vit une quantité si considérable de liquide s'écouler par la la canule qu'il s'arrêta et n'osa la pratiquer. Ce malade revint dans le courant de l'année 1840. Il existait dans le côté gauche du scrotum une tumeur du volume d'une tête de fœtus, transparente, de pesanteur moyenne ; la partie la plus voisine de l'anneau se réduit ; s'il tousse elle augmente de volume.

L'opération est faite comme à l'ordinaire ; avant de la pratiquer, on s'aperçoit qu'une quantité assez considérable de liquide rentre dans l'abdomen. Il s'écoule par la canule une quantité de sérosité limpide et citrine beaucoup plus considérable que le volume de la tumeur n'aurait pu le faire supposer ; un aide exerce une forte pression sur l'anneau, pendant qu'un autre serre le cordon

avec force. Les deux injections sont faites. Les suites de l'opération se passent comme dans les cas les plus ordinaires, et le malade sort parfaitement guéri au bout de vingt jours.

(La fin à un prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 12 DÉCEMBRE.

KERATOPLASTIE.

M. Feldmann adresse un mémoire sur la keratoplastie. Aprés avoir fait longuement l'historique de cette opération, et donné le résumé de vingt expériences qu'il a pratiquées, l'auteur termine son travail par les conclusions suivantes :

1° Une cornée entièrement détachée de l'œil d'un animal et rejointe au moyen de sutures sur le même œil, se ressoude en contractant des adhérences nouvelles.

2° Le même effet a lieu à l'égard d'une cornée détachée de l'œil d'un animal, en la transplantant sur le moignon cornéal d'un autre animal de même espèce.

3° Considérant les conditions anatomiques et physiologiques de la cornée, puis observant le travail inflammatoire à l'aide duquel l'implantation et la transplantation s'établissent chez les animaux de même espèce; jugeant enfin, d aprés les succés d'autres expérimentateurs, aux expériences de l'un desquels nous avons nous-même assisté, nous croyons pouvoir constater que la transplantation de la cornée est un fait définitif même chez les animaux d'espèces differentes. L'insuccés de quelques-unes de nos expériences, ne doit pas être attribué à la chose en elle-même, mais bien à des circonstances accidentelles. Dans une expérience, le cristallin et le corps vitré étant restés entièrement dans le globe de l'œil, nous imputerons à la plénitude de l'œil d'avoir causé l'inflammation exorbitante, par conséquent l'insuccès. Dans une autre expérience, l'œil s'étant déjà retréci avant l'opération dans toutes ses parties par la chute du cristallin à travers l'ouverture cornéale, faite au moyen de l'acide sulfurique, avait une tendance à se rétrécir et se contracter encore plus aprés l'opération de la transplantation, de telle façon que la cornee transplantée retomba sans pouvoir contracter de nouvelles adherences.

4° Quant à la transparence de la cornée transplantée, nous l'avons obtenue partiellement. D'autres auteurs, plus heureux, sont parvenus à la rétablir entièrement. Quoique ce résultat puisse être regardé comme définitif, nous n'oserions pas encore le constater comme tel, après ce que nous avons pu observer.

5° Nonobstant l'emploi de la kératoplastie, déjà faite sur l'homme, par M. Wutzer, de Bonn, et malgré le grand nombre d'expériences entreprises, il faudrait les répéter encore pour pouvoir bien constater toutes les conditions favorables au succés.

6° Un des points principaux, c'est qu'il est nécessaire d'extraire le cristallin pendant l'opération, s'il n'est pas sorti spontanément, car le cristallin restant dans l'œil peut empêcher très-facilement la réunion organique en suraugmentant l'inflammation, ou au cas où la réunion se serait effectuée, devenir cataracteux, et supprimer de nouveau la vue qui vient d'être recouvrée.

7° Pour la répétition des expériences, on ferait bien d'opérer d'aprés les diverses methodes qui ont été inventees depuis que la keratoplastie a pris naissance, savoir : la méthode de Reisinger, celle de Walther, celle de Dieffenbach, celle de Munck, etc.

8° Pour ce qui concerne lessutures en général, on les appliquera au moyen de ligatures de fil ou de cheveu, et pour pouvoir bien fixer les points sur lesquels les sutures seront placées, on se servira ou de pinces, ou comme l'a fait M. Munck, d'un morceau de gomme élastique, comme point d'appui. Quant aux aiguilles, on peut se servir d'aiguilles très-fines et droites, ou d'aiguilles un peu recourbées, dont le trou est près de la pointe.

HYPOSPADIAS.

M. Cuillon présente à l'Académie un jeune homme qu'il a en partie guéri d'un hypospadias qui le rendait impuissant, et forçait l'urine, lorsqu'elle sortait par l'ouverture qui existe encore (mais pour quelques jours seulement), à décrire un angle droit avec l'axe de l'urétre. C'est en prolongeant le canal excreteur de l'urine qui s'ouvrait en dessous à quinze millimètres en deçà du gland, en faisant entre la peau et les corps caverneux un nouveau canal qui s'élend depuis l'endroit qu'occupe l'hypospadias jusque dans l'infundibule que présente le gland, que M. Cuillon est parvenu à rendre au jet de l'urine la direction qu'il devait avoir et qu'il a en effet aujourd'hui.

Pour que la guérison du malade soit complète, il reste pourtant à obtenir l'occlusion de l'ancien méat urinaire. Pour arriver à ce but, M. Guillon, en établissant le nouveau canal, a détaché de la paroi supérieure et latérale de l'ancien, un petit lambeau de membrane muqueuse qui est resté en place et avec lequel il espére boucher, en l'y faisant adhérer, l'ouverture qui constituait l'hypospadias.

M. Cuillon conseille ce dernier procédé pour remédier à ces larges fistules urétrales qu'on ne peut guérir par les autres modes de traitement.

CURE RADICALE DE L'HYDROCÈLE.

M. Morrisset adresse à l'Académie une note sur un nouvel agent pour la thérapeutique de l'hydrocèle, des hydropisies enkystées et de certains œdèmes des membres, et sur l'efficacité de cet agent pour obtenir l'oblitération définitive du sac herniaire dans le jeune âge et chez des sujets nouvellement affectés de hernie.

Ayant opéré, dit-il, plusieurs loupes enkystées, j'injectai dans le sac un peu de décoction d'écorce de chêne, et le mal ne s'est pas reproduit, chose qui arrive assez fréquemment quand on se contente d'enlever la tumeur ou de la vider. Encouragé par ce succès, je me décidai à employer ce moyen pour la cure de l'hydrocèle, et dans cette circonstance, j'obtins encore plus qu'il ne m'était peut-être permis d'espérer.

Dans la hernie inguinale récente, M Morrisset dit avoir obtenu l'oblitération de l'anneau, après avoir fait rentrer les viscères, en appliquant pendant longtemps un bandage qui soutenait des compresses imbibées d'une forte décoction d'écorce de chêne.

Enfin, l'auteur dit avoir guéri par le même moyen des hydropisies articulaires, des tumeurs enkystées et plusieurs œdèmes des membres.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SEANCE DU 13 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. FOUQUIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

M. le président annonce à l'Académie la mort de M. Cannet, l'un de ses membres.

M. Félix Boudet se porte sur la liste des candidats à la place vacante dans la section de physique et de chimie.

MENSTRUATION.

M. Raciborski adresse un mémoire sur la menstruation. Nous donnerons, dans le prochain numéro, les conclusions de ce travail.

ÉLECTIONS.

M. Caventou comme rapporteur de la commission chargée d'examiner les titres des candidats qui se présentent pour remplir la place vacante dans la section de physique et de chimie, fait connaître la décision prise de fixer à six le maximum du nombre des candidats qui devront être portés sur la liste de présentation. M. Caventou prie l'academie de sanctionner cette décision.

L'académie sanctionne la décision de la commission.

FIÈVRE JAUNE.

M. Chervin reprend la lecture de sa réponse à M. Bertulus (1). Il fait remarquer que, depuis seize ans, il a porté de bien rudes coups au système des quarantaines, qu'il l'a sapé dans sa base, qu'il l'a démoli en grande partie, et que cependant pas un des officiers de santé de la marine, de « ces nombreux et chauds partisans » de ce même système, suivant M. Bertulus, n'est venu l'arrêter dans sa marche anti-contagioniste, et prêter aide et assistance aux institutions sanitaires si vivement attaquées. D'où M. Chervin conclut que le zèle ardent pour les quarantaines que l'ex-chirurgien de la *Caravane* attribue à ses collegues de la marine royale n'a d'existence que dans son imagination.

En 1823, poursuit M. Chervin, M. l'inspecteur-général du service de santé de la marine publia un mémoire en faveur de la contagion de la fièvre jaune et des mesures sanitaires, et cet ouvrage fut attaqué précisément par deux officiers de santé de la marine, par les docteurs Lefort et Repey, qui, dans l'intérêt de la vérité, ne craignirent point de se mettre en opposition directe avec leur chef, preuve évidente que *tous* les médecins de la marine ne sont pas de chauds partisans du système des quarantaines, comme l'affirme M. Bertulus. Au surplus, si les opinions rétrogrades de ce chirurgien n'ont pas été combattues par un plus grand nombre de ses collègues, c'est parce qu'on les a regardées comme étant absolument sans danger au point où sont aujourd'hui les réformes sanitaires. D'ailleurs, des sentimens de confraternité, bien naturels entre camarades, ont aussi épargné à l'ex-chirurgien de la *Caravane* plus d'une critique.

Enfin, M. Chervin déclare d'une manière formelle, et contrairement aux assertions de M. Bertulus, que l'immense majorite des médecins de la marine royale qui ont observé la fièvre jaune et qui l'ont étudiée avec soin, la regardent comme non transmissible, et ils regardent également les mesures de précaution contre cette maladie comme absolument inutiles. Leur opinion a d'autant plus de poids qu'elle est le résultat de l'expérience, et qu'elle a été formée malgré l'opinion contraire de M. l'inspecteur-général du service de santé de la marine, et, qui plus est, du gouvernement, ce qui annonce une conviction bien profonde chez ceux qui l'ont embrassée ; d'ailleurs, jusqu'à ces derniers temps, les officiers de santé de la marine étaient presque tous contagionistes en se rendant aux colonies, et ils n'ont modifié leur opinion que d'après les faits qui se sont passés sous leurs yeux, et plusieurs se sont rétractés publiquement ; tel est, par exemple, M. Lefort.

Pendant le cours de ses voyages dans le Nouveau-Monde, M. Chervin a recueilli l'opinion de beaucoup de médecins ayant appartenu ou appartenant à notre marine militaire, et les documens qu'ils lui ont délivrés sont presque tous contraires aux assertions de M. Bertulus, c'est-à-dire en faveur de la non-contagion. Mais comme ces pièces sont déjà d'une date ancienne, M. Chervin en produit de plus récentes.

Il a reçu il y a peu de temps, de Rochefort, dix déclarations légalisées qui expriment l'opinion d'autant d'officiers de santé de la marine dans ce port, et les signataires de ces documens pensent tous que la fièvre jaune ne se transmet point d'individus ou par le contact des malades; mais trois ou quatre croient que cette maladie peut se propager au moyen des hardes ou par l'infection de l'air. Tous les autres sont d'avis qu'elle ne possède aucun caractère contagieux, et plusieurs s'élèvent avec force contre les quarantaines.

M. Chervin fait voir ensuite que, même à Toulon, où l'opinion de la contagion était jadis si générale et si forte, tous les médecins de la marine ne regardent point la fièvre jaune comme transmissible, et ne croient point, comme l'affirme M. Bertulus, à la nécessité des quarantaines contre cette maladie. Il cite à l'appui de son assertion l'opinion de M. Dubreuil, ancien professeur de l'école de médecine navale de Toulon, et celle du docteur Fleury, premier médecin en chef de la marine dans ce même port. Loin que le conseil de santé de la marine de Toulon soit grand partisan des mesures sanitaires, ainsi que le pretend M. Bertulus, c'est lui qui, en 1833, empêcha la frégate la *Melpomène* d'être coulée bas, comme l'avait arrêté l'intendance sanitaire, dont M. Fleury fait du reste un portrait peu flatteur.

(1) Voir la Gazette Médicale, n. 49.

Après avoir démontré pièces en main que *tous* les médecins de la marine royale, même à Toulon, ne sont pas de chauds partisans des mesures sanitaires et ne désirent point, comme l'affirme M. Bertulus, le maintien des quarantaines, contre les provenances des Antilles, M. Chervin prouve que l'ex-chirurgien de la *Caravane* n'a pas été plus heureux en traitant de la contagion du choléra morbus qu'en parlant de celle de la fièvre jaune ; car les faits qu'il a avancés dans le but d'établir que les quarantaines sont aussi utiles contre le choléra que contre la peste, ont été complètement invalidés par M. le docteur Fleury, de Rochefort, chirurgien de première classe de la marine, qui était chirurgien-major du vaisseau le *Triton*, lors de la prétendue importation du choléra-morbus à Roses, en 1835, par ce bâtiment. Notez bien que dans ce cas-ci, comme pour la fièvre jaune, l'ex-chirurgien de la *Caravane* est encore réfuté par une de ses collègues de la marine.

Enfin, M. Bertulus a prétendu que depuis qu'il a adressé ses mémoires à l'Académie de médecine, divers écrits sur la fièvre jaune ont été soumis à l'examen de ce corps savant, et que tous ont obtenu les honneurs d'un rapport, et il ajoute que M. Chervin, qui paraît en avoir le monopole, n'a jamais manqué d'y faire figurer son nom (de M. Bertulus) et de lui prêter des opinions ou des intentions qui n'ont jamais été les siennes.

La réponse de M. Chervin n'est pas moins catégorique sur trois points que sur tous les autres. Aucun écrit sur la fièvre jaune n'est parvenu à l'Académie de médecine depuis qu'elle a reçu le premier travail de M. Bertulus, excepté un mémoire qui n'a pas été l'objet d'un rapport ; M. Chervin n'a fait à cette société que trois rapports sur la fièvre jaune dont deux sont antérieurs au premier envoi de son critique de Toulon ; enfin, il n'a jamais fait figurer le nom de l'ex-chirurgien de la *Caravane* dans aucun rapport, si ce n'est dans celui qu'il a lu il y a quelques mois sur un mémoire de M. Rufz, et là, comme ailleurs, il n'a prêté à M. Bertulus ni opinion ni intention quelconque ; la preuve matérielle de ce fait existe dans le BULLETIN DE L'ACADÉMIE.

M. Chervin termine sa réponse à la lettre de M. Bertulus en disant que sans aucun doute, elle mettra l'Académie à même de juger avec connaissance de cause du degré de confiance que peuvent mériter les assertions de ce zélé défenseur des mesures sanitaires.

M. MÉRAT : Je prie M. Chervin de faire un extrait de sa lettre, car elle est beaucoup trop longue pour être insérée en entier dans le Bulletin.

M. DELENS : M. Chervin a cité l'opinion de Cuvier touchant la non contagion de la fièvre jaune; je lui demanderai s'il existe une pièce authentique constatant que Cuvier s'est exprimé comme M. Chervin l'a rapporté.

M. CHERVIN : M. Rochoux pourrait parfaitement répondre au désir de M. Delens.

M. ROCHOUX : La réponse de M. Cuvier, qui vient d'être rapportée par M. Chervin, a été imprimée dans mon ouvrage sur la fièvre jaune en 1829 ; elle m'avait été rapportée par M. Pichon à qui M. Cuvier l'avait faite personnellement.

M. CASTEL : Le mémoire que vient de lire M. Chervin, est autant en faveur de la non contagion de la fièvre jaune, que contre M. Bertulus. Il y a longtemps que la question de la non contagion a été discutée à l'académie; il avait été convenu qu'aucune fièvre n'était contagieuse, et que le fait de la contagion n'était qu'un épiphénomène ; qu'une fièvre pouvait être contagieuse dans un pays, non contagieuse dans tel autre. Revenons, Messieurs, aux principes généraux de la science, et disons qu'il n'est aucune fièvre, rigoureusement parlant, de laquelle on puisse dire : elle est ou n'est pas contagieuse.

M. CHERVIN : On dit que j'ai fait un plaidoyer en faveur de la non contagion de la fièvre jaune, cela est vrai ; plus que personne, je me crois le droit de discuter cette question, car je l'ai étudiée, non pas dans mon cabinet, mais partout où a sévi la fièvre jaune. M. Bertulus dit dans sa lettre que tous les chirurgiens de la marine sont partisans des quarantaines; je pourrais vous en citer un grand nombre qui sont, au contraire, tout à fait opposés aux mesures sanitaires actuellement en vigueur. En résumé, je ne connais aucun fait constatant d'une manière certaine la contagion de la fièvre jaune, et je soutiens que cette maladie n'est pas contagieuse, avec autant d'assurance que je soutiens avec tout le monde que la syphilis est contagieuse partout; je ne puis donc admettre les idées de M. Castel.

SCARLATINE.

M. MARTIN-SOLON fait un rapport sur un mémoire de M. Stevenart de Valenciennes, relatif à l'emploi de la belladone pour prévenir le développement de la scarlatine.

Ce médicament, déjà conseillé depuis longtemps par les Allemands, a été administré par M. Stevenart à deux cents personnes environ qui habitaient une commune dans laquelle quatre-vingt-seize individus avaient succombé à la scarlatine. Ces deux cents personnes furent préservées de la maladie. La belladone a été administrée à petites doses pendant neuf ou dix jours. Aucun accident toxique n'a été observé, et cent-quarante-cinq personnes n'ont éprouvé aucun effet appréciable de l'usage de ce médicament.

M. Martin-Solon, tout en admettant ces faits, exprime le désir que ce moyen prophylactique soit expérimenté de nouveau, et il propose, relativement au travail de M. Stevenard, les conclusions suivantes.

1° Déposer honorablement le mémoire de M. Stevenard dans les archives de l'Académie; 2° Écrire à l'auteur pour le remercier de sa communication, et l'engager à continuer ses expériences; 3° Inscrire son nom sur la liste des candidats aux places de membres correspondans de l'Académie.

M. ROCHOUX : Je crois que c'est une chimère d'adopter les opinions des Allemands en ce qui concerne les vertus prophylactiques de la belladone, et je ne voudrais pas qu'on engageât M. Stevenart à continuer ses essais.

M. MARTIN-SOLON : Nous ne disons pas d'une manière officielle à M. Stevenard de continuer ses essais, nous en exprimons seulement le vœu.

M. GUERSANT : Les faits qui établissent l'utilité de la belladone pour prévenir la scarlatine sont assez nombreux, et j'ai constamment recours à ce moyen lorsque je suis appelé dans une famille où il existe une personne affectée de la scarlatine ; j'ai remarqué souvent que tant que les personnes prenaient de la belladone, la maladie ne paraissait pas, et que lorsqu'on cessait l'administration de cet agent, quelques jours après, la scarlatine se développait, mais elle était alors très bénigne. C'est une maladie si affreuse, qu'on ne doit pas rejeter un moyen qui se présente pour la prévenir, bien que son efficacité ne soit peut-être pas encore parfaitement démontrée.

M. BOUSQUET : M. Martin Solon a dit dans son rapport que la vaccine rend la variole moins grave. La vaccine n'est pas un moyen curatif, mais bien un moyen prophylactique, c'est-à-dire qui empêche le développement de la variole. A l'appui de mon opinion, je citerai quatorze enfans qui furent vaccinés et qui eurent la variole; tous succombèrent. J'ajouterai que je n'ai jamais vu ces deux éruptions, la vaccine et la variole, être influencées l'une par l'autre, dans leur développement, dans leur marche ni dans leur terminaison.

M. MARTIN SOLON : J'ai exprimé une opinion qui est assez générale; mais je m'en rapporte à l'expérience et aux lumières de M. Bousquet.

M. DELENS : Le préservatif de la variole ne peut être assimilé au préservatif de la scarlatine, car dans le premier cas, l'action est indéfinie, tandis que dans le second, c'est une action limitée, dont M. Guersant vient, au reste, de nous citer un exemple. Le mode de préservation est donc tout différent ; il y a un si grand nombre d'auteurs qui ont publié des faits constatant l'influence de la belladone sur le développement de la scarlatine, qu'il faut bien examiner la question et s'éloigner des idées de M. Rochoux. Pour mon compte, j'ai eu l'occasion d'observer un fait très concluant. Un enfant affecté de la scarlatine était en pension ; il est ramené dans sa famille ; je fais prendre de la belladone à toutes les personnes qui l'entourent, excepté à la grand' mère. Toutes sont préservées de la scarlatine, à l'exception de la grand' mère, à laquelle, vu son âge, je n'avais pas cru devoir administrer de la belladone. Je pense donc qu'il ne faut pas rejeter l'influence prophylactique de ce médicament.

M. CASTEL : L'éruption dans la scarlatine est en rapport avec la réaction fébrile ; or, si la belladone empêche le développement de la scarlatine, c'est en modifiant la réaction.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

AMPUTATION DE L'OS MAXILLAIRE SUPÉRIEUR.

M. HUGUIER présente une jeune fille, âgée de seize ans, à laquelle il a pratiqué l'amputation de l'os maxillaire supérieur, de l'os de la pommette, de l'os unguis et du cornet inférieur du côté droit, pour une exostose cellulaire du sinus maxillaire.

Il y a six ans, cette jeune fille fit une chute du haut d'une chaise et six mois après elle éprouva de fortes douleurs dans les dents molaires correspondantes au sinus maxillaire ; plus tard une tumeur dure apparut dans la fosse canine, et à partir de ce moment la joue devint le siége de fréquentes fluxions ; la tumeur augmenta de volume et bientôt le palais, le bord alvéolaire, l'os de la pommette furent envahis par la maladie.

Au moment de l'entrée de la malade à l'hôpital des Cliniques le 15 septembre dernier, la tumeur, également dure dans toutes ses parties, avait acquis le volume d'une grosse orange; elle avait déjeté à gauche le nez, reporté en haut et en avant le globe de l'œil, qui était applati à sa face inférieure; la vision était troublée; l'os de la pommette avait été porté en haut et en dehors ainsi que l'arcade zygomatique ; la fosse nasale du côté correspondant était entièrement oblitérée par la tumeur, qui comprimait et déjetait la cloison à gauche ; la portion droite du palais formait une tumeur considérable dans l'intérieur de la bouche ; le bord alvéolaire porté en bas et en avant était tuméfié et dépourvu de la plupart des dents du côté correspondant ; la bouche se trouvait entraînée en haut et en dehors par la saillie que formait la tumeur. La malade n'éprouvait aucune douleur et la tumeur ne présentait pas de fluctuation. L'affection fut considérée comme un ostéo-sarcôme; cependant on conserva des doutes sur sa nature, à cause du jeune âge, de l'embonpoint et de la fraîcheur de la malade.

Trois jours après sa présentation à l'Académie, le 22 septembre, elle fut opérée par M. Huguier de la manière suivante : une incision fut pratiquée sur toute l'épaisseur de la joue, depuis la partie antérieure et inférieure de l'apophyse zygomatique jusqu'au bord libre de la lèvre supérieure, quatre lignes en dedans de la commissure correspondante, et non sur cette commissure, afin, d'une part, d'éviter la section de l'extrémité antérieure du conduit de Sténon, et, d'autre part, de ménager les filets du nerf facial qui animent la commissure labiale. L'incision faite dans cette direction permettait en effet de marcher parallèlement à la direction de ces filets. On disséqua ensuite toutes les parties molles qui recouvraient la tumeur et la région naso-maxillaire, puis l'aile du nez fut entièrement détachée du bord antérieur de la branche montante de l'os maxillaire, et l'os de la pommette mis également à découvert, ainsi que le bord inférieur de la base de l'orbite. Ce vaste lambeau fut relevé et rabattu sur le front, et la lèvre externe et inférieure de l'incision détachée et déjettée en bas et en dehors; plusieurs artères furent liées. Alors l'os de la pomette fut séparé de l'apophyse zygomatique par un trait de scie et l'apophyse montante coupée avec la gouge et le maillet. Une section dirigée transversalement, sépara l'os maxillaire de l'os du palais, puis un trait de scie longitudinal sépara aussi le maxillaire supérieur du côté droit de celui du côté opposé. La tumeur, ainsi cernée de toutes parts, fut fortement saisie et arrachée ; le nerf maxillaire supérieur sortit à l'instant de son conduit osseux. Les restes de la tumeur furent enlevés à l'aide de la gouge et du maillet, et enfin on cautérisa avec le fer rouge toute l'étendue de la plaie. Le plancher de l'orbite, qui avait été enlevé, permettait de voir le globe de l'œil dans le fond de la plaie.

Dans les premiers jours qui ont suivi l'opération, il n'y a pas eu le moindre accident; mais le vingt-septième jour, il est survenu un erysipèle, et plus tard, une varioloïde qui ont retardé la guérison.

Aujourd'hui, le rétablissement est complet, l'œil est revenu à sa place, et la difformité qui résulte de cette opération est très peu sensible.

— Nous renvoyons au prochain numéro le compte-rendu de la dernière séance extraordinaire de l'Académie de médecine.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ SUR L'HUILE DE FOIE DE MORUE, CONSIDÉRÉE COMME AGENT THÉRAPEUTIQUE DANS CERTAINES FORMES DE LA GOUTTE, DANS LE RHUMATISME ET LES SCROFULES; avec des observations; par HUGUES BENNET, D. M. — Londres, 1841; 180 pages in-8°.

C'est en Allemagne surtout que l'huile de morue a été le plus employée et avec le plus grand succès, tandis qu'en Angleterre et en France elle est à peine connue, et que dans la plupart des pharmacies de ces deux contrées on en demanderait en vain des quantités un peu considérables. L'auteur de cet ouvrage, qui a passé 18 mois sur plusieurs points de l'Allemagne, y ayant constaté l'efficacité réelle de cette préparation dans divers états morbides, a voulu communiquer à ses compatriotes la connaissance qu'il y a acquise sur les bons effets de cette préparation, pensant qu'elle ne sera pas moins efficace entre les mains des praticiens anglais qu'elle ne l'a été dans celles des médecins allemands. Bien que, sur ce point, nous soyons en France, peut-être en raison des relations plus fréquentes avec l'Allemagne, plus avancés que les Anglais, cependant, comme la connaissance des propriétés de l'huile de morue nous paraît n'être pas encore aussi répandue qu'elle le devrait être, nous nous proposons de reproduire ici, dans une analyse aussi complète que possible, tous les documens de quelque valeur que contient le travail de M. Bennet sur cette importante médication.

HISTORIQUE. L'époque où l'on commença à employer l'huile de morue se perd dans les traditions et les usages vulgaires, et déjà sur divers points de l'Allemagne et en Hollande elle faisait partie depuis long-temps de la médecine populaire avant que les médecins eussent reconnu ses propriétés curatives. Vers la fin du siècle dernier, il en fut cependant fait mention dans quelques ouvrages de médecine, mais ce n'est qu'en 1822 que Schenk de Siegen parla avec quelques détails de ses bons effets dans le traitement des cas opiniâtres de rhumatisme. Depuis cette époque, les travaux de Reister, de Carron du Villars, de Taufliod, de Gouzé, de Delcour, et de plusieurs autres écrivains, ont confirmé les premières recherches sur l'huile de foie de morue, et l'ont fait connaître en France et en Belgique.

On ignore encore quelle est l'espèce de morue (*gadus*), qui fournit l'huile employée en médecine, car les auteurs qui se sont occupés de ce point sont loin d'être d'accord.

Il y a dans le commerce plusieurs espèces d'huiles de foie de morue, qui non seulement diffèrent l'une de l'autre par la couleur, l'odeur et le goût, mais offrent encore des différences importantes dans leur composition chimique. Cependant tous les échantillons peuvent être rapportés à deux espèces principales, l'une jaune et transparente, qui est surtout employée en médecine; et l'autre brune et opaque, qui sert dans les arts et l'industrie. L'auteur entre à cette occasion dans de longs détails sur les procédés par lesquels on obtient cette huile, et desquels il résulte que ces procédés varient dans tous les pays où l'on se livre à cette préparation.

Le premier qui constata la présence de l'iode dans cette huile est Hopfer de l'Orme, qui l'y chercha sur la demande du docteur Kop. Depuis lui, plusieurs autres chimistes y ont trouvé aussi ce principe, et parmi eux surtout Gmelin; il l'y avait cherché en vain une première fois. On n'a pu encore déterminer en quelle quantité s'y trouve l'iode, à cause de la nécessité où l'on est de saponifier l'huile et de carboniser le savon pour l'obtenir. Dans un cas, sur 30 grammes d'huile brune, mais transparente, on a obtenu 0,018 grammes d'iodate d'argent, et dans un autre, 0,009 grammes sur la même quantité.

L'action physiologique de l'huile de foie de morue sur l'économie varie suivant une foule de circonstances qu'il serait difficile d'indiquer toutes. Si en Laponie on la regarde comme une friandise, si même dans le Sheltand on s'en sert communément au lieu de beurre, il n'en est pas moins vrai de dire que, pour les personnes qui n'en ont pas contracté l'habitude, cette préparation a un goût et détermine des rapports très désagréables. Quant aux effets thérapeutiques, ils dépendent de l'idiosyncrasie du sujet, de la dose à laquelle on donne le médicament et de la nature de l'affection pour laquelle on la donne. Ainsi il est bien certain qu'il augmente la diarrhée dans la dysenterie et dans les affections fébriles aiguës, tandis qu'il la suspend dans le rachitisme et le carreau.

L'huile de morue a des propriétés stimulantes très énergiques et pourtant elle n'agit qu'avec lenteur, à la manière des analeptiques avec lesquels elle a été rangée par M. Tieufiad. Elle doit être continuée pendant au moins un mois, souvent pendant six mois et même plusieurs années. Nous n'examinerons pas avec M. Bennet si son action stimulante s'exerce d'abord sur les ganglions et les vaisseaux lymphatiques, puis sur le système capillaire; nous ne chercherons pas non plus si, comme le pense Hopp avec beaucoup d'autres, c'est seulement à l'iode qu'elle contient que l'huile de morue doit sa propriété stimulante, ou, comme l'affirme Falker, à la gomme résine qui entre dans sa composition; nous nous abstiendrons de suivre l'auteur dans les discussions élevées entre les monographes allemands sur la structure primitive et élémentaire de nos tissus qui, suivant Valentin, se résoudraient en des globules solides, tandis que, d'après Schwane, ce ne seraient que des cellules vides, et nous n'examinerons pas avec lui si les molécules de l'huile en se combinant avec l'albumine qu'il suppose être en excès dans les maladies scrofuleuses rendent au canal intestinal l'activité et à l'économie la force qu'ils ont perdues; ces théories qui reposent en effet sur quelques faits exigeraient, pour être exposées d'une manière convenable, des développemens dans lesquels nous ne pouvons entrer et qu'on trouvera dans le livre même, M. Bennet ne paraît pas, au reste, attacher à ces hypothèses plus d'importance qu'elles n'en méritent, car il dit avec raison que soit qu'on les admette ou qu'on les rejette il n'en doit rejaillir aucune défaveur sur le médicament dont l'action avait été constatée longtemps avant que ces théories eussent été proposées.

Le goût détestable que laisse l'huile dans la bouche de ceux qui l'ont prise a fait inventer un nombre considérable de moyens à l'aide desquels on peut plus ou moins mais non complètement, faire disparaître ce goût. Le café noir pris immédiatement après l'huile, les eaux distillées, le sucre en poudre, le biscuit sec, ont été employés comme pour d'autres préparations huileuses et avec des succès variés suivant la rapidité avec laquelle on use de ces divers moyens.

Il n'est point indifférent de donner une dose plus ou moins forte de ce médicament. Les gens du peuple, qui en ont fait usage longtemps avant qu'il fût entré dans le domaine de l'art, l'avalaient par doses d'une demi-pinte à la fois, et reprenaient la même dose au bout de quatre ou huit jours, s'ils n'étaient pas guéris. Les médecins le donnent à plus petites doses, mais plus fréquemment répétées; une ou deux cuillerées de deux à quatre fois par jour sont la dose ordinaire pour un adulte, et une cuillerée à café deux fois par jour pour un enfant d'un an et au-dessous. Prise le matin à jeun, l'huile de morue donne des nausées et détermine le sentiment d'un poids sur l'estomac; elle passe plus facilement lorsqu'elle est prise une heure après un léger déjeuner, et le soir après que le dîner a été digéré. Si on donne une troisième dose, c'est ordinairement une ou deux heures avant le dîner.

Il est impossible de déterminer la quantité d'huile qu'on doit prendre pour une cure entière. Schenck a guéri un cas de rhumatisme qui datait de deux ans avec 6 onces, tandis que dans des cas analogues le même résultat n'a été obtenu qu'après que les malades en avaient pris 20 livres et plus.

La pureté de l'huile est une autre condition indispensable de succès. Plusieurs médecins de Paris ayant dit à l'auteur qu'ils avaient administré l'huile de morue dans beaucoup de cas sans en retirer aucun avantage, il examina plusieurs échantillons de ces huiles et reconnut qu'elles différaient beaucoup de celle qu'il avait apportée avec lui d'Allemagne, et qu'elle ne contenait pas d'iode; c'était tout simplement de l'huile de baleine ou de l'huile de poisson.

EMPLOI DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE DANS LE TRAITEMENT DU RHUMATISME ET DE LA GOUTTE. — La plupart des écrivains allemands attribuent à Schenck la priorité de l'emploi de cette médication, tandis que l'auteur la réclame pour les médecins de l'infirmerie de Manchester qui, longtemps avant, avaient constaté son efficacité dans le traitement du rhumatisme chronique. Depuis, un nombre considérable d'écrivains se sont occupés de ce sujet. M. Bennet conclut des masses d'observations publiées par les médecins allemands que la médication par l'huile de morue est surtout indiquée dans trois formes spéciales de la goutte et du rhumatisme, et que l'on désigne sous les noms de générale, d'erratique et de locale. Brefeld et Romberg, de Berlin, insistent spécialement sur la nécessité de ne pas confondre, quand il s'agit de l'emploi de cette médication, les névralgies avec le rhumatisme, parce que l'huile de morue est aussi inefficace dans le traitement des premières qu'elle est efficace dans celui du second.

C'est en Hollande que paraissent avoir été recueillies les premières observations de guérison des scrofules par l'huile de morue; mais ce

n'est que depuis 1822, époque où la Société des sciences et des arts d'Utrecht proposa, pour sujet d'un prix, l'examen des propriétés chimiques et thérapeutiques de cette huile, qu'un grand nombre d'auteurs s'en sont occupés et ont réellement mis hors de doute sa valeur dans les différentes formes de la maladie scrofuleuse. Nous avons dit déjà comment l'auteur explique le développement du scrofule dont la première origine se rattacherait à quelques troubles des fonctions digestives.

Le premier symptôme est un dérangement de l'appétit qui est bientôt suivi de vomissemens de matières alimentaires sûres et coagulées, et de déjection par les selles de fluides acides plus ou moins colorés par la bile; l'abdomen se développe et les extrémités perdent au contraire de leur volume. La peau perd son ton, est dure, flasque et ridée, ce que l'on voit facilement à la face, qui présente une expression de vieillesse toute particulière. A la fin, une éruption apparaît à la peau, occasionnée par l'épanchement de matière albumineuse dans les tégumens. Cette matière, jointe à une petite quantité de fibrine et de sels terreux que forme la matière scrofuleuse ou tuberculeuse, peut aussi s'épancher sous différentes formes dans d'autres organes. Or, bien que l'usage de l'huile de morue soit utile dans la plupart de ces formes, son action est cependant plus évidente dans quelques-unes que dans d'autres. Ainsi, on en obtient les plus heureux effets dans les cas où la maladie a frappé les os, comme dans différens degrés du rachitisme, les maladies des articulations, le spina ventosa et la carie. Elle rend également de grands services lorsque l'affection frappe les vaisseaux lymphatiques et les glandes mésentériques, surtout s'il y a en même temps atrophie. Dans ce cas même, c'est le seul moyen de guérison dans l'état actuel de la science. Son action est moins remarquable et moins prompte dans les éruptions scrofuleuses de la peau, l'ophthalmie, l'otorrhée, etc., et elle l'est moins encore dans les maladies des glandes externes, et surtout quand elles ne sont pas encore ulcérées. Enfin, on peut établir d'une manière générale que c'est dans les cas de cachexie prononcée que l'emploi de l'huile est le mieux indiqué.

Le rachitisme que M. Bennet, s'appuyant spécialement sur les recherches de M. Guérin, distingue des scrofules, est, selon lui, compliqué de cette dernière affection. Dans ces cas, qui sont caractérisés par la déformation générale du système osseux, par l'apparence cachectique, par le gonflement des ganglions cervicaux, les bienfaits de l'huile de morue sont frappans. Les guérisons de ce genre ont été publiées en si grand nombre, qu'on n'y fait plus attention, et que ce traitement est passé dans la pratique journalière.

M. Bennet, reprenant chacune des formes différentes sous lesquelles se manifestent les scrofules, et dans lesquelles l'emploi de l'huile de foie de morue a été utile, rapporte à l'appui de ces assertions de nombreuses observations généralement bien rédigées, et dans lesquelles on peut suivre facilement les progrès de l'action du traitement. Quelques-unes de ces observations sont, il est vrai, empruntées aux travaux les plus récens publiés sur le sujet, mais le plus grand nombre ont été recueillies par lui, ou lui ont été communiquées par divers praticiens de l'Allemagne. Il passe donc successivement en revue la carie scrofuleuse, le carreau et la phthisie pulmonaire, rapportant des cas de guérison frappante, dont cinq sont des exemples de phthisie. Ce n'est pas cependant qu'il prétende que cette dernière affection puisse être facilement guérie par l'huile de morue; mais si, comme il est constant, la nature a plusieurs fois fait les frais de ces sortes de guérison, il pense que l'art pourrait l'aider dans quelques cas, et qu'un moyen qui a tant d'efficacité dans des affections qui se rapprochent de la phthisie pulmonaire peut aussi être de quelque utilité dans le traitement de cette dernière. On s'est bien trouvé aussi de la même médication dans le traitement de quelques affections chroniques de la peau, et surtout de celles qui se lient à un état de cachexie scrofuleuse. Enfin, dans ces derniers temps, le professeur Dieffenbach, de Berlin, a soumis à cette médication beaucoup d'individus affectés de carcinôme, sous les formes les plus variées et avec des résultats extrêmement avantageux, non pas contre le carcinôme lui-même, mais contre l'état cachectique dans lequel étaient les sujets. Dans ces cas, l'huile de morue rétablit la digestion, puis les forces, et le malade continue de mener une vie supportable pendant au moins quelques années.

L'analyse étendue que nous venons de faire du travail de M. Bennet sur un médicament qui est encore peu usité parmi nous, que l'on ne peut même se procurer de bonne qualité dans plusieurs des officines de la capitale, suffira, nous l'espérons, pour le faire connaître, et en même temps propager l'emploi d'un moyen qui est, dans beaucoup de cas, d'une utilité réelle, et dont l'auteur, nous le disons avec plaisir, n'a point exagéré l'importance.

G.

VARIÉTÉS.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1844.

PRIX DE L'ACADÉMIE.

« Rechercher les cas dans lesquels on observe la formation d'abcès multiples, et comparer ces cas sous leurs différens rapports. »

Ce prix est de 1,500 fr.

Cette question, déjà proposée pour 1842, est remise au concours.

PRIX FONDÉ PAR M. LE BARON PORTAL.

« Tracer une histoire raisonnée du système lymphatique, considéré sous les rapports anatomique, physiologique et pathologique, depuis Morgagni jusqu'à nos jours. »

Ce prix est de 1,200 fr.

Cette question, déjà proposée pour 1842, est remise au concours.

PRIX FONDÉ PAR MADAME M.-E. BERNARD DE CIVRIEUX.

Madame Bernard de Civrieux ayant mis à la disposition de l'Académie un prix annuel pour l'auteur « du meilleur ouvrage sur le traitement et la guérison des maladies provenant de la surexcitation nerveuse, » l'Académie propose pour sujet de prix :

« Des hallucinations, des causes qui les produisent et des maladies qu'elles caractérisent. »

Ce prix est de 2 000 fr.

Les mémoires, pour ces trois concours, dans les formes usitées, et écrits lisiblement, doivent être envoyés, francs de port, au secrétariat de l'Académie avant le 1er mars 1844.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR ITARD, MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Extrait du testament : « Je lègue à l'Académie royale de médecine une inscription de 1,000 fr. à 5 p. 100, pour fonder un prix triennal de 3,000 fr., qui sera décerné au meilleur livre ou au meilleur mémoire de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée; et pour que les ouvrages subissent l'épreuve du temps, il sera de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication. »

Ce prix, dont le concours est ouvert depuis le 22 mars 1840, sera décerné en 1843.

PRIX FONDÉ PAR M. LE MARQUIS D'ARGENTEUIL.

Extrait du testament : « Je lègue à l'Académie de médecine de Paris la somme de 30,000 fr., pour être placée, avec les intérêts qu'elle produira du jour de mon décès, en rente sur l'État, dont le revenu accumulé sera donné tous les six ans à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté, pendant cet espace de temps, aux moyens curatifs des rétrécissemens du canal de l'urètre. Dans le cas, mais dans ce cas seulement, où pendant une période de six ans cette partie de l'art de guérir n'aurait pas été l'objet d'un perfectionnement assez notable pour mériter le prix que j'institue, l'Académie pourra l'accorder à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté durant ces six ans au traitement des autres maladies des voies urinaires. »

Ce prix, dont le concours est ouvert depuis le 22 septembre 1838, sera décerné en 1844; sa valeur sera de 8,338 fr., plus les intérêts successifs des revenus annuels cumulés pendant ces six années.

N. B. Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement avant le jugement sera par ce seul fait exclu du concours. (Décision de l'Académie du 1er septembre 1837.)

Les concurrens aux prix fondés par MM. Itard et d'Argenteuil sont exceptés de cette disposition.

L'Académie croit devoir rappeler ici les sujets des prix qu'elle a proposés pour 1843.

Prix de l'Académie. « Rechercher quelles sont les causes de l'angine laryngée œdémateuse (œdème de la glotte); en faire connaître la marche, les symptômes successifs et le diagnostic différentiel; discuter, dans le traitement de cette maladie, les avantages et les inconvéniens de l'opération de la trachéotomie. »

Ce prix est de 1,500 fr.

Prix fondé par M. le baron Portal. « Du mode de formation et de développement des productions accidentelles dans l'économie animale. »

Ce prix est de 1,200 fr.

Prix Civrieux. « De l'influence de l'hérédité sur la production de la surexcitation nerveuse, sur les maladies qui en résultent, et des moyens de les guérir. »

Ce prix est de 2,000 fr.

Ces prix seront décernés dans la séance publique annuelle de 1843, et les mémoires adressés avant le 1er mars de la même année.

— M. Magendie a ouvert le cours de médecine du collége royal de France mercredi 14 décembre, à onze heures, et le continuera tous les mercredis et vendredis à la même heure.

Les études cliniques se feront à l'Hôtel-Dieu à sept heures et demie, tous les jours, le dimanche et le jeudi exceptés.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 52. (TOME X. — 1842.) SAMEDI 24 DÉCEMBRE 1842.

Gazette Médicale DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des Hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

A partir du premier numéro de janvier, la Gazette Médicale sera imprimée en caractères neufs et sur du papier de choix. — La table de cette année sera envoyée avec le prochain numéro.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les Souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois sont invités à le renouveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le 1er janvier. On s'abonne dans les départemens chez tous les Directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris. Vu la difficulté et les frais de recouvrement des mandats de la Gazette Médicale, touchés au domicile des Abonnés des départemens, ce mode de souscription ne peut avoir lieu que pour des abonnemens de six mois, de neuf mois et d'un an.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE INTERNE.

NOUVELLES OBSERVATIONS SUR LES AFFECTIONS INTERMITTENTES A COURTES PÉRIODES; par M. Duparcque, D. M. P.

Le caractère intermittent rassemble et confond entre elles les maladies les plus disparates. Quelle que soit la cause déterminante qui les ait provoquées, l'organe, le tissu ou la région qui en soient le siége, la nature des symptômes par lesquels elles se manifestent, dès que les maladies affectent une marche périodique ou intermittente, toute autre considération tombe et s'efface devant celle-là pour la pratique; toutes en effet imposent une seule et même indication, toutes s'égalisent sous le niveau curatif du quinquina ou de ses préparations, dont l'efficacité est presque constante dans ces cas.

Les succès thérapeutiques produits par ce médicament dans les fièvres intermittentes proprement dites, dont il est le spécifique par excellence, avaient fait naître l'heureuse inspiration de l'appliquer à toute maladie quelle qu'elle fût, qui présentait des intermissions, et les résultats obtenus sont venus confirmer cette confraternité présumée entre toutes les affections intermittentes. Mais jusqu'à présent, on n'avait attaché le nom de maladies intermittentes ou reconnues pour telles, qu'à celles dont les accès ou les intermissions ne se répétaient, pour les types les plus courts qu'une fois ou tout au plus deux fois par jour. Dans un mémoire que M. le docteur Mélier a lu dernièrement à l'Académie de médecine de Paris, cet honorable confrère élargit le domaine des maladies périodiques

Feuilleton.

LES RESSOURCES.

Magister artis, ingenique largitor
Venter.....................
(Pers., prolog.)

Un des signes les plus certains de la décadence d'une profession est l'obligation où se trouvent ceux qui l'exercent de chercher des ressources supplémentaires. Beaucoup de médecins en sont là; ils ont cultivé un champ stérile et ils en cherchent un autre où il y ait quelques récoltes à faire. La médecine est et sera toujours la plus noble profession, mais tout le monde avoue que c'est aujourd'hui la plus mauvaise des industries; quelques exceptions ne font que confirmer la règle. Il faut donc chercher et s'enquérir, il faut suppléer autant que possible à ce que la profession ne peut donner, de l'aisance si on peut, ou tout au moins le nécessaire. C'est surtout à Paris que l'on remarque cette disposition, d'abord parce que les médecins y sont en plus grand nombre qu'ailleurs, ensuite parce que ces ressources supplémentaires sont plus faciles à trouver dans la capitale que dans les départemens.

Tout est à l'industrie, au gain, à l'argent; la boutique passe pour une puissance, l'aune du marchand est plus honorée que l'épée du guerrier; une balle de coton pèse plus dans la balance sociale que la déclaration des droits, telle est la *pensée de l'époque;* il faut bien s'y conformer, car, on a beau faire, on vit et l'on se meut dans l'atmosphère de son siècle, à plus forte raison quand on ne peut s'aider de l'état qu'on a choisi et cultivé. J'en conviens, c'est un sentiment douloureux à exprimer, mais si c'est une vérité, il faut bien l'accepter comme telle; cela est bien difficile, dira-t-on, pour un médecin qui a conçu de sa profession une idée élevée, qui a du savoir, de l'esprit et du cœur. Eh bien! tant pis pour lui, qu'il en tire ce qu'il pourra de son mérite, pour le bien-être de sa famille, pour sa fortune, sa considération personnelle, sa position politique et sociale: l'homme qui a du cœur a aussi un estomac. L'estime, le plus froid des sentimens, sera le lot de cet homme; mais la considération, le respect, les hommages, l'autorité, sont à l'argent. C'est au poids des écus que l'on pèse plus que jamais la réputation, l'honneur et la conscience. Fréquentez le monde, ouvrez les yeux et les oreilles, lisez les journaux, allez dans les cours de justice, passez à la Bourse, au Mont-de-Piété, dans certaines prisons, et dites si ce n'est pas là l'état moral de la société. Ici, comme dans la plupart des maladies, le diagnostic est juste, si les remèdes sont inconnus et mal appliqués. Est-ce donc notre faute, si la vérité est ainsi faite, si même elle blesse les yeux qui se ferment pour l'éviter?

Mais où en sommes-nous donc de l'organisation de notre profession? Que devient cette charte médicale, à *l'étude* depuis quinze ans? Je le demande en haut et en bas, je le demande à droite et et à gauche, aux petits et aux grands, personne ne dit mot, ou bien on répond: c'est de l'histoire ancienne. Triste réponse,

cherche à établir sur de plus larges bases le principe intermittent en le reconnaissant dans toute affection dont les symptômes se manifestent par une succession d'attaques plus ou moins courtes, mais répétées, comme par exemple les successions du hoquet, les attaques de convulsions chez les enfans, etc., ou dont la marche est scindée par des interruptions, des suspensions plus ou moins prolongées ou fugaces, se renouvelant plusieurs fois dans la journée. D'après M. Mélier, l'efficacité du sulfate de quinine dans les maladies qui offrent ces formes viendrait confirmer leur analogie avec les maladies intermittentes généralement admises.

Telle est, si je l'ai bien comprise, l'idée de la nouvelle série de maladies intermittentes que l'auteur propose de désigner sous la dénomination caractéristique d'affections intermittentes à courtes périodes.

Cette communication m'a rappelé un assez grand nombre de faits que j'ai observés dans ma pratique particulière, et qui se rapportent à ceux qui servent de base à cet excellent travail. La plupart de ces faits leur sont exactement semblables, mais un certain nombre seulement, différens sous le rapport soit des symptômes, soit du siége, n'en appartiennent pas moins à la même catégorie, et par la marche que les maladies ont affectée et par l'efficacité du traitement anti-périodique, je veux dire du sulfate de quinine.

Bien que les preuves dont notre honorable confrère ait entouré cette nouvelle série d'affections suffisent pour assurer sa place légitime entre les autres membres reconnus de la famille des maladies intermittentes, cette admission ne passera probablement pas sans contestations. Elle pourra avoir besoin, pour être légitimée aux yeux de ceux qui se méfient avec plus ou moins de raison des innovations, de l'appui d'un plus grand nombre d'observations probantes, et qui surtout aient été ou soient recueillies par d'autres que par l'auteur. C'est ce qui, en partie, m'a engagé d'apporter ma faible part d'un tribut qui ne peut manquer d'être bientôt grossi par tous ceux qui savent observer, et qui le feront avec impartialité. Et puis, en prêtant ainsi mon concours, je paie une dette de reconnaissance, car cette importante commémoration m'a encore tout récemment guidé pour le diagnostic et le traitement de deux maladies, dont l'une résistait depuis longtemps à toutes sortes de médications raisonnées et de moyens empiriques. C'est par ces deux observations que je terminerai l'histoire de celles que je possédais auparavant.

Quoique mes souvenirs me rappellent plusieurs cas de *fièvres intermittentes* à accès multiples par vingt quatre heures, je n'en rapporterai qu'un seul, dont j'ai pris et conservé note, et de l'exactitude duquel je puis par conséquent répondre.

Obs. I. — C'était au mois de juin dernier; un ouvrier bijoutier, âgé de 24 ans, bien constitué, après quelques excès de travail, de table et autres, et s'être exposé à des alternatives de chaud et de froid, fut pris de frissons, de courbature, puis de chaleur, de céphalalgie, de soif intense. Cependant il ne s'alita que le lendemain dans l'après midi. Je ne le vis que le troisième jour à dix heures du matin. Chaleur et rougeur de la peau; conjonctives injectées, lèvres sèches et très colorées; haleine brûlante; céphalalgie intense, pouls 110. (Saignées de 3 palettes, boissons acidules.)

Le quatrième jour à 9 heures du matin, le malade est dans le même état, il a la bouche pâteuse, le ventre un peu tendu, mais indolent; il n'y a pas eu de selles depuis le début de la maladie; urines rares et foncées. (Une bouteille d'eau de Sedlitz qui provoque d'abondantes évacuations.)

Le cinquième jour, à 10 heures du matin, même état, et de plus stupeur. (Sinapismes aux membres, oxycrat froid sur la tête.

Le sixième jour, je vois le malade à 7 heures et demie du matin. Il est moins affaissé, ses yeux sont meilleurs, sa peau, moins chaude, est un peu moite. Pouls 90. Pour la première fois, on me dit que depuis le commencement de la maladie, il y a des instans dans la journée et dans la nuit où le malade paraît beaucoup mieux; mais on ne peut bien me préciser les époques, la durée ni le nombre de ces intermissions ou rémissions. Je prends alors le parti de revenir plusieurs fois dans la journée, pour m'assurer du fait, et voici ce que je remarque: à 10 heures, fièvre intense, ainsi que cela avait eu lieu les jours précédens à cette heure de mes visites; à 1 heure, apyrexie presque complète; à 3 heures, paroxisme plus intense que jamais, après un frisson d'une heure; il y a du délire, respiration haute et pénible. A huit heures du soir, je le trouve frissonnant, avec les extrémités froides: on me dit que de la moiteur s'était établie vers six heures, que le malade avait alors présenté le même mieux que j'avais observé le matin. Je ne pouvais laisser échapper les indications que dictaient les intermissions si bien marquées, si régulières. Je prescrivis donc deux doses de sulfate de quinine de 50 centig. chacune, que je recommandai de donner, l'une vers minuit, heure de la cessation présumée du présent accès, l'autre vers sept heures du matin, où devait cesser le second paroxysme nocturne, à en juger par la marche que la maladie avait suivie jusqu'alors.

Le septième jour, à 9 heures du matin, je trouve le malade en proie à un accès aussi intense que ceux de la veille, mais on avait mal compris mes instructions et la première dose de sulfate de quinine n'avait été donnée qu'entre sept et huit heures du matin.

Cet accès se prolongea jusqu'à deux heures; on donne néanmoins la seconde prise du médicament vers une heure; apyrexie de 2 à 3 heures, puis attaque non précédée de frissons, mais seulement marquée par de la chaleur et de la céphalalgie jusqu'à 4 heures et demie, que se manifeste de la moiteur. Soirée sans fièvre, nuit agitée cependant. (Troisième dose de sulfate de quinine à minuit.)

Le huitième jour, l'apyrexie est complète, et la guérison définitive. Le sulfate de quinine a été continué à deux, puis à une dose pendant quatre jours encore.

Mais c'est surtout dans des affections ressortant du vaste cadre des névroses que j'ai observé les plus fréquens exemples de cette marche intermittente à courtes périodes. Il est de la plus grande importance de reconnaître cette circonstance pour traiter avec succès ces affections, toujours pénibles et trop souvent funestes. Telles sont notamment les convulsions chez les jeunes enfans. Si quelquefois ces convulsions se bornent à une seule attaque, qui peut malheureusement être mortelle par sa violence et sa continuité, soit en quelques heures, soit en quelques minutes, très souvent aussi elles reviennent par accès de plus en plus prolongés, et à des intervalles de plus en plus courts, et bientôt se manifestent les symptômes d'une lésion grave et ordinairement continue du cerveau et de ses annexes. C'est ainsi que débute fréquemment la fièvre cérébrale, cet agent principal de la mortalité dans la première enfance. Déjà de très bons observateurs avaient mis à profit très avantageusement l'indication fondamentale qu'impose cette marche périodique, des symptômes d'invasion des affections cérébrales, dont M. Mélier rapporte aussi des observations dans son travail; depuis lors j'ai également eu de nombreuses occasions de constater les meilleurs effets des préparations de quinquina dans les cas de cette espèce. Voici deux observations, que je prends entre beaucoup d'autres, qui me paraissent des plus caractéristiques et des plus convaincantes.

Obs. II. — Le premier enfant de M. M..., négociant, rue Barre-du-Bec, garçon âgé de 15 mois et demi, bien constitué, fut pris en mars 1830, vers trois heures de l'après-midi, de convulsions qui ne cessèrent qu'après environ deux heures de durée. Des sangsues avaient été appliquées derrière les oreilles, des sinapismes aux extrémités inférieures. On crut le petit malade sauvé, lorsqu'à sept heures

---

cruelle et fâcheuse perspective pour nous! Est-ce donc, en effet, une illusion? est-ce une chimère, une fiction, un *ignis fatuus?* L'avenir n'est-il pas gros de justice pour les médecins? Hélas! rien de plus à craindre, si l'on considère le présent. En tout cas, le Messie se fait bien attendre; peut-être en sera-t-il ainsi jusqu'à la consommation de notre ère pécuniaire? Peut être même nous dira-t-on, comme aux juifs: Maudit soit celui qui suppute les temps du Messie? Depuis que la révolution, cette épopée divine et satanique, comme on l'a dit, ayant fait table rase des institutions établies depuis des siècles, a plongé l'état social dans le cahos babelique où il est depuis un demi-siècle, la médecine, comme profession, n'a jamais pu reconquérir son rang, par l'éternelle et l'invincible raison qu'ayant rompu son lien d'unité, de solidarité, en un mot, son esprit de corporation, elle est toujours à la merci des événemens et des hommes. Aujourd'hui plus que jamais il en est ainsi, et les intérêts matériels l'emportent hautement. La question des fers, la question vinicole, la question des canaux, la question du vesou, de la mélasse ou de la betterave, etc., paraissent infiniment plus importantes, plus essentielles, que celle de la médecine, qui ne tient qu'à la santé, au bien-être et au bonheur des hommes. Celle-ci est une question de droit, de bon sens, d'ordre social, d'intérêt public, à quoi bon s'en occuper? ces idées n'ont ni opportunité, ni vitalité; que l'humanité attende.

Pendant cet interminable délai, la profession éprouve une sorte d'abaissement continu, les médecins n'ont qu'une considération personnelle, leurs rangs se pressent, s'agglomèrent, ils étouffent de concurrence. Voici le calcul fait récemment à cet égard. La ville de Paris renferme en ce moment un million d'habitans; il y a au moins deux mille médecins ou officiers de santé dans cette ville. En supposant une égale répartition pour chacun, les médecins n'auraient pas plus de 500 habitans chacun à soigner pendant leurs maladies. Otez de ce chiffre de 500, les pauvres secourus par les hôpitaux et les bureaux de secours, il reste environ 475 personnes qui peuvent payer un médecin. Comptez combien il peut y avoir de malades dans une année sur 475; retranchez ceux qui ont recours aux spécialités, ceux qui deviennent la proie des charlatans, etc. (Gazette des Hôpitaux). D'après un pareil calcul, il est aisé de voir quel fond les médecins peuvent faire sur leur état réduit à sa plus simple expression; la plupart sont donc obligés de se créer des ressources supplémentaires, car remarquez que la pauvreté du médecin ne tend la main à qui que ce soit, si ce n'est à la société en général; c'est une pauvreté fière et hautaine; souvent même elle se déguise sous l'apparence d'une position honorable; c'est une misère qui porte des gants et du linge blanc. A moins d'un cœur sphacelé par le charlatanisme, l'*ego sum medicus*, inspire secrètement des idées de noblesse et de pudeur. La médecine, aujourd'hui, est un Titan rapetissé, mais qui se rappelle sa grandeur et sa force d'autrefois. Donnez-lui de la place, du jour et de la lumière, c'est-à-dire des institutions convenables, il reprendra son essor et son rang. Crions donc tous! *Fiat! fiat!*

Quoi qu'il en soit, les médecins livrés à leur individualité agissent en conséquence, chacun s'en tire comme il peut, dans son coin, dans sa sphère, dans sa position plus ou moins élevée, toutefois sans grands profits. L'ouvrier met à la caisse d'épargne quelques sous dont il fait des francs; le médecin ne le peut pas; chez nous l'épargne n'est pas la règle; c'est une exception et même très rare. Les médecins sont donc bien souvent obligés de se créer des ressources en dehors de leur état, et ils font bien. Rien de plus évident qu'il ne s'agit point ici de ce

du soir survient une autre attaque qui se prolonge jusqu'à dix heures : assoupissement le reste de la nuit. A six heures du matin, troisième attaque. Dès lors tous les signes de la fièvre cérébrale se développent successivement, et malgré mes soins et ceux de plusieurs consultans, la mort en est le terme au dix-septième jour.

Dix-huit mois plus tard, le second fils, arrivé au même âge de 15 mois, tombe en convulsions. J'arrive après l'attaque qui avait duré deux heures et contre laquelle on n'avait mis en usage que du sel dans la bouche, des cataplasmes vinaigrés chauds aux pieds, et des applications froides sur le front. Dans l'intention de prévenir la récidive, et encouragé en cela par quelques heureux essais antérieurs, je prescrivis huit grains de sulfate de quinine en lavement : une heure se passe avant d'exécuter cette prescription, une seconde attaque se déclare. Le lavement au sulfate de quinine n'en est pas moins administré, mais il est en grande partie repoussé. Ce nouvel accès dure près de trois heures. Je crois devoir dans cet intervalle appliquer quelques sangsues derrière les oreilles, réclamées par la famille et pour mettre ma responsabilité à couvert, en cas d'événement malheureux, si présumable en pareil cas, autant que par nécessité, l'enfant présentant des signes de congestion cérébrale, mais plutôt passive ou consécutive qu'essentielle. Mais je me hâtai, aussitôt l'attaque terminée, de faire donner un second petit lavement au sulfate de quinine : celui-ci fut conservé. Quelques heures plus tard on put craindre le retour des convulsions. L'enfant s'agita, grimaça, cria comme au début des précédens accès, mais sans plus : deux autres lavemens semblables aux premiers furent encore donnés successivement et tout rentra dans l'ordre.

Obs. III. — (1831.) Le fils d'un bijoutier de la rue des Arcis, 9, âgé de 18 mois, est frappé de convulsions vers les six heures du soir. L'enfant était fort, la figure tuméfiée, violette; les veines du cou étaient très gorgées; les artères carotides et temporales battaient avec violence (8 sangsues aux pieds et cataplasmes chauds, froid sur la tête). A huit heures le calme renaît; mais, éclairé par les faits précédens, je prescrivis le sulfate de quinine (18 grains dans une once d'eau distillée, à donner dans de petits lavemens de quatre heures en quatre heures). De légers mouvemens convulsifs, quelques réveils en sursaut, un sommeil agité eurent lieu dans la nuit; puis le retour à la santé fut complet. Mais, à un mois de là, les convulsions se déclarent de nouveau subitement, à trois heures de l'après-midi. Le docteur Da...r, appelé en mon absence, fait appliquer des sangsues derrière les oreilles, envelopper les pieds de cataplasmes sinapisés. L'accès cesse vers cinq heures et demie pour reprendre plus violent à sept heures et demie. Celui-ci se prolonge jusqu'à dix heures, et après deux heures d'intermission, pendant lesquelles on tenait l'enfant dans un bain de son, une troisième attaque se déclare. Je ne pus voir ce petit malade que le lendemain à six heures du matin. Je le trouvai décoloré, plongé dans un coma profond, ayant les yeux strabiques, les pupilles inégalement dilatées. La figure grimaçait et les muscles des membres étaient dans un état continuel de tremblotement convulsif. Je conseillai le sulfate de quinine; il était trop tard; la fièvre cérébrale s'était ancrée et conduisit le malade au tombeau, après onze jours d'agonie.

Ne pensez-vous pas comme moi, cher confrère, que l'on eût pu espérer cette transmutation mortelle des convulsions, si l'on avait donné le sulfate de quinine après les premières intermissions, puisque cette médication avait si bien réussi chez le même enfant, dans les mêmes circonstances, un mois auparavant? Combien d'observation pourraient fournir de semblables exemples !

J'ai souvent eu l'occasion, soit pendant mon internat à l'hospice de Bicêtre, soit dans ma pratique en ville, de constater la gravité du pronostic porté par les auteurs sur le hoquet des vieillards. J'ai vu souvent échouer contre cette pénible affection les moyens réputés les plus efficaces. Pourrait-il en être autrement de médications employées comme au hasard? Le nouveau point de vue sous lequel notre confrère présente cette maladie mettra sur la voie d'indications plus précises, plus essentiellement en rapport avec son caractère fondamental. Et, en effet, le hoquet, considéré en lui-même, représente, par la succession des secousses spasmodiques qui le constituent, une affection intermittente, à accès très courts et très rapprochés. De plus, la succession de ces petits accès est rarement continue. Il y a presque toujours, après quelques minutes, une ou plusieurs heures de hoquet, une suspension complète, dont la durée est elle-même plus ou moins courte. Ces alternatives de paroxismes et d'intermissions paraissent présenter en général dans leur retour une certaine régularité. Il en était ainsi, autant que mes souvenirs peuvent me le rappeler, dans la plupart des cas de hoquet que j'ai observés. Cet accident se manifestait à des heures si précises, soit du jour, soit de la nuit, que l'on eût pu prévoir d'avance les heures de son retour. Ces caractères se sont présentés dans l'observation suivante, que j'ai conservée, et qui témoigne ainsi de l'efficacité du traitement anti-périodique dans ces sortes de cas.

Obs. IV. — M. Rez..., négociant, rue des Blancs-Manteaux, 30, âgé de près de 80 ans, fortement constitué, rentrait en convalescence d'une rétention d'urine, suite de congestion sanguine aiguë de la prostate et du col de la vessie, lorsqu'il fut pris, le 20 décembre 1839, d'un hoquet, d'abord rare et peu intense, mais qui acquit bientôt une violence et une persistance telles, qu'il inspira les plus vives inquiétudes. Ce fut en vain que je lui opposai les ventouses, les sinapismes, les anti-spasmodiques les plus énergiques, les narcotiques, et principalement la belladone et les opiacés, les boissons frappées de glace, et les applications de glace sur les régions épigastriques et hypochondriaques. Le hoquet paraissait vouloir s'arrêter, mais c'était pour revenir avec plus de force. Enfin, un large vésicatoire est appliqué sur l'épigastre ; on saupoudra le derme dénudé de sel de morphine, sans plus de succès. Le malade paraissait être dans un état désespéré. Réfléchissant alors à la marche qu'affectait ce grave accident, aux interruptions de trois quarts d'heure à une heure de durée qu'il présentait après deux à quatre heures de hoquet non interrompu, je conçus l'idée d'essayer le sulfate de quinine. C'était le 28 décembre, cinquième jour depuis que le hoquet avait pris un caractère alarmant; 12 grains de sel de quinine furent donnés à six heures du soir. Le malade ne tarda pas à s'endormir, ce qui advenait au reste pendant les courts momens d'intermission. Mais cette fois le sommeil se prolongea presque toute la nuit, et ne fut interrompu que par quelques retours du hoquet, mais bien moins intenses et de très peu de durée. Une seconde dose de médicament fut donnée le 29 au matin. Le hoquet revint plus rarement encore, et il diminua de plus en plus de force, de sorte que, dans la soirée, il n'était plus marqué que par de légères succussions du diaphragme. Troisième dose le soir même; les jours suivans, on continua le médicament à dose décroissante, et M. B... revint à un état de santé qui ne s'est pas démenti depuis.

On a souvent expérimenté avec succès le sulfate de quinine, dans des cas de gastralgies, de coliques, d'hystéralgies, de chorée, de coqueluche, et sans se rendre bien compte de la manière d'agir de ce médicament, et des indications sur lesquelles on fondait son emploi ; maintenant, grâce aux préceptes établis par le mémoire précité, on agira d'après des principes plus précis, plus positifs ; ce ne sera plus par essai au hasard, en tâtonnant, ou en désespoir de cause, et après avoir inutilement épuisé les moyens ordinairement conseillés en pareils cas, que l'on recourra à la médication dont l'auteur a fixé et déterminé l'usage. Et en effet, toutes ces affections, en apparence si dissemblables, ne sont au fond que des formes différentes d'un même principe pathogénique, de névropathie, soit névralgique, soit spasmodique. Pour n'être pas intermittentes, d'après l'application que l'on a faite jusqu'à présent de cette dénomination,

---

charlatanisme droguens qui cherche à saisir son public, à le harponner, le traîner à la remorque de l'annonce et du puff, ni de jongleries médicales, soutenues par l'argent et la réclame, encore moins de ces flétrissans succès qu'on n'avoue qu'en rougissant ; mais de ces ressources qu'on tire de talens antérieurement acquis et cultivés. Il y a quelques années qu'étant allé voir un confrère que je savais peu aisé, je le trouvai peignant un portrait qu'il devait livrer prochainement. Il me dit que depuis peu de temps, il en avait vendu plusieurs. Mais quel est votre but, lui dis-je? c'est, me répondit-il, dans l'intention de *renforcer le métier*; mon état réel, nominal, ne me suffit pas. Aussi quand on vient pour le consulter, il ôte sa blouse, pose sa palette, prend son habit noir pendu au clou dans l'atelier, et avec son habit noir, un air grave, hippocratique, *subtristem* ; il prescrit ce qui lui semble utile et toujours bien, car il est fort instruit; puis il reprend gaîment son travail de peinture. Apollon n'est-il pas le dieu des arts et de la médecine, mythologiquement parlant ?

Le besoin de *renforcer le métier*, engage plusieurs médecins dans la voie des inventions industrielles, et plusieurs s'y sont distingués. Le gaz liquide portatif, le télégraphe de nuit, le seul qui, jusqu'à présent, ait des chances de succès, sont dus à un jeune médecin. C'est aussi à un confrère que nous devons l'art précieux de conserver les bois propres à la marine. Il en est qui ont inventé des ressorts pour la mécanique, un *parachoc* pour les wagons, etc. La lampe C... est due à un médecin de ce nom, fort instruit et qui exerce dans les environs de Paris ; ce confrère distribue tout à la fois la lumière et la santé. Quelquefois le succès répond à leurs efforts et ils deviennent riches ; trop souvent aussi livrés aux chances du commerce, ils reviennent ce qu'ils étaient, médecins, c'est-à-dire pauvres et oubliés : il ressemblent à ce praticien dont parle Sprengel, qui, balloté par la fortune, allait à pied ou à cheval, *prout artis alea ferebatur*.

Plusieurs jeunes médecins, imitant Fernel, Boërhaave et Pinel, donnent des leçons de mathématiques ; on en trouve qui servent de répétiteurs dans certains établissemens publics ; tout en renforçant le métier, ils s'instruisent profondément dans les langues anciennes, ils expliquent le matin Virgile, Horace, Lucien, Homère ; le soir, ils traduisent Celse, Hippocrate, Galien, Aretée, etc. Il est encore des médecins qui font leur petite et maigre clientèle, tandis que leurs femmes tiennent magasin de linge, de bougies, d'étoffes de soie, et même un hôtel garni plus ou moins achalandé; il faut bien que chacun apporte à la ruche. C'est d'après ce principe qu'il y a des femmes de médecins qui donnent des leçons de musique, de dessin ou de langues étrangères, et quelques-unes font preuve des talens les plus distingués. D'autre fois, le médecin, mettant de côté sa profession, essaie son bonheur en se lançant dans la carrière des fonds publics, chance bien périlleuse où plus d'un a succombé. On prétend que la vie est un tapis vert où l'on ne s'amuse qu'autant que l'on joue gros jeu ; on doit dire qu'il en est tout à fait de même du tapis vert de la bourse où la rouge et la noire, appelées *hausse* et *baisse*, sont toujours en faveur des grosses sommes ; aussi malheur à ce qu'on nomme le frelin, le boursicoteur, le quart ou le tiers de courtier marron. Quelques-uns réussissent, mais le plus grand nombre fait naufrage, *in gurgite vasto*.

Les arts offrent plus de ressources aux médecins ; il en est qui se connaissent en tableaux et qui font dans le trafic d'assez bonnes affaires. Feu Bl... était dans ce cas ; il avait ainsi *renforcé le métier* d'une manière assez fructueuse.

c'est-à-dire à accès persistans et espacés, comme dans les fièvres intermittentes proprement dites, et dont le type le plus simple était le quotidien et tout au plus le bis-quotidien, ces affections n'en portent pas moins le plus ordinairement le cachet de leur nature névrosique, l'intermittence. On peut même dire qu'elle est double dans la plupart des cas, comme je l'ai remarqué plus haut au sujet du hoquet, affection de la même famille. Ainsi d'abord, une succession soit d'accès de douleurs, soit de succussions spasmodiques, soit de convulsions, comme toux, vomissement, puis après un certain nombre ou une certaine durée de ces petits accès, une suspension se manifeste pendant une ou plusieurs heures, de manière à ce que la marche de la maladie se trouve scindée en plusieurs de ces accès généraux, dans chaque vingt-quatre heures.

Ne doit-on pas rapporter à cette série de maladies certaines affections mentales ou délirantes, se manifestant par des retours plus ou moins fréquens, et dans lesquels on voit aussi réussir parfaitement le sulfate de quinine. C'est encore en faisant l'application de l'opinion émise par M. Mélier à un fait de ce genre que je dois le succès que je viens d'obtenir de cette médication. Voici le fait :

DÉLIRE AIGU INTERMITTENT A COURTES PÉRIODES.

Obs. V. — Adèle Br..., âgée de 6 ans et demi, à constitution délicate, est prise, dans la nuit du 1er au 2 novembre, de réveil en sursaut; elle se récrie, ne reconnaît pas ses parens, qui cherchent à la rassurer; la malade paraît revenir à elle après cinq à six minutes; mais, au bout d'une demi-heure environ, ses mouvemens de terreur recommencent; elle désigne de la main des individus qui glisseraient le long des murs. Ces accès se renouvellent ainsi de dix heures du soir à douze. On parvient alors à la calmer complètement et elle se rendort; mais vers deux heures les mêmes réveils en sursaut, les mêmes terreurs, les mêmes hallucinations reparaissent. De quatre à cinq heures et demie, sommeil profond; nouvel accès après cette dernière heure, vers cinq heures trois quarts. Ce n'est que vers huit heures que la malade reprend complètement sa connaissance, mais elle reste triste; sa figure est fatiguée. De temps en temps elle lève la tête comme pour écouter, tient les yeux fixés sur un point de l'appartement, ou bien elle se parle à elle-même; parfois aussi elle exécute des mouvemens vifs et involontaires des membres et surtout du côté gauche. On attribue ces phénomènes à une douleur aiguë et profonde de l'oreille droite; mais le troisième jour un écoulement puriforme s'établit par le conduit auditif, et la malade cesse dès-lors de souffrir dans cette partie; les accidens cérébraux n'en continuent pas moins. Cependant le pouls est fréquent pendant les accès, il retombe dans leur intervalle, variant ainsi plusieurs fois dans la journée de 90 à 120 pulsations. Il y a perte d'appétit; la chaleur de la peau n'est pas sensiblement augmentée, si ce n'est dans la soirée; alors à la pâleur succèdent des couleurs assez vives. Les yeux deviennent plus vifs. L'examen de la bouche montre la saillie d'une grosse molaire de chaque côté de la mâchoire inférieure, mais sans rougeur, ni douleur des gencives. Malgré des bains généraux et de pieds, des boissons légèrement anti-spasmodiques, l'administration de sirop de morphine dans la soirée, nous arrivons ainsi au sixième jour sans avoir obtenu de changemens dans les retours, l'intensité et la durée de ces terreurs nocturnes, de ces hallucinations diurnes. Ce fut alors que je me demandai si ce n'était pas là une de ces maladies intermittentes à courtes périodes, sur lesquelles l'attention du monde médical venait d'être appelée. D'après cette idée, je fis prendre dans la soirée même un demi-gramme de sulfate de quinine dans de la confiture. La nuit qui suivit fut beaucoup plus calme qu'aucune des précédentes. La malade eut encore quelques réveils en sursaut, mais bien plus rares; quelques manifestations de terreur et d'hallucination, mais moins prolongées. Le septième jour au matin, même dose de sel de quinine; toute hallucination cesse. Cependant l'enfant reste triste et comme absorbée. Continuation du médicament. Le huitième jour, sommeil toute la nuit; il y a plus de gaîté dans la journée et aussi plus d'appétit; on cesse le sulfate de quinine, et cependant aucun des accidens antérieurs ne reparaissent.

Il est encore une autre série d'affections que j'ai autrefois cherché à caractériser par la dénomination de névralgies diffuses (Mémoire sur l'influence de l'innervation dans les maladies. — Nouvelle bibliothèque médicale, octobre, novembre, décembre 1839). Ces névralgies s'attachent à tous les tissus, à tous les organes, et prennent la forme des affections propres aux parties qu'elles attaquent; de là certains rhumatismes, des ophthalmies, des coryzas, etc. Dans beaucoup de cas, la maladie présente généralement une allure périodique qui en dévoile la nature à l'observateur attentif, et le guide pour les indications les plus rationnelles que l'affection commande. Les archives de la science fourniraient au besoin des exemples de ces affections, auxquelles on a reconnu une marche intermittente, mais à type ordinaire et le plus souvent quotidien. Mais combien de fois n'a-on pas dû considérer comme continues de ces maladies à accès multiples dans les vingt-quatre heures; leur succession étant plus ou moins rapide, leurs intermissions plus ou moins passagères, leur caractère fondamental a pu ainsi échapper à l'observateur non prévenu? Tel a été le cas du malade dont je vais tracer la curieuse observation.

NÉVRALGIE PHARYNGIENNE DIFFUSE PRISE POUR UNE ANGINE CHRONIQUE; GUÉRISON RAPIDE, PAR L'ADMINISTRATION DU SULFATE DE QUININE, APRÈS UNE DURÉE DE SIX MOIS.

Obs. VI. — M. G., âgé de 30 ans, négociant en soieries, fut pris au commencement d'avril dernier (1842) d'un mal de gorge, caractérisé par un sentiment désagréable et douloureux de sécheresse, de brûlure. La déglutition des solides, d'abord difficile au commencement des repas, s'opérait ensuite comme dans l'état normal, mais celle de la salive et des boissons était toujours pénible. Je ne trouvai à l'examen qu'une simple injection tonsillaire, une sorte d'inflammation érythémateuse, mais très légère du voile du palais, de ses piliers et des parois du pharynx. (Sangsues et cataplasmes autour du cou, pédiluves irritans, boissons rafraîchissantes, régime doux, gargarismes adoucissans, puis résolutifs.) Après trois semaines de soins et de précautions hygiéniques, aucun changement n'avait été produit. La gorge cependant était moins rouge et à bien peu de chose près revenue à sa couleur normale. A cette époque, M. G. partit pour Lyon. Là, les accidens s'exaspèrent. Les mêmes moyens antiphlogistiques n'ont pas plus de succès que la première fois. Des gargarismes résolutifs variés échouent également. La solution de nitrate d'argent exaspère cette affection. Elle ne change pas sous l'influence des traitemens anti-syphilitiques et anti-herpétiques, auxquels on soumet successivement le malade en désespoir de cause parce qu'il avait eu autrefois un écoulement urétral, et que parfois des dartres furfuracées apparaissaient sur sa figure. M. G. revint à Paris vers le milieu de septembre, toujours en proie à son affection et plus désespéré que jamais (12 septembre). J'eus en vain recours à la rubéfaction du cou par l'huile de croton tiglium, à celle de la poitrine et du dos au moyen de sinapismes promenés sur ces régions. Je me disposais à recourir aux vésicatoires, ainsi qu'à d'autres exutoires plus profonds, lorsque la communication de votre mémoire à l'Académie fut pour moi, cher confrère, comme un trait de lumière. J'avais jusqu'alors attaché peu d'importance à la déclaration que le malade m'avait souvent faite que ses douleurs n'étaient pas continuelles, qu'il éprouvait des instans de répit. Je le mis pour lors en demeure de bien observer la marche de la maladie, et de me rendre un compte exact de ses remarques à ce sujet. Voici quel fut le résultat de ces remarques : M. G. ne ressentait rien le matin à son réveil; mais vers huit heures, qu'il fût levé ou encore au lit, ses souffrances commençaient; elles duraient jusqu'à onze

---

Un jour il était attendu en consultation et il ne vint pas; comme on le cherchait de toutes parts, on le découvrit occupé à vendre un Micris à un Anglais; la consultation lui aurait rapporté vingt francs, et il gagna cent écus à son marché. Nous avons connu un médecin qui devint marchand de bric-à-brac et s'en trouva bien. Quand on lui rappelait sa profession d'autrefois, il répondait : Les brics-à-bracs de vos systèmes en médecine que j'ai beaucoup étudiés, vrai cliquetis d'opinions, dont il est impossible de faire jaillir une seule étincelle d'évidence, m'ont réduit à la misère, tandis que le bric-à-brac de mon magasin m'a enrichi, dès lors le choix n'est pas difficile. N'est-il pas vrai, ajoutait-il, qu'il faut aujourd'hui un labeur de géant pour se classer dans le magasin des notabilités médicales; il ne faut qu'un peu d'adresse et d'argent pour gagner de l'argent dans mon nouveau métier; je suis et resterai donc marchand de bric-à-brac; car, ainsi que tant d'autres, j'ai les opinions de mes intérêts. Avouons que notre industriel patenté n'avait pas tort. On trouve encore des talens particuliers qui aident aussi à *renforcer le métier*; on a vu un médecin gastronome tellement en réputation sous ce rapport, qu'on le consultait dans la vente des vins fins, avec avantage pour l'acheteur et avec d'honnêtes profits pour lui. Ce docteur courtier-gourmet-piqueur de vins a certainement gagné plus d'argent avec sa langue et son palais qu'avec son savoir médical qui n'était pas médiocre.

Arrêtons-nous : il est inutile de pénétrer plus avant dans ces *mystères de Paris* où les médecins jouent un rôle. Ce n'est pas qu'ils soient blâmables de chercher des ressources en dehors d'une profession qui les abandonne; eux aussi sont des hommes positifs qui veulent un produit net, métallique et sonore. Quel est celui qui se contenterait de languir orgueilleusement dans les privations, plutôt que de chercher des ressources particulières, nullement désavouées par la probité? Faire autrement,

Dites-moi, mon honneur, en serez-vous plus gras?

Rien de plus incertain, et par conséquent rien de plus ridicule. D'ailleurs, la nécessité l'emportera toujours : il y a ici une pente comme irrésistible sur laquelle on se trouve placé. C'était aussi l'avis de mon ami, le vieux docteur Mathanasius, dont j'ai parlé autrefois. Cet homme si honnête, si franc, et qui, certes, pouvait dire, *je ne suis pas né dans mon temps*; ce docteur de la vieille roche disait donc qu'à notre époque, qu'il nommait le *siècle-épicier*, on était entré comme malgré soi dans des voies détournées qu'on ne connaissait pas jadis. Selon lui, « dans la carrière médicale on ne marche plus, on *enfonce*. » Il avait raison. Il y a pourtant cette différence, que les uns s'enfoncent et se perdent dans la fange, et les autres dans une honorable obscurité. Parmi les premiers, il faut compter les hommes qui se livrent à ce charlatanisme effronté, impudent, qui pullule de toutes parts, qui prend toutes les formes, qui recourt à tous les moyens, véritable système d'exploitation humaine; c'est là l'ulcère rongeant de la profession. La pire des lois est celle qui ment; or, la loi qui nous régit promet ce qu'elle ne tient pas, une protection et des garanties; d'où résulte une illusion bien fâcheuse pour une foule de jeunes gens, c'est que le titre de médecin équivaut à une profession; l'expérience les détrompera plus tard et d'une manière cruelle. Le malheur est que les maux dont nous nous plaignons s'étendent et s'enveniment; cela doit être, car le fait qui dure se change en droit; un abus prolongé devient une force; il faut ensuite d'immenses efforts pour le

heures sans interruption. De là à une heure ou deux, il ne souffrait que par moment et passagèrement, de deux à trois heures; reprise du mal jusqu'à quatre ou cinq heures; puis suspension jusque vers sept heures du soir. Le reste de la soirée était calme; mais depuis onze heures, époque à laquelle le malade se couchait, jusqu'à une heure, il ne pouvait dormir à cause de son affection qui sévissait alors. C'était le 14 octobre que les révélations m'étaient faites. J'engageai M. C. à s'observer encore jusqu'au lendemain. Ce jour (15), il me confirma la justesse et l'exactitude de ses premières remarques. C'était bien là une affection intermittente à courtes périodes, c'est-à-dire à accès multiples par jour. Il ne manquait plus que l'épreuve thérapeutique. Elle ne faillit pas. Une dose de 30 centigr. de sulfate de quinine est prise après le premier accès du matin, c'est-à-dire vers midi et demi; une autre à cinq heures, et une troisième à dix heures du soir. L'efficacité de cette médication fut d'une promptitude merveilleuse; car l'accès qui suivit l'administration de la première dose fut très faible, et les autres ne reparurent plus; le médicament fut cependant continué à dose et à répétition décroissante. Six semaines se sont écoulées depuis, et la guérison ne s'est pas démentie.

Ce fait, qui doit avoir des analogues que divulguera une observation bien dirigée, ne tend-il pas à prouver que, comme les fièvres périodiques proprement dites, certaines affections intermittentes, à courtes périodes, sont susceptibles d'affecter une marche chronique, de se prolonger indéfiniment, jusqu'à ce qu'on leur impose le seul moyen efficace, le sulfate de quinine.

Des faits de ce genre ne doivent pas être rares, et je ne doute pas que l'attention, maintenant éveillée sur ce sujet, trouvera de nombreux exemples semblables ou analogues à celui que je viens de rapporter.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

ÉTUDES CLINIQUES SUR L'EMPLOI DU PROTO-IODURE DE FER DANS LA PHTHISIE PULMONAIRE; par ALPH. DUPASQUIER, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, professeur à l'Ecole préparatoire de médecine, etc.

Après cinq ou six années de recherches sur l'action du proto-iodure de fer dans la phthisie pulmonaire, recherches faites dans la salle des femmes fiévreuses à l'Hôtel-Dieu de Lyon, j'ai publié, il y a environ un an, un mémoire spécialement destiné à faire connaître les détails thérapeutiques et pharmaceutiques nécessaires pour bien administrer ce médicament. Dans ce mémoire, je me suis essentiellement attaché à démontrer que le proto-iodure de fer, que j'ai mis le premier en usage, est un médicament fort différent de l'iodure de fer généralement usité, et à faire connaître son mode de préparation, ainsi que la manière de le conserver et de l'administrer. Mon but, en faisant cette publication incomplète, était seulement d'appeler l'attention de mes confrères sur l'emploi si utile de ce nouveau médicament, et de les engager à l'expérimenter. Je me réservais de publier plus tard un travail spécial sur le traitement de la phthisie pulmonaire, travail auquel j'aurais réuni de nombreuses observations recueillies dans mon service de l'Hôtel-Dieu. Le temps, jusqu'à présent, m'a manqué pour exécuter ce projet. En attendant que je remplisse ma promesse à cet égard, je puis heureusement suppléer à mon propre travail par la publication d'un travail intéressant sur le même sujet. Un interne distingué de l'Hôtel-Dieu de Lyon, M. Gilbert Boissière, qui a vu administrer dans mon service le proto iodure de fer, s'est livré à une étude spéciale de l'action de ce médicament, et a réuni, dans un mémoire rédigé avec beaucoup de soin, les résultats de son observation particulière et de ses remarques. Ce travail, que M. Boissière a entrepris et terminé sans que j'en eusse connaissance, et par conséquent avec une indépendance complète, était destiné à être lu, et l'a été en effet, à la Société d'émulation des internes de l'Hôtel-Dieu de Lyon, fondée sous le patronage de M. Bonnet, chirurgien en chef.

Après avoir pris connaissance du travail de M. Boissière, travail qu'on jugera, je n'en doute pas, avoir été fait d'après une excellente méthode d'observation et avec un remarquable esprit d'analyse, j'ai prié son auteur de me permettre de le rendre public. C'est le mémoire qu'on va lire. Je n'y ai rien changé, rien modifié, rien ajouté. Il est tel que M. Boissière me l'a remis. J'y ai seulement placé quelques notes contenant des développemens qui m'ont paru indispensables.

DE L'EMPLOI DU PROTO-IODURE DE FER DANS LA PHTHISIE PULMONAIRE; par M. GILBERT BOISSIÈRE, ex-interne à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

L'étude du mode d'action d'une substance dans une maladie spéciale a pour but de découvrir si cette substance est nuisible, utile, ou indifférente; de trouver dans quelles circonstances et à quelles périodes elle est utile ou nuisible; de déterminer la nature des modifications qu'elle imprime à l'organisme, et quelles indications thérapeutiques elle est apte à remplir; enfin, de tracer les règles qui doivent présider à son administration, dans le cas où elle a été jugée utile.

Lorsque l'on expérimente sur des maladies aiguës et avec une substance dont les effets sur l'économie sont immédiats et rapides, on arrive promptement et sans difficultés au but que l'on poursuit; c'est ainsi, par exemple, que l'action du tartre stibié dans la pneumonie a été connue et jugée en fort peu de temps.

Mais lorsque l'expérimentation porte sur des maladies chroniques et se fait à l'aide d'une substance dont les effets essentiels ne se manifestent que lentement et d'une manière également chronique, il faut alors, pour arriver aux résultats, non plus des jours, mais des mois et des années; et pour tirer de ces résultats des conclusions précises et certaines, une attention scrupuleuse, toujours également soutenue; il faut enfin que la notion à laquelle on arrive soit complète, et pour cela l'expérimentation aura dû porter sur toutes les variétés de l'affection que l'on étudie; l'on aura dû avoir à sa disposition un nombre suffisant de malades, qui puisse offrir ces nuances diverses, et vous donne la faculté d'apprécier dans chacune d'elles la différence d'action de la substance dont on étudie les effets.

Ce travail est bien loin de réunir toutes ces conditions; il est fondé sur l'étude de vingt-sept malades observés pendant quatre mois de service auprès de M. le docteur Dupasquier. Le trop petit nombre des malades soumis à mon observation, et la brièveté du temps pendant lequel j'ai pu les étudier seront, je le pense, une excuse suffisante de l'imperfection de cet essai. Cependant, malgré ces circonstances défavorables, j'ai pu, sur

---

déraciner. Plus nous avançons, plus ces vérités deviennent frappantes, du moins pour quiconque sait prévoir et réfléchir. Quoi! il ne restera pas au fond du calice une goutte de lie qu'il ne faille épuiser! Nous faudra-t-il descendre jusqu'au dernier échelon de l'estime publique? On a beau dire, nous y marchons à grands pas; encore quelques années, et l'on pourra voir la médecine réduite à rien, expirante au tourniquet du charlatanisme. Celui-ci, en effet, tend sans cesse à être l'essentiel, et l'autre l'accessoire, dévolu seulement à de pauvres hères qui aiment la science pour elle-même, mais condamnés aux privations et à l'obscurité. On voit que, selon le langage de Fourier, nous agissons en *mode subversif*. Les lois, les usages, les mœurs, l'état social actuel, la force des choses, nous pressent et nous poussent dans cette voie.

Qu'on ne s'étonne donc plus de voir un grand nombre de médecins de la capitale chercher d'autres ressources que celles tirées de leur profession. La nécessité de sa main dure et froide, dont les créanciers sont les représentans, les y contraint; il n'y a pas à balancer, puisque certains rigoristes viennent lancer les argumens de leur rhétorique arrogante et bouffie, donner d'admirables conseils, étaler sur la dignité de la profession de ces grandes et lourdes phrases, au bout desquelles il n'y a pas de pain; nous répondrons: *Vanus sententiarum strepitus*, n'y cherchez pas autre chose. Ne vaut-il pas mieux exercer ses talens pour se créer des ressources, que d'intriguer, que de se faire un ventre-à-terre d'antichambre, que d'employer la célèbre recette diplomatique, rien dans la tête, tout dans l'échine. Sans doute, la terre promise n'est pas la conséquence immédiate d'une organisation médicale sagement combinée, mais au moins apporterait-elle des améliorations, qui, peu à peu s'assimilant avec les mœurs, se perpétuant dans le temps, rendraient à notre profession sa grandeur et son éclat d'autrefois. Oui, le mieux est possible, toujours possible; non, le parfait ne se trouve jamais ici-bas. Le bien, le mieux, voilà notre but à tous, très chers frères en Hippocrate, c'est aussi ce que je vous souhaite; que les années qui vont suivre vous soient donc heureuses et légères, que vos fatigues physiques et votre labeur intellectuel soient récompensés comme ils le méritent; que l'ingrat et égoïste malade vous tienne compte des inquiétudes, des afflictions d'esprit qui tourmentent sans cesse le praticien honnête et consciencieux! Il n'y eut jamais de vœu plus sincère que le mien, parce qu'il émane d'un cœur où le désir d'honorer la profession ne s'éteindra qu'à son dernier battement.

R. P.

— Nous n'avons fait connaître qu'imparfaitement dans notre avant-dernier numéro le résultat d'une délibération du conseil municipal de Lyon concernant l'école secondaire de médecine de cette ville. Ce n'est pas pour une place seulement de professeur adjoint que le conseil municipal a voté une allocation, mais pour quatre places, en faveur de MM. Pétrequin pour la clinique chirurgicale, Colrat pour la médecine opératoire, Bouchacourt pour la physiologie et Davalon pour la pharmacie.

certains points, recueillir des faits assez nombreux pour en déduire des conclusions certaines.

Je dois le dire par avance, il m'a été plus facile de déterminer l'influence du proto-iodure de fer sur les fonctions physiologiques et sur chaque symptôme considéré isolément, que son action sur la marche de la maladie; pour arriver aux données de la première catégorie, quelques jours d'observation suffisent; pour résoudre les questions relatives à la seconde, il faudrait avoir vu la terminaison de la maladie chez tous les individus soumis à l'expérimentation; or, à ce point de vue, le nombre de mes observations se restreint beaucoup, car, dans le nombre des vingt-sept phthisiques que j'ai observés, sept sont morts à la fin de la troisième période, avant que le médicament ait eu le temps d'exercer une influence assez puissante, et sur le nombre des malades vivans, il n'en est qu'un qui soit sorti complètement guéri.

Cependant, bien que je ne puisse citer qu'un seul cas de guérison, je dois dire que l'amélioration dans l'état des autres malades a été assez remarquable et assez générale pour m'autoriser à regarder le proto-iodure de fer comme le médicament le plus utile et le plus avantageux que l'on puisse administrer dans la phthisie pulmonaire.

HISTORIQUE.

M. Dupasquier, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, est le premier médecin qui ait employé le proto-iodure de fer dans le traitement de la phthisie pulmonaire; je dois ajouter qu'il est aussi l'inventeur de ce médicament. En 1835, époque à laquelle il fit ses premières expériences, on employait déjà, à la vérité, une préparation connue sous le nom d'iodure de fer; mais cette préparation n'était prescrite que pour combattre les tumeurs scrofuleuses, la chlorose et l'aménorrhée; d'ailleurs, elle diffère essentiellement, par sa nature chimique et ses propriétés thérapeutiques, du proto-iodure employé par M. Dupasquier.

L'iodure de fer, connu avant les recherches de M. Dupasquier, et le seul qui soit décrit dans les traités les plus récens de matière médicale (par exemple dans le traité de M. Bouchardat), cet iodure, dis-je, est sous forme solide, très difficilement cristallisable, très altérable et déliquescent à l'air; la formule de sa composition est : iode, 8; fer, 2. C'est un mélange de proto-iodure ioduré, de deuto-iodure et de peroxide de fer non combinés.

La préparation employée par M. Dupasquier est un véritable proto-iodure très pur, c'est-à-dire sans excès ni d'iode ni de fer. Ce sel ne doit pas être obtenu à l'état solide, à cause de la facilité très grande avec laquelle il se décompose au contact de l'air; M. Dupasquier ne l'ordonne qu'à l'état de dissolution dans des proportions constantes. Cette dissolution, bien préparée et dans un bon état de conservation, est incolore, parfaitement limpide; sa composition est représentée à peu près par proto-iodure de fer, 1; eau distillée, 5.

Pour résumer les différences que présentent entre eux ces deux produits, disons que dans l'ancien iodure une partie de l'iode se trouve à l'état de liberté, et que le fer est en partie à l'état de péroxide, c'est-à-dire qu'une portion des deux élémens n'est pas à l'état de combinaison, mais à l'état de simple mélange.

Dans le proto-iodure employé par M. Dupasquier, l'iode est complètement saturé par le fer, c'est un proto-sel parfait, nullement altéré par l'air (1).

L'on conçoit aisément que ces deux préparations puissent avoir des propriétés thérapeutiques différentes. M. Dupasquier découvrit lui-même cette différence en 1835. En effet, ayant commencé ses premiers essais avec l'iodure ioduré tel qu'il se préparait alors, il n'obtint de cette substance aucun effet avantageux, et lui reconnut tous les inconvéniens qui

(1) Cette différence dans la constitution chimique des deux préparations, en établit une extrêmement tranchée sous le rapport thérapeutique. Dans l'iodure ordinaire des pharmacies qui est toujours solide et toujours plus ou moins altéré par l'action de l'air, l'iode libre, reconnaissable à sa saveur et à sa couleur, exerce une action irritante bien manifeste sur les phthisiques, tellement que, d'après mon expérience, il est d'une importance majeure pour obtenir les effets indiqués dans ce travail de n'employer jamais que du proto-iodure parfaitement incolore, c'est-à-dire qui n'a point rougi par le contact de l'air. A plus forte raison, ne doit-on compter sur aucun bon résultat, si l'on prescrit l'iodure des pharmacies qui est une préparation infidèle et plutôt un mélange qu'une véritable combinaison. Et ce n'est pas seulement d'ailleurs l'action irritante de l'iode libre qui doit faire repousser l'iodure ordinaire de la thérapeutique des affections pulmonaires; c'est encore l'état différent du fer lui-mêe. L'iodure perd dans cette application la plus grande portée de son énergie quand il n'est pas à l'état de proto-sel parfaitement pur. En résumé, l'iodure de fer des pharmacies est une préparation totalement différente de la solution pure de proto-iodure de fer préparée selon ma formule, et cela sous le rapport chimique comme sous le rapport thérapeutique. (Note de M. Dupasquier.)

avaient déjà été signalés au sujet de l'iode pur, substance que l'on avait tenté d'administrer depuis plusieurs années dans la phthisie pulmonaire. Les mauvais effets de cet iodure ioduré ont été signalés de nouveau à diverses reprises par plusieurs praticiens de Lyon qui, ignorant la différence du proto-iodure de M. Dupasquier avec l'ancien iodure, se sont servis de ce dernier pour vérifier par leur expérience particulière les propriétés thérapeutiques qui n'étaient attribuées qu'au proto-iodure.

ÉTUDE DE L'ACTION PHYSIOLOGIQUE DU PROTO-IODURE DE FER.

J'ai réuni sous ce titre tous les phénomènes observés dans le cours du traitement par le proto-iodure de fer, lesquels ne se rapportent pas aux symptômes de la phthisie pulmonaire. Ces phénomènes sont immédiats et consécutifs.

PHÉNOMÈNES IMMÉDIATS. — Ayant éprouvé moi-même ces phénomènes après avoir pris en une seule dose vingt gouttes de proto-iodure de fer, et ces phénomènes étant identiques à ceux que m'ont accusés les malades que j'ai interrogés à cet égard, il me suffira de décrire ce que j'ai ressenti moi-même.

Avant de prendre le médicament, j'explorai le pouls à trois fois différentes, à dix minutes d'intervalle, et trouvai qu'il battoit régulièrement 75 fois par minute.

Pendant la déglutition du médicament qui était incorporé à du sirop de gomme, je ne perçus que la saveur du sirop; mais, immédiatement après, j'éprouvai une saveur légère, semblable à celle de l'encre; cette saveur augmenta d'intensité, et au bout de trois minutes devint acerbe et semblable à celle du sulfate de fer (1). Cette saveur était ressentie beaucoup plus vivement à l'isthme du gosier que partout ailleurs, et s'accompagnait d'une sécheresse incommode dans la bouche et dans le pharynx; au bout de cinq minutes, j'éprouvai tout le long de l'œsophage une sensation qu'il ne m'est pas possible de décrire, et qui n'était que légèrement douloureuse. Au bout d'un quart d'heure, le goût acerbe et la saveur d'encre disparaissaient, et il leur succédait cette saveur piquante que laissent les pastilles de menthe.

L'exploration du pouls me montra alors 85 pulsations par minute, et j'éprouvai de la céphalalgie. Au bout d'une heure, il restait encore de la fraîcheur à la bouche et de la sécheresse à la gorge; il y avait 80 pulsations; la céphalalgie persistait.

Ces faits n'ayant pas besoin de commentaires, je passe aux phénomènes consécutifs observés chez les malades qui ont fait un usage plus ou moins prolongé du médicament.

PHÉNOMÈNES CONSÉCUTIFS. Chez les personnes qui prennent journellement le proto-iodure de fer et surtout chez celles qui le prennent à des doses fractionnées et toujours croissantes, les phénomènes décrits plus haut et que j'ai donnés comme passagers et fugaces deviennent permanens pendant les huit ou dix premiers jours de l'administration. Au bout de ce temps, il arrive ou que les organes s'habituent à cette impression et y deviennent insensibles, ou bien qu'ils s'irritent légèrement au contact du médicament, et que leur impressionnabilité augmente de jour en jour, ou tout au moins se soutient pendant toute la durée du traitement. Dans ce dernier cas, les phénomènes que j'ai cités durent autant que l'administration du remède; dans le premier ils deviennent plus intenses et changent de forme; la muqueuse de la bouche et du pharynx devient le siége d'une douleur brûlante avec sensation de picotement et de tuméfaction à la face interne des joues, à la base de la langue, sur le pourtour de l'isthme du gosier, dans le pharynx et quelquefois tout le long de l'œsophage; et si l'on examine les parties, l'on trouve la muqueuse d'un rouge vif, uniforme, ou plus souvent encore pointillée de rouge et offrant comme une éruption de petites papules d'un rouge vif très rapprochées. Cet état s'accompagne fréquemment d'anorexie, de soif et d'altération notable dans le sens du goût. Quelquefois la mastication est rendue impossible à cause de la douleur que produit le contact des alimens. Toutefois ces phénomènes inflammatoires sont peu fréquens, car sur 27 cas je ne les ai observés que quatre fois seulement (2).

(1) Cette saveur est la même que celle de tous les proto sels de fer. L'organe du goût ne peut reconnaitre la présence de l'iode dont la combinaison est parfaite. (Note de M. Dupasquier.)

(2) Dans la plupart des cas, l'administration du proto-iodure de fer n'est pas suivie des symptômes d'irritation gastrique décrits par M. Boissière ou du moins la réaction est si peu marquée que les malades s'en aperçoivent à peine. Ce dont ils se plaignent essentiellement, c'est de se trouver pendant quelques jours plus oppressés; mais généralement ce symptôme ne persiste pas au-delà de quelques jours. Les symptômes d'irritation gastrique sont au contraire très manifestes, quand on emploie l'iodure ordinaire des pharmacies ou bien un proto-iodure qui a rougi sous l'influence oxigénante de l'air atmosphérique. (Note da M. Dupasquier.)

La moitié des malades environ, le premier et le second jour de l'administration du remède, se plaignent de nausées et de vomissemens; ces symptômes persistent rarement plus longtemps; ils paraissent plutôt dépendre de l'irritation du voile du palais et de la luette, que d'une irritation idiopathique de l'estomac; cependant j'ai cru rencontrer un cas dans lequel cette dernière cause serait plus probable. Ces symptômes disparus, le malade sent augmenter graduellement son appétit et ses forces digestives. Le nombre des selles diminue, et il arrive une constipation dont l'intensité varie.

Au total, la première impression du proto-iodure de fer sur la muqueuse digestive est légèrement irritante, mais la tolérance s'établit assez rapidement, et dès qu'elle existe le proto-iodure agit à la manière du fer, comme tonique de l'appareil digestif.

Le proto-iodure de fer agit de la même manière, d'abord comme excitant, puis comme tonique, sur les appareils de la circulation et de la calorification; la fréquence du pouls augmente d'une manière rapide, la peau devient plus chaude pendant les premiers jours; cette augmentation de la fréquence du pouls et de la chaleur de la peau m'a paru d'autant plus grande que le malade était plus affaibli.

Mais, au bout de quinze jours ou trois semaines, plus ou moins, suivant la force des individus, le pouls se ralentit d'une manière remarquable, en même temps qu'il acquiert plus de force et de plénitude; la chaleur de la peau diminue, elle se soutient d'une manière plus uniforme, elle ne subit plus des altérations d'abaissement et d'élévation aussi brusques et aussi fréquentes qu'auparavant; le malade résiste mieux à l'influence des vicissitudes atmosphériques (1).

En même temps on observe une turgescence générale du système capillaire périphérique; la face s'injecte légèrement et d'une manière uniforme; la résistance normale des chairs succède à leur flaccidité; quelquefois même des symptômes de pléthore se manifestent accompagnés ou non des signes d'hypérémie de quelque organe. Au début, c'est le plus souvent sur le poumon que se manifeste cette congestion sanguine; elle s'annonce par l'augmentation de la dyspnée, la plus grande fréquence de la toux, et quelquefois par de petites hémoptisies. Chez d'autres sujets, cette congestion s'opère dans le cerveau, et s'annonce par de la céphalalgie, de l'insomnie et des élancemens douloureux dans les yeux et dans les oreilles, des bourdonnemens d'oreilles, des éblouissemens passagers. Au nombre des phénomènes d'hypérémie, provoqués par le proto-iodure de fer, je dois encore citer diverses éruptions cutanées fugaces, de la nature de l'urticaire, de l'eczéma ou du lichen; j'ai observé trois fois ces phénomènes.

ÉTUDE DE L'ACTION THÉRAPEUTIQUE DU PROTO-IODURE DE FER.

J'étudierai l'influence du proto-iodure de fer successivement: 1° sur les symptômes de la phthisie par isolement; 2° sur chacune des périodes de la maladie; 3° sur les diverses variétés que l'on peut admettre dans la phthisie.

INFLUENCE DU PROTO-IODURE DE FER SUR LES SYMPTÔMES DE LA PHTHISIE.

SYMPTÔMES LOCAUX PHYSIOLOGIQUES. — *Oppression.* Sons ce nom on a l'habitude de comprendre deux phénomènes bien distincts, la dyspnée et la fréquence exagérée de la respiration. Très souvent, il est vrai, ces phénomènes existent et se confondent; mais il n'est pas rare non plus de les observer isolés. J'ai eu souvent l'occasion de remarquer l'indépendance mutuelle de ces deux phénomènes: j'ai vu non seulement l'un des deux persister après la cessation de l'autre; mais encore l'un augmenter d'intensité, tandis que l'autre diminuait progressivement. Sauf quelques exceptions, je crois pouvoir affirmer d'une manière générale que, pendant les premiers jours de l'administration du proto-iodure de fer, il y a augmentation simultanée de la dyspnée et de la fréquence de la respiration; qu'au bout de huit ou quinze jours de l'usage du médicament, ces deux symptômes décroissent simultanément et finissent par disparaître; enfin, que la fréquence de la respiration diminue bien plus rapidement que la dyspnée, et que l'on voit souvent la dyspnée persister encore, tandis que, sous le rapport de la fréquence, la respiration est tout à fait revenue à son type normal. Mais si la dyspnée diminue avec plus de lenteur, l'on arrive toujours à obtenir la cessation complète de ce symptôme, lorsque le médicament a été donné pendant un temps assez long pour qu'il ait pu faire disparaître les engorgemens tuberculeux qui le tiennent immédiatement sous sa dépendance. La progression en sens inverse des deux phénomènes que nous étudions a lieu lorsque, vers la fin du traitement, l'on vient à augmenter brusquement et d'une grande quantité la dose du proto-iodure; l'on voit alors la respiration augmenter beaucoup de fréquence, tandis que la dyspnée, phénomène moins mobile, n'éprouve aucun accroissement, ou même continue de diminuer d'une manière progressive.

Hémoptisie. En parlant de l'action physiologique du proto-iodure, j'ai dit que ce médicament provoquait quelquefois de petites hémoptisies dans les premiers jours de son administration; ces hémoptisies, résultat de la première impression du médicament, qui est toujours excitante, sont rares, de courte durée et de peu d'importance; elles cessent promptement, dès que l'influence tonique du médicament commence à se prononcer. D'ailleurs, l'efficacité avec laquelle agit le proto-iodure dans les cas d'hémoptisies qui se manifestent, dans la première période de la phthisie pulmonaire, doit faire bannir toute crainte à l'égard des petites hémorragies bronchiques qu'il peut provoquer lui-même.

J'ai vu chez deux malades, qui étaient entrés dans le service de M. Dupasquier, affectées d'hémophthisie, l'hémorragie pulmonaire cesser presque instantanément dès que le proto-iodure de fer eut été administré, et ne plus se reproduire.

J'ai remarqué, en outre, que l'hémoptisie était beaucoup plus rare chez les malades de M. Dupasquier soumises à la médication par le proto-iodure que chez les phthisiques des salles St-Jean et Ste-Anne, que j'avais observés un an auparavant, et chez lesquels le proto-iodure n'était pas employé, bien que, dans ces dernières salles, le nombre des phthisiques fût plus petit.

De ces faits, je crois pouvoir conclure que le proto-iodure de fer a non seulement la propriété d'arrêter les hémoptisies, mais encore celle de les prévenir (1).

Toux et expectoration. Ces phénomènes étant les symptômes les plus saillans et les plus opiniâtres de la maladie, les modifications qu'ils subissent sont au nombre de celles qui traduisent le mieux l'influence du médicament.

Pendant les premiers jours de l'administration, la toux devient un peu plus fréquente, l'expectoration un peu plus abondante et plus facile; mais, dès le quatrième ou le cinquième jour, l'on commence à s'apercevoir d'une diminution dans la fréquence de la toux et l'abondance des crachats; cette diminution marche ensuite avec une telle rapidité qu'au bout de trois semaines ou un mois tel malade, qui toussait continuellement, et n'avait pas un quart-d'heure de repos, ne tousse plus que quatre ou cinq fois par jour, ou même une ou deux fois seulement. La toux vient par accès, mais ces accès sont rares et éloignés; la plupart des malades ont remarqué qu'ils étaient plus fréquens la nuit que le jour.

L'expectoration subit pour sa quantité un décroissement proportionnel; au bout d'un mois de traitement, elle a souvent diminué de la moitié, des trois quarts, ou même des sept huitièmes. J'ai même vu des malades qui rendaient douze onces de crachats par jour finir par n'expectorer plus qu'une once dans le même laps de temps. J'ai vu, au bout d'un mois, l'expectoration avoir cessé complètement; dans d'autres cas, où elle était moins abondante, j'ai vu six fois la toux cesser et l'expectoration se supprimer complètement; dans quatre cas, la cessation de l'expectoration n'eut lieu qu'au bout de quarante jours; dans les deux autres, elle eut lieu vers le quinzième jour.

J'ai peu de remarques à faire à l'égard de l'influence du proto-iodure sur la qualité des crachats; il m'a paru qu'ils augmentaient d'épaisseur en diminuant d'abondance; qu'ils devenaient plus visqueux et l'expectoration de plus en plus difficile (2).

(1) L'accélération du pouls, signalée dans ce travail, n'est que primitive, et tient à l'excitation produite par le médicament; quelquefois elle n'est que momentanée; dans d'autres cas, elle se prolonge assez longtemps; mais il est très fréquent de constater, après quelques jours de l'emploi du proto-iodure de fer, un abaissement très notable dans le nombre des pulsations, qui tombe souvent fort au-dessous de ce qu'il était avant l'emploi du médicament. En général, c'est un signe très favorable; il annonce que l'agent thérapeutique employé exerce toute l'influence qu'on en attendait. Il est cependant des cas où l'on remarque une amélioration notable, bien que le pouls conserve toute sa vitesse primitive. Quand les pulsations ont beaucoup augmenté sous l'influence du proto-iodure de fer, et que le pouls persiste avec cette accélération, il n'y a généralement pas de bons résultats à attendre de l'action du médicament.

(Note de M. Dupasquier.)

(1) Le phénomène signalé par M. Boissière dans ce passage, et qui s'observe presque constamment dans les huit premiers jours du traitement, pour cesser ensuite complètement, ne mérite presque jamais le nom d'hémoptisie; car il s'agit, dans la plupart des cas, de crachats simplement mélangés d'un peu de sang; ou bien le malade rend à quelques reprises une, deux ou trois gorgées de sang clair. Je n'ai jamais vu d'hémorragie un peu abondante être provoquée par l'action du proto-iodure de fer. (Note de M. Dupasquier.)

(2) J'ai remarqué que les crachats perdaient peu à peu le caractère purulent et passaient au caractère muqueux ou catarrhal. Ce fait s'explique facilement par l'énergie et la rapidité avec laquelle le proto-iodure de fer diminue la suppuration des cavernes, tandis que son action est bien moins marquée sur le produit de la sécrétion de la muqueuse dans la bronchite chronique.

(Note de M. Dupasquier.)

Douleurs de poitrine. Les douleurs dont je veux parler sont celles qui sont particulières aux phthisiques, celles qu'ils éprouvent entre les épaules, dans les régions scapulaires, ou sur les parois du thorax, et qui paraissent être sympathiques de la lésion organique, qui siége profondément; j'ai toujours vu ces douleurs cesser rapidement, c'est-à-dire dans l'espace de trois semaines ou un mois au plus tard. A l'égard des douleurs pleurétiques ou de celles qui ont leur siége dans les parois des cavernes, je n'ai jamais constaté que le proto-iodure ait sur elles quelque influence.

Symptômes locaux anatomiques. — *Signes physiques de la présence des tubercules.* Ces signes sont : la bronchophonie, le bruit d'expiration intense et prolongé, le souffle bronchique, l'âpreté du bruit vésiculaire, la matité, le frémissement thoracique. Il est évident que si, à la suite de l'administration suffisamment prolongée du proto-iodure de fer, l'on venait à constater la disparition complète de tous ces signes, il faudrait en conclure que les tubercules ont aussi complètement disparu, et qu'une diminution de l'étendue dans laquelle ces signes sont perçus, ou de l'intensité avec laquelle ils sont perçus, traduit une diminution proportionnelle dans l'étendue et l'intensité de l'infarctus tuberculeux : cela admis, j'expose sans commentaires les résultats immédiats de l'observation.

Je n'ai observé dans le service de M. Dupasquier que six cas de tubercules crus avec absence de cavernes; aucun de ces cas ne m'a offert la disparition complète de tous les signes physiques, même sur un seul côté du thorax; dans l'un de ces cas, je n'ai même pu constater aucune diminution, aucune amélioration; mais, dans les cinq autres, j'ai reconnu des changemens notables; ainsi, chez deux sujets, j'ai constaté la cessation complète du bruit d'expiration et du souffle bronchique, et le retour de la respiration à son état normal ; les autres symptômes n'avaient pas cessé, mais ils avaient diminué de plus de la moitié; dans l'un des cas, au bout de deux mois; dans l'autre, au bout de quinze jours de l'administration du proto-iodure. J'ai vu trois fois la bronchophonie diminuée de plus de la moitié de son intensité; la matité et le frémissement avaient subi un décroissement proportionnel. J'ai trouvé aussi que la diminution de l'étendue dans laquelle les signes étaient perçus marchait d'un pas à peu près égal avec la diminution de leur intensité; j'ai constaté dans tous les cas que la diminution en étendue a lieu de bas en haut et commence sur les limites des tissus malades avec les tissus sains; et dans la comparaison des deux poumons entre eux, j'ai toujours trouvé le progrès beaucoup plus rapide dans le poumon qui était le moins altéré. Ces faits nous apprennent que la résolution commence toujours dans les parties les moins profondément altérées, et ils suffisent pour mettre hors de doute l'influence résolutive du proto-iodure de fer sur les tubercules crus.

Signes physiques de la présence des cavernes. Je ne parlerai que de ceux à l'égard desquels il n'existe aucune controverse, et qui sont généralement admis; ce sont la pectoriloquie, le gargouillement et le souffle caverneux; M. Dupasquier reconnaît encore la présence des cavernes au caractère du frémissement thoracique; mais le but de ce travail me dispense de rendre compte des modifications que ce dernier signe éprouve; il me suffira de dire qu'elles sont parfaitement en rapport avec celles que les autres signes manifestent, et qué, dans les cas où tous ces signes disparaissent, c'est toujours le frémissement thoracique qui disparaît le dernier; toutefois je n'ai pu par moi-même constater ce fait qu'une seule fois (1).

(1) Le *frémissement thoracique*, celui qui est perçu par la main appliquée sur les parois de la poitrine quand le malade parle, est un signe qui a été négligé par tous les pathologistes, ou auquel ils n'ajoutent pas d'importance. Ce signe, en effet, n'a donné que des indications de nulle valeur en suivant le mode de procéder admis généralement; l'observation m'a conduit à en tirer un très grand et très utile parti pour le diagnostic des différentes périodes de la phthisie pulmonaire, ainsi que pour quelques autres affections des poumons; mais c'est en procédant d'une manière toute différente qu'on ne l'a fait jusqu'ici, où l'on se bornait à l'application d'une seule main, ce qui ne donnait que de fausses indications. J'applique simultanément les deux mains sur les deux points correspondans du thorax, et je fais parler le malade; la différence de résonnance obtenue me donne l'indication de l'etat pathologique; cette nouvelle méthode d'exploration est très facile à mettre en pratique, et donne des indications très certaines. Dans la plupart des cas, elle peut dispenser de l'emploi du stethoscope; elle sera surtout très utile pour les médecins des hôpitaux, qui ont besoin de se rendre compte rapidement de l'etat des organes. Je désigne cette méthode d'exploration sous le nom de *chéiro-stethoscopie*, ou *exploration chéirique de la poitrine*, pour qu'on ne la confonde pas avec la simple application d'une main mise quelquefois en usage, mais qui ne donne, je le répète, que des lumières incertaines pour le diagnostic des affections tuberculeuses. Je m'occupe au reste de la rédaction d'un mémoire très developpé sur cette nouvelle méthode d'exploration pulmonaire. J'aurai bientôt l'honneur de le soumettre à l'Académie royale de médecine. (Note de M. Dupasquier.)

Sur huit phthisiques porteurs de cavernes et qui vivent encore, il en est deux chez lesquels la pectoriloquie et le gargouillement ont cessé d'une manière absolue. Chez l'un d'eux il est resté une respiration caverneuse très faible et de la bronchophonie; chez l'autre, le souffle caverneux et la bronchophonie ont aussi disparu d'une manière complète. Je dois ajouter que, dans ces deux cas, les signes physiques des cavernes n'existaient que dans un espace assez circonscrit, qui ne dépassait pas en étendue l'aire du stéthoscope.

Dans les six autres cas, tous les signes des cavernes ont persisté, malgré un amendement notable dans tous les autres symptômes. Ces deux faits prouvent d'une manière incontestable la possibilité de la cicatrisation des cavernes lorsqu'elles sont peu nombreuses et peu vastes; elles démontrent en même temps l'influence avantageuse du proto-iodure de fer.

Symptômes généraux. Les plus essentiels parmi ces symptômes sont l'amaigrissement graduel et l'anorexie, la diminution progressive des forces musculaires, les paroxysmes fébriles du soir et les sueurs nocturnes.

Sur les six cas de tubercules crus que j'ai observés, trois n'avaient ni sueurs nocturnes ni paroxysmes fébriles ; je n'ai donc pu observer l'influence du proto-iodure sur ces symptômes que dans trois cas seulement de tubercules crus; voici ce que j'ai noté : chez deux de ces malades les sueurs ont persisté jusqu'au troisième mois de l'administration du proto-iodure en diminuant graduellement d'abondance et de durée, en sorte qu'aujourd'hui ce symptôme, bien qu'existant encore, est à peine appréciable. Chez l'autre, les sueurs ont cessé complètement au bout de quinze jours.

Sur les huit cas de cavernes, il en est six chez lesquels les sueurs ont persisté sans aucun amendement. Chez les deux autres, les sueurs avaient cessé au bout de quarante jours. Ces deux cas sont ceux dans lesquels j'ai signalé la disparition des signes physiques des cavernes.

De ces faits, il résulte que le proto-iodure de fer a au moins dans certains cas une influence favorable sur l'exhalation cutanée des phthisiques (1).

Cette influence du médicament est, au contraire, très marquée sur les phénomènes de la digestion et de la nutrition. Les 7 huitièmes des phthisiques, auxquels le proto-iodure a été administré, m'ont offert sous ce rapport des changemens bien remarquables, même pendant la troisième période. Chez tous ces malades dans un laps de temps compris entre 8 et 50 jours, mais en rapport constant avec le degré de la lésion pulmonaire, l'appétit est revenu, les digestions se sont rétablies, la bouche a cessé d'être pâteuse, les dégoûts, les nausées provoqués par les alimens ont disparu. La pesanteur à l'épigastre pendant la digestion, et la fièvre digestive, si prononcée chez le plus grand nombre, ont cessé complètement; la face a perdu son teint blafard ou pâle terreux, et a repris sa fraîcheur normale; l'amaigrissement a diminué graduellement et a cessé dans quelques cas. Les chairs ont perdu leur mollesse et leur flaccidité; les forces musculaires sont revenues; il y a eu un retour entier de toutes les fonctions à l'état qui caractérise une santé parfaite.

Plusieurs malades qui étaient entrées dans le service de M. Dupasquier dans un état de faiblesse musculaire telle qu'elles ne pouvaient soutenir la marche et la station verticale, au-delà de quelques minutes, ont pu, au bout d'un temps plus ou moins long, se tenir debout et se promener pendant la moitié du jour et même se livrer à des exercices fatigans.

INFLUENCE DU PROTO-IODURE DE FER ÉTUDIÉE COMPARATIVEMENT DANS LES DIVERSES PÉRIODES DE LA PHTHISIE.

Les faits que j'ai observés moi-même sont trop peu nombreux pour résoudre cette question; je m'abstiens de la discuter; mais je dois ici consigner l'opinion de M. Dupasquier fondée sur cinq ans d'observation, c'est que l'efficacité du proto-iodure de fer est bien plus grande ou du moins plus évidente dans la troisième période que dans la deuxième, et dans celle-ci que dans la première.

INFLUENCE DU PROTO-IODURE SUR LES DIFFÉRENTES ESPÈCES DE PHTHISIES PULMONAIRES.

Bien que les différences dans l'étendue du poumon, compromise par l'affection tuberculeuse, établisse entre les phthisiques des différences tranchées, au point de vue des symptômes comme sous celui du pronostic, l'on ne peut cependant établir sur cette circonstance une distinction d'espèce, par l'impossibilité qu'il y a d'assigner des limites à celles que

(1) La diminution et même la suppression des sueurs est un phénomène que j'ai observé le plus fréquemment pendant les cinq ou six années de l'administration du proto-iodure à l'Hôtel-Dieu. (Note de M. Dupasquier.)

SUPPLÉMENT,

l'on pourrait créer; tontefois, si la séméiologie purement physiologique s'oppose à des distinctinns d'espèces, la séméiologie physique nu anatomique ne peut se refuser à admettre plusieurs degrés, uniquement fondés sur la quantité de poumon envahie par la dégénérescence tuberculeuse. Considérée sous le point de vue de ces divers degrés, l'action du proto-iodure n'a rien que de très naturel; son action est d'autant plus efficace, que la lésion pulmonaire est moins étendue.

Quant aux espèces proprement dites, je ne citerai que la division la plus importante, celle de la phthisie en constitutionnelle et accidentelle; dans ces deux variétés, l'action du proto iodure de fer m'a paru bien différente.

La phthisie accidentelle, celle surtout qui est consécutive à une phlegmasie aiguë nu chronique, de la muqueuse ou du parenchyme pulmonaire. Cette espèce, dont j'ai observé trois cas, a toujours résisté à l'action du proto-iodure; dans ces cas, M. Dupasquier se borne le plus souvent à la médecine palliative. Ainsi, tout ce que j'ai dit du proto-iodure de fer doit s'entendre presque exclusivement de la phthisie constitutionnelle (1).

Conclusions. — De tous ces faits, l'on est en droit de déduire cette proposition : que les propriétés physiologiques et thérapeutiques du proto-iodure de fer, étudiées chez les phthisiques, se résument toutes en nne action à la fois tonique, astringente et résolutive. Comme tonique, le proto iodure relève toutes les fonctions, et surtout la digestion, l'hématose et l'assimilation; comme astringent, il fait cesser la sécrétion exagérée de la muqueuse bronchique, et les sueurs nocturnes; enfin, comme résolutif, il provoque la résorption des produits organiques déposés dans le parenchyme pulmonaire; à ces trois actions, je devrais ajouter celle de favoriser, de hâter la cicatrisation des cavernes, si cette action n'était implicitement contenue dans les trois autres.

Il reste donc démontré que l'administration du proto-iodure de fer dans la phthisie pulmonaire est non seulement innocente, mais encore d'une utilité incontestable, et j'ose même dire que nulle autre médication connue ne peut lui être comparée.

MODE D'ADMINISTRATION DU PROTO-IODURE DE FER.

Parmi les principes qui règlent l'administration du proto-iodure, les uns sont relatifs au médicament lui-même; d'autres au malade qui en fait usage. Je dois la connaissance de toutes ces règles à la bienveillance de M. Dupasquier, qui a bien voulu me les communiquer, et j'ai eu fréquemment l'occasion d'en vérifier l'exactitude et la nécessité.

Règles relatives au médicament. — Le proto-iodure de fer se décomposant très rapidement au contact de l'air et sous l'influence de l'oxigène, on ne doit le préparer qu'au fur et à mesure qu'on l'emploie.

Si l'on est obligé de le préparer d'avance, on doit le conserver dans du sirop de gomme blanc, parce que le sucre et la gomme ont la propriété d'empêcher l'oxidation du fer; ce sirop sera conservé à l'abri du contact de l'air et dans un lieu où la température sera peu élevée.

Pour l'administration immédiate, le sirop de gomme est encore le meilleur véhicule; après lui viennent les eaux gazeuses et les eaux distillées; les tisanes faites avec l'eau commune doivent être rejetées, l'oxigène que l'eau retient en solution pouvant réagir sur le proto-iodure.

La décomposition du proto-iodure se reconnaît à la couleur verdâtre, puis brune rougeâtre, que prend successivement le liquide.

Le proto-iodure conservé dans le sirop de gomme, d'après les règles précédentes, peut rester une quinzaine de jours et même davantage sans se décomposer.

Règles relatives au malade. — Le médicament, étant liquide, se mesure par goutte. Il est facile de faire la conversion des gouttes en grammes, 15 gouttes pesant 1 gramme.

(1) Il y a cependant encore une distinction importante à établir. Lorsque l'affection tuberculeuse est le résultat d'un vice organique communiqué par les parens, ou autrement, lorsque la phthisie est héréditaire, l'emploi du proto-iodure de fer peut être utile et s'opposer quelque temps à la marche de la maladie, ou du moins en améliorer les symptômes; mais il y a peu d'espoir, dans ce cas, d'arriver à une disparition complète des symptômes, et moins encore à une guérison absolue.

C'est particulièrement dans les cas où la dégénérescence tuberculeuse et la phthisie pulmonaire se développent chez des sujets préalablement en bon état de santé, mais dont la constitution s'est profondément altérée sous l'influence de circonstances défavorables qu'on peut attendre d'excellens résultats de l'administration de ce médicament.

Son emploi sera donc principalement utile dans les grandes villes manufacturières, où tant de causes contribuent à détériorer la constitution des jeunes sujets qui abandonnent les travaux de la campagne pour aller pervertir leurs mœurs et leur santé dans ces foyers de débauche et de misère.

(Note de M. Dupasquier.)

C'est ordinairement par la dose de 15 gouttes que l'on commence l'administration du remède. Chez les sujets très jeunes nu considérablement affaiblis, l'on ne commence que par 10 gouttes ou même 5 gouttes.

Dès que la tolérance est établie, l'on augmente la dose tous les deux ou trois jours, de 5 à 10 gouttes jusqu'à ce que l'on soit arrivé à 120 gouttes qui font 8 grammes. Arrivé à cette dose, l'on continue l'administration du médicament sans l'élever davantage, ou bien on le suspend pendant une huitaine de jours, pour recommencer au bout de ce temps par 15 ou 20 gouttes.

Toutes les fois que le malade éprouve quelque phénomène un peu intense ou insolite, on a coutume de suspendre le proto iodure pour s'assurer si le phénomène ne s'est pas manifesté sous l'influence du médicament. Dans le cas où l'on reconnaît la réalité de cette influence, on examine si la persistance du phénomène est sans inconvénient pour le malade; dans ce cas le médicament est continué; dans le cas contraire où la persistance du phénomène pourrait avoir des suites fâcheuses, le médicament est suspendu jusqu'à la cessation complète du phénomène.

C'est ainsi que le proto-iodure détermine souvent de la céphalalgie, de l'insomnie et des palpitations qui persistent pendant huit ou dix jours et qui cessent ensuite spontanément, bien que l'on n'ait pas suspendu son emploi; il en est de même pour les phénomènes observés du côté des organes digestifs. Mais si les vomissemens persistent plus de deux ou trois jours; mais si au lieu de faire cesser la diarrhée comme cela arrive ordinairement, la diarrhée augmente d'une manière évidente, alors on suspend le médicament pour un temps; on combat ces symptômes par des moyens appropriés, et l'on recommence plus tard à plus faible dose.

Avant de terminer, il me reste à exposer brièvement les moyens que M. Dupasquier a l'habitude d'associer au proto-iodure de fer; ces moyens sont pharmaceutiques et hygiéniques.

Les moyens pharmaceutiques qu'il emploie le plus souvent sont : le vin de Bordeaux, l'élixir viscéral d'Hoffmann, le quinquina et d'autres amers; l'eau gazeuse, l'eau acidulée de Saint Galmier; les opiats avec la conserve de roses, d'aunée, le sirop de quina, le sirop d'œillets, le cachou, et quelquefois l'extrait de ratanhia; enfin, les diverses tisanes pectorales et béchiques, juleps et potions, vulgairement usitées en pareil cas quand il faut combattre l'irritation bronchique.

Les moyens hygiéniques sont un régime presque exclusivement animal; les repas sont aussi copieux que les malades peuvent les supporter. M. Dupasquier engage toujours les phthisiques à manger jusqu'à satiété; enfin il fait tout ce qu'il est possible de faire à l'hôpital pour rendre le régime tonique et analeptique. De plus, il recommande aux malades de se vêtir chaudement et de se livrer à des exercices en rapport avec le développement de leurs forces.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATION D'HÉMIPLÉGIE FACIALE AVEC DÉVIATION DE LA LUETTE VERS LE CÔTÉ SAIN; CONSTATATION DU RETOUR DE CETTE PARTIE A SA RECTITUDE NATURELLE AU FUR ET A MESURE DE LA GUÉRISON DE LA PARALYSIE; communiquée par M. Diday.

L'observation qui suit me paraît propre à fixer un point encore obscur de la physiologie du système nerveux, celui qui est relatif à la participation du nerf facial aux mouvemens du voile du palais. Mais avant de rapporter le fait, il ne sera pas sans utilité peut-être de rappeler où en était demeurée cette intéressante question.

On sait que des communications multipliées existent entre le facial et les nerfs qui se ramifient dans le voile palatin ; mais on sait aussi que jusqu'ici il n'a pas été possible de déterminer avec certitude, d'après la direction qu'affectent les branches nerveuses, s'il y a effectivement une influence exercée par le facial sur les mouvemens du voile. Soit, en effet, qu'on invoque le rameau supérieur du nerf vidien, lequel réunit le facial au ganglion sphéno-palatin, et par suite aux nerfs palatins, soit que l'on considère, ainsi que je l'ai rappelée dans ce but en 1838, l'anastomose du rameau mastoïdien postérieur du facial avec le glosso-pharyngien, il reste douteux même pour les meilleurs anatomistes si la distribution des branches de communication se fait dans le sens des nerfs palatins au facial, ou dans celui du facial aux nerfs palatins.

Dans cette incertitude qu'augmentaient encore les avis contradictoires des autorités les plus compétentes, il parut naturel de s'adresser à l'observation pathologique; et son langage, il faut bien le reconnaître, sembla

d'abord clair et décisif. La déviation de la luette s'observait si souvent dans le cas d'hémiplégie faciale que l'on put croire, et que l'on crut en effet, avoir trouvé dans cette coïncidence un argument irréfragable pour établir la réalité de l'influence de la septième paire sur les mouvemens du voile palatin.

Mais cette conviction, toute fondée qu'elle paraissait, ne devait pas subsister long-temps sans opposition. Le fait pathologique qui lui servait de base se reproduisait tous les jours. On ne pouvait donc le nier. Mais on songea à lui donner une interprétation différente. C'est ce que fit M. Debrou, en disant (Thèses de Paris, août 1841) que si l'on voit la luette déviée dans quelques cas d'hémiplégie faciale, cela ne tient pas à la lésion nerveuse, mais à une disposition naturelle de cet appendice, qui, chez plusieurs sujets, loin d'être vertical dans l'état normal, se trouverait au contraire incliné à droite ou à gauche. Une pareille assertion excita d'abord quelqu'incrédulité, et je me rangeai moi-même alors au nombre des opposans. Mais M. Debrou n'eut pas de peine à me persuader, et je me rappelle fort bien que, pendant que nous dissertions ensemble sur la possibilité ou la non possibilité de cette déviation naturelle de la luette, il lui vint tout-à-coup à l'idée d'examiner la mienne, et nous trouvâmes, en effet, qu'elle offrait une obliquité assez prononcée. Un tel argument, on le pense bien, termina promptement la discussion; et depuis j'eus plusieurs occasions de vérifier la justesse de l'observation faite par mon estimable confrère.

Mais, quoique d'accord avec lui sur la réalité du fait anatomique, je ne pus partager son avis sur les conséquences à en tirer. De ce que la luette offre quelquefois une déviation naturelle, faut-il conclure qu'elle n'est jamais le siége d'une déviation pathologique? Telle était la question à poser, et si M. Debrou semblait la résoudre par l'affirmative, je ne pouvais consentir, pour mon compte, à lui donner une semblable solution. Je résolus donc de me livrer à de nouvelles investigations afin de voir si je ne parviendrais pas à dégager des termes du problème cette complication embarassante et à trouver des cas où l'obliquité à droite ou à gauche de la luette pût légitimement être rapportée à la seule action de la paralysie faciale. Des difficultés graves m'attendaient dans cette recherche. Pour atteindre mon but, en effet, il fallait de deux choses l'une : rencontrer la déviation en question chez un sujet affecté d'hémiplégie faciale et sur lequel j'eusse pu constater, antérieurement à sa paralysie, la rectitude de la luette; ou bien voir, chez un individu paralysé du nerf facial, la luette déviée se redresser à mesure que la lésion nerveuse viendrait à se dissiper. La première voie d'exploration étant à peu près impraticable, vu l'impossibilité de savoir quel était l'état normal de la luette chez les malades que le hasard soumet à notre observation, je m'en tins à la seconde qui me sembla plus simple et tout aussi probante. Si, en effet, dans un cas d'hémiplégie faciale, je voyais la luette, d'abord inclinée d'un côté, reprendre par degré une direction verticale en même temps que les autres caractères extérieurs de la paralysie s'effaçaient, n'était-il pas évident que cette dernière situation constituait son état normal qui, momentanément altéré par suite de la lésion du nerf facial, se reproduisait dès que les fonctions de celui-ci reprenaient leur intégrité? Ce n'est point là une hypothèse gratuite; c'est la seule explication possible en présence de la série de symptômes que je suppose. Or, cette succession de phénomènes, dont un seul exemple bien constaté devait juger la question de l'intervention du facial dans les mouvemens du voile du palais, après l'avoir longtemps cherchée vainement je l'ai enfin rencontrée chez un malade placé dans le service de M. Ricord, à l'hôpital du Midi. Je dois à son zèle pour la science, ainsi qu'à l'empressement bienveillant de M. Maccarthy, interne des hôpitaux, de pouvoir publier des détails appuyés des témoignages les plus propres à lui donner créance et valeur.

Obs. — Le nommé Foutaine (François), âgé de 25 ans, eut, il y a un an, quelques chancres indurés au fellet du prépuce. Quatre mois plus tard, s'étant exposé à une seconde infection, de nouvelles ulcérations se manifestèrent au même lieu. On ne lui administra aucun traitement général; seulement quelques frictions mercurielles furent faites sur un bubon qui apparut à cette époque. Six semaines environ s'étaient écoulées depuis la cicatrisation des derniers chancres, lorsque le malade fut pris d'une éruption pustuleuse générale, et des tubercules muqueux se montrèrent au pourtour de l'anus. A ces symptômes de syphilis secondaire on opposa l'usage à l'intérieur du proto iodure de mercure et quelques fumigations cinnabrées. Ce traitement dissipa les accidens; cependant quinze jours après sa sortie de l'hôpital, il y revint avec une éruption pustuleuse fixée sur les jambes seulement et un engorgement syphilitique du testicule droit. Couché salle 3, n° 10, on combattit cette récidive par l'emploi du proto-iodure de mercure combiné avec celui de l'iodure de potassium. Sous l'influence de ce traitement qui fut continué pendant près de trois mois sans avoir amené d'autres accidens qu'un peu de salivation et quelques maux de tête, Fontaine sortit de l'hôpital bien guéri en apparence. Cependant de nouveaux désordres ne tardèrent pas à se déclarer. Des étourdissemens assez fréquens et une surdité commençante le décidèrent à rentrer dans le service de M. Ricord où il fut admis le 13 août 1842, après être resté douze jours chez lui sans se soigner.

Examiné à son entrée, on reconnut, outre les lésions déjà énoncées, tous les signes d'une hémiplégie faciale du côté gauche fortement accentuée: traction à droite de la commissure labiale, affaissement de la narine gauche, impossibilité de fermer les paupières du même côté. Nous reconnaissons aussi en touchant l'une et l'autre narine, et en plaçant du tabac sous le nez du malade, que la faculté de percevoir les odeurs est sinon abolie, du moins singulièrement diminuée du côté gauche; ce qui tient sans doute à la paralysie des muscles qui exécutent l'acte de flairer, comme nous l'avons prouvé ailleurs (v. Gaz. Méd., 1838, Mém. sur les appar. muscul. annexés aux organes des sens). La sensibilité gustative parut aussi un peu moindre sur la moitié gauche de la langue; mais les expériences faites sur ce point n'eurent pas un résultat assez décisif pour qu'on pût regarder le fait comme entièrement démontré. Quant à la luette, je remarquai qu'elle était un peu portée en avant et fortement déviée à droite; et elle se maintenait dans la même direction, quels que fussent les mouvemens du voile du palais que le malade exécutât pendant que sa bouche demeurait ouverte. Cet état fut aussi constaté par M. Ricord, à sa visite, ainsi que par M. Maccarthy.

Traitement. Application de 15 sangsues aux oreilles, vésicatoire sincipital, entretenu durant quinze jours et remplacé plus tard par des frictions mercurielles. A l'intérieur, iodure de potassium porté graduellement jusqu'à la dose de 3 grammes par jour.

Le 2 septembre, le traitement local et général a été continué avec persévérance. Une amélioration prononcée est survenue dans tous les symptômes de la paralysie. Les douleurs de tête et les étourdissemens sont complètement dissipés, et l'irrégularité des traits de la face est devenue moins choquante. Néanmoins la luette conserve encore une déviation sensible à droite.

Le 13 septembre, je revis le malade pour la dernière fois avec M. Ricord et M. Maccarthy. L'administration de l'iodure de potassium n'avait pas encore été suspendue. Les caractères extérieurs de la paralysie faciale étaient presque tous effacés. Ainsi le malade sifflait et chantait librement. Plus de gêne dans la mastication; plus d'imperfection dans l'olfaction de la narine gauche. Il fermo les paupières des deux côtés avec une facilité presque égale. *La luette est droite, et elle conserve sa rectitude dans tous les mouvemens que le malade lui imprime.*

Je me suis abstenu à dessein de toute réflexion sur la nature de la lésion qui a amené, dans ce cas, la paralysie faciale. Une seule question faisait l'objet de cette communication, l'intervention du nerf facial dans les mouvemens du voile du palais; et j'ai cru devoir écarter tout détail étranger à la démonstration du fait en litige. Si l'on juge qu'il a été établi d'une manière satisfaisante, je me féliciterai d'avoir contribué à éclairer ce point si restreint mais si intéressant de physiologie.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 19 DÉCEMBRE.

M. Isidore Geoffroy-St-Hilaire lit un fragment intitulé : Etude sur la classification zoologique de Linnée.

M. Flourens lit l'éloge de Decandolle.

On proclame les résultats des différens concours.

PROGRAMME DES PRIX PROPOSÉS PAR L'ACADÉMIE DES SCIENCES POUR LES ANNÉES 1842, 1843 ET 1845.

GRAND PRIX DES SCIENCES PHYSIQUES POUR 1843.

L'Académie propose, pour sujet du grand prix des sciences physiques qui sera décerné, s'il y a lieu, dans sa séance publique de 1845, la question suivante :

« Déterminer, par des expériences précises, les quantités de chaleur dégagées dans les combinaisons chimiques. »

Plusieurs physiciens distingués ont cherché à déterminer, par des expériences directes, les quantités de chaleur dégagées pendant la combinaison de quelques corps simples avec l'oxigène; mais leurs résultats présentent des divergences trop grandes pour que l'on puisse les regarder comme suffisamment établis, même pour les corps, tels que l'hydrogène et le carbone, qui ont plus particulièrement fixé leur attention.

L'Académie propose de déterminer, par des expériences précises :

1° La chaleur dégagée par la combustion vive dans l'oxygène, d'un certain nombre de corps simples, tels que l'hydrogène, le carbone, le soufre, le phosphore, le zinc, etc., etc.;

2° La chaleur dégagée dans des circonstances analogues, par la combustion vive de quelques-uns de ces mêmes corps simples dans le chlore;

3° Lorsque le même corps simple peut former, par la combustion directe dans l'oxygène, plusieurs combinaisons, il conviendra de déterminer les quantités de chaleur qui sont successivement dégagées.

4° On déterminera, par la voie directe des expériences, les quantités de chaleur dégagées dans la combustion, par l'oxygène, de quelques corps composés binaires, bien définis, dont les élémens soient combustibles, comme les hydrogènes carbonés, l'hydrogène phosporé, quelques sulfures métalliques;

5° Enfin, les expériences récentes de MM. Hess et Andrews font prévoir les résultats importans que la théorie chimique pourra déduire de la comparaison des quantités de chaleur dégagées dans les combinaisons et décomposition,

opérées par la voie humide. L'Académie propose de confirmer, par de nouvelles expériences, les résultats annoncés par ces physiciens, et d'étendre ces recherches à un plus grand nombre de réactions chimiques, en se bornant toutefois aux réactions les plus simples. Elle émet le vœu que les concurrens veuillent bien déterminer, autant que cela sera possible, les intensités des courans électriques qui se développent pendant ces mêmes réactions, afin de pouvoir les comparer aux quantités de chaleur dégagées.

GRAND PRIX DES SCIENCES PHYSIQUES, PROPOSÉ EN 1837 POUR 1839, ET REMIS AU CONCOURS POUR 1843.

L'Académie avait proposé pour sujet du grand prix des sciences physiques à décerner, *dans la séance publique de* 1839, la question suivante, qu'elle remet au concours pour 1843 :

« Déterminer par des expériences précises quelle est la succession des changemens chimiques, physiques et organiques qui ont lieu dans l'œuf pendant le développement du fœtus chez les oiseaux et chez les batraciens.

« Les concurrens devront tenir compte des rapports de l'œuf avec le milieu ambiant naturel; ils examineront par des expériences directes l'influence des variations artificielles de la température et de la composition chimique de ce milieu. »

Dans ces dernières années, un grand nombre d'observateurs se sont livrés à des recherches profondes sur le développement du poulet dans l'œuf, et, par suite, à des études analogues sur le développement du fœtus dans les autres animaux ovipares. En général, ils se sont occupés de cet examen au point de vue anatomique. Quelques-uns pourtant ont abordé les questions chimiques nombreuses et pleines d'intérêt que cet examen permet de résoudre.

Admettons, en effet, que l'on fasse l'analyse chimique de l'œuf au moment où il est pondu, que l'on tienne compte des élémens qu'il emprunte à l'air ou qu'il lui rend pendant la durée de son développement; enfin qu'on détermine les pertes ou les absorptions d'eau qu'il peut éprouver, et l'on aura réuni tous les éléments nécessaires à la discussion des procédés chimiques employés par la nature pour la conversion des matériaux de l'œuf dans les produits bien différens qui composent le jeune animal.

En appliquant à l'étude de cette question les méthodes actuelles de l'analyse organique, on peut atteindre le degré de précision que sa solution exige.

Mais s'il est possible de constater par les moyens chimiques ordinaires les changemens survenus dans les proportions du carbone, de l'hydrogène, de l'oxygène ou de l'azote, si ces moyens suffisent, à plus forte raison, en ce qui concerne les modifications des produits minéraux qui entrent dans la composition de l'œuf, il est d'autres altérations non moins importantes qui ne peuvent se reconnaître qu'à l'aide du microscope.

L'Académie désire que, loin de se borner à constater, dans les diverses parties de l'œuf, la présence des principes immédiats que l'analyse en retire, les auteurs fassent tous leurs efforts pour constater, à l'aide du microscope, l'état dans lequel ces principes immédiats s'y rencontrent.

Elle espère d'heureux résultats de cette étude chimique et microscopique des phénomènes de l'organogénésie.

Indépendamment de l'étude du développement du fœtus dans ces conditions normales, il importe de constater les changemens que les modifications de la température ou de la nature des milieux dans lesquels ce développement s'effectue, peuvent y apporter. Les concurrens auront donc à examiner pour les œufs d'oiseaux, leur incubation dans divers gaz ; pour ceux des batraciens, leur développement dans des eaux plus ou moins chargées de sels, plus ou moins aérées.

Le prix consistera en une médaille d'or de la valeur de 3,000 francs. Les mémoires devront être remis au secrétariat de l'Académie avant le 1er avril 1843. Ce terme est de rigueur. Les auteurs devront inscrire leur nom dans un billet cacheté, qui ne sera ouvert que si la pièce est couronnée.

GRAND PRIX DES SCIENCES PHYSIQUES, PROPOSÉ POUR 1837, PUIS POUR 1839, ET REMIS AU CONCOURS POUR 1843.

L'Académie avait proposé pour sujet du grand prix des sciences physiques à décerner en 1837, la question suivante :

« Déterminer par des recherches anatomiques et physiques quel est le mécanisme de la production du son chez l'homme et chez les animaux vertébrés et invertébrés qui jouissent de cette faculté. »

Cette question n'ayant point été résolue, l'Académie, en 1837, la remit au concours pour l'année 1839, en la restreignant dans les termes suivans :

« Déterminer par des recherches anatomiques, par des expériences d'acoustique et par des expériences physiologiques, quel est le mécanisme de la production de la voix chez l'homme et chez les animaux mammifères. »

La question, réduite à ces termes, n'a point été, non plus, résolue.

Voici le rapport de la commission qui avait été chargée de juger les pièces adressées par le concours :

Rapport de la commission.

Commissaires : MM. Savart, Magendie, Breschet, Flourens, de Blainville, rapporteur.)

Six mémoires ont été envoyés au concours.

Les numéros 4 et 5, étant imprimés, avec le nom de leurs auteurs, n'ont pu être admis, d'après l'une des conditions imposées aux concurrens, celle d'adopter une épigraphe et d'envoyer leur nom dans un billet cacheté.

Des quatre autres concurrens, deux seulement ont paru avoir senti la nature véritable et la difficulté de la question. Cependant, la commission n'a pas jugé leur travail digne du prix, par défaut de recherches anatomiques ou d'expériences d'acoustique suffisantes; en conséquence, elle déclare qu'il n'y a pas lieu à ce que le prix des sciences physiques pour 1839 soit décerné.

Mais, vu le grand intérêt du sujet, et dans l'espoir que les personnes qui ont déjà commencé un long travail, pourront le perfectionner et ainsi atteindre le but, la commission propose à l'Académie de remettre pour la troisième fois, la question au concours, en la divisant en deux parties; l'une limitée à l'espèce humaine et aux expériences d'acoustique et physiologiques; l'autre qui se bornerait aux recherches anatomiques, comparées dans l'homme et chez les mammifères. Mais, dans ce dernier cas, la commission demanderait à l'Académie que la somme nécessaire pour l'établissement de ce second prix pût être prise sur les fonds Montyon en réserve.

L'Académie adopte les conclusions de ce rapport :

En conséquence, les deux questions suivantes sont proposées pour l'année 1843 :

« 1° Déterminer par des expériences d'acoustique et de physiologie quel est le mécanisme de la production de la voix chez l'homme.

» 2° Déterminer par des recherches anatomiques la structure comparée de l'organe de la voix chez l'homme et chez les animaux mammifères. »

Chaque prix consistera en une médaille d'or de la valeur de 3,000 fr.

Les mémoires devront être remis au secrétariat de l'Académie avant le 1er avril 1843 : ce terme est de rigueur. Les auteurs devront inscrire leurs noms sur un billet cacheté, qui ne sera ouvert que si la pièce est couronnée.

ANNONCE DES PRIX DÉCERNÉS POUR L'ANNÉE 1841.

PRIX DE PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE POUR L'ANNÉE 1841.

(Commissaires : MM. Magendie, Duméril, Becquerel, Flourens et de Blainville, rapporteur.)

La commission nommée par l'Académie à l'effet de décerner le prix de physiologie expérimentale pour l'année 1841, commission composée de MM. Duméril, Becquerel, Magendie, Flourens et de Blainville, m'a chargé de lui présenter son rapport ainsi qu'il suit :

Elle a reçu les ouvrages de huit concurrens :

L'un ne lui a pas paru devoir être considéré comme susceptible d'entrer au concours, il est intitulé :

ÉTUDES EXPÉRIMENTALES SUR LES FONCTIONS DE LA PEAU, par M. Bucos.

Deux lui ont semblé dignes d'être mentionnés honorablement comme ayant traité des questions d'un véritable intérêt, et quoique ces questions ne se rattachent peut-être pas encore directement à la physiologie expérimentale :

Le premier, intitulé RECHERCHES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES SUR LES OVAIRES DE L'ESPÈCE HUMAINE CONSIDÉRÉS SPÉCIALEMENT DANS LEUR INFLUENCE SUR LA MENSTRUATION, par M. le docteur Négrier d'Angers ;

Le second, en italien, sur l'influence de la nourriture et de la boisson sur la fécondité et la proportion des sexes dans les naissances chez l'espèce humaine ; ainsi que sur le nombre et la position des mamelles dans tous les mammifères par M. le professeur Bellingier, de Turin.

Quoique le sixième soit essentiellement anatomique, la commission a cependant a cru devoir le distinguer d'une manière toute particulière, à cause des recherches délicates et des résultats fort curieux qu'il renferme sur les changemens que subissent toutes les parties de l'organisation d'une mouche dans ses métamorphoses.

Il est dû à M. le docteur Léon Dufour, correspondant de l'Académie, et depuis longtemps connu d'elle par de nombreux et bons mémoires sur l'anatomie des insectes.

Deux n'ont pu être suffisamment examinés sous le rapport des expériences qui demandent à être répétées, et sont en conséquence renvoyés au concours de 1842.

Ce sont :

1° ÉTUDES NOUVELLES SUR LES PHÉNOMÈNES DE LA VIE, par M. le docteur Gabillot.

2° EXPÉRIENCES PHYSIOLOGICO-PATHOLOGIQUES SUR LE MÉCANISME DE L'INFLAMMATION, par M. Robert Latour.

Enfin, deux genres de travaux seulement lui semblent répondre aux intentions du fondateur et mériter le prix de physiologie expérimentale pour 1841.

Ce sont :

1° Quatre mémoires de M. le docteur Longet.

Le premier sur les fonctions du larynx chez les mammifères.

Le second sur l'irritabilité musculaire.

Le troisième sur les fonctions sensoriales et motrices des cordons de la moelle épinière, et les racines des nerfs qui en émanent.

Le quatrième sur les fonctions de l'épiglotte.

2° ESSAI SUR LES PHÉNOMÈNES ÉLECTRIQUES DES ANIMAUX, par M. le professeur Matteucci; essai formé déjà de deux mémoires importans :

L'un sur l'électricité développée dans le choc de la torpille;

L'autre sur l'électricité qui se manifeste dans la contraction musculaire de la grenouille et des animaux à sang chaud, et principalement sur celle qui constitue le courant électrique propre dans ces mêmes animaux.

En conséquence, à l'unanimité, sauf à l'égard de M. Longet, pour plusieurs des travaux duquel l'un de nous a cru devoir se récuser, comme ne pouvant pas être juge et partie sur des questions dont il s'est lui-même beaucoup occupé, la commission partage le prix entre MM. Matteucci et Longet.

Et comme la valeur de ce prix n'est que de 895 fr., et que ces deux concurrens ont dû être nécessairement conduits à des dépenses assez considérables pour faire leurs nombreuses expériences et les répéter devant les commissaires et autres membres de l'Académie, la commission a l'honneur de lui proposer d'ajon-

ter à la valeur du prix, et à titre de dédommagement, une somme qui sera déterminée par elle.

Elle lui propose en outre de décider que le mémoire de M. Léon Dufour sera imprimé, pour faire suite à ceux dont il a déjà enrichi les actes de l'Académie.

L'Académie adopte ces deux dernières propositions, et elle accorde à chacun des deux concurrens qui ont partagé le prix, MM. Longet et Matteucci, pour les dédommager des frais auxquels les ont entraînés leurs expériences, une somme de 1500 fr.

PRIX RELATIF AUX ARTS INSALUBRES.

(Commissaires : MM. Thénard, Chevreul, Séguier, Pelouze et Dumas, rapporteur.)

La commission des arts insalubres a l'honneur de vous proposer d'adopter les résolutions qui suivent, relativement aux concurrens sur lesquels il avait été fait un rapport par la commission précédente.

Prix de 3,000 francs à M. de la Rive, professeur de physique à Genève, pour avoir le premier appliqué les forces électriques à la dorure des métaux, et en particulier du bronze, du laiton et du cuivre.

Prix de 6,000 francs à M. Elkington, pour la découverte de son procédé de dorure par voie humide, et pour la découverte de ses procédés relatifs à la dorure galvanique et à l'application de l'argent sur les métaux.

Prix de 6,000 francs à M. de Ruolz, pour la découverte et l'application industrielle d'un grand nombre de moyens propres soit à dorer les métaux, soit à les argenter, soit à les platiner, soit enfin à déterminer la précipitation économique des métaux les uns sur les autres par l'action de la pile.

Relativement aux autres concurrens, la commission propose d'ajourner toute décision, faute de renseignemens propres à établir une application suffisante par l'industrie de leurs procédés ou de leurs produits.

PRIX DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

(Commissaires : MM. Breschet, Double, Serres, Roux, Duméril, Larrey, de Blainville, Isid. Geoffroy-Saint-Hilaire, et Magendie, rapporteur.)

Les ouvrages examinés par la commission ont été, pour 1841, moins nombreux que ceux des années précédentes. On en trouvera la raison dans la sévérité que nous avons mise à exécuter littéralement le programme adopté par l'Académie, c'est-à-dire, à n'admettre à concourir que les ouvrages accompagnés d'analyse où l'auteur mentionne la *découverte* ou les *découvertes* sur lesquelles il fonde ses prétentions. Grâce à cette sévérité, de trente-six ouvrages inscrits, il n'en est plus resté que vingt-six, dix ne remplissant point les conditions du programme.

Il est à croire qu'à l'avenir les auteurs, avertis par cet exemple, ne s'excluront plus eux-mêmes du concours, en négligeant une formalité très simple qu'il est si facile de remplir.

Une autre décision de la commission est encore venue diminuer le nombre des prétendans : se conformant à de sages précédens, la commission n'a point admis à concourir les découvertes, quelle que fût d'ailleurs leur importance, qui n'ont point reçu de l'expérience la sanction suffisante. Pour ce motif, dont l'Académie comprend aisément toute la portée, ont été renvoyés à de futurs concours les ouvrages proposant de nouvelles opérations chirurgicales destinées à guérir le strabisme, la myopie, le bégaiement, etc. Bien que ces ouvrages, et particulièrement celui de M. Lucien Boyer, offrent, par le grand nombre de faits anatomiques et pathologiques qu'ils renferment, un mérite remarquable, la commission croit devoir s'abstenir et attendre l'épreuve du temps.

Trois ouvrages, l'un de M. Petit de Maurienne, sur les habitations, l'autre de M. Marc Despine, sur les lois de la mortalité à Genève, le troisième de M. Dubois, sur la *pathologie expérimentale*, n'ayant pas directement trait au prix que la commission est chargée de décerner, ont été renvoyés, soit à la commission de statistique, soit à celle des arts insalubres, soit enfin à la commission de physiologie.

Malgré la perte douloureuse de deux de ses membres, malgré la maladie ou l'absence de quelques autres, tous les ouvrages admis, au nombre de vingt et un, ont été l'objet d'un rapport et d'une discussion spéciale. Après les avoir mûrement examinés, et en tenant compte des restrictions ci-dessus mentionnées, la commission a acquis la certitude qu'aucun des ouvrages présentés au concours, pour l'année 1841, ne contenait de découvertes assez importantes pour mériter un prix; mais elle pense que plusieurs de ces œuvres méritent encouragement et même récompense.

En conséquence, la commission a arrêté qu'une *récompense* serait donnée à M. le docteur Bouillaud, pour les deux ouvrages qu'il a envoyés au concours, et dont l'un a pour sujet les MALADIES DU COEUR, et l'autre le RHUMATISME. En donnant une telle distinction à ces ouvrages, qui renferment des faits et des éclaircissements nouveaux sur le diagnostic de maladies très-graves, la commission n'entend se prononcer ni sur les idées théoriques de l'auteur, ni sur le mode de thérapeutique qu'il propose, l'expérience n'ayant pas encore prononcé définitivement sur chacun de ces points.

Une *récompense* a été accordée à M. Grisolle, pour son livre sur la *pneumonie*. Sans rien renfermer de neuf, cet ouvrage, par la manière dont il résume les faits et dont il apprécie les divers traitemens d'une maladie des plus fréquentes, a paru digne d'être distingué.

La commission accorde un *encouragement* à M. Becquerel pour ses recherches sur la *séméiotique des urines*. Cet ouvrage contient un grand nombre d'expériences qui, poursuivies et variées avec l'excellent esprit qui dirige le jeune auteur, amènera sans doute d'utiles améliorations dans l'art difficile d'apprécier le caractère des maladies.

Enfin, la commission a décidé qu'elle mentionnerait honorablement le mémoire de M. Félix Hatin, sur l'HÉMALEUCOSE.

Quant aux travaux chirurgicaux, la commission a arrêté qu'il serait donné une *récompense* à M. Amussat, pour sa NOUVELLE MÉTHODE D'ENTÉROTOMIE LOMBAIRE.

A M. Ségalas, pour son nouveau mode de traitement des FISTULES URINAIRES, et à M. Ricord, pour l'heureux perfectionnement qu'il a apporté à cette méthode.

Une mention honorable est donnée à M. Mercier, pour son ouvrage sur les MALADIES DES VOIES URINAIRES.

La commission a donc l'honneur de proposer à l'Académie de donner, à titre de récompense :

A M. le docteur Bouillaud la somme de 4,000 francs;
A M. le docteur Amussat, 3,000 fr.;
A M. le docteur Grisolle, 2,000 fr.;
A M. le docteur Ségalas, 1,500 fr.;
A M. le docteur Ricord, 1,000 fr.;
A M. A. Becquerel, comme encouragement, 1,000 fr.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE EXTRAORDINAIRE DU 10 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. PAUL DUBOIS.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA TÉNOTOMIE.

M. J. GUÉRIN : Je me proposais de traiter aujourd'hui *des principes généraux de la ténotomie* en continuant à répondre à MM. Bouvier, Gerdy et Velpeau. Cette question n'est pas moins importante que celles précédemment examinées, et j'avais annoncé pouvoir la résoudre d'une manière contradictoire à celle de mes antagonistes. Par déférence pour l'Académie, je renonce volontiers à cette partie de mon argumentation. J'y suppléerai en lui présentant prochainement un mémoire développé sur les principes de la ténotomie. Je me bornerai à dire aujourd'hui quelques mots de la différence des résultats constatés sur mes deux opérées par M. Bouvier et nos cinq collègues, et sur les circonstances qui peuvent expliquer, jusqu'à un certain point, ces différences.

En ce qui concerne Clémentine Mouchy, sur laquelle je n'ai divisé que le fléchisseur sublime à la paume de la main, les différences entre M. Bouvier et nous sont assez peu importantes, surtout si l'on accepte la seconde version de notre confrère. Il n'y a pour lui et pour nous qu'un peu plus ou un peu moins. Les oppositions importantes n'existent que relativement à Clémence Delamain, sur laquelle j'ai divisé les deux ordres de fléchisseurs. Or, vous vous le rappelez, M. Bouvier dans un premier examen avait d'abord constaté la présence d'un certain degré de flexion dans les phalangettes, flexion qu'il dit manquer tout à fait aujourd'hui. Or, mes cinq collègues et moi nous avons parfaitement constaté l'existence de ces mouvemens. Voici quelques remarques qui pourront rendre compte, peut-être, de cette opposition.

Chez la jeune fille en question, les fléchisseurs opérés n'ont pas recouvré leur longueur normale. Ils sont encore trop courts pour permettre une extension complète de la main et des doigts, et surtout le renversement de la main en arrière avec redressement des doigts. Or, si l'on veut constater les mouvemens des phalangettes pendant le redressement des doigts et de la main, le résultat est tout différent de ce qu'il est quand la main est un peu fléchie sur le poignet. Dans le premier cas, les phalangettes sont un peu fléchies sur les phalangines, elles sont bridées par les fléchisseurs trop courts, et ne permettent pas aux extenseurs de les redresser. De plus, le degré de flexion qu'elles sont obligées de garder, sous l'influence de la brièveté et de la tension du fléchisseur profond, est à peu près celui qu'elles peuvent atteindre; il n'y a donc pas de mouvement très appréciable, à cause de l'extension impossible, et à cause de la flexion permanente. Mais si l'on incline un peu la main sur le poignet, alors les phalangettes ont toute liberté; les extenseurs peuvent les redresser sur les phalangines et les fléchisseurs peuvent les fléchir. Cette circonstance est principalement appréciable à la phalangette de l'annulaire, celle qui jouit du mouvement le plus étendu, mouvement que nos collègues ont déclaré être presque normal. J'ajouterai que lorsque le sujet tient un objet rond dans la main, comme un manche à balai, on voit manifestement les phalangettes s'incliner sur les phalangines d'un degré proportionnel à leur mobilité. Cependant cette inclinaison peut disparaître et les phalangettes se redresser à la volonté du sujet, pourvu que la main soit inclinée sur le poignet. Il se pourrait que ces circonstances aient été en partie cause de la méprise de M. Bouvier, et de son opposition avec mes cinq collègues et moi.

J'ajouterai en terminant que dans le cas où la discussion générale serait reprise et continuée au-delà de cette séance, je fais mes réserves, et je demanderai à reprendre mon tour d'inscription. Je le répète, je ne renonce aujourd'hui à la parole que pour me rendre au vœu de l'Académie.

M. BOUVIER réfute les assertions de M. Guérin sur l'origine des doctrines ténotomiques. Au paquet cacheté lu dans la dernière séance, il oppose un article de la PHYSIOLOGIE de Rudolphi, qui explique de la même manière l'étiologie des pieds-bots, et un passage du mémoire de Delpech SUR LES PIEDS-BOTS, qui pose en principe la généralisation de la ténotomie. Or, ces deux ouvrages sont de 1823, le paquet cacheté, adressé par M. Guérin à l'Académie en 1838, est également postérieur aux travaux de MM. Stromeyer, Dieffenbach, Little, etc.

En s'excusant, dit M. Bouvier, d'avoir divisé le sublime au-devant des premières phalanges chez M. Doubowitski, M. Guérin condamne lui-même ce pro-

cédé ; ce qu'il n'avait pas encore fait jusqu'ici. Il ne lui reste plus qu'à convenir que le profond ne peut pas se comporter autrement sur la deuxième phalange que le sublime sur la première, et on aura lieu de le féliciter d'une conversion plus réelle que celle qu'il m'attribue au sujet de la section des muscles de la main à l'avant-bras.

Je n'insiste pas sur les différences qui existent entre la réunion officieuse de M. Guérin et une véritable commission académique. Quelle que soit sa valeur, le document qu'elle a produit mérite un examen sérieux.

Voyons en quoi le témoignage de nos cinq collègues s'éloigne de celui que j'ai rendu d'après mes propres observations.

J'ai dit que le doigt indicateur avait perdu le mouvement de flexion de la troisième phalange chez Clémentine Mouchy, de la deuxième, devenue la dernière chez Clémence Delamain, et en cela j'étais d'accord avec M. Guérin, comme on peut le voir dans le compte-rendu de la séance du 25 octobre. L'attestation de nos cinq collègues porte qu'il existe, chez la première opérée, un mouvement de flexion *très* borné, quoique *très* appréciable de la troisième phalange de l'index, et chez l'autre malade une flexion très bornée, mais manifeste de la deuxième phalange. Il paraîtra sans doute singulier qu'à une première vue nos collègues aient découvert des mouvemens là où M. Guérin n'en avait pas observé pendant plusieurs mois qu'il a eu les malades sous ses yeux, là où je n'en ai pas rencontré après les avoir cherchés minutieusement à deux reprises différentes. Cette dissidence montre au moins, de leur part, une facilité remarquable à trouver des mouvemens inaperçus jusqu'à eux, et l'on s'étonnera moins, d'après cela, que je n'ai pu apprécier sur plusieurs doigts une mobilité qu'ils déclarent très sensible quoique en même temps *très bornée* ou même *très obscure*. (M. Bouvier continue à mettre en opposition sa version avec celle des commissaires.)

Au surplus, même en mettant l'erreur de mon côté, au sujet de ces deux opérées, le témoignage de nos collègues justifierait mes assertions et condamnerait celles de M. Guérin.

M. Bouvier établit une distinction dans ce qui a été dit par les cinq collègues sur les usages du membre chez Clémence Delamain, entre ce qui résulte de leurs propres observations et ce qu'ils n'ont pu apprendre que par le récit de la malade ou de ses parens. Suivant lui, ce dernier témoignage ne doit être admis aujourd'hui qu'avec réserve, parce que cette famille, qu'il avait laissée complétement étrangère à ce débat, a pu être influencée depuis. D'après le certificat, la malade coud de la main droite depuis l'opération. Sa sœur et elle avaient affirmé le contraire à M. Bouvier; la jeune fille s'était déclarée absolument incapable de coudre autrement que de la main gauche.

En résumé, dit en terminant M. Bouvier, je suis autorisé par le témoignage même de mes cinq collègues à persister plus que jamais dans l'appréciation définitive que j'ai donnée du fait de Clémence Delamain. Oui, ce fait est un *malheur*, parce que le pouce, le plus puissant des doigts, a perdu l'usage de sa deuxième phalange par l'effet de l'opération. C'est un malheur, parce que l'indicateur, déjà privé de sa troisième phalange, a encore perdu l'action de la seconde, si utilement associée à celle du pouce dans les fonctions délicates du membre. C'est un malheur, parce que les troisièmes phalanges du médius et de l'annulaire, devenues inertes, ne peuvent plus joindre leur effort à celui des autres phalanges de ces mêmes doigts. C'est un malheur, parce que le petit doigt, plus maltraité encore, n'agit plus qu'à sa base, et restant constamment étendu dans ses deux articulations inférieures devient à peu près inutile dans l'action de la main sur les corps. Et remarquez-le, Messieurs, toutes ces suites de l'opération, on les a méconnues d'emblée, on n'a point tenté d'abord l'emploi des moyens mécaniques, dont l'insuccès eût peut-être, jusqu'à un certain point, justifié l'opérateur. J'ai dit et je maintiens que c'est là *une faute*; car la réussite d'un traitement mécanique conservait aux doigts toute leur action. Que si les collègues que M. Guérin a appelés à son *aide*, suivant sa propre expression, trouvent cette conclusion exagérée, je les adjure de nous dire si, d'après un pareil fait, atteints eux-mêmes ou ayant un de leurs enfans atteint de rétraction des fléchisseurs des doigts, ils iraient tout d'abord présenter le membre au couteau de l'anatomiste, s'ils ne s'empresseraient pas bien plutôt et avant tout de mettre à l'œuvre quelque habile mécanicien, assurés du moins, s'ils réussissaient dans cette tentative, de ne point compromettre les fonctions du membre et d'obtenir un résultat à l'abri du blâme et des regrets.

(Extrait de la GAZETTE DES HÔPITAUX d'après la rédaction de M. Bouvier.)

M. VELPEAU : Quoi qu'on en dise, je crois le moment favorable pour éclaircir définitivement un point historique, que l'avenir nous reprocherait peut-être d'avoir négligé.

J'éprouve quelque embarras ici; j'ai à traiter la question relative aux tendons des doigts, puis à répliquer aux remarques de M. Guérin sur l'étiologie des difformités.

Je me permettrai de combattre de nouveau MM. Guérin et Bouvier; soit ensemble, soit séparément. Si j'accepte quelques-unes des remarques de M. Bouvier, j'en repousse plusieurs du même observateur. Je n'admets point, par exemple, ce qu'il vient de nous dire sur l'impossibilité de couper les tendons fléchisseurs de l'indicateur sans abolir les mouvemens; quoique là-dessus il semble avoir ramené M. Guérin à son opinion, je n'en soutiens pas moins qu'il se trompe. Pour moi, il est démontré, ainsi que je l'ai déjà dit, que la ténotomie des fléchisseurs des doigts est une opération à conserver. Aux raisons que j'en ai données, raisons tirées de l'anatomie, j'ajouterai même que de nouvelles dissections rendent maintenant la chose tout à fait claire. Les brides, les adhérences, dont j'ai parlé dans les séances précédentes, et qui empêchent les tendons divisés de se rétracter, ont été de nouveau étudiées. Le ligament que j'avais annoncé unir le fléchisseur profond sur l'une des phalanges existe aussi pour le superficiel. Un jeune médecin italien, M. Filugelli, en a fait une description soignée; d'où il suit que le profond adhère à la phalangine, en même temps que le superficiel est fixé sur la face antérieure de la phalange; en sorte que ce ligament rubané continue le tendon après l'opération, et sert à rétablir le mouvement du doigt. La peine que je me suis donnée là-dessus n'était pas si complètement inutile que M. Guérin veut bien le dire, car il n'a pas touché un mot de la question anatomique, et c'est lui qui est d'accord avec moi, plutôt que moi avec lui, sur la valeur de la ténotomie appliquée aux doigts.

Procédant par voie d'insinuation, M. Guérin a dit que les chirurgiens universaux pouvaient être dangereux dans un pareil débat, à cause de leur faculté assimilatrice. Je ne rechercherai point s'il existe ou non là-dessous une injure; mais on me permettra de repiquer que la faculté assimilatrice d'une spécialité doit être infiniment plus redoutable que celle d'un chirurgien proprement dit. Ne s'occupant que d'un seul point de la science, ces messieurs, en effet, s'emparent avec tant de soin, et prennent si bien autour d'eux ce qui s'y rapporte, se l'assimilent avec une force d'absorption si considérable, qu'il n'est bientôt plus possible aux véritables possesseurs de retrouver ce qui leur appartient en pareil cas.

M. Guérin s'est efforcé de prouver que j'avais vu ses pièces, qu'il m'avait exposé ses idées en juillet 1838, et que, pour plus de sûreté, il avait pris date dans le paquet cacheté dont on vous a lu le contenu samedi. Il résulte de là que mon TRAITÉ contient bien évidemment les doctrines et les principes que M. Guérin soutenait ne pas y être, et qu'il croit être son patrimoine; il est singulier que notre collègue ait pris tant de peine pour prouver que j'ai vu ses pièces, puisque j'étais moi-même venu le dire dans les séances du 24 juillet et du 30 octobre 1838, ainsi que la GAZETTE MÉDICALE, le BULLETIN DE L'ACADÉMIE, et tous les journaux du temps le constatent. Son paquet cacheté n'est pas moins étrange, puisque le contenu en est imprimé depuis plus de trois ans, pag. 778, 817, 1838 et 26 mars 1839, GAZETTE MÉDICALE; puis, au tome III, page 635 des BULLETINS DE L'ACADÉMIE, et même ailleurs. Que signifient ces précautions extrêmes quand il s'agit d'un fait public que personne ne nie? Quand j'ai parlé de mon livre, j'ai eu soin de dire que les doctrines et les principes dont je parlais lui étaient antérieurs. Puisque M. Guérin semble l'avoir oublié, et conserver encore ses illusions de priorité, je vais tâcher de l'édifier à ce sujet.

M. Guérin sait que mon chapitre relatif à la ténotomie était imprimé, quand j'allais le voir à la Muette; la preuve que ce volume était imprimé en 1838, c'est que le tome VII des MÉMOIRES DE L'ACADÉMIE, daté de 1838, renferme un travail où l'on peut voir que plusieurs passages de mon Traité sont déjà cités; c'est qu'en effet j'avais prêté ces feuilles à M. Bouvier, pour qu'il pût s'en servir pendant l'impression de son mémoire. D'ailleurs, n'ai-je pas aussi, moi, une sorte de paquet cacheté, qui a même l'avantage de n'avoir point été divulgué jusqu'ici, et dans lequel vous pouvez voir que M. Guérin m'écrit lui même que je ne connaissais pas ses travaux au moment de l'impression de mon chapitre sur la ténotomie. Assez là-dessus : n'ayant point dit que ces choses fussent de moi, M. Guérin se trouve évidemment à côté de la question, et je ne prendrai pas la peine de lui répondre, quand il dit que c'est par force et non par complaisance qu'il m'a fait insérer la note mentionnée précédemment; il plaisante sans doute quand il dit avoir été sur le point d'exiger de moi des cartons aux pages de mon livre concernant la ténotomie. Vous allez voir si j'avais besoin des gracieusetés de M. Guérin, pour rédiger mon livre, en 1837. J'ai publié (avant le paquet cacheté) dans mon TRAITÉ D'ANATOMIE, que les difformités du rachis et des membres dépendent de l'action musculaire. Je n'avais point fait de visite à la Muette, alors; d'ailleurs, l'édition du même ouvrage de 1833 contient le même fait exposé dans différens endroits. Si j'y tenais je pourrais remonter ainsi jusqu'en 1825, et j'imagine que M. Guérin n'a pas l'intention de rétrograder jusque là. Bien plus, M. Bouvier vient de vous lire des passages de Rudolphi, de Delpech, de Stromeyer, de Dieffenbach, en date de 1821, 1823, 1831 et 1834, qui sont assez clairs, il me semble. Sans rejeter ce qui nous vient de l'étranger, qu'on me permette de rapporter à nos compatriotes ce qui leur revient dans cette question. Avant Rudolphi, Béclard, qui s'est efforcé dans un long mémoire, lu en 1812 ou 1813, de rattacher toutes les monstruosités, les difformités, le pied-bot même à une maladie des centres nerveux. Avant MM. Stromeyer et Dieffenbach, nous avons, entr'autres, M. Lafont, qui dit formellement que les courbures de l'épine, le torticolis, les flexions permanentes du bras, des doigts, de la cuisse, des jambes, que le pied-bot, dépendent de la rétraction musculaire : c'est en 1828 et 1829 que cet auteur imprimait de pareilles choses, et je ne pense pas que M. Guérin s'occupât alors d'orthopédie; il songeait si peu à la ténotomie, que le 19 avril 1836 il écrivait encore à l'Académie pour proposer un moule en plâtre, comme remède du pied-bot. Veut-on quelque chose de plus précis; j'ouvre un mémoire spécial sur la matière, mémoire de M. Heide, publié à Strasbourg, le 15 juin 1836; on y trouve dans une foule d'endroits que le pied-bot tient à la rétraction des muscles, à l'inégalité des forces musculaires; on y trouve que la ténotomie doit être généralisée et appliquée à tous les cas de difformité dépendant du raccourcissement musculaire; qu'il faut couper le tendon d'Achille pour le pied-équin; les péroniers pour le valgus; le jambier pour le varus; le jambier et le péronier antérieur pour le talus, etc. On y trouve, en un mot, toutes les choses que j'ai indiquées dans mon livre, et que M. Guérin veut, à toute force, prendre, parce qu'il les a laissé entrevoir en 1838, plus de deux ans après, par conséquent, qu'elles avaient été exposées dans l'ouvrage de M. Heide. Notez bien, en outre, que M. Heide ne les donne pas comme de lui, car Delpech les avait indiquées en 1833, plus clairement que M. Guérin, en 1838. Si notre collègue n'est pas encore complétement désillusionné sur la valeur de ses prétentions, nous pourrons, au surplus, remonter encore plus loin dans l'histoire, et visiter ensemble les auteurs du dernier siècle; nous y trouverons des éclaircissemens qui ne pourront manquer de lui faire plaisir.

Quoi qu'il en dise, il doit effectivement savoir gré à ceux qui le mettent à même de rapporter à leur véritable source des points de science dont il avait fait son profit sans le savoir. Là-dessus, il ne peut y avoir, je crois, de dissidences, et il ne peut pas me savoir mauvais gré d'avoir rapporté à des auteurs beaucoup plus anciens que lui des méthodes, des doctrines, des principes que, par inadvertance, il s'était appropriés. Par scrupule, il regrette sans doute maintenant de s'être permis vis-à-vis de moi des insinuations tendant à faire croire que je m'étais emparé de ses doctrines sans le citer; car il est clair maintenant que si l'un de nous s'est assimilé la propriété de l'autre, ce n'est pas moi. En définitive,

il y a là une dernière illusion à détruire; la ténotomie n'est pas ce que ces messieurs prétendent. C'est en la laissant dans le domaine de la spécialité, cette peste des sciences, qu'on a vu à toutes les époques de l'histoire comme l'avant-coureur de la décadence de la chirurgie, qu'elle pourrait se perdre et se dénaturer. Pour un chirurgien proprement dit, muni des notions générales qui font la base de toute bonne médecine opératoire, il ne faut pas un grand effort d'intelligence pour apprendre à couper convenablement un tendon. Que pour un spécialiste, ce soit une grande affaire, un objet de haute importance, cela se conçoit; mais la chirurgie ne peut pas se gouverner ainsi. Le point essentiel, le seul important dans cette question, était de prouver, contrairement à ce qu'on croyait il y a trente ans, que la section des tendons ne détruit pas leur action et n'est pas dangereuse. Or, ce fait a été démontré par Tilénius d'abord, par Antoine Petit, par Delpech, par Dupuytren ensuite, puis par MM. Stromeyer et M. Dieffenbach; et enfin généralisé parmi nous par MM. Slaise, Duval, Bouvier, et presque tous les chirurgiens des hôpitaux de Paris, avant même que M. Guérin en eût dit un mot. Je termine en imitant la réserve de M. Guérin, qui ne m'a point répliqué sur les principes de la ténotomie. J'ajoute que j'en suis fâché, car en discutant ce point, comme il le promet, dans son journal, je ne serai point en mesure de lui répondre, et il parlera seul; tandis que, devant l'Académie, les journaux exposent toutes les opinions, l'attaque et la réplique, le pour et le contre. Si donc M. Guérin doit y revenir, je demande la permission de l'éclairer, d'avoir le dernier mot, puisque c'est lui qui attaque, et en supposant que ces nouvelles remarques me paraissent exiger de nouvelles réponses.

(Extrait de la GAZETTE DES HÔPITAUX d'après la rédaction de M. Velpeau.)

M. J. GUÉRIN commence à répondre au discours de M. Velpeau. Il est cinq heures. M. le président propose de remettre la suite de la discussion à samedi prochain.

SÉANCE EXTRAORDINAIDE DU 17 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. PAUL DUBOIS.

M. LE PRÉSIDENT: Je rappellerai à l'Académie que M. J. Guérin n'avait renoncé à la parole, au commencement de la dernière séance, que pour obtempérer au vœu que j'avais cru devoir exprimer au nom de l'Académie, de voir se terminer la discussion dans cette séance. La discussion ayant continué, notre collègue a revendiqué la parole. Il avait d'ailleurs déjà commencé à répondre à M. Velpeau à la fin de la dernière séance; il a été forcé de suspendre à cause de l'heure trop avancée. La parole est donc à M. J. Guérin.

M. J. GUÉRIN: En reprenant la parole aujourd'hui, mon intention n'est pas de revenir sur les différens points de la discussion. Les points relatifs à la ténotomie du poignet, de la main et des doigts, les expériences sur les animaux, les observations anatomiques, physiologiques, et les faits cliniques introduits dans la discussion, tout cela me paraît aujourd'hui suffisamment éclairé, et je crois pouvoir ajouter parfaitement jugé. Je n'y reviendrai donc pas. Je laisse à ceux de mes collègues qui ont bien voulu examiner mes opérées le soin d'expliquer, s'ils le jugent convenable, comment ils ont fait, sans le concours de MM. Bouvier et Gerdy, pour constater la présence des mouvemens que mes adversaires avaient dit ne pas exister, et pour quoi dans l'appréciation de ces mouvemens ils n'ont pas substitué au langage usuel des arcs de cercle ou toute autre formule arithmétique ou géométrique, comme l'aurait beaucoup désiré M. Bouvier.

Le seul point sur lequel je crois devoir revenir, et le point capital, élevé, général de la discussion, c'est la question de science, de doctrine, celle, comme l'a dit avec beaucoup de raison M. Velpeau, qui domine tout le débat; c'est-à-dire d'où vient et comment s'est effectuée la constitution de la véritable étiologie des difformités, et la généralisation de la ténotomie qui en a été la suite. En effet, Messieurs, cette question domine non-seulement la discussion pratique à l'occasion de laquelle on l'a soulevée, mais elle embrasse toutes les questions d'origine des difformités, de diagnostic, de traitement, de ténotomie. Elle résume un ordre entier d'idées. Elle concerne les travaux de tous ceux qui, depuis dix ans, ont pris part au mouvement scientifique, à la révolutition qui s'est opérée dans une branche de la chirurgie. Cette question n'est donc pas, comme on pourrait le croire, une question d'intérêt personnel; elle regarde au contraire un grand nombre de médecins et de chirurgiens de tous les pays, parmi lesquels se trouvent les noms les plus célèbres de l'époque. J'ajouterai un dernier motif, c'est que, quoique agitée déjà dans toutes les argumentations, cette question a été résolue de la manière la plus contradictoire et, je crois pouvoir l'avancer, de la manière la plus contraire à la vérité. Or il importe, comme vous l'a dit M. Velpeau, de saisir cette circonstance qui ne se renouvellera peut-être jamais, de faire connaître et caractériser les travaux et les droits de chacun. Notre confrère a entrepris cette discussion pour éclairer l'avenir, la postérité; je n'ai pas le droit d'être aussi ambitieux; je ne parlerai que pour le temps présent, que pour les contemporains: la tâche sera peut-être plus difficile, mais je pourrai espérer que mes paroles arriveront à leur adresse.

Tout en élevant cette question au véritable point de vue sous lequel je vais l'examiner, il n'est pas inutile de rappeler la circonstance occasionelle qui l'a remise en litige.

A propos de ma théorie de la rétraction musculaire, M. Velpeau, voulant prouver *que je n'avais fait que mettre en œuvre ce qu'il avait dit avant moi* (ce sont ses paroles textuelles; GAZ. DES HÔPIT., mardi 29 novembre, p. 661, première colonne), a cité de nombreux passage de sa MÉDECINE OPÉRATOIRE, publiée en 1839, où se trouvent, en effet, les idées que je professe sur l'origine des difformités musculaires. A cette grave objection, j'ai répondu que ces idées, quoique consignées dans l'ouvrage de M. Velpeau, m'appartiennent bien réellement, et qu'il n'y manque que le nom de l'auteur que notre collègue a sans doute oublié de citer. Cette assertion je l'ai prouvée de trois manières:

1° En établissant qu'au mois de juillet 1838, à l'occasion de la discussion de l'Académie sur l'origine du pied-bot, j'ai exposé verbalement à M. Velpeau ma théorie de la rétraction musculaire et ses applications au pied-bot, et aux autres difformités du squelette.

2° En citant un passage du premier volume de la MÉDECINE OPÉRATOIRE, passage où il est dit au nom de M. Velpeau, que j'ai en effet établi la doctrine des difformités et la généralisation de la ténotomie, qui me sont aujourd'hui contestées par M. Velpeau lui-même.

3° En rappelant le rapport de l'Académie des sciences sur le concours de 1836, et en faisant ouvrir un paquet cacheté déposé à l'Académie de médecine au mois de juillet 1838, c'est-à-dire immédiatement après que j'avais fait l'exposition verbale de mes recherches à M. Velpeau.

Voici, Messieurs, comment M. Velpeau a répondu à ces trois preuves:

1° Il ne nie pas, au contraire il reconnaît sa visite à la Muette et l'exposition de mes recherches en juillet 1838. Ce fait est important.

2° Quant au passage inséré dans la MÉDECINE OPÉRATOIRE de M. Velpeau, quoiqu'il l'ait publié sous son nom dans son propre ouvrage, il vous a dit ne l'y avoir inséré que par complaisance et sans trop le comprendre. Vous savez déjà ce qu'il faut penser de cet acte d'obligeance et d'humilité.

3° Pour ce qui est du rapport de l'Académie des sciences, et du paquet cacheté, il en détruit l'autorité en alléguant deux choses:

Premièrement, *que son volume était imprimé dès 1838, et que le chapitre sur la ténotomie l'était* avant sa visite à la Muette (GAZ. DES HÔPIT., 15 déc 1842, p. 692).

Secondement, *que mes prétendues doctrines ne m'appartiennent pas; que je les ai empruntées au domaine commun de la science.*

Restent donc ces deux allégations de M. Velpeau. Vous remarquerez, Messieurs, que si elles étaient fondées, non seulement j'aurais accusé injustement M. Velpeau de s'être emparé de mes idées, de mes recherches, mais j'aurais moi-même commis la faute que j'ai reprochée à notre collègue. Vous remarquerez aussi que si je parviens à prouver clairement que les allégations de notre collègue sont dénuées de toute espèce de fondement, qu'elles sont matériellement contraires à la vérité, si je parviens à démontrer pour tous, que son chapitre sur la ténotomie n'était pas imprimé quand il est venu à la Muette, et que mes idées et mes doctrines ne se trouvent dans aucun auteur, mais seulement dans l'ouvrage de M. Velpeau, oh! alors, il restera bien légitimement et bien dûment établi, que ce n'est pas moi qui me suis emparé des recherches de M. Velpeau, et que, pour se disculper d'un premier déni de justice à mon égard, il en a commis deux autres: l'un en m'accusant comme il l'a fait de donner comme de moi ce qui ne m'appartient pas; l'autre en cherchant à attribuer à autrui ce qui m'appartenait bien réellement.

Relativement à la première allégation, un seul fait vous permettra de la juger. M. Velpeau affirme que le premier volume de sa MÉDECINE OPÉRATOIRE était imprimé en 1838, et que le chapitre sur la ténotomie l'était lorsqu'il est venu me voir à la Muette. (GAZETTE DES HÔPITAUX, 15 décembre 1842, p. 692.) Vous remarquerez que M. Velpeau ne se borne pas à dire que son volume était imprimé en 1838, ce qui aurait très bien pu se faire pendant les six mois de 1838 qui ont suivi sa visite à la Muette, mais il affirme de la manière la plus précise que son chapitre sur la ténotomie était *imprimé*, imprimé vous entendez, ce n'est pas médité, rédigé, composé mais *imprimé*, lors de sa visite à la Muette; c'est-à-dire en juillet 1838. Eh bien! Messieurs, on trouve citée en deux endroits, dans ce chapitre, imprimé avant juillet ou en juillet 1838, au beau milieu de ce chapitre, pag. 536 et 574, une thèse de M. Duval, présentée et soutenue le 31 août 1838. Et pour que rien ne manque à la valeur de cette citation, M. Velpeau a pris soin d'indiquer lui-même au bas de la page: T. Duval, thèse n. 342, Paris, août 1838. Or, Messieurs, ces dates sont précises: M. Velpeau est venu à la Muette dans le mois de juillet 1838, ainsi que cela se trouve rigoureusement établi par le compte-rendu de la séance de l'Académie du 24 juillet, où il a fait part de notre conférence et de mes recherches (1). La thèse de M. Duval a été présentée et soutenue le 31 août 1838: vous comprendrez difficilement comment cette thèse a pu être citée dans un chapitre imprimé un ou plusieurs mois auparavant. Les personnes qui ne connaissent pas l'exactitude habituelle des citations de notre confrère pourraient croire qu'il s'est trompé de date: voici, Messieurs, la thèse de M. Duval; elle est bien du 31 août 1838; elle est bien citée deux fois dans le chapitre de M. Velpeau, et ce chapitre, suivant M. Velpeau, était imprimé avant ou pendant le mois de juillet 1838. J'ajouterai d'ailleurs que notre collègue cite encore en d'autres endroits du même chapitre d'autres publications postérieures à cette date, notamment, page 585, un mémoire de M. Dieffenbach, inséré dans l'EXPÉRIENCE du 30 août (2).

---

(1) Voici ce qu'on lit à la p. 478 de la GAZETTE MÉDICALE, de 1838, première colonne, article du compte-rendu de la séance de l'Académie de médecine, 24 juillet: « Mais, Messieurs, la science possède aujourd'hui quelque chose de mieux » que tout cela pour expliquer la formation du pied-bot congénital; c'est la théo» rie proposée par M. J. Guérin. .... La chose m'a paru si frappante, d'a» près les pièces que j'ai examinées *et qui ont été mises sous mes yeux il y a* » *peu de jours encore*, que je ne puis m'empêcher d'adopter cette doctrine. » (Discours de M. Velpeau dans la discussion SUR L'ÉTIOLOGIE DU PIED-BOT CONGÉNITAL.)

(2) Je me suis contenté d'opposer à la première allégation de M. Velpeau un seul fait péremptoire. Je puis compléter ici ma réponse sur ce point. « La preuve, dit M. Velpeau, que ce volume était imprimé en 1838, c'est que le tome VII des MÉMOIRES DE L'ACADÉMIE, daté de 1838, renferme un travail où l'on peut voir que plusieurs passages de mon TRAITÉ sont déjà cités; c'est qu'en effet j'avais prêté ces feuilles à M. Bouvier pour qu'il pût s'en servir pendant l'impression de son mémoire. » (GAZETTE DES HÔPITAUX, 1842, page 692.) Cela tendrait à établir que le volume des MÉMOIRES DE L'ACADÉMIE a été imprimé vers la fin de 1838, voilà tout; ce que prouveraient quelques citations de M. Bouvier, entre autres, celle de l'EXPÉRIENCE du 30 août. Mais il y a une autre difficulté. C'est

La première assertion de M. Velpeau est donc matériellement erronée.

Voyons la seconde : à savoir que mes doctrines existaient dans la science avant les documens que j'ai invoqués ; c'est-à-dire avant le rapport de l'Académie des sciences et la note cachetée dont j'ai demandé lecture dans l'avant-dernière séance. Vous remarquerez d'abord, Messieurs, que M. Velpeau ne revendique plus pour lui les doctrines qu'il a publiées dans son livre, mais bien pour tous les auteurs qu'il a cités, pour le domaine public. La question s'est simplifiée : si je parviens à démontrer que ces doctrines n'existaient nulle part, qu'elles n'existent que dans l'ouvrage de M. Velpeau, qui ne les réclame plus, et dans les miens, à moi qui les réclame au contraire plus que jamais, vous saurez à qui elles appartiennent.

C'est ici, Messieurs, que, sous l'apparence d'une discussion personnelle, va commencer la véritable discussion sérieuse, scientifique, importante, d'un intérêt général, qui doit avoir pour objet, et j'espère, pour résultat, de mettre en lumière, avec leur véritable caractère, leur véritable signification, des idées et des travaux qui ont beaucoup occupé le monde médical depuis plusieurs années.

Avant de m'engager dans cette tâche ardue et difficile, il me paraît indispensable de rappeler en termes clairs et précis la doctrine qui doit servir de terme de comparaison avec tout ce que vous allez entendre. Sans cela, il serait impossible de bien apprécier les différences capitales, les oppositions tranchées qui doivent ressortir de cette comparaison.

Voici ma doctrine en deux mots.

Première proposition. J'entends, par rétraction musculaire proprement dite, le raccourcissement actif, primitif, d'un muscle anciennement contracturé, guéri de la contracture, mais resté court et passé plus ou moins à l'état fibreux.

Seconde proposition. J'entends, par contracture musculaire, le raccourcissement actif et spasmodique d'un muscle, produit par une affection des centres nerveux ou des nerfs eux-mêmes des différens ordres, et actuellement encore sous l'influence de cette affection.

Troisième proposition. La rétraction et la contracture musculaire, considérées comme deux modes principaux d'un même état pathologique, peuvent elles-mêmes offrir des modalités secondaires, des nuances et des degrés, entre le premier terme de cette affection et la paralysie complète, ou résolution paralytique qui en est le terme extrême : et tous les modes, nuances, degrés du même état, sont compris sous la dénomination générique de *rétraction musculaire*.

Voilà le *fait primordial* dont j'ai établi l'existence, non pas comme symptôme des affections nerveuses dans lesquelles il se montre, mais, ce qui est bien différent, comme cause de toutes les difformités *essentielles*, congénitales ou consécutives.

Considérez maintenant par la pensée tous les effets de cette cause, l'étendue de son domaine dans tout le système musculaire, la multiplicité et la variété inépuisable de ses applications par rapport aux différens modes, nuances, degrés, combinaisons dont elle est susceptible; aux différentes distributions *topographiques* et *anatomiques* qu'elle peut affecter, au pied, genou, hanche, épine cou, épaule, coude, poignet, mains, abdomen, poitrine, face, yeux, partout enfin où il y a des muscles; et considérez-la dans chacun et tous les muscles de ces parties, et vous aurez une idée, mais une idée seulement, des changemens infinis de rapports, de formes et de direction des parties, des difformités en un mot que la théorie de la rétraction musculaire comprend et explique. Voilà pour la science.

Voici pour l'art. Placez la ténotomie en regard de l'indication étiologique. Voyez-la se conduisant toujours en raison du mode et du degré de la rétraction, en raison du nombre des muscles rétractés, c'est-à-dire en raison des déplacemens, des changemens de direction et de forme qui expriment rigoureusement le mode, le nombre et la combinaison des élémens d'action de la cause, et qui ont été déterminés par ces élémens; en un mot, retournez l'action de cette cause, faites pratiquement l'inverse de ce qu'elle a fait étiologiquement, et vous aurez une idée de l'essence, de la raison, de la régularité de cette méthode, et de la richesse, de la multiplicité, de la variabilité infinie de ses applications.

Telle est, Messieurs, en abrégé, la doctrine que je crois avoir introduite dans la science, et la méthode générale que j'en ai rationnellement déduite. On peut, comme vous le voyez, y distinguer deux choses fort différentes : le *fait fondamental*, l'*idée* ou le *fond de la doctrine*, et sa *forme* ou ses *applications*. Or, il pourrait se faire que, par une confusion de mots qui amènerait celle des idées, on contestât l'originalité du fait fondamental; mais on ne pourrait contester l'originalité de la forme, des applications, de la réalisation véritable de la doctrine; car il ne suffirait pas d'avoir dit que les difformités sont produites par la rétraction musculaire, qu'il faut les traiter par la ténotomie; il fallait surtout dire et établir que toutes les difformités essentielles, considérées matériellement, particulièrement, sont l'expression de la rétraction occupant tel ou tel muscle, tel ou tel système de muscles, et que par conséquent c'est tel ou tel muscle, tel ou tel système de muscles, et non pas tel autre qu'il faut diviser. Cette seconde manière d'envisager la doctrine de la rétraction musculaire est la plus neuve, la plus importante; à l'heure qu'il est, je n'ai pu réaliser encore qu'une partie de ses applications, et il faudra bien des années pour les compléter.

Un second point de départ important à fixer, c'est l'origine et la date authentique de ces idées.

La date authentique de ma théorie générale des difformités est la fin de mars 1836. A cette époque, en effet, j'ai été obligé de déposer officiellement à l'Académie des sciences, pour le concours du grand prix de chirurgie, mes recherches sur les difformités : *le terme du 30 mars était de rigueur*. Or, le rapport de l'Académie fait sur ce concours, le 21 août 1837, expose mes idées sur les difformités produites par la rétraction musculaire, de la manière la plus explicite. Il n'y est pas seulement question, comme vous l'a dit M. Bouvier, dans la dernière séance, du pied-bot, mais de toutes les difformités du squelette, depuis les pieds jusqu'à la tête. Après vous avoir cité les deux lignes du rapport sur le pied-bot, il aurait pu tourner la page et vous lire ce qui suit :

« Enfin la commission s'est spécialement arrêtée sur deux ordres de recherches d'une très grande importance, et dont l'indication va clore dignement l'analyse de cette partie du travail de M. Jules Guérin : nous voulons parler de *l'Histoire des difformités générales chez les monstres et les fœtus*, et de l'*Histoire générale du rachitisme*.

» Difformités générales chez les monstres et le foetus. — Dans un premier ordre de faits, M. Jules Guérin a rassemblé et décrit une série de monstres anencéphales, sur lesquels se trouvaient simultanément réunies toutes les difformités du système osseux qui se passent dans les articulations, telles que *déviations de l'épine, difformités du thorax, luxation des fémurs, des genoux, luxations ou subluxations des coudes, des poignets et des pieds* (pieds-bots, mains bots) en un mot, déplacemens plus ou moins complets de toutes les surfaces articulaires. A côté de ce premier fait général, il s'en trouvait un autre non moins général et non moins bien exprimé : c'est que toutes les difformités portées au plus haut degré des deux côtés étaient accompagnées *d'une rétraction générale convulsive du système musculaire*, et avaient lieu rigoureusement dans le sens de cette rétraction. De leur côté, les nerfs étaient tendus, raccourcis et considérablement hypertrophiés. Enfin, en explorant les débris de l'encéphale, l'auteur a trouvé les méninges déchirées, frangées, à moitié disparues, et la cavité du crâne réduite à un petit espace irrégulier, formé par l'affaissement de ses parois, qui étaient disjointes et en partie détruites.

» Dans un second ordre de faits, l'auteur a réuni un certain nombre de monstruosités, dans lesquelles le *cerveau* et la *moëlle épinière mal conformés et plus ou moins incomplets*, avaient subi des déplacemens notables, et étaient accompagnés de poches hydrocéphaliques et hydrorachidiennes plus ou moins considérables. Avec cet état du cerveau coïncidait la généralité des difformités observées dans la catégorie précédente, c'est-à-dire *rétraction musculaire générale et luxations et subluxations de toutes les articulations*.

» Dans un troisième ordre de faits, l'auteur a rassemblé des fœtus humains et de veau, chez lesquels une *hydrocéphale très développée* coïncidait avec la rétraction générale du système musculaire et les difformités permanentes indiquées précédemment.

» Dans une quatrième catégorie de faits, il a rassemblé des fœtus chez lesquels les mêmes difformités, quoique portées à un haut degré, présentaient néanmoins une différence de degré et de développement très marquée à droite et à gauche, coïncidant toujours avec une *rétraction spasmodique* proportionnée des muscles correspondans.

» Dans une cinquième catégorie de faits, il a réuni des fœtus chez lesquels les difformités, limitées à un seul côté du corps, et toujours caractérisées par la rétraction des muscles, coïncidaient avec les traces d'une *affection cérébrale ancienne*.

» Enfin, dans une sixième et dernière catégorie de faits, l'auteur a réuni une série d'observations recueillies sur des sujets vivans, offrant, avec des traces non équivoques *d'une affection cérébrale antérieure à la naissance*, une réunion de difformités décroissantes, depuis la difformité générale simultanée des pieds, des mains et de l'épine, jusqu'à la difformité d'un seul pied ou d'une seule main.

» En présence de cette succession de faits, l'auteur a présumé qu'il y avait là comme des degrés différens d'une cause commune, et a cru y trouver l'origine d'un certain nombre de difformités congéniales. »

Vous le voyez, messieurs, il n'est pas question d'opinions, d'hypothèses, de d'hypothèses, de vues théoriques, mais de faits matériellement observés, constatés, disséqués chez les monstres, le fœtus et l'enfant; de faits discutés, vérifiés par un jury très capable de les apprécier et qui les a trouvés *d'une très grande importance*. Voilà donc nettement et très explicitement la formule générale de ma théorie. Mais il n'est pas question, vous a-t-on dit, dans cet énoncé, ni en aucun endroit du rapport, de ténotomie. Au contraire, j'y songeais si peu, que j'avais fait connaître, dès le commencement de 1836, la méthode du plâtre coulé. L'objection n'est que curieuse : comme si ces deux méthodes s'excluaient. Et en effet, messieurs, je m'occupais si bien de ténotomie que voilà les deux plâtres d'une jeune fille traitée à cette époque, sous les yeux de la commission de l'Académie. Cette jeune fille est une orpheline que j'ai prise à l'hospice des orphelins de Paris, en 1835. Elle était parfaitement connue par la rareté de sa difformité, et notamment d'un chirurgien qui pratiquait déjà alors la section du tendon d'Achille avec beaucoup de succès. J'ajouterai qu'on avait proposé l'amputation de la jambe, tant la difformité était énorme et fatigante. Je l'ai traitée, je l'ai opérée; j'ai divisé le tendon d'Achille, le fléchisseur propre du gros orteil et l'aponévrose plantaire; en un mot, les tendons, muscles et aponévroses en rapport avec la forme de la difformité, et j'ai obtenu un succès complet, comme vous le voyez par le second plâtre. Ce fait a été constaté par la commission de l'Académie des sciences, composée de MM. Dulong, Savart, Double, Larrey, Roux, Serres et Magendie, et *paraphé par elle à la date du 14 janvier* 1836. Il est indiqué dans son rapport, page 30, comme une des guéri-

---

que ledit volume des Mémoires de l'Académie est lui-même cité en plusieurs endroits du premier volume de la Médecine opératoire, notamment pages 539, 557, 558 et 574 ; et, pour que rien n'y manque, le mémoire de M. Bouvier est cité page 574, non d'après son manuscrit, mais d'après le volume de l'Académie et avec l'indication précise de la page qu'il occupe dans ce volume. Ainsi donc, la preuve invoquée par M. Velpeau pour établir l'antériorité de l'impression de son volume à celle du volume des Mémoires de l'Académie, établit précisément le contraire, et, de plus, prouve clairement une seconde fois que le chapitre sur la ténotomie n'a été imprimé que plus ou moins longtemps après le 30 août, puisque, il est bon de le rappeler, M. Bouvier, cité par M. Velpeau, cite lui-même l'Expérience du 30 août de la même année.

sons qu'elle a trouvées *complètement d'accord avec mes principes scientifiques* : ce sont les expressions du rapport. Voilà donc un premier point de départ authentique. Un second, plus explicite, en ce qui concerne la ténotomie généralisée, c'est la note cachetée du 31 juillet 1838. Ainsi donc, pour la théorie générale des difformités, l'exposition détaillée, explicite, date du 31 mars 1836; pour la ténotomie étiologique, elle date *implicitement* de la même époque par la guérison d'Eliza Geoffroy, et *explicitement*, de mon paquet cacheté. Vous remarquerez que ma note cachetée dit précisément que les principes ténotomiques qui y sont exprimés résultent directement d'une expérience *longtemps répétée*. C'est qu'en effet je n'avais cessé, depuis le premier fait authentique constaté par la commission de l'Académie des sciences, de travailler à la constitution de cette doctrine.

Voyons maintenant les faits, les citations et les dates que l'on oppose à ces documens.

On a cité par ordre de date les opinions ou la pratique de Béclard, Delpech, Dupuytren, de MM. Jalade Lafond, Held de Strasbourg, Duval, Bouvier, Velpeau, parmi les Français; parmi les Allemands, on a cité Rudolphi, MM. Stromeyer et Dieffenbach. Tous ces noms sont très connus et plusieurs sont des plus célèbres. Je vais chercher à vous faire connaître et à préciser la part de chacun dans la constitution du point qui nous occupe; je le ferai avec toute la clarté et la précision dont je suis capable, avec l'estime que je professe pour le caractère et les travaux de ces savans, et, j'ose le dire, avec une équité qui ne laissera rien à désirer.

Et d'abord avant d'entrer dans cette appréciation, il n'est pas inutile de vous faire remarquer que les mots de *contracture*, de *rétraction*, d'*action musculaire*, sont employés par tous ces auteurs et par moi dans des sens bien différens et souvent opposés. Il n'est pas rare dans les sciences de voir l'acception des mots changer avec les idées; de là une confusion qui trompe facilement ceux qui lisent les mots sans chercher à comprendre les idées : c'est aussi une une ressource très facile pour ceux qui veulent donner le change sur les idées par les mots. En effet, beaucoup d'auteurs appellent indifféremment contracture ou rétraction, non seulement tout raccourcissement musculaire aigu ou chronique, actif ou passif, mais ils appellent encore du même *main*, nom la difformité elle-même. Ils disent rétraction ou contracture du *pied*, de la du *coude*, du *genou*, des *doigts*; ils disent même rétraction du talon, du calcanéum sans attacher à cette dénomination d'autre sens que celui de courbure, de difformité, de rapprochement, tension, contraction des parties. Il est donc important de ne pas se méprendre sur le sens des mots. Il en est de même de l'idée générale de l'action des muscles. Presque tous les auteurs parlent de l'action des muscles comme cause des difformités; mais il y a vingt ou trente manières différentes de considérer cette action : ce sont toujours les muscles qui sont dits intervenir, mais avec des vues tout à fait différentes et quelquefois diamétralement opposées. Ainsi la prédominance d'action, la faiblesse relative, la nutrition différente, l'arrêt de développement, l'exercice plus fréquent, l'habitude de certaines positions, les insertions vicieuses, tout cela se traduit, se formule indistinctement par l'action musculaire. Dans l'appréciation des documens que je vais avoir l'honneur de vous soumettre, vous ne vous attacherez donc comme moi qu'aux idées, qu'au sens parfait, clair, complet des choses, et non aux mots, et non aux indications vagues, trompeuses, contradictoires des choses; non à ce que l'auteur a dit ou semblé dire, mais à ce qu'il a voulu dire et à ce qu'il a pensé positivement.

Delpech. Commençons par Delpech qu'on peut regarder à juste titre comme le fondateur de l'orthopédie scientifique. Vous vous le rappelez, Messieurs, cet auteur vous a été présenté et cité par MM. Bouvier et Velpeau, et surtout par M. Velpeau, comme ayant exprimé *plus clairement que moi* les idées que je m'attribue (GAZETTE DES HÔP., p. 692). Voyons donc.

Dsans son MÉMOIRE SUR LES PIEDS-BOTS (1), Delpech s'exprime comme il suit : « Il serait difficile d'établir sur des motifs déterminans une opinion raisonnable » touchant les causes de la difformité qui nous occupe, du moins si l'on ne veut » pas se livrer à des conjectures plus ou moins dénuées de fondement (2).... L'o» pinio inb unous paraît la plus probable, et à laquelle les résultats de l'obser» vation semblent le mieux se prêter, est la suivante : qu'une affection quelcon» que peut être *un vice de conformation primitive, altère la direction d'une* » *seule facette articulaire de l'un des os du tarse*; et il en résultera tout » aussitôt l'inclinaison d'une partie du pied *en dedans* ou *en dehors*, selon » l'espèce de l'altération primitive. Cet effet une fois produit, il s'en suit l'*al*» *longement* de certains muscles, et le *relâchement* de quelques autres; les » unset les autres se seront bientôt accommodés au changement que leur état « habituel vient d'éprouver, et l'accroissement du membre continuant à se faire « en cet état, il s'en suit que les muscles *dont l'équilibre est rompu*, opposent » une résistance inégale, ce qui doit augmenter l'inclinaison déjà commen» cée. Dans ses progrès ultérieurs, la difformité ne peut plus être bornée à » un seul os : il est inévitable qu'elle s'étende à la *totalité du pied*, parce que le » changement primitif opéré dans une seule facette articulaire, entraîne la dé» viation du pied tout entier. » Voilà tout à la fois dans ce seul passage la *théorie* de Delpech qui attribue le pied-bot comme Scarpa à une disposition vicieuse *primitive* des os; l'idée qu'il se forme de l'action *secondaire* des muscles; et enfin la manière dont il conçoit le développement entier du pied-bot. Veut-on quelque chose de plus explicite sur l'action des muscles et sur la généralisation de cette action dans les autres difformités, écoutez ce passage (p. 195) :

..... « Lorsqu'une fracture du péroné a lieu près de son extrémité inférieure, » que les deux fragmens se sont inclinés vers le tibia et consolidés dans cette po» sition, la malléole externe se trouve écartée du centre de l'articulation tibio» tarsienne et dejetée en dehors; et cette circonstance, qui altère la forme naturelle » des surfaces articulaires, suffit pour que le pied se dévie en dehors, d'abord » pendant la marche seulement, puis constamment, et même pendant le repos. » Dans le principe, on peut, sans effort, ramener le pied à sa position naturelle » dans la suite, il est fixé dans l'inclinaison latérale, les muscles s'opposent avec » succès au rétablissement de la position naturelle, quoique le pied conserve » d'ailleurs la liberté de tous ses mouvemens.

» On peut saisir, dans le rapprochement que nous venons de faire, un trait de » conformité relatif aux altérations que les muscles éprouvent *en conséquence* » *de celles que les os peuvent d'abord essuyer*. Cette même résistance que les » muscles finissent par opposer à l'effort par lequel on corrigeait auparavant une » difformité ancienne se retrouve également dans le pied-bot qui a vieilli. Dans » l'enfance, surtout au moment de la naissance, on pouvait facilement ramener » les parties à leur attitude primitive, les muscles n'opposaient aucune résistance; » mais avec le temps ils ont confirmé eux-mêmes une difformité qui ne parais» sait pas permanente, et leur résistance est devenue l'obstacle le plus difficile à » vaincre pour restituer les formes naturelles. On trouve *une infinité d'autres* » *exemples semblables dans l'histoire des affections diverses propres à* » *changer la forme des parties : partout les muscles s'accommodent aux* » *nouveaux rapports des os, à tel point qu'ils finissent par être, dans leur* » *nouvel état, une condition nécessaire de ces rapports eux-mêmes, les*» *quels, dans le principe, leur étaient étrangers* ......

» Ces réflexions et les observations précédentes seraient propres à faire croire » qu'une altération humorale ou autre, dont le principe ne nous est pas con» nu, aurait la propriété *d'altérer les formes des os*, ou de quelqu'un des os du » tarse : de là la déviation d'une partie du pied, l'allongement de certains mus» cles, le raccourcissement de leurs antagonistes, etc. »

Ce passage est non seulement la confirmation et le développement de celui qui précède; de plus, il énonce clairement l'idée générale que Delpech se formait de l'action musculaire dans les difformités, dans une infinité d'autres exemples, dit-il. Voilà sa théorie générale de l'action des muscles; aussi verrons-nous plus loin que l'idée *d'appliquer la ténotomie à tous les tendons qui forment obstacle au redressement*, idée que M. Bouvier a appelée la *généralisation de la ténotomie*, est bien en rapport avec cette manière d'envisager l'action des muscles. Mais poursuivons.

« Un rapprochement, continue Delpech (p. 208 et 209), entre le pied-bot et » les difformités de l'articulation iléo-fémorale, que le célèbre *Paletta* a si » bien décrites, nous paraît bien plus clairement fondé sur l'observation...... » Il est incontestable que l'affection essentielle *est exclusivement dans les os*; » car on ne trouve pas, dans les cas de cette espèce, de muscle qui fixe une partie » du membre dans une position exagérée et gênante. Peut-être que le volume » des parties à mouvoir et d'autres circonstances de structure, sont les causes » de cette différence par rapport aux pieds-bots, laquelle cependant, si l'identité » des deux genres d'affection était démontrée, serait la preuve la plus positive » que *l'affection des muscles n'est que secondaire* dans les unes et dans les » autres. »

Ainsi voilà les luxations congénitales mises, comme le pied-bot, sur le compte d'un vice de conformation des os : les muscles n'interviennent que secondairement. Et pour qu'il ne reste aucun doute dans l'esprit de ses lecteurs, sur la manière dont il considère les changemens si remarquables des muscles dans les difformités congénitales des pieds, de la hanche, et peut être de *quelques autres*, dit-il, il ajoute (page 211) :

« Jusqu'à ce que l'observation ait établi d'une manière plus certaine *l'iden*» *tité des difformités congénitales des pieds et de celles de l'articulation* » *iléo-fémorale, et peut-être de quelques autres*, nous pouvons signaler l'a» trophie des muscles, leur flétrissure plus ou moins avancée, leur paralysie mê» me, comme des *symptômes* propres aux pieds-bots, et à la faveur desquels on » peut reconnaître cette dernière affection et la distinguer de toute autre, pourvu » toutefois que ces lésions symptomatiques présentent les circonstances qui ca» ractérisent leur condition. Ainsi on ne doit pas oublier que les altérations » qu'éprouvent constamment en pareil cas les muscles du membre difforme *sont* » *secondaires et sous la plus étroite dépendance de l'affection primitive*... » ceux qui ont été relâchés s'étant accommodés à leur état habituel, et, par » conséquent, raccourcis, maintiennent sans contraction, par une inévitable ré» sistance passive, *et par l'effet de ce que l'on appelle contracture, les at*» *titudes principales qui caractérisent la difformité*. On trouve des exemples » de cette dernière espèce de phénomène dans l'inclinaison du pied en dedans, » où l'on voit que le muscle extenseur commun des orteils et extenseurs pro» pre du gros orteil, distendus par la déviation que le pied a éprouvée, retien» nent les phalanges et les ramènent violemment dans le sens de l'extension : » tandis que le talon s'étant incliné en haut et en dedans, et les extrémités du » tendon d'Achille et des muscles dont il émane ayant été rapprochées, les mus» cles relâchés se sont *contracturés, accommodés à la nouvelle distance* » *qu'ils mesurent*; au point que l'on ne saurait reporter le talon, et, par con» séquent, le pied dans leur position naturelle, sans éprouver la plus grande » résistance de la part des muscles du mollet. »

Ce passage est surtout précieux pour montrer ce que l'auteur entend par *muscles contracturés, s'accommodant à la nouvelle distance qu'ils mesurent*. Sans ce complement, nul doute que mes adversaires n'y eussent vu toute ma doctrine. Plus loin, page 226, Delpech dit encore : « Dans le cas de l'espèce dont il s'agit, » le calcaneum est *fortement* rétracté. »

Avec de tels principes, vous avez prévu quel devait être le caractère essentiel de la ténotomie de Delpech : un moyen, comme je l'ai dit au commencement de cette discussion, de se débarrasser des obstacles au redressement. Voici quelques lignes, page 217, qui convertiront cette induction en vérité matérielle, expérimentale : « Or, il importe beaucoup alors de trouver une attitude dans laquelle » tous les muscles étant dans le plus parfait relâchement possible, on puisse » communiquer aux os des impulsions qu'aucune force inhérente ne puisse in» fluencer; on peut s'assurer alors de l'état des articulations et de la *nécessité*

(1) CHIRURGIE CLINIQUE DE MONTPELLIER, t. I, 1823.
(2) Idem, p. 193.

» de couper tel ou tel tendon, et si l'on acquiert la conviction qu'au prix de » sacrifices que l'on a pu apprécier on *n'éprouvera plus de résistance* de la » part des ligamens on peut se déterminer. » Ainsi ce n'est point la forme de la difformité ni la raison mécanique étiologique de cette forme; ce n'est pas la rétraction de tel ou tel muscle, mais la *résistance* des parties, qu'il faut prendre en considération. Enfin, Delpech termine par ces mots, page 231 : « Nous sommes » pleinement convaincu aujourd'hui que cette opération est très praticable dans » toutes les régions où les tendons *s'opposent* à l'attitude naturelle des membres, *quelle que soit l'origine de la difformité.* »

Vous l'avez entendu, Messieurs, est-il rien de plus clair, de plus explicite? et pouvez-vous comprendre qu'on ait pu voir jusqu'ici dans Delpech le moindre vestige de la théorie de la rétraction musculaire et de la généralisation étiologique de la ténotomie. Il pourrait se faire qu'on invoquât le dernier ouvrage de cet auteur et qu'à l'aide de quelques mots, de quelques phrases ambiguës, on fît supposer qu'il avait eu deux théories. Voici un passage de son TRAITÉ D'ORTHOMORPHIE qui pourra vous fixer à cet égard. (T. I, page 197.)

« Il reste encore une remarque importante à signaler, touchant les difformités, » surtout congénitales, des articulations iléo-fémorales. Dans cette dernière » condition, il arrive très communément que les muscles de la cuisse ou de la » jambe soient dans un état de tension insolite qui gêne plus ou moins les mouve» mens de tout le membre. Nous avons vu les muscles extenseurs de la jambe ne » pouvoir permettre que très peu de flexion de cette partie, et, en même temps la » rotule être réduite aux plus petites dimensions; les muscles extenseurs du pied » maintenir la pointe du pied basse et s'opposer à sa flexion. L'identité de ce » phénomène *avec ceux du pied-bot* est trop sensible pour qu'on n'en soit pas » frappé d'abord. Cet état ne peut pas être confondu avec la contracture mus» culaire qui résulte de l'action directe *du rhumatisme, d'une lésion trau» matique, d'une inflammation ou de quelque lésion organique du cerveau » ou de la moëlle épinière.* La tension musculaire dont il s'agit ici provient, » comme les difformités articulaires dont nous venons de tracer l'histoire, d'un » *défaut de développement selon le plan normal.* La coïncidence et la con» formité de ces deux affections font des conditions de l'une une preuve dans » celles de l'autre; elles servent de démonstration presque surabondante *de la » théorie des pieds-bots telle que nous l'avons publiée depuis longtemps* (1). » Toutes ces affections, *que nous venons ainsi de grouper par leur analogie » d'origine, les difformités connues du bassin et de l'articulation iléo-fé» morale, la tension musculaire qui les accompagne et qui les complique, » les pieds-bots que cette même tension musculaire accompagne fidèle» ment, découlent d'une seule et même source d'altération, du défaut de » développement, selon le plan normal, dans telles ou telles parties.* »

Nous pourrions nous arrêter là, messieurs, et chacun de vous, je pense, serait suffisamment édifié. Ainsi, dans son dernier, comme dans son premier ouvrage, Delpech regardait le pied-bot, les luxations congénitales, comme le résultat d'un défaut de développement, selon le plan normal, d'une aberration du *nisus formativus*, comme il le dit encore ailleurs (page 187), et l'action musculaire comme secondaire. Cependant, vous avez remarqué combien il insiste sur la tension *insolite, extrême des muscles.* Quelques personnes que je ne puis accuser de malveillance, mais dont je suis obligé de mettre en cause l'attention et la perspicacité, ont trouvé dans ce passage, dans les seuls mots, *tension insolite des muscles*, un pressentiment de la doctrine de la rétraction musculaire. Enfin, messieurs, voici le dernier mot de la doctrine de Delpech sur ces difformités : c'est le complément du passage que je viens de vous lire.

« Il nous semble difficile de séparer l'idée de ces difformités, surtout quand » elles sont parallèles, répétées dans deux articulations, accompagnées, comme il » n'est pas rare de l'observer, de quelques anomalies de plus dans les articula» tions des genoux, dans la disposition des muscles de la fesse, de la cuisse, etc. » Il nous semble, disons-nous, difficile de séparer l'idée d'une semblable ABER» RATION DE L'ACTE NUTRITIF, de celle d'un *état anormal* antérieur de l'un » des grands foyers vitaux, la *moelle épinière, par exemple.* L'étude sur ce » point *est encore peu avancée;* mais il est à souhaiter que les observateurs » qui seront appelés à recueillir et conserver des faits de cette espèce, ne négligent » pas de les comparer à ceux qui sont déjà connus. » (Page 199.)

Voici la moelle épinière en cause. Ce mot seul éveille tout de suite l'idée d'une autre théorie qui invoque aussi l'action de la moelle épinière. Si l'on voulait s'en rapporter à mes adversaires et à certains commentateurs, cela suffirait pour prouver que la doctrine de la rétraction musculaire n'est autre que celle de Delpech, parce que toutes deux invoquent une action de la moelle épinière. Mais l'action de la moelle épinière, comme celle des muscles, est multiple : elle peut être considérée de vingt façons : Delpech en a pris une, j'en ai pris une autre; et si Delpech s'était borné à invoquer l'action de la moelle épinière, sans dire qu'il avait en vue son influence sur la nutrition, on ne verrait entre son opinion et la mienne aucune différence; mais, Messieurs, vous venez de l'entendre, Delpech a ajouté : c'est une *aberration* de l'acte nutritif, un *vice de nutrition*, comme il le dit et répète en beaucoup d'endroits de ses ouvrages (pag. 148, 164), et certes ce n'est pas là la rétraction musculaire. Il y a une grande ressemblance entre les mots; et, entre les choses, toute la différence qu'il y a entre la *nutrition* et la *locomotion*. Delpech avait également persisté dans ses premières idées à l'égard de la ténotomie. Pour lui, c'était toujours un moyen de dernière nécessité : il fallait « que les tendons opposent une *résistance invincible;* et cette résistance » doit être bien constatée par des épreuves suffisamment prolongées et puissan» tes. » (DE L'ORTHOMORPHIE, t. II, pag. 329.)

Voilà les doctrines de Delpech. Il faisait intervenir bien d'autres causes encore, pour expliquer fractionnellement d'autres difformités, qu'il n'avait même pas songé à rattacher à une même origine. Mais nulle part il n'admet, je ne dirai pas la théorie de la rétraction musculaire qui n'existait pas, mais il repousse même explicitement les idées anciennes qu'on pouvait avoir alors, et qu'on m'oppose aujourd'hui sur une certaine participation active ou primitive des muscles. Témoin le passage suivant, dans lequel on a sans doute trouvé quelques traces de mes idées : « Nous ne voudrions pas assurer, dit Delpech, que, dans » quelques cas, une *affection convulsive* des muscles de tout un côté de la jambe, » ou quelque vice dans la *nutrition d'un seul*, d'où serait résulté son *défaut » d'allongement suffisant*, ne puissent entraîner une déviation que le temps con» firme et accroît; mais cette explication ne saurait convenir à un grand nombre » de faits où l'on voit clairement que la part que les muscles ont prise à la dif» formité est *secondaire et fort indirecte.* » (MÉM. SUR LES PIEDS-BOTS, 201.)

N'est-il pas manifeste, même d'après ce passage, que l'idée d'une affection convulsive n'impliquerait pas, pour Delpech, celle d'une rétraction musculaire, mais d'un défaut d'allongement suffisant par suite d'une insuffisance de nutrition.

Béclard. Le mémoire de Béclard *sur les acéphales*, cité dans cette discussion, est antérieur aux ouvrages de Delpech; mais les développemens dans lesquels je suis entré, à l'occasion de ce dernier auteur, pouvant s'appliquer aux citations qu'on a faites de Béclard, abrègeront de beaucoup ce que j'aurais eu à vous en dire. Vous remarquerez d'abord que Béclard n'a point fait de travail particulier sur les pieds-bots; il s'est borné incidemment au peu de mots que je vais vous lire : « ...On rencontre souvent dans les pieds (des acéphales) des dif« formités particulières qui sont : 1° la kyllose interne, ou le pied-bot en dedans, « et 2° des mutilations plus ou moins étendues. Elles se rattachent très bien à la « même cause que les autres phénomènes. La kyllose interne, très fréquente » chez les enfans qui ne sont point acéphales, dépend toujours chez eux d'un » *affaiblissement* de l'action nerveuse, affaiblissement qui, quand il est géné» ral, se manifeste, comme on le sait, principalement dans les nerfs postérieurs » du tronc et des membres inférieurs, et dans les muscles ils donnent l'irritabi» lité. Cet *affaiblissement* ne doit pas surprendre lorsqu'il ne reste plus qu'une » partie plus ou moins altérée de la moëlle épinière (1). » Voilà, si l'on veut, la théorie de l'affaiblissement de l'action nerveuse, où il est question aussi de la moëlle épinière; mais veuillez vous rappeler le même affaiblissement invoqué par Delpech, et vous pourrez comprendre quelque chose au peu de mots laissés par Béclard; car il n'en dit pas davantage, si ce n'est qu'en commençant son mémoire il annonce qu'il va hasarder une explication de l'acéphalie. (p. 499.)

Dupuytren. Cet illustre chirurgien n'a été cité qu'incidemment, mais il n'est pas inutile de l'introduire plus directement dans la discussion. Vous savez que Dupuytren s'était beaucoup occupé des difformités. Ses mémoires sur les *luxations originelles des fémurs*, sur la *dépression latérale de la poitrine*, ses leçons sur la *rétraction des doigts*, sur le *pied-bot et le torticolis*, prouvent l'importance qu'il attachait à cet ordre de faits; ils indiquent en même temps ce qu'on savait, ce qu'on pensait, ce qu'on ne savait pas et ce qu'on ne pensait pas alors. Or, en aucun endroit Dupuytren n'a admis même les idées vulgaires qui pouvaient exister de son temps sur l'action primitive des muscles, et encore moins avait-il soupçonné la moindre communauté d'origine entre les faits dont il s'était occupé. Il n'y avait vu que des choses tout à fait dissemblables. Ce fait prouve plus sur le véritable état de la question à cette époque, que toutes les citations qu'on pourrait accumuler.

M. Jalade Lafond. Voici un auteur à l'occasion duquel on a commis la plus étrange méprise. Pour vous faire juger jusqu'où l'abus des mots a pu amener la confusion des choses, il est bon de vous rappeler le passage de l'argumentation de M. Velpeau, en ce qui concerne M. Lafond : « Avant MM. Stromeyer et » Dieffenbach, nous avons entr'autres M. Lafond, qui dit formellement que les » courbures de l'épine, le torticolis, les flexions permanentes des bras, des doigts, » de la cuisse, des jambes, que le pied-bot dépendent de la *rétraction muscu» laire*; c'est en 1828 et 1829 que cet auteur imprimait de pareilles choses. » Vous allez voir, messieurs, ce que c'est que la rétraction musculaire de M. Lafond, et la manière dont M. Velpeau a lu, compris et traduit cet auteur. Je prends d'abord l'article torticolis (2) :

« Quant aux causes de cette difformité, dit M. Lafond, plusieurs auteurs en » signalent de nature diverse, et l'on ne peut nier qu'elles ne le soient en effet. » Nous n'avons jamais reconnu que ce mal fût causé par les os; *les muscles en » sont toujours la cause première.* D'après nos observations, c'est surtout le » muscle sterno-mastoïdien qu'il faut accuser de cette difformité, car nous ne » l'avons jamais rencontrée sans que ce muscle n'ait exercé sur elle une influence » particulière. Si peu à peu plusieurs autres muscles prennent également part à » la maladie, cela n'a ordinairement lieu que par suite de leur action irrégulière. » Mais le muscle sterno-mastoïdien est aussi, plus que tout autre muscle du col, » propre à subir un changement d'action; car sa force le rend maître de tous les » autres muscles voisins. *Comme il arrive souvent que les enfans, et dans la » station debout et dans la station couchée, tiennent le col dirigé plus d'un » côté que de l'autre, l'un des muscles sterno-mastoïdiens devient facile» ment plus court que l'autre, leur antagonisme en est bientôt détruit, et » cela détermine l'obliquité du col.* Souvent *les enfans sont couchés sur le » côté, et par là les muscles du col prennent peu à peu un développement » inégal, et l'antagonisme qui existe entre eux se détruit insensiblement. » La même chose a lieu lorsque les enfans sont toujours portés d'un seul » et même côté, et qu'ils penchent la tête toujours sur l'épaule de leur » bonne.* Souvent aussi l'*inégalité* du muscle mentionné est congénitale, et, » *dans ces cas, il ne faut pas d'autres causes.* Le mal existe à la naissance, à

---

(1) CHIRURGIE CLINIQUE DE MONTPELLIER, t. I, *Mém. sur les pieds-bots.*

(1) Béclard. MÉMOIRE SUR LES FOETUS ACÉPHALES, 2e partie; BULLETINS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE LA SOCIÉTÉ ÉTABLIE DANS SON SEIN, n. IX et X, p. 513. 1817.

(2) RECHERCHES PRATIQUES SUR LES PRINCIPALES DIFFORMITÉS DU CORPS HUMAIN, etc., p. 117. Paris, 1827.

» un léger degré, il est vrai, mais il fait des progrès plus tard, et devient bientôt » très considérable. *L'équilibre entre les deux muscles sterno-mastoïdiens » peut aussi être rompu, lorsqu'un de ces muscles est blessé ou coupé en » travers, lorsqu'il se forme un abcès dans l'un d'eux, et qu'il reste irrégu- » lièrement faible ou qu'il s'endurcit.* Chez un malade, la moitié interne du » sterno-mastoïdien gauche *s'insérait au milieu et presque sur le côté droit » du sternum, immédiatement à côté de la moitié interne du muscle du » côté opposé, et il est à présumer que cette insertion anormale avait eu » part à la torsion de la tête vers le côté droit.* »

Vous avez entendu, Messieurs, la *rétraction* qui survient quand les enfans *tiennent le col dirigé plus d'un côté que de l'autre*, quand ils sont *couchés sur le côté*, quand ils sont *portés d'un seul et même côté*, qu'ils *penchent la tête sur l'épaule de leur bonne*. Vous avez remarqué aussi que l'inégalité des muscle est quelquefois congénitale, et dans ces cas il ne faut pas d'autres causes. Eh bien, je suppose que je me sois borné à vous citer la moitié de ce paragraphe, où il est question de l'action des muscles; que je me sois arrêté juste à l'endroit où l'auteur explique ce qu'il veut dire, comment il entend la rétraction musculaire; que je me sois arrêté avant qu'il parle des attitudes de la tête, vous auriez pu croire qu'il s'agissait de la véritable rétraction musculaire, de celle qui commande primitivement l'attitude, qui la décide, et non de celle qui lui obéit, qui s'y adapte et s'y approprie. Ce que je viens de vous lire des causes du torticolis se répète à chaque difformité, aux déviations de l'épine, aux flexions des membres, au pied-bot, etc.; et quand l'auteur veut abréger, comme à l'article pied-bot, il renvoie aux développemens qu'il a donnés précédemment. Je me bornerais à cette indication générale, mais M. Velpeau paraît désirer que je cite encore le texte de l'auteur. Or voici le passage relatif à la flexion de la jambe sur la cuisse et au pied-bot. C'est par pure déférence pour M. Velpeau que j'ajoute ces citations : *Causes de la flexion de la jambe sur la cuisse*, p. 265 ;

« Nous pensons que le plus communément les muscles sont primitivement les » seules parties affectées, et que les os sont consécutivement altérés. Dans tous » les cas que nous avions observés, on pouvait et on devait considérer les trois » muscles suivans comme les causes premières et principales du mal, savoir : le » biceps, le demi-tendineux et le demi-membraneux. Les tendons de ces muscles » étaient toujours raccourcis et tendus au point qu'il n'y avait pas de possibilité » d'étendre la jambe. Quand on s'efforçait de produire l'extension, et qu'on pres- » sait, à cet effet, le genou avec quelque force, les tendons de ces trois muscles, » situés dans le creux du jarret, devenaient presque comme osseux, et causaient » de grandes douleurs au malade. Il est tout naturel que d'autres muscles puis- » sent aussi prendre plus ou moins de part à cette action irrégulière ; mais les » trois muscles que nous venons de citer occupent toujours le premier rang. Par » conséquent tout ce qui peut exciter la contraction irrégulière des muscles de la » face postérieure de cette articulation, et notamment des trois premiers, savoir ; » du biceps fémoral, du demi-tendineux et du demi-membraneux, peut aussi » occasioner la courbure en question. Nous ne parlerons que *de la flexion con- » tinue de la jambe sur la cuisse dans les maladies de longue durée, la » progression continue ou prolongée sur les orteils*, lorsque la plante des » pieds est affectée d'ulcères ou d'autres plaies, *dans laquelle l'articulation » du genou reste continuellement fléchi*. Nous appellerons de plus l'attention » sur des irritations pathologiques, telles que des ulcères, des brûlures, etc., qui » affectent les muscles mêmes, et qui consécutivement déterminent l'affection » dont nous parlons. »

Vous le voyez encore, si l'on s'arrêtait à la première partie de la citation, on n'aurait aucun doute sur l'action primitive des muscles; ce n'est que lorsqu'on arrive aux développemens de l'auteur, quand il parle de la *flexion continue de la jambe sur la cuisse dans les maladies de longue durée*, etc., qu'on sait enfin ce qu'il veut dire. Il ne serait pas impossible que M. Velpeau n'ait lu M. Lafond qu'à moitié, qu'il se soit arrêté quand il a cru comprendre, et qu'en effet, comme cela lui est arrivé à mon occasion, ainsi qu'il vous l'a dit, il n'ait pas trop compris. Croyez-le bien, je parle très sérieusement, Messieurs ; car si M. Velpeau ne s'était pas trompé, s'il n'avait pas été abusé lui-même par une lecture insuffisante, s'il était venu vous dire sciemment que ce sont là mes idées, ma théorie de la rétraction musculaire, alors qu'il eût vu que cela n'était pas, comment faudrait-il caractériser un tel procédé ? J'ai donc raison de croire que M. Velpeau n'a lu qu'à moitié ce qu'il a lu, qu'il n'a lu que les mots et non les idées, des phrases et non des pages. Cela peut compromettre le crédit et l'autorité scientifiques de notre confrère, ce que je regrette, mais cela ne peut pas et ne doit pas aller au-delà. Je termine donc ce qui concerne M. Lafond par la citation de ce qu'il dit de l'étiologie du pied *de cheval* et du *pied-bot*. Cette citation est à la fois la plus curieuse et la plus instructive; elle achèvera de montrer comment M. Velpeau et les personnes qui ont lu les auteurs comme lui sont tombés dans la même méprise.

« Le mal a-t-il son siége principal dans les os ou dans les muscles ? Ceux qui » aiment tant à accuser les os dans des affections analogues, ne manqueront sans » doute pas de les accuser ici ; car comment ce mal pourrait-il avoir lieu sans » maladie des os ? et pourtant ordinairement la maladie n'est pas précédée par » l'altération du système osseux. Les muscles seuls peuvent être considérés » comme déterminant le mal, et surtout les muscles jumeaux ou gastro-cné- » miens avec leur tendon commun ; car, lorsque tous les autres muscles sont » réguliers, le tendon d'Achille se montre tellement tendu, raide et endurci, » qu'on ne peut souvent pas le mettre dans un autre état. On ne peut nier ce- » pendant que le raccourcissement n'affecte quelquefois aussi plusieurs autres » muscles : par exemple, le plantaire, le tibial postérieur et le long péronier, » qui concourent alors à entretenir et à augmenter la maladie. Tout ce qui peut » donc opérer le raccourcissement de ces muscles doit aussi amener la difformité » en question. *Comme nous avons déjà souvent parlé de ces causes, nous » les passons sous silence ici*, en rappelant seulement qu'elles agissent *dès » l'âge embryonique*, attendu que ce vice est quelquefois congénial. » (J. La- » fond, p. 283.) »

Ici l'auteur, comme vous le voyez, s'est arrêté à l'énoncé général de ses idées. S'il n'avait pas parlé plus explicitement ailleurs, en vingt endroits de son livre, on pourrait *supposer* jusqu'à un certain point qu'il a *pu* avoir en vue la rétraction musculaire véritable ; mais M. Lafond ne nous laisse pas le droit de faire cette hypothèse : il omet ici de s'expliquer, mais il l'avait fait dans tout le cours de son livre, il l'avait fait dans les passages précédemment cités, et, de peur qu'il n'y ait ambiguïté sur la signification de ses réticences, il ajoute : « *comme » nous avons déjà souvent parlé de ces causes, nous les passons sous si- » lence ici.* » Or, vous savez maintenant ce que l'auteur entend par les causes de la rétraction musculaire ; la *position inclinée*, les *attitudes vicieuses*, la *flexion longtemps prolongée d'un membre*, etc., tout ce qui peut amener, en un mot, le retrait consécutif des muscles par le rapprochement longtemps prolongé de leurs points d'insertion.

Enfin, voici les quelques lignes de l'auteur sur l'étiologie du véritable pied-bot, du pied bot congénital. « La cause du pied-bot n'est pas encore connue et bien » appréciée : Duverney l'attribuait exclusivement à l'inégalité dans les forces » musculaires antagonistes. Cette opinion, rejetée aujourd'hui, pourrait bien » être, dans certains cas, l'expression de la vérité. » (P. 301.) Mais, comme si l'auteur avait la crainte d'en avoir trop dit, de s'être compromis, il ajoute plus loin..... « Que cette disposition tienne à une inégalité dans la force des muscles, » ou à *une conformation vicieuse de quelques-unes des facettes articulai- » res* (choisissez), c'est donc dans le sein de la mère que l'enfant a puisé le » germe de sa difformité : et, en effet, cette affection se rencontre beaucoup plus » fréquemment chez *des individus rachitiques* que chez tous les autres : nous » avons dit *beaucoup plus fréquemment*, alors que nous aurions peut-être dû » énoncer ce fait d'une *manière générale !!* » (Pag. 302.) Voilà donc le rachitisme cause générale du pied-bot ! Mais, vous le voyez, la manière dont l'auteur s'exprime n'est pas très compromettante. Et s'il arrivait que, dans tout le cours de son ouvrage, il y eût quelques mots exceptionnellement contraires en apparence à tout ce que vous venez d'entendre ; il ne faudrait pas trop lui en vouloir (1).

M. Held. J'arrive à un auteur à qui on a donné, pendant la séance, une autorité dont on s'est plu à le dépouiller ensuite. On s'est servi de phrases, des lambeaux de la thèse de ce jeune confrère pour faire croire qu'il avait formulé la théorie générale de la rétraction musculaire et de la ténotomie étiologique. Puis on a imprimé que rien ne lui appartenait, qu'il n'avait fait que reproduire Delpech (2). J'accepte les deux versions, quoique la seconde pût me dispenser de répondre à la première. Je vais donc, comme pour les auteurs précédemment examinés, tâcher de déterminer, d'après des citations précises : 1° le sens que M. Held attache aux mots *contracture* et *rétraction* (car c'est surtout avec l'abus de ces mots qu'on est parvenu à attribuer à cet auteur des idées qu'il n'a certainement pas eues) ; 2° sa véritable opinion sur l'étiologie du pied-bot ; 3° sur le rôle que jouent les muscles dans cette difformité ; 4° sur l'origine et le mécanisme des variétés du pied-bot ; 5° sur le caractère essentiel de la ténotomie et des applications de cette méthode.

En ce qui concerne le sens que M. Held attache aux mots *contracture, rétracion*, vous le verrez par les citations que je vais faire pour éclairer les autres points de la discussion. Commençons par l'étiologie du pied-bot : « Les causes « du pied-bot nous semblent *multiples* ; son existence congéniale, sa production « accidentelle devaient le faire prévoir ; aussi l'observation témoigne-t-elle égale- « ment contre ceux qui le rapportent exclusivement à l'inégalité des forces mus- « culaires des antagonistes, au rachitisme ou à un vice de conformaton des os. » (Held, DISSERT. INAUG. SUR LE PIED-BOT, p. 23. Strasbourg, 20 juin 1836.) Cette citation pourrait nous dispenser d'aller plus loin ; car l'auteur, fidèle à sa proposition générale, admet tour à tour ces différentes opinions, non pas d'après lui, mais d'après tous les écrivains qui les ont professées, et que vous connaissez déjà. Relativement à l'*inégalité des forces musculaires*, il se sert presque mot pour mot d'une phrase que vous avez entendue tout-à-l'heure : « L'inégalité des « forces musculaires antagonistes, considérée par Duverney comme cause du » pied-bot, quoique *généralement rejetée par les modernes pourrait bien » être dans certains cas l'expression de la vérité...* » (Page 21.) Après avoir parcouru les différens cas où cette inégalité des forces musculaires lui paraît pouvoir être invoquée, l'auteur termine par ces mots : « Dans tous ces cas, *l'inégalité » de force* existait d'abord, *l'inégalité de longueur* n'était que *consécutive* ; ou, » si l'on veut, la maladie est d'abord *dynamique* ; ce n'est que plus tard qu'elle de- » vient *organique*. » (Page 25.) Voulez-vous savoir maintenant la première signification que l'auteur attribue au mot *contracture* ? écoutez ce passage qu'on lit à la page qui suit et résume ce qui précède : « Ce que la *contraction* ou la *contrac- » ture* de certains groupes de muscles opère, la paralysie ou la débilité de cer- » tains autres peut également l'amener. » (page 26) Puis viennent « les pieds-bots » par l'affection des ligamens et des os, par l'ostéomalacie, le rachitisme, les tu- » meurs blanches ! » (P. 26 et 27.) Mais voici qui est plus explicite : « Richter, » Breschet et autres admettent, avec une *grande apparence de raison*, que le » pied-bot congénial est déterminé par une position insolite des pieds dans » l'utérus. Cette opinion est formulée d'une manière beaucoup plus claire et » plus physiologique par M. Stolz, dans son mémoire relatif au pied-bot... » En définitive, n'est-ce pas *ce qu'il y a de plus rationnel*, dans la majorité des

---

(1) En effet, M. Bouvier a le mérite d'avoir découvert, dans le même auteur, les quatre lignes que voici : « Quelques faits qui se sont présentés à notre ob- » servation *nous portent à croire* que l'enfant *pouvant* être affecté de convul- » sions dans l'utérus, ces convulsions *peuvent* donner lieu à la *disposition* con- » génitale du pied-bot. » (P. 302.)

(2) Voici la phrase restrictive du discours imprimé de M. Velpeau : « Notez » bien, en outre, que M. Held ne les donne pas comme de lui ; car Delpech les » avait indiquées, en 1823, plus clairement que M. Guérin en 1838. » (GAZETTE DES HÔPITAUX, 15 décembre 1842, pag. 692.)

» cas, de considérer *la persistance de la torsion primitive des pieds en de-» dans* comme la *cause primitive* de la difformité des os et de *l'inégalité des » forces musculaires?* » (Pages 27 et 29.) Voilà donc le dernier mot de l'auteur, non pas seulement sur la véritable cause du pied-bot, en tant que difformité, mais sur la *cause* de l'*inégalité* des *forces musculaires*, et cette cause c'est la position vicieuse des pieds dans l'utérus. La rétraction de M. Held ne s'éloigne guère comme vous le voyez, de celle de M. Lafond, et M. Velpeau, en cela, avait au moins raison de dire que c'était la reproduction des idées de Delpech. Et, en effet, voici, presque avec les mêmes mots qu'il employait, les raisons que Delpech donnait pour combattre l'opinion qu'on a voulu lui attribuer. « Une circonstance, ajoute M. Held, » vient encore confirmer cette manière de considérer les faits. C'est qu'au moment » de la naissance, alors que les muscles ne sont encore ni tendus, ni atrophiés, » on amène le pied avec la plus grande facilité à sa rectitude naturelle. N'est-il » pas *impossible alors* d'admettre que la difformité a été produite par la con-« traction de ces mêmes muscles dans le sein de l'utérus? » (Page 29.) Je vous demande pardon, messieurs, d'insister autant; c'est que si je me bornais à citer des lignes où le sens ne fût pas complet, explicite, non seulement votre conviction ne pourrait pas se former, mais je m'exposerais au reproche que j'ai cru pouvoir adresser à mes adversaires, et en particulier à M. Velpeau.

M. Held se rend compte comme il suit du développement de la marche du pied-bot; vous y reconnaîtrez toujours les idées de Delpech : « Le pied-bot que l'enfant » apporte en naissant n'est le plus souvent caractérisé que par la déviation du » pied... Les muscles de la jambe sont bien développés; leur *contracture* est peu » marquée... Dans la pluralité des cas, ce n'est que plus tard, lorsque le malade » commence à marcher, que le vice de conformation fait des progrès, les *muscles » et les ligamens se raccourcissent* et finissent par se fixer tellement dans leur » position vicieuse, que souvent les plus grands efforts ne suffisent pas pour re-» dresser le pied. » (Page 11 et 12.) Ici, j'espère, plus de doute possible sur le sens du mot *contracture*. Mais continuons. Voici comment l'auteur explique la formation des variétés du pied-bot :

« Nous avons dit plus haut qu'à l'époque de la naissance, ou peu de temps » après, il était très commun de voir la pointe du pied s'incliner en bas, et peu » à peu l'axe de cette partie entrer tout à fait dans la direction de celui de la » jambe, mais les orteils ne se renversent en arrière que plus tard, lorsque le » malade commence à marcher, et constituer ainsi le pied équin. Toutefois les » choses sont loin de se passer toujours ainsi; le plus souvent même la pointe » du pied s'incline d'abord seule de l'un ou de l'autre côté, et ordinairement en » dedans; bientôt le talon suit la même direction; enfin ce n'est jamais que beau-» coup plus tard, et dans une troisième période qu'on voit se former l'*enroule-» ment* du pied. Cette variété, qu'on a appelée *varus consécutif*, *varus équin*, » nous aimerions mieux la nommer *pied équin varus*, afin de constater que » *la rétraction du talon est le fait primitif, essentiel que l'involutation de » la plante n'est que consécutive, secondaire*..... D'après ces considéra-» tions, extrêmement significatives, nous croyons pouvoir affirmer que le varus, » *accompagné de rétraction du talon est ordinairement consécutif au pied » pointu.* Les mêmes considérations *peuvent d'ailleurs s'appliquer à l'incli-» naison en dehors*; nous admettrons un pied équin valgus comme nous avons » admis un pied équin varus. » (P. 6 et 7.)

Ainsi, vous le voyez, il n'est nullement question dans ce passage d'attribuer les formes si nombreuses du pied bot à l'action particulière de tel ou tel muscle, de tel ou tel groupe de muscles, de montrer les caractères du fait en corrélation avec les causes mécaniques qui le produisent. Non, c'est la théorie de Delpech, et cela devait être. Le principe de part et d'autre est le même, les muscles ne se *contracturent que consécutivement* (pour me servir de leur expression), il fallait donc trouver ailleurs les causes et le mécanisme des variétés de la difformité. Je n'insiste pas sur la *rétraction du talon*, sur la *rétraction du calcanéum* (page 18). Ce sont encore les expressions de Delpech avec leur originalité et leur bizarrerie primitives.

Terminons, Messieurs, par quelques lignes sur le caractère essentiel de la ténotomie d'après M. Held. « Dans tout ce chapitre, nous n'avons parlé que de la sec-» tion du tendon d'Achille pour opérer la guérison des pieds-bots, car elle en » constitue ordinairement le fait principal, et jusqu'ici elle a été seule pratiquée. » Mais nous pensons que les mêmes principes sont applicables aux jambiers, » aux péroniers, aux extenseur et fléchisseur du gros orteil, et qu'ils peuvent » être coupés avec le même succès *quand c'est d'eux que dépend la* RÉSIS-» TANCE (page 67)..... » Vous le voyez, l'auteur, conséquent en ce point avec lui-même, ne dit pas *quand c'est d'eux que dépend la variété du pied-bot*; mais *quand c'est d'eux que dépend la résistance*: n'est-ce pas toujours comme Delpech?.... Maintenant que vous êtes à même d'apprécier la véritable signification du mot de *contracture* qui pour l'auteur est synonyme de *raccourcissement*, *de résistance*, *de bridement*; maintenant que vous connaissez ses idées sur l'origine et les variétés du pied bot, maintenant que vous savez comment il comprend la section des tendons, dans quel but il la conseille, à quel propos il veut l'étendre, vous en laisserez-vous encore imposer par cette phrase sur laquelle a reposé tout l'échafaudage de l'argumentation de M. Velpeau : « Enfin, *si nous en croyons un article récent du Bulletin thérapeutique*, « elle (la section du tendon d'Achille) aurait été reprise à Paris dans ces der-» niers temps, et toujours avec un succès tel, que nous pensons qu'une opéra-» tion aussi simple et aussi légère doit être généralisée et appliquée à tous les » cas de difformités dépendant de la contracture ou du raccourcissement mus-» culaire. » (Page 50.) Le considérant de l'auteur n'est-il pas digne de la grandeur de l'idée qu'on lui a prêtée?

MM. *Duval et Bouvier*. Je passe rapidement sur ces deux auteurs. Vous connaissez, par mes argumentations et citations précédentes, l'opinion primitive de M. Bouvier et les transformations qu'elle a subies depuis. Il n'y a pas de mal cependant à vous rappeler les trois lignes devenues célèbres de l'article PIED BOT de notre collègue : « Rien ne *prouve* qu'à part cette circonstance évidemment » exceptionnelle, le pied bot soit la *conséquence de la brièveté primitive des » muscles rétractés*, comme le croyaient Duverney et Delpech. Cette brièveté ne » *préexiste* point à la déviation; elle est *toujours consécutive*, et ce serait, » suivant la juste expression de Scarpa, confondre l'effet avec la cause, que » de regarder cet état des muscles comme le point de départ ordinaire de la dé-» formation. » (DICT. DE MÉDECINE ET DE CHIRURG. PRATIQUE, t. XIIIe, art. *Pied Bot*, page 85.) — Il est inutile de vous faire remarquer qu'à cette époque M. Bouvier avait lu sans doute Delpech comme M. Velpeau a lu MM. Jalade Lafond et Held. — Je me plais à reconnaître cependant que notre confrère a contribué avec quelques autres à vulgariser en France l'opération de la section du tendon d'Achille. Quant à M. Duval, il admettait avant 1836, et il admet même aujourd'hui l'étiologie multiple de Delpech, Dupuytren, de MM. Lafond, Held, Breschel, etc.; mais j'aime à reconnaître, en ce qui concerne la ténotomie, qu'il a contribué puissamment à son développement pratique. C'est lui qui a fait le premier à Paris la section du tendon d'Achille, qui l'a pratiquée un grand nombre de fois, qui a fait un des premiers la section des autres tendons du pied et du jarret; toutefois je le répète, ces opérations il les a faites, non pas au point de vue étiologique, mais, pour chacune d'elles en particulier, incidemment, accidentellement, comme forcé par des *obstacles qu'il n'avait pu résoudre par les machines*. Il y a dans son traité du pied-bot, publié en mai 1839, quelques phrases qui feraient croire le contraire; mais ces phrases sont en contradiction avec la pratique de l'auteur telle qu'elle est rapportée dans l'ouvrage même et, surtout, avec les communications qu'il a faites antérieurement à cette époque à l'Académie de médecine.

Voilà, messieurs, pour les auteurs français. Il ne me reste à vous parler que de Rudolphi, de MM. Stromeyer et Dieffenbach. Avant de commencer, je me fais un devoir de vous exprimer pour ces honorables confrères absens, toute l'estime que m'inspire leur caractère et leur talent. Je vous prie donc de ne voir dans tout ce que je vais vous en dire qu'une opinion scientifique et rien qui puisse diminuer en quoi que ce soit les sentimens que je leur porte.

Rudolphi. L'opinion qu'on vous a citée de cet auteur m'embarrasse quelque peu, non qu'elle gêne ou contrarie mes idées, mais parce que je suis obligé de vous en parler sans la bien connaître. Depuis trois ans que cette phrase a été exhumée du traité de physiologie de cet auteur, je me suis adressé maintes fois à la bibliothèque de la Faculté pour me procurer l'ouvrage; toujours je l'ai trouvé absent : on le dit égaré depuis la mort de Béclard. Rudolphi paraît avoir dit que le pied-bot peut résulter de convulsions du fœtus dans le sein de la mère. J'admets que cet auteur se soit exprimé ainsi, ou d'une manière analogue. Vous remarquerez, messieurs, que cette opinion qu'on dit *maintenant* répandue en Allemagne (j'aime à l'espérer), n'était mentionnée nulle part avant mes travaux, ni dans Delpech, ni dans M. Jalade Lafond, ni dans M. Held, ni dans M. Stromeyer, ni dans M. Dieffenbach, ni dans M. Bouvier lui-même. Ce n'est que depuis le rapport de l'Académie des sciences qu'on sait qu'elle existe. Mais n'importe. Voici d'après un auteur très capable d'en apprécier la valeur, et dont certainement ni vous ni M. Bouvier ne récuserez le jugement, ce qu'il faut penser de la phrase de Rudolphi. « Les » faits produits par les auteurs *des hypothèses* que je viens de rappeler, (l'auteur » parle de l'opinion de Rudolphi et autres), et les observations semblables qu'on » a réunies depuis, sans avoir la portée qui leur a été attribuée..... » L'auteur de cette phrase, de ce jugement qui qualifie l'opinion de Rudolphi d'hypothèse, qui persiste à regarder cette opinion comme une hypothèse, malgré les observations qui l'ont convertie en vérité, cet auteur est M. Bouvier. (MÉMOIRE sur le traitement des pieds-bots, page 12.) Pour moi, messieurs, la phrase de Rudolphi, à supposer qu'elle soit aussi claire dans l'original que dans la traduction, est le pendant ni plus ni moins de celle de Béclard que vous connaissez.

M. Stromeyer. Nous voici, messieurs, au point le plus difficile de cette longue et délicate discussion. Avant de vous faire connaître exactement les travaux de ce célèbre ténotomiste, il n'est pas inutile de vous montrer, par quelques courtes citations, comment l'opinion des mêmes personnes a varié à l'égard de cet auteur, sous l'influence de circonstances que vous apprécierez, ce qui ne s'explique peut-être pas très bien par ses ouvrages. Voici, messieurs, comment M. Bouvier appréciait en 1835, le mérite et le caractère de l'opération de M. Stromeyer : « Michaëlis, Thilenius, Delpech, M. Stromeyer, ont pratiqué la section du ten-» don du triceps de la jambe, pour remédier à l'extension du pied dans des cas » de *varus* et de pied-équin, qui n'avaient pas *cédé aux appareils*, ou qui » semblaient devoir *leur résister*. On divise ce tendon sans blesser les tégumens » qui le recouvrent, selon le *procédé* de Delpech, *modifié* par M. Stromeyer. » (DICT. et ART. cité, pag. 90.) Et en 1836, dans sa lecture à l'Académie de médecine sur la section du tendon d'Achille, « M. Bouvier s'est attaché à simplifier » cette opération (c'est toujours M. Bouvier qui parle), déjà *modifiée* avanta-» geusement par M. Stromeyer (BULL. DE L'ACAD., t. 1, pag. 200). » Cette opinion, messieurs, était parfaitement fondée; je me plais à le reconnaître, elle était en tout conforme à l'idée qu'on devait se faire du but et du caractère de l'innovation de M. Stromeyer, et elle était conforme à l'idée que l'auteur avait exprimée lui-même à la fin de son mémoire. « J'espère avoir suffisamment fixé l'attention » de mes confrères sur *un procédé tombé déjà deux fois dans l'oubli*, pour les » engager à le mettre en usage et à en retirer tous les résultats dont il est suscep-» tible (1). » Voici comment M. Bouvier apprécie et caractérise, aujourd'hui l'œuvre de M. Stromeyer : « On sait que M. Stromeyer, en *créant* la *méthode* » des sections sous cutanées des muscles et des tendons, a *ouvert* en *chirurgie* » une *nouvelle voie*, agrandie par les travaux de M. Dieffenbach et des ortho-» pédistes français (BULL. DE L'ACAD., octobre 1841, page 108). » MM. Stromeyer et Dieffenbach doivent être très flattés d'un semblable témoignage; mais voyons jusqu'où les ouvrages et la pratique de nos célèbres confrères expliquent

(1) NOUVELLES OBSERVATIONS SUR LA SECTION DU TENDON D'ACHILLE, pour le traitement du pied bot, adressées par M. STROMEYER aux Archives de médecine, (ARCH. DE MÉD., 1834, t. V, pag. 199.)

et légitiment la révolution qui s'est opérée dans les idées et l'estime de M. Bouvier. Et d'abord, messieurs, permettez-moi de vous lire deux autres citations très courtes, mais bien autrement curieuses encore, et qui vous montreront comment se fait l'histoire contemporaine. La première est extraite d'un TRAITÉ DE LA TÉNOTOMIE. « La contraction spasmodique des muscles, dit l'auteur, appréciée » comme détail, était encore éparse et dispersée dans plusieurs ouvrages de chi» rurgie, lorsque Stromeyer, de Hanovre; en donna la *formule générale*, en » attribuant une classe de difformités du système osseux à la contraction mus» culaire et au raccourcissement de ces organes. Stromeyer fit connaître ses idées » en 1828 et 1829, et Dieffenbach professa publiquement cette théorie nou» velle (1). » La seconde citation est d'un écrivain français qui rendait compte de l'ouvrage dont la précédente est extraite; vous verrez que c'est de mieux en mieux : « La lourde et plus souvent menteuse érudition de nos pédans historiens » médicaux ne prévaudra jamais contre *ces deux faits*, à savoir, que Stromeyer, » de Hanovre, a donné la formule générale applicable à une classe entière des » difformités du système osseux, sous la dépendance de la contraction muscu» laire et du raccourcissement de ces organes. Le second fait établit que c'est » en 1830 que Dieffenbach a professé, le premier, publiquement, cette théorie » nouvelle (2). » Il est curieux et instructif de voir, messieurs, comment se sont établies et accréditées ces formules positives, qui commencent à M. Bouvier et finiront on ne sait où. Voyons les originaux.

M. Stromeyer n'a pas écrit en français. Mais ses ouvrages se bornent à trois mémoires, publiés en 1834, 1836 et 1838. Je les ai fait traduire pour mon usage particulier. Vous pourrez accepter les citations que j'aurai occasion de vous lire, comme parfaitement exactes. Du reste, chacun sera libre de les vérifier.

Dans son premier mémoire, M. Stromeyer n'a eu en vue que de réhabiliter la section du tendon d'Achille, en modifiant très heureusement le procédé de Delpech. Dans ce premier travail, il n'y a pas un mot de théorie. Voici la seule phrase où l'auteur ait laissé poindre, dans une observation particulière, l'opinion qu'il pouvait avoir alors de la cause du pied-bot : « La guérison par des appareils » *exigeant trop de temps et de soins* pour les circonstances où se trouvait ce » jeune garçon, je proposai la section du tendon d'Achille pour *égaliser*, par » ce moyen, *l'action* des muscles extenseurs et fléchisseurs du pied, *dont l'anta» gonisme suspendu était évidemment la cause de la difformité du pied.* » (ARCH. DE MÉD., 1834, t. v. p. 194.)

Le second mémoire de M. Stromeyer est entièrement consacré à la démonstration de cette proposition : que *la déviation de l'épine, la scoliose, est le résultat de la paralysie des muscles inspirateurs*. L'auteur ne parle pas des autres difformités, et il ne rapporte qu'une seule observation de torticolis, traité par la ténotomie, et encore ne cite-t-il ce fait qu'à l'occasion de la paralysie des muscles inspirateurs (pag. 59 et 60).

Le troisième mémoire de M. Stromeyer, publié à la fin de l'année 1838, en octobre ou novembre, est intitulé : BEYTROEGE ZUR OPERATIVEN ORTHOPOEDIK : *Fragmens d'orthopédie sous-cutanée*. Avant de vous citer des passages de l'ouvrage, qui seraient plus ou moins difficiles à saisir, je vais vous donner une idée succincte des vues théoriques et pratiques de l'auteur. Il considère d'abord les difformités des membres et du tronc comme d'une origine toute differente. Les déviations de l'épine sont le produit de la paralysie des muscles inspirateurs. Dans les courbures des membres, dit-il, la part des muscles est plus active, « par suite d'augmentation irrégulière de leur faculté » contractile. » (Page 1.) Dans ces difformités, il y a toujours spasme *actuel* du muscle, et c'est du degré de ce spasme permanent que dépend la plus ou moins grande difficulté du redressement de la difformité. Cette maladie musculaire est une affection du muscle même, et non des centres nerveux, et le caractère essentiel de la ténotomie n'est point de procurer un allongement du muscle trop court, mais de produire la cessation du spasme par la cessation de la tension. D'où il résulterait que le muscle, après l'operation, ne s'allonge pas par l'addition d'une partie de tendon de nouvelle formation, mais par l'extention du muscle lui-même, qui, cessant d'être spasmodiquement contracté, permettrait aux deux bouts du tendon divisé de se rapprocher et de se souder presque sans substance intermédiaire. Avant de citer des extraits confirmatifs de ces vues, il n'est pas inutile de vous montrer en peu de mots toute la différence, pour ne pas dire l'opposition entière, radicale, qui existe entre le fond de la doctrine de M. Stromeyer et la mienne. Et d'abord, vous remarquerez que quelque analogie qu'on veuille trouver entre nos idées, les miennes datent authentiquement de 1836, et celles de M. Stromeyer de la fin de 1838. Mais cette remarque sera parfaitement inutile, quand vous saurez que l'état musculaire, regardé par notre confrère de Hanovre, comme le fait étiologique général des difformités des membres, n'en est que le fait très rare et très exceptionnel ; et que les cas qu'il donne, en conséquence de sa doctrine, comme tributaires de la ténotomie, pour moi ne le sont jamais, et ne doivent jamais être traités par cette méthode. Vous voyez qu'il ne s'agit pas, quant au fond, d'une nuance, d'un peu plus ou d'un peu moins ; il s'agit de la différence qu'il y a entre la règle et l'exception, et entre jamais et toujours ; car, je le répète, suivant moi, il ne faut jamais ténotomiser un muscle actuellement atteint de spasme. Après la guérison de la section, le raccourcissement musculaire se reproduit, parce que la ténotomie ne guérit pas le spasme du muscle, à moins que la section, au lieu de porter sur le tendon, porte sur le corps charnu du muscle, de manière à atteindre les nerfs malades, les nerfs d'où dépend le spasme. Ce sont là des vérités pour moi incontestables, établies sur une expérience longue et variée. J'ajouterai que la ténotomie est à mes yeux un moyen d'allonger le tendon, et de permettre au muscle de revenir de l'état fibreux à l'état charnu, de croître en tous sens, et, finalement, de reprendre ses fonctions physiologiques (sa contractilité), comme il récupère ses caractères anatomiques (sa texture charnue).

(1) DE LA TÉNOTOMIE SOUS-CUTANÉE, par le docteur Ch. Phillips. Paris, 1841, page 1.

(2) JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICALES. Octobre 1842, page 12.

Voyons maintenant les citations textuelles :

« En général, les courbures des extrémités, survenues après la naissance, n'ont » d'analogie avec la scoliose qu'autant qu'elles aussi sont fréquemment occasio» nées par des paralysies plus ou moins complètes, après lesquelles la *contrac» tilité* normale des muscles ne s'est pas rétablie d'une manière égale, mais est » restée *prédominante* dans les fléchisseurs dont la masse est plus considérable » (p. 6). » Plus loin. . « Cependant une plus longue durée de ces spasmes fait » perdre (aux muscles) cette faculté (d'être allongés). Les muscles antagonistes » se trouvant vaincus par ceux affectés de spasme, il survient, en même temps » qu'un degré considéderable de courbure, un état de repos apparent, sous le» quel se cache la nature spasmodique de l'affection. Mais cette nature spasmo» dique reparaît aussitôt qu'on fait des tentatives de redressement, parce que » l'on dérange le repos qui avait été obtenu à la suite d'un degré extrême de » contraction de ces muscles. Les affections du sterno-mastoïdien offrent la plus » belle occasion possible d'étudier ces spasmes. On peut les étudier encore dans » presque toutes les courbures congénitales des membres et du cou ; mais les » pieds-bots congénitaux en offrent les occasions les plus nombreuses. La na» ture spasmodique de cette affection n'a été peu prise jusqu'ici en » considération, que parce que la prédominance considérable des extenseurs du » pied sur les fléchisseurs arrive bientôt à amener un repos *apparent*, qui est » la suite de l'impossibilité absolue des fléchisseurs de rétablir l'équilibre. *La » nature spasmodique de la résistance des muscles raccourcis ne peut » échapper au chirurgien qui traite ces difformités ;* il peut s'en assurer par » le toucher quand il cherche à redresser le pied (p. 10). . . . Du reste, l'inten» sité de ce spasme est extrêmement variable ; et c'est précisément là dessus que » repose le plus ou moins de difficulté du redressement de la difformité (p. » 11). »

Relativement au caractère essentiel de la ténotomie, à la manière dont elle guérit l'affection spasmodique du muscle, et procure son allongement par cette guérison, voici un passage traduit par l'auteur de la CHIRURGIE DE DIEFFENBACH: ce texte servira tout à la fois à faire connaître l'opinion authentique de M. Stromeyer, telle qu'elle est exprimée dans son ouvrage (p. 14, 15) et à prouver que M. Dieffenbach l'a complètement adoptée.

« On a pensé que les fonctions (du muscle) étaient rétablies par la formation » d'une bride inodulaire, de la longueur de la perte de substance. Cette *erreur » est très grande*; quelquefois les déviations exigent un écartement d'un pied, » comme dans le pied équin, par exemple, et après la guérison on ne sent, com» me substance intermédiaire qu'un *anneau épais*. Le rapprochement des bouts » divisés est un acte physiologique ; la contraction spasmodique d'un muscle » persiste tant que ses tendons sont fortement allongés ; aussitôt que le débride» ment leur rend la liberté, le muscle, débarrassé de sa cause d'excitation, se re» lâche, s'allonge, et les bouts tendineux ne tardent pas à être mis en rapport. » (LA CHIRURGIE DE DIEFFENBACH, par Charles Phillips, p. 20.)

En voilà plus qu'il ne faut pour faire connaître l'idée fondamentale de la théorie de M. Stromeyer. Il nous reste à montrer comment cet auteur explique et traite les variétés du pied-bot d'après sa doctrine. Ici le texte suffit, sans commentaires :

« La formation de l'équin et du varus par suite de la contracture du mollet est » facile à expliquer. L'extension simple qui constitue le pied équin restera per» manente, si, lors de la formation du pied-bot, l'articulation du pied a acquis » une résistance suffisante, soit par le développement des ligamens, soit par ce» lui des malléoles. . . . .

» *Un examen superficiel a pu seul conduire à regarder le varus (Klump» fuss) comme consistant principalement dans la contracture des jam» biers, et à faire penser que sur la prédominance de ces muscles repose » la différence entre le varus et l'équin* (p. 29). »

Ceci n'est pas équivoque, Messieurs; non-seulement M. Stromeyer n'est pas l'auteur de la doctrine qu'on lui attribue, mais il n'en veut pas, il la blâme. Ecoutez ces derniers mots sur la formation du valgus : « Un fait que je rapporterai plus » tard, et dans lequel la section du tendon d'Achille a produit une si prompte » guérison, prouve que le valgus est également occasionné par la *contracture des » muscles du mollet*. J'ai eu trop peu d'occasions de voir cette difformité, pour » être en état de dire quelque chose de positif sur son étiologie. Il est possible » que la cause qui fait que le pied se trouve tiré en dehors et non en dedans » comme d'habitude, tienne à ce que l'*irritation spasmodique a commencé » par le soléaire*, qui, d'après son insertion, est en état d'attirer le talon en » dehors. » (P. 31.) Une semblable étiologie vous fait aisément prévoir ce que l'auteur devait en conclure pour la pratique. En effet, pour M. Stromeyer, le traitement fondamental du pied-bot est toujours la section du tendon d'Achille ; voici le texte (p. 28) :

« D'après mes observations faites jusqu'à ce jour, l'incomparable utilité de la » section du tendon d'Achille, dans toutes les trois formes principales du pied» bot, le *varus*, le *valgus* et l'*équin*, s'est démontrée d'une manière inconte» table : elles servent encore à confirmer la conviction à laquelle j'étais arrivé » par une autre voie, que la forme fondamentale de ces difformités résulte du » raccourcissement des muscles du mollet, d'où procèdent, comme phénomènes » secondaires, les autres déformations et aberrations fonctionnelles. »

Puis, ayant repoussé la section du jambier antérieur dans le varus, il ajoute relativement à celle du jambier postérieur : « L'on a proposé et exécuté la sec» tion de ce muscle ; *mais l'expérience m'a appris que cette opération n'a » aucun ou presque aucun résultat*, si l'on ne coupe pas en même temps le » tendon d'Achille (page 30). »

Tout ce qui précède laisse assez prévoir que M. Stromeyer ne s'est pas plus occupé de mettre la rétraction musculaire en présence des variétés particulières des difformités qui en procèdent, qu'il ne s'est occupé d'approprier la ténotomie à chacune de ces variétés, d'après la distribution de la rétraction dans tel ou tel muscle, et d'après l'action de tel ou tel muscle en rapport avec chaque variété ou

forme de la difformité. Mais, pour qu'il ne reste aucun doute à cet égard, je vais terminer par une citation qui résumera une dernière fois la doctrine étiologique de l'auteur, le caractère de sa pratique, et le point où il en était, je ne dirai pas de la généralisation de la ténotomie, mais de son extension empirique pure et simple.

« Il y a des cas fort intéressans dans lesquels, par des influences *plutôt dy-* » *namiques* et le plus souvent congénitales, tous les muscles fléchisseurs des » membres inférieurs se trouvent dans l'état de rétraction, par suite de laquelle » ces membres sont devenus complétement rigides. J'ai trouvé cette rigidité très » étendue sur tous les muscles volontaires, au point qu'outre les muscles des » membres, ceux de la face même en étaient atteints ; espèce de tétanos chro- » nique, qui ne permet que des mouvemens volontaires peu nombreux. Ces états » sont généralement désignés sous le nom d'hydrorachis. Cependant, il sera » probablement démontré par la suite qu'ils dépendent plutôt d'une *affection* » *musculaire chronique*, que d'une *maladie organique de la moelle*. Du » moins, l'*analogie* de ces états avec les *rétractions partielles*, telles qu'en » présentent *les contractions curables des pieds*, est si grande, que l'on ne » peut pas être disposé à leur assigner pour cause une maladie nerveuse orga- » nique, absolument réfractaire à toutes les ressources de l'art. M. le docteur » Duval, à Paris, a osé entreprendre, dans un cas pareil de contraction des ar- » ticulations des pieds et des genoux, la section des tendons d'Achille et des » fléchisseurs des genoux, et le résultat a été assez favorable. *Moi-même, je* » *n'ai pas encore osé entreprendre une opération orthopédique dans des* » *cas de cette nature*, soit parce que par l'usage *des bains chauds* prolongés, » continué pendant des années, on obtient un résultat extraordinaire, en ce que » les membres supérieurs s'assouplissent d'abord, puis peu à peu les inférieurs; » soit *parce que l'on trouverait à peine une limite pour les opérations à* » *entreprendre*, car, par exemple, dans les contractures des pieds et des ge- » noux, les fléchisseurs et les adducteurs de l'articulation de la hanche sont, en » général, également atteints. » (Stromeyer, Beytr., 104-105.)

Vous pouvez maintenant apprécier à leur juste valeur les jugemens sur M. Stromeyer, que j'ai reproduits au commencement de cet examen. Je vous l'ai déjà dit, je ne veux rien diminuer des justes mérites du restaurateur de la ténotomie ; mais la haute estime que je professe pour son talent et son caractère ne doit pas aller jusqu'à lui attribuer ce qui ne lui appartient pas (1), Je passe à M. Dieffenbach.

M. Dieffenbach. Je n'ai que peu de mots à dire des théories de ce célèbre chirurgien, par la raison toute simple qu'il n'en a pas. Vous le savez, quoique doué d'un esprit d'invention remarquable, il est plus opérateur, plus praticien, que savant; il agit beaucoup, et se préoccupe peu de la partie spéculative de notre art. En ce qui concerne la théorie des difformités, il s'en rapporte comme il le dit lui-même en maints endroits de ses ouvrages, aux principes de M. Stromeyer : il les adopte presque aveuglément. Du reste, pour lui, la *rétraction*, la *contracture*, la *contraction*, sont des mots sans acception rigoureuse. Il dit indistinctement la contracture de la main, des doigts, du coude, du genou, quand il s'agit d'une brûlure, d'une blessure, d'une tumeur blanche, comme quand il s'agit d'un véritable raccourcissement actif des muscles. Il ne faut donc point chercher dans les écrits de notre célèbre confrère autre chose que des faits pratiques, eux-mêmes malheureusement trop laconiquement racontés pour que la science en tire un véritable profit. On peut cependant voir, en l'absence de principes théoriques, comment il applique la ténotomie. Voici un livre publié en 1840, et intitulé : la Chirurgie de Dieffenbach, dont je vais vous lire un seul passage sur la ténotomie du pied-bot.

« Chez les jeunes enfans atteints de pied-bot (varus), il suffit *de couper le* » *tendon d'Achille*, de ramener le pied à la position droite, et de l'y maintenir » par des bandelettes agglutinatives ou par l'appareil amidonné. Si l'âge des en- » fans dépasse trois ou quatre ans, il est prudent de mettre en usage la botte en » acier de Scarpa, et dans un âge plus avancé la machine de Stromeyer *devient* » *indispensable*. Après ce traitement, continué pendant quelque temps, *la for-* » *me du pied est modifiée et améliorée* ; la plante repose sur le sol ; on peut » alors apporter des modifications à la médication. » (P. 37 et 38)

Plus loin : « Lorsque les pieds-bots sont fortement caractérisés, lorsque la » face antérieure du pied est renversée en haut et en dedans, et lorsque le gros » orteil est dirigé vers le tibia, en un mot dans le degré le plus élevé ; ce sont les » *extenseurs des orteils qui, contractés avec énergie, produisent cette dé-* » *viation*. Dans ce cas, il faut diviser *tous les tendons de la plante du pied*, » et ensuite *couper tous les extenseurs des orteils*. Pour mieux exprimer ma » pensée, je dirai que le pied varus est artificiellement changé en pied équin; cette » variété est d'autant plus facile à produire, que le tendon d'Achille, encore intact, » tire le talon en arrière et en haut, et, par suite, abaisse fortement la plante du » pied. » (Pages 38 et 39.) Ces choses ont été publiées en 1840, et sous les yeux de l'auteur, de M. Dieffenbach.

Ici se termine, Messieurs, cette longue et difficile analyse. Vous remarquerez que dans cette exposition des doctrines et des principes de chacun, j'ai voulu être plus historien que critique. Je n'avais pas, en effet, à m'occuper de la valeur réelle de ces doctrines et de ces principes, ni à montrer leur degré de supériorité ou d'infériorité par rappport aux doctrines et aux principes que je professe. Mon unique but était de vous prouver que ce que je pense, dis et fais, est autre et différent que ce que pensent, disent et font les auteurs que j'ai cités. Si j'avais eu à les juger, je l'aurais fait par cette simple remarque : qu'aucun n'a de théorie générale, mais des vues partielles seulement, et presque toujours opposées sur chaque difformité; qu'aucun n'a soumi ses idées et ses principes à une démonstration régulière. Tous parlent hypothétiquement, tous s'abstiennent des preuves nécessaires, ce qui explique très bien pourquoi ils ont persisté dans des idées que je crois erronées; car l'erreur ne résiste pas aux efforts de démonstration d'un bon esprit. Quant à mes doctrines, que je crois pouvoir maintenant plus que jamais appeler miennes, je n'ai pas eu la prétention de vous les exposer, de vous les démontrer, mais de vous les indiquer seulement dans leurs caractères significatifs et fondamentaux. Cependant, je crois en avoir dit assez pour montrer que je n'avais pas besoin du rapport de l'Académie des sciences, ni du paquet cacheté, pour m'en assurer la propriété, eu égard aux auteurs que j'ai cités. Je n'avais besoin de ces titres et de ces dates que par rapport à l'ouvrage de M. Velpeau, dans lequel se trouvent, en effet, mes idées et mes principes, plus ou moins explicitement énoncés. Or, M. Velpeau ne les réclame plus pour lui : vous savez maintenant leur date et leur origine; vous savez donc maintenant à qui elles appartiennent.

L'argumentation de M. J. Guérin a duré deux heures. Quelques membres demandent le renvoi de la discussion à une prochaine séance. M. Gerdy demande la parole tout de suite.

M. Dubois: Je me proposais de parler immédiatement, mais ce que j'ai à dire n'ayant pas trait aux questions que M. J. Guérin vient de discuter, je céderai volontiers la parole à M. Gerdy, s'il a à parler sur ces questions.

M. Gerdy (1): Vous venez, Messieurs, d'entendre un long, un trop long discours. Je ne comprends pas que pour exposer si peu de choses on nous ait tenus deux heures. J'en aurais dit autant en vingt minutes. Si telle est la marche qu'on veut suivre, nous n'arriverons jamais à la fin. Il semble que ce soit un parti pris; on veut nous prendre de guerre lasse, on veut nous fatiguer, nous harasser. Si, après la longue et pénible discussion que vous venez d'entendre, on a l'intention d'en susciter une nouvelle dont on vous menace, j'avoue que pour mon compte je perds courage et patience; car je ne suis pas disposé, pas plus que vous tous, qui avez vos affaires, à venir ainsi tous les samedis prêter de nouveaux alimens à une discussion qui sera interminable en suivant la voie où l'on nous a conduits. On cherche par tous les moyens possibles à tirer à la corde, et l'on vient nous débiter d'immenses discours qui nous ennuient. (Rires et exclamations.)

Le premier j'ai dit à M. Guérin : Vous fuyez sur tous les points, vous fuyez toujours. Aujourd'hui plus que jamais M. Guérin a légitimé mon reproche. D'abord il a semblé nous accuser d'avoir élargi le débat ; mais, en vérité, n'est-ce pas lui qui l'a élevé aux proportions où nous le voyons aujourd'hui? Qu'a-t-il voulu prouver tout-à-l'heure? la priorité de ses opinions sur l'étiologie des difformités: eh bien ! réduite à ces termes, je dis qu'il est indigne de l'Académie de s'occuper de la question de savoir si M. Guérin est ou non le premier qui ait donné cette étiologie. D'ailleurs, cette étiologie est un système, et M. Guérin, qui m'a reproché de l'avoir appelé systématique, n'a cherché à prouver qu'une chose aujourd'hui, c'est qu'il a inventé ce système. Nous savions de reste qu'il était systématique; mais ce que nous lui contestons, c'est que ce système soit à lui, car nous le trouvons partout : c'est la chose du monde la plus triviale, et moi-même, qui n'ai élevé aucune prétention de priorité, j'ai consigné dans mon Traité des bandages l'étiologie dont M. Guérin veut s'enrichir. Je ne la lui conteste pas, assurément, et je la lui abandonne volontiers.

Quant aux moyens de guérison employés par M. Guérin, nous qui contestons l'identité des causes qui produisent les difformités, nous contestons surtout l'uniformité thérapeutique que ce médecin leur oppose. Nous la considérons comme une erreur dangereuse, et nous la combattons.

D'ailleurs, système, théorie, applications, il fallait prouver que tout cela était bon, scientifique. Au lieu de se jeter dans des généralités insaisissables, il fallait aborder des points précis de discussion, couler à fond un des sujets sur lesquels il a été argumenté, traiter enfin scientifiquement une question...

M. Guérin ; Fixez un point.

M. Gerdy : Les symptômes, les causes, le traitement, tout ce que vous voudrez.

M. Guérin : Je demande la parole.

M. Gerdy. Oui, parlez, parlez tout de suite, mais parlez scientifiquement.

M. le Président : M. Gerdy, je vous invite à parler à l'Académie et non à un de ses membres.

M. Gerdy vivement au président : Si vous m'interrompez, vous ne saurez pas ce que je veux dire. Les formes que j'emploie sont généralement acceptées; c'est une figure, une forme oratoire familière aux plus grands orateurs : Démosthènes haranguant contre Philippe.... (Hilarité générale. M. Gerdy reprend :)

Oui, monsieur Guérin, vous fuyez toujours, vous n'abordez pas un seul point

(1) Le temps ne m'a pas permis de pousser plus loin cette discussion. Mon intention était de montrer comment l'opération du strabisme, conseillée par M. Stromeyer dans son ouvrage de 1838, avait pu accréditer les erreurs qu'on a répandues à dessein sur le caractère général de ses théories et de sa pratique. J'aurais montré que l'idée qu'il se forme du strabisme est elle-même une conséquence erronée de celle qu'il professe sur l'origine des difformités des membres. Pour M. Stromeyer, le strabisme est le résultat d'un *spasme actuel* des muscles de l'œil, spasme réalisant un *raccourcissement fonctionnel passager*, cessant pendant le repos, et ne réalisant que peu à peu le raccourcissement mécanique du muscle affecté ; la ténotomie oculaire, au point de vue de cette doctrine, ne serait, comme la ténotomie appliquée aux difformités des membres, qu'un moyen de guérir le spasme musculaire, et non de remédier au défaut de longueur du muscle. Cette opinion a été adoptée par beaucoup de médecins d'abord, notamment par M. Dieffenbach. M. Bouvier l'a introduite en France; il a présenté à l'Académie (séance du 12 janvier 1841, Bullet. de l'Académie, t. vi, p. 371) des pièces anatomiques, des muscles de strabiques qui n'offraient, suivant lui, aucune différence de longueur avec ceux de l'œil sain. On sait ce qu'il faut penser aujourd'hui de ces pièces et de la doctrine qu'elles étaient destinées à étayer.

(1) Pour que M. Gerdy ne nous accuse pas de nouveau d'altérer ses paroles, nous reproduisons ce qu'il a dit d'après le compte-rendu de la Gazette des Hôpitaux du mardi, 20 décembre,

d'anatomie, de physiologie; je vous cherche partout, partout je vous trouve insaisissable. En attendant, je vais passer en revue quelques points de votre précédente argumentation.

C'est une manie de M. Guérin de m'accuser d'altérer ses textes, tandis que c'est lui, au contraire, qui se livre à des altérations nombreuses, non seulement sur ses propres textes, mais encore, ce qui est plus grave, sur celui des autres. Pour ce qui le concerne, n'est-ce pas lui qui a dit une première fois cette phrase : « Tous les mouvemens de la main sont conservés ; » et qui, une seconde fois, n'a plus parlé du tout de ces mêmes mouvemens? Quant aux altérations qu'il fait subir aux textes des autres, j'en citerai quatre pour ce qui me regarde, et j'en trouverais de beaucoup plus nombreuses si je cherchais celles qu'on a fait subir aux discours de MM. Bouvier et Velpeau.

Ici M. Gerdy, par des citations et des confrontations de texte, cherche à démontrer les altérations dont il se plaint. Vous conviendrez, ajoute-t-il, qu'il est fâcheux que ces altérations tombent toujours sur la même personne, et qu'il est au moins singulier qu'elles soient toujours favorables à M. Guérin.

Lorsque, dans l'avant-dernière séance, M. Guérin voulut prouver qu'il coupait les tendons des muscles des doigts au sommet de la première phalange, il fit l'expérience devant l'Académie. Je voulus m'approcher alors de l'opérateur pour bien juger de l'exactitude de ses assertions. Mais M. Guérin me tourna le dos au moment où je l'interrompais en lui disant qu'il me semblait qu'il coupait au dessus. La pièce fut aussitôt enlevée par M. Oudet, qui la transmit à M. Bousquet, de sorte que je ne pus rien voir. Ce procédé me sembla peu académique ; ce n'est pas aux amis seuls qu'il faut confier l'examen des preuves... (Ici, sur la demande de M. Guérin, un huissier met sous les yeux de M. Gerdy la pièce en question, conservée dans l'alcool et déposée au secrétariat de l'Académie.) Qu'est-ce que cela, continue M. Gerdy? La main? Oh! cela ne me fait rien pour ce que je veux prouver en ce moment, savoir, que M. Guérin m'a fait dire ce que je n'ai pas dit, en me faisant l'accuser de couper les tendons au milieu de la première phalange. J'ai exprimé un doute; j'ai voulu l'éclaircir ; vous avez vu comment cela m'a été impossible.

J'arrive à l'affaire du certificat. M. Guérin se voyant en danger invoqua l'appui d'une commission bénévole; ce secours lui arriva au moment où il se noyait. Sans doute je prends beaucoup de part à sa position pénible, mais je ne peux m'empêcher de le blâmer d'en avoir voulu sortir par le moyen qu'il a employé. Une commission académique, régulièrement constituée, sérieusement investie d'une mission grave, une commission dans laquelle seraient entrés même ses adversaires, pouvait seule le tirer de ce mauvais pas. Qu'il n'écoute pas les hommes qui disent : Nous avons été victimes par les commissions. Les commissions ne victiment que l'erreur et le mensonge. A part de rares exceptions, la vérité a toujours trouvé un appui parmi les savans. Pour mon compte, seulement guidé par le désir de connaître la vérité, je me serais prosterné devant elle si M. Guérin l'avait démontrée. Mais il a préféré recourir à une *commission de secours*.... Eh bien! cet acte est imprudent et maladroit. D'ailleurs à l'occasion des malades présentées par M. Guérin, autant de versions que d'examinateurs. Eh bien! il suffit que M. Bouvier et moi aient vu d'une manière, que M. Guérin ait vu d'une autre, que la commisssion de secours (on rit) ait encore vu d'une autre, pour qu'il fût indispensable qu'une commission passât par-là. Le certificat n'a rien éclairé sur la conservation des mouvemens de la main chez les deux malades en question ; l'obscurité n'en est devenue que plus épaisse, le doute que plus légitime. Je ne dis pas, monsieur Guérin, que vous ayez fait un mensonge, mais je vous accuse d'une monstruosité scientifique.

Ce certificat n'est pas seulement un acte extra-académique, c'est encore une faute. Pour qu'il eût la valeur qu'on voulait lui donner il eût fallu qu'à le signer eussent été appelés des hommes qui ont fait une étude particulière des mouvemens. Vous m'avez accusé d'avoir exagéré à dessein le nombre des mouvemens de la main. Non, certes, j'en pourrais décrire soixante ; et, pour qui connaît bien la structure anatomique de cet organe, ses muscles nombreux, ses os et leurs facettes multiples, je n'aurai rien exagéré. Ces mouvemens existent-ils chez vos malades? Vos amis disent oui ; mais les amis ne prouvent rien. Qui ne connaît la bienveillance et la tolérance de l'amitié? Aujourd'hui tout contrôle est devenu impossible ; M. Guérin a refusé de représenter les malades devant l'Académie. Comment voulez-vous que nous croyions au certificat quand nous n'avons plus aucun moyen d'en apprécier les assertions? Au commencement de ce débat M. Guérin, qui se croyait sûr de son fait, s'empressa de produire les jeunes filles; aussitôt qu'il a été ébranlé par la discussion, il les a dissimulées, il n'en a plus été question que dans le huis-clos de l'intimité. Eh bien! monsieur Guérin, je vous porte aujourd'hui un défi ; ramenez de nouveau ces jeunes filles devant l'Académie ; produisez-les encore..... Mais non, vous ne le ferez pas! (Agitation.)

Quant aux signataires, je regrette qu'ils se soient fourvoyés dans ce mauvais chemin. Je les conjure de s'unir à nous pour demander une nouvelle présentation des malades ; ils le doivent ; c'est une nécessité de leur position. Je ne veux pas discuter leur certificat ; M. Bouvier s'est amplement acquitté de cette tâche; mais jusqu'au nouvel examen que je réclame, je ne peux pas y croire. Je regrette aussi que ce soit M. Guérin qui ait entraîné l'Académie hors de ses habitudes et de ses précédens ; mais il est nouveau parmi nous et il s'appliquera sans doute à les mieux connaître à l'avenir.

M. Paul Dubois : Messieurs, j'aurais pu demander la parole il y a quelques jours, pour un fait personnel, mais je présidais alors l'Académie, et j'ai dû me réserver de parler plus tard ; je me propose cependant de ne le faire aujourd'hui que pour donner à l'Académie quelques explications, et je m'efforcerai de ramener la discussion au calme et aux convenances, dont il est regrettable, qu'elle se soit quelquefois écartée. Vous vous rappelez, Messieurs, que dans l'avant-dernière séance, mon témoignage et celui de quelques-uns de mes collègues ont été invoqués par M. Guérin, et que cette circonstance a provoqué de la part de notre collègue M. Bouvier, des observations critiques et une interprétation qui lui a été inspirée, j'en suis convaincu, bien moins par ses sentimens personnels à l'égard de ceux de ses collègues auxquels elle s'adressait, que par l'ardeur et la vivacité de la discussion ; néanmoins, les paroles de M. Bouvier ont rendu nécessaires les éclaircissemens que je vais de donner à l'Académie.

A la fin de l'une des dernières séances, notre collègue, M. Guérin, me pria d'examiner les deux malades qu'il vous avait présentés, et il ajouta qu'il avait adressé la même demande à quelques-uns de nos collègues. Je ne me rappelle pas si M. Guérin me fit connaître alors l'intention qu'il aurait eue de faire usage de notre témoignage devant l'Académie; mais il me parut si convaincu de la bonté de sa cause, et avoir une telle foi dans le succès des opérations pratiquées par lui sur ses deux malades, que je ne doutai pas qu'il ne comptât sur les résultats favorables de la démarche qu'il faisait près de nous, et qu'il ne se proposât de s'en prévaloir dans la discussion. Je ne trouvai rien, je le déclare, que de très légitime dans son intention, et j'accédai à la demande qu'il m'avait adressée; mes collègues y consentirent sans doute aussi par les mêmes motifs.

En acceptant la proposition qui m'était faite, je me félicitais de l'occasion qui m'était offerte de m'éclairer sur l'état réel des malades, que je n'avais pu voir à l'époque où ils avaient été présentés à l'Académie, et qui étaient devenus l'objet de vives contestations; et oserai-je ajouter que j'avais aussi quelqu'espoir que mon témoignage et celui de mes collègues ne seraient pas tout à fait inutiles pour éclairer le jugement de l'Académie. D'une autre part, en considérant les circonstances dans lesquelles la discussion était née, les motifs, d'ailleurs très légitimes, qui avaient inspiré le travail lu par notre collègue, M. Bouvier, travail dans lequel les opinions et la pratique de M. Guérin étaient critiqués, je n'ai pas cru que mon acceptation eût rien de contraire aux règles les plus simples de l'équité. J'ai pensé enfin que je possédais les conditions de désintéressement et de probité scientifique qui devaient garantir mon impartialité, et, l'Académie me permettra de le dire, j'ai cru avoir une dose suffisante d'intelligence pour apprécier l'importance réelle des faits qui devaient m'être soumis, et les réduire à leur juste valeur si cette importance avait été exagérée.

L'Académie pressent que je ne partage nullement l'opinion de notre collègue, M. Gerdy, relativement aux commissions. Je ne pense pas, comme lui, qu'elles doivent être composées d'adversaires.

M. Gerdy : Je n'ai pas dit cela!

M. P. Dubois : Vous avez raison; j'altérais peut-être votre pensée sans le vouloir, et je vous remercie de me fournir l'occasion de la reproduire avec fidélité. Eh bien! je ne pense pas, comme M. Gerdy qu'il soit nécessaire d'introduire des adversaires dans les commissions pour que leur jugement soit plus valable. Je ferai d'abord remarquer que cette doctrine de notre collègue est contraire aux usages des sociétés savantes, et en particulier à ceux de l'Académie, j'en trouverais facilement des preuves dans ses précédens. L'Académie, en effet, quand elle nomme une commission à l'occasion de quelque sujet vivement controversé, choisit de préférence pour la composer ceux de ses membres qui ne se sont publiquement prononcés ni pour ni contre ; et, à mon sens, elle a parfaitement raison. Les adversaires seraient trop souvent des juges, dont la sévérité prendrait le caractère du scepticisme, et le contrôle celui de l'inimitié. Je n'adopte donc pas l'opinion de notre collègue et elle me paraît être de sa part le résultat d'une généreuse illusion.

Mes collègues et moi nous avons examiné les malades de M. Guérin; le résultat de nos investigations vous est connu, car M. Guérin vous l'a indiqué avec une parfaite exactitude. Il est d'ailleurs aujourd'hui dans le domaine public, et je n'ai rien à y ajouter. Je dirai seulement à M. Bouvier, qui nous a accusés d'avoir mal vu, que je ne sais pas comment il a vu lui-même ; que je suis néanmoins convaincu que son examen a été consciencieux, et que, quant à nous, nous avons rempli la mission que nous avions acceptée avec la plus scrupuleuse attention.

Nous n'avions d'ailleurs, l'Académie doit bien le penser, aucun intérêt à dissimuler la vérité; il était de notre devoir de ne pas le faire, et ce devoir nous l'avons religieusement rempli.

Notre collègue, M. Gerdy, nous a demandé si nous avions constaté l'existence des mouvemens d'adduction et d'abduction des doigts, et tout récemment encore il vient de répéter la même question. De son côté, M. Bouvier aurait voulu que nous eussions mathématiquement cherché les différens degrés de flexion des doigts, et notre examen lui paraît insuffisant, parce qu'il n'a pas été fait avec cette rigueur. Non, nous n'avons pas recherché les 50 ou 60 mouvemens de la main, à l'existence desquels M. Gerdy attache une si grande importance, et nous n'avons pas non plus mesuré par degrés l'étendue de la flexion des doigts. En vérité, messieurs, si je ne répondais pas en ce moment à des hommes distingués, et pour le mérite desquels je professe une haute estime ; si je répondais au contraire à des adversaires plus disposés à introduire dans une discussion scientifique des arguties qui les embrouillent, que la sévérité et la sincérité du jugement qui les éclairent, je dirais que leur insistance est une véritable puérilité. Encore une fois, nous n'avons pas fait ce que nos collègues demandent, et en voici les motifs. Mais avant d'aller plus loin, je ne puis me dispenser de demander pardon à l'Académie de ce que je vais réduire aux termes les plus simples et à des proportions presque vulgaires une question que la discussion s'efforce de grandir et de compliquer; mais j'espère être parfaitement compris, parce que je sais que je m'adresse à des esprits sérieux et positifs.

L'Académie se rappelle sans doute les conditions dans lesquelles se trouvaient les deux malades de M. Guérin avant qu'elles eussent été soumises à une opération : elles étaient atteintes d'une flexion permanente des doigts de la main droite. Cette partie était extrêmement difforme et inapte à rendre à ces jeunes filles le service même le moins difficile et le moins lucratif ; enfin, chez l'une d'elles la maladie, qui avait déformé la main, avait aussi produit l'atrophie de quelques-uns des muscles et détruit pour toujours leur propriété contractile. Quelles pouvaient être dans cet état de choses les prétentions de l'art? Elles devaient assurément se borner à corriger les difformités, à restituer aux doigts une partie de la mobilité qu'ils avaient perdue, à rendre de nouveau possibles les mouvemens usuels et l'exercice utile, profitable, de la main ; eh bien, c'est ce

qu'a fait M. Guérin ; il n'a certainement pas rendu aux parties malades la pureté de leurs formes normales, si tant est qu'elles l'eussent jamais eue ; mais aujourd'hui ces membres n'ont rien qui choque le regard. Il n'a pas reproduit l'intégrité des mouvemens ni la souplesse et l'agilité primitive des doigts, mais il leur a donné du moins une mobilité fructueuse ; tel devait être le but de l'art, et à mon sens de plus hautes prétentions eussent été exagérées, déraisonnables, et par cela même je suis tout à fait disposé à croire que M. Guérin ne les a pas eues. Sans doute on objectera qu'un pareil résultat ne constitue pas un succès complet ; notre art, Messieurs, ne saurait être aussi exigeant ; il s'exerce rarement sans laisser des traces plus ou moins pénibles de son action, et parmi les opérations dont il peut se prévaloir, il en est beaucoup dans lesquelles un esprit paradoxal et pointilleux trouverait à reprendre ; assurément que à un membre amputé nous substituerons un membre artificiel, nous n'avons quand bien imparfaitement réparé la perte que l'art a fait subir, et quand nous avons pratiqué l'une des opérations les plus belles dont la chirurgie puisse se glorifier, l'opération de la cataracte, nous ne prétendons pas avoir rendu au malade la vision de ses premières années ; l'art a fait pour les malades de M. Guérin tout ce qu'il pouvait faire, et bien loin qu'il soit accusable d'un nouveau malheur il leur a rendu un incontestable service.

Pour la constatation de l'état actuel des malades, notre propre examen nous a suffi ; pour le passé, nous avons dû recourir aux témoignages de leurs parens ; nous devons dire qu'ils ont été recueillis par nous avec le plus grand soin, et qu'ils nous ont paru complètement sincères ; ceci me conduit à toucher une question délicate.

Dans la discussion, on a allégué qu'il était difficile de démêler le faux du vrai pour les résultats de l'opération, attendu que le témoignage des parens, modifié par certaines influences, avait plusieurs fois varié ; de tels argumens, Messieurs, ne sont plus scientifiques, et ne devraient jamais se produire dans l'enceinte de l'Académie ; quand on croit n'avoir plus que de telles armes pour combattre ses adversaires, le parti le plus sage et le seul digne est de renoncer à la discussion.

Telles sont, Messieurs, les explications que je désirais donner à l'Académie. (Approbation générale et applaudissemens.)

M. Blandin : Je demande à ajouter quelques mots.

M. Bouvier : Je demande à être entendu avant M. Blandin. Il est juste que je réponde auparavant à M. Dubois.

M. le président : Il est six heures. Il y a encore cinq personnes inscrites ; l'Académie jugera sans doute convenable de renvoyer la suite de la discussion à samedi prochain.

La séance est levée.

SÉANCE DU 20 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. FOUQUIER.

Le procès verbal de la dernière séance est adopté.

CHIMIE.

M. Boudet lit un mémoire intitulé : Recherches sur la composition chimique du parenchyme pulmonaire.

ÉLECTIONS.

L'ordre du jour est l'élection des membres du bureau pour 1843. On procède d'abord à l'élection du président.

Il y a 90 votans ; majorité 46. M. Paul Dubois ayant obtenu 77 suffrages, est nommé président de l'Académie.

Pour l'élection du vice-président, le nombre des votans est de 95 ; majorité 48. M. Ferrus a obtenu 56 suffrages, M. Roche 19, M. Duméril 7, etc. M. Ferrus est proclamé vice-président.

On passe à la nomination du secrétaire ; le nombre des votans est de 90 ; majorité 46. M. Dubois (d'Amiens) ayant obtenu 70 suffrages est proclamé secrétaire annuel.

Enfin, on procède à l'élection de trois membres du conseil d'administration de l'Académie. MM. Fouquier, Reveillé-Parise et Lacournère ayant réuni la majorité des suffrages sont appelés à faire partie du conseil d'administration.

RÉTRÉCISSEMENT DE L'ŒSOPHAGE.

M. Bérard présente à l'Académie une pièce d'anatomie pathologique, appartenant à un homme qui a succombé dans son service à l'hôpital de la Pitié. Il s'agit d'un rétrécissement de l'œsophage qui rendait la déglutition très-difficile et donnait lieu à tous les accidens ordinaires dans ce genre de maladie. Constamment les sondes étaient arrêtées au-dessous du larynx, et le liquide qu'on injectait, au lieu de descendre dans l'estomac, refluait vers la bouche. M. Bérard ajoute que, plusieurs fois, en pratiquant le cathétérisme, il a constaté et fait constater à ses élèves que la sonde frottait contre un corps rugueux, qu'il soupçonna être le cartilage cricoïde. Le malade succomba aux progrès d'une pneumonie, au moment où M. Bérard agitait la question de savoir s'il fallait tenter, dans ce cas, l'œsophagotomie.

Le rétrécissement de l'œsophage est considérable ; il présente une étendue verticale de 1 centimètre environ, et il est formé par du tissu squirrheux. Au-dessus, on trouve un noyau de prune, sorte de bouchon que ni les sondes, ni les liquides ne pouvaient déplacer pour franchir le rétrécissement. La présence de ce noyau explique aussi la sensation d'un corps rugueux que l'on éprouvait en pratiquant le cathétérisme.

Que convenait-il de faire dans ce cas ? dit M. Bérard. En admettant qu'on eût reconnu le corps étranger, sans aucun doute, il aurait fallu tenter de le retirer ; mais si cela eût été impossible, l'œsophagotomie seule eût offert une ressource extrême, et sans la pneumonie qui a fait succomber notre malade, nous aurions pratiqué cette opération, dont le succès eût été très-douteux, puisqu'il s'agissait d'une affection squirrheuse qui aurait continué à faire des progrès.

M. Bérard termine sa communication en disant que le noyau trouvé au-dessus du rétrécissement ne lui paraît pas avoir été la cause de la maladie ; car si l'œsophage eût été dans l'état normal, ce corps étranger avait un volume assez petit pour pouvoir descendre sans difficulté dans l'estomac. Il est donc probable, sinon démontré, que le noyau s'est arrêté dans l'œsophage parce qu'il existait un obstacle dans ce canal.

M. Amussat : En pratiquant le cathétérisme avec une sonde métallique, on aurait sans doute reconnu qu'il existait dans l'œsophage un corps étranger. Ce fait servira donc à prouver la nécessité de recourir à ce moyen d'exploration. J'ajouterai que je suis porté à penser, contrairement à l'opinion de M. Bérard, que peut être le noyau a été la cause du rétrécissement.

TUMEUR ÉRECTILE.

M. Pigeault présente un enfant qui offrait une tumeur érectile sur le front et une autre sur le dos, et qui a été guéri par la vaccine pratiquée sur les tumeurs. Ce moyen avait déjà été employé avec succès, dans des cas semblables, par M. Bousquet.

MYOTOMIE. — STRABISME.

M. Lucien Boyer met sous les yeux de l'Académie une pièce d'anatomie pathologique qui présente la cicatrisation du muscle droit interne de l'œil, coupé dans l'opération du strabisme, 23 mois avant la mort.

Une jeune fille de 12 ans, affectée d'un strabisme convergent très prononcé de l'œil droit, fut opérée par M. L. Boyer, et, le 21 janvier 1841, le résultat de l'opération fut une guérison prompte et complète. L'œil reprit sa direction régulière et recouvra rapidement ses mouvemens ; ceux d'adduction eux-mêmes redevinrent complets, la cornée pouvant se porter jusque dans l'angle interne de l'œil. Ce résultat s'est parfaitement maintenu jusqu'au jour de la mort, qui a eu lieu le 17 décembre 1842, par suite d'une affection tuberculeuse, dont les premiers symptômes ne se sont manifestés que dans le cours de cette année.

Une circonstance remarquable de cette opération, qui a eu pour témoins MM. Breschet, Capuron, Amussat et plusieurs autres médecins, c'est que l'œil, avant l'opération, ne pouvait distinguer aucun objet, tellement qu'un chirurgien très compétent sur cette matière le considérait dès lors comme amaurotique. Aussitôt après l'opération, il a pu reconnaître une clef, une pièce de cinq francs et plusieurs autres objets. Cette faculté visuelle, acquise par le bénéfice de l'opération, s'est maintenue jusqu'à la mort et même a fait graduellement encore des progrès.

Sur les deux yeux, qui ont été préparés avec soin afin que le gauche pût servir de terme de comparaison, on voit que le muscle coupé a contracté une nouvelle adhérence tendineuse très-solide avec le globe de l'œil. Ce tendon se fixe sur la sclérotique à 9 millimètres de distance de la cornée, tandis que cette distance est de 7 millimètres pour le muscle qui n'a point été opéré ; de plus, pour ce dernier, les fibres charnues se perdent graduellement dans la substance du tendon et sont encore perceptibles à 3 millimètres de l'insertion à la sclérotique, tandis que, pour l'autre, elles cessent toutes brusquement à la distance de 11 millimètres : il n'y a aucune apparence musculeuse dans le tendon qui offre cette longueur. Il est donc bien évident que c'est un tendon de formation nouvelle, qui s'est organisé après l'opération et qui s'est fixé sur le globe de l'œil, en arrière de son insertion primitive, qui a disparu.

Déjà M. L. Boyer avait, le premier, présenté le 12 janvier 1841 des pièces de pathologie expérimentale, recueillies sur des animaux auxquels il avait pratiqué la section des muscles de l'œil et qui démontraient cette disposition de la cicatrice tendineuse après l'opération.

Une autopsie faite en Angleterre par M. Babington a offert des résultats identiques. Il en est de même d'une pièce présentée à l'Académie par M. Bouvier, et d'une autre qui se trouve entre les mains de M. Lenoir. Il est donc bien évident que c'est là véritablement le procédé que la nature emploie dans tous les cas pour rétablir les fonctions du muscle après l'opération.

Remarquons que, dans ce cas, le résultat s'est maintenu pendant 23 mois, et qu'à la mort on a trouvé une disposition anatomique qui présente toutes les conditions désirables d'organisation définitive. Il n'y a donc pas lieu de supposer qu'une épreuve plus prolongée eût pu être défavorable au résultat de l'opération. Ce fait est, sous ce rapport encore, conforme à l'expérience aujourd'hui acquise que s'il a pu y avoir dans le principe des insuccès dus à des opérations incomplètes, trop étendues ou pratiquées suivant des procédés défectueux, les guérisons obtenues se maintiennent jusques à ce jour sans récidive.

Tous les membres présens examinent ces pièces avec intérêt, constatent la disposition anatomique des parties, et en tirent les mêmes conclusions.

Cette communication de M. L. Boyer répond victorieusement aux objections des détracteurs d'une opération nouvelle qui restera acquise à la chirurgie.

M. Bouvier : Le fait que M. Boyer vient de communiquer à l'Académie est d'autant plus important, qu'il existe des dissidences dans le mode de cicatrisation des muscles de l'œil, après leur section pratiquée pour remédier au strabisme. Quelques personnes pensent que la réunion a lieu dans ce cas, comme après la section de tous les autres tendons, c'est-à-dire à l'aide d'une substance intermédiaire qui réunirait les deux bouts coupés ; mais leur opinion n'est appuyée sur aucun fait, et nous attendons encore la preuve d'une assertion contradictoire à plusieurs faits que nous avons observés, et aux résultats des expériences sur les animaux. Je sais bien qu'on prétend que par le procédé sous-conjonctival, qui est pratiqué maintenant par plusieurs chirurgiens, on obtient des résultats différens de ceux qui suivent les méthodes ordinaires : mais où est la démonstration de l'exactitude de cette assertion : nulle part. Et pourtant il serait utile de savoir à quoi s'en tenir sur une opinion émise sans preuves depuis bientôt deux ans.

BIBLIOGRAPHIE.

Dictionnaire de médecine, ou répertoire général des sciences médicales considérées sous les rapports théoriques et pratiques ; par MM. Adelon, Béclard, etc. — Deuxième édition, entièrement refondue et considérablement augmentée ; tomes 23, 24 et 25. Paris, 1841 et 1842, chez Béchet jeune et Labé.

Depuis deux années que nous avons rendu compte de ce dictionnaire, trois volumes seulement ont été publiés, et l'ouvrage est loin encore

d'approcher de sa fin, bien qu'arrivé pourtant au 25e volume. Dans l'espoir que l'activité des auteurs réparera, par la prompte publication des volumes qui restent encore à paraître, la lenteur passée, nous allons nous hâter de signaler quelques-uns des principaux articles des trois volumes que nous avons en main, et présenter, suivant notre habitude, quelques réflexions sur les points qui nous paraîtront en mériter la peine.

Le 23e volume contient peu d'articles importans, de ceux au moins où l'on puisse trouver quelque progrès ou quelque changement notable. Après avoir signalé deux articles de pathologie générale, l'un Pœdiatrie, par M. Guersant, et l'autre Pathologie, par M. Raige-Delorme, puis ceux de pathologie spéciale, aux mots Percussion, Péricardite et Péritonite, sous le nom de M. Chomel, où l'état de la science est présenté d'une manière aussi exacte qu'on peut l'attendre dans un travail de ce genre, nous nous arrêterons au mot Paralysie générale des aliénés, par M. Calmeil, question étroite en apparence, mais qui se rattache pourtant aux points les plus importans de la pathologie, et sur laquelle les monographes sont loin d'être d'accord. Le passage suivant, que nous empruntons à cet article, suffira pour faire voir à quelles erreurs s'exposent les hommes, même ceux qui inspirent le plus de confiance, lorsqu'ils se hâtent de tirer des conclusions générales de faits en petit nombre, quelque bien observés qu'ils aient été. «J'ai été porté à penser anciennement que la paralysie incomplète des aliénés était occasionée par le ramollissement superficiel chronique et diffus de la substance grise des hémisphères cérébraux. J'ai cru ensuite que cette opinion était forcée, attendu que je n'avais pas apprécié l'existence du ramollissement cortical sur plusieurs aliénés paralytiques, et que je l'avais observé sur des sujets qui ne m'avaient point offert les symptômes musculaires de la paralysie incomplète. » Cet aveu est, sans doute, honorable pour l'auteur (eh! quel est celui des écrivains de première ligne de notre époque qui ne pourrait en faire vingt semblables?), mais il fait comprendre avec quelle défiance nous devons adopter certaines inductions et nous force à douter si nous pouvons maintenant admettre aveuglément la nouvelle dénomination par laquelle M. Calmeil traduit en langue scientifique l'expression de paralysie générale des aliénés, qui ne serait qu'une *péri-encéphalo-méningite chronique diffuse*. La science est encore à faire tout entière sur ce point.

Les *maladies du pancréas*, sur lesquelles nous avons encore si peu de notions, sont étudiées dans un article de quelque étendue, et parmi ces maladies, la *pancréatite* nous paraît avoir reçu peut-être une importance exagérée. Sans nier d'une manière absolue que le pancréas puisse être pris d'une inflammation aiguë, nous pensons qu'on s'est étrangement trompé dans les cas où, ayant trouvé, après la mort, une injection plus ou moins prononcée du pancréas, on en a conclu que cette glande était enflammée et que les symptômes qui avaient précédé la mort avaient été le résultat de cette phlegmasie. La plupart des observations sur lesquelles l'auteur appuie sa description de la pancréatite ont été recueillies à une époque où la moindre injection vasculaire était prise pour la preuve d'une inflammation aiguë, et n'ont plus la même valeur aujourd'hui que l'on exige des caractères plus certains.

Les deux premiers articles du 24e volume, Fièvre intermittente pernicieuse et Peste sont de M. Littré, dont nous regrettons de ne pas voir plus fréquemment le nom dans ce dictionnaire. Les lignes suivantes, par lesquelles il commence le premier de ces articles, suffisent pour indiquer toute la confiance que méritent ses travaux et le soin avec lequel il évite de mettre à la place de l'observation les idées théoriques plus ou moins rationnelles par lesquelles tant d'autres la remplacent. « Sur la fièvre pernicieuse, l'expérience personnelle me fait défaut. Je n'en ai vu que peu de cas, et encore mal caractérisés. En conséquence, après avoir étudié les livres qui en traitent, j'ai cru qu'il valait mieux choisir quelques extraits textuels que de composer par moi-même un tableau dont les traits auraient eu moins de précision et de certitude. De plus, en prenant des auteurs qui ont observé dans des contrées différentes, j'ai pu, pour cela seul, faire saisir au lecteur les différences que le climat imprime à l'intensité de ces maladies. Les auteurs auxquels j'emprunte les extraits suivans sont: Torti, qui a pratiqué en Italie; M. Nepple, qui a pratiqué dans la Prusse, et M. Maillot, qui a pratiqué dans l'Algérie. » Et, en effet, l'article tout entier n'est composé que de citations textuelles, ou d'extraits de ces divers auteurs, et de quelques autres qui se sont occupés exclusivement de l'étude des fièvres pernicieuses.

Au mot Peste, l'auteur suit une marche presque analogue, et, au lieu de décrire, à la manière de la plupart des autres écrivains, la maladie par un résumé qui ne la représente pas réellement telle qu'elle s'est offerte à l'observation, il en rapporte des cas détaillés et tels qu'ils ont été publiés par divers auteurs, MM. Aubert, Bulard, Couzier, Gosse, Moreau, et plusieurs autres, qui ont observé la peste par eux-mêmes; et à l'aide des documens qu'ils lui fournissent, passe en revue successivement tous les points d'étude de cette affection grave. S'il ne résulte de ces descriptions variées qu'une peinture confuse de la peste, au moins est-on certain de n'en pas avoir une idée erronée, comme cela serait si de toutes ces descriptions on voulait n'en faire qu'une seule, qui réellement ne conviendrait à aucune des formes de la maladie. M. Littré suit la même marche dans l'examen de la question de la contagion. Après avoir opposé les différentes opinions sur ce point, il se contente de résumer quelques-uns des faits principaux et qui ne permettent pas de douter que la peste n'affecte, en effet, une marche épidémique bien caractérisée, et qu'elle ne puisse en même temps se propager par la contagion.

Au mot *phthysie*, M. Louis a reproduit d'une manière abrégée une partie des faits consignés dans son ouvrage sur cette maladie, et auxquels il a ajouté l'indication de recherches auxquelles se sont livrés depuis quelques années plusieurs élèves de l'école de Paris sur l'origine des tubercules, sur leur mode d'accroissement, sur leur curabilité. Quelques parties de ce travail sont complètes et laissent peu à désirer, mais d'autres ont été à peine indiquées. Tout ce que l'on sait de positif sur ses causes se réduit, d'après l'auteur, à l'influence du sexe et de l'âge. Quant à l'influence des climats, des saisons, de l'habitation dans les villes, des diverses professions, M. Louis la mentionne à peine, parce que, de même qu'à l'occasion de la *masturbation* et des *excès vénériens*, la science, dit-il, ne possède rien de positif à cet égard.

Les discussions relatives à la nature de la maladie n'ont pas plus arrêté l'auteur, qui se borne à citer la dernière et la moins importante des opinions émises à ce sujet par MM. Andral et Gavaret qui ont constaté la diminution des globules du sang dans la première période de la phthysie. Quelques-unes des questions omises dans cet article doivent cependant trouver place dans un dictionnaire aussi étendu que le *Répertoire*; le progrès de la science et l'hygiène publique surtout y sont trop intéressés pour qu'on laisse ces questions dans un oubli complet. Nous ne quitterons pas cet article sans faire remarquer que M. Louis n'a pas renoncé, comme on le croit communément, à cette loi qu'il appelle anatomo-pathologique, et qu'il avait posée comme constante, d'après laquelle on n'observerait de tubercules dans aucun viscère sans qu'il y en eût dans les poumons. Cette loi qui a tant de fois été trouvée fausse, « doit être, suivant l'auteur, encore considérée comme une des plus constantes des lois d'anatomie pathologique.» Que devra-t-on donc penser de celles de ces lois qui sont moins constantes?

Pour être juste envers tous les auteurs qui ont pris part à la collaboration de ces trois volumes, nous devions mentionner encore beaucoup d'articles; mais dans l'impossibilité où nous sommes de les signaler tous, nous nous bornerons à en indiquer quelques-uns, et d'abord les deux articles d'hygiène Pain et Poisson, par M. Guerard, qui sont peu étendus et cependant aussi complets que le comporte l'ouvrage dont ils font partie; les articles de thérapeutique de M. Cazenave, aux mots Plomb, Phosphore, et qui sont un peu trop concis peut-être; l'article Pouls, par M. Rochoux, aurait gagné à être plus complet. Au mot Pétéchie, le même auteur a distingué avec raison les taches auxquelles on donne généralement ce nom, en deux affections symptomatiques et différentes, réservant cependant le mot pétéchie pour l'exanthème, et désignant celles que produit l'hémorragie sous-épidermique, sous le nom de Pourpre ou Taches pourprées.

Nous pensons que l'auteur n'a pas consulté dans l'attribution de ce mot à l'exanthème l'opinion du plus grand nombre des praticiens qui sont plutôt disposés à employer le mot pétéchie pour désigner les taches hémorragiques plus ou moins rouges ou plus ou moins larges qui surviennent à la peau dans de graves affections. Peut-être aussi trouvera-t-on que le mot pourpre ne peut être employé pour désigner les taches hémorragiques symptomatiques, puisque déjà il indique une affection (purpura hémorragica) où ces taches sont le seul phénomène morbide (au moins le plus frappant), et ne sont point symptomatiques d'une autre affection. Mais nous sommes certains, et nous ne craignons pas d'être démentis par les praticiens, que M. Rochoux a beaucoup exagéré la gravité de ces taches ou de ces hémorragies cutanées dans le cours des maladies où elles apparaissent, lorsqu'il dit : « Pour ma part, je n'ai pas connaissance d'un seul individu échappé à l'apparition du pourpre, survenue dans le cours d'une maladie aiguë, présentant elle-même quelque gravité. »

La médecine légale compte peu d'articles importans. Aux mots *Plomb*, *Potasse* et *Phosphore*, M. Orfila a présenté, avec sa clarté et sa concision habituelle, l'état actuel de la science sur ces divers points, et le résumé des travaux si remarquables dont il les a enrichis dans ces derniers temps.

Telle est l'indication des principaux articles de médecine renfermés dans les trois derniers volumes de ce dictionnaire. Dans un prochain article, nous rendrons compte des articles de chirurgie.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 53. (TOME X. — 1842.) SAMEDI 31 DÉCEMBRE 1842.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des Hôpitaux* réunies) parait tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE INTERNE.

NOTE SUR LE BRUIT D'EXPIRATION ET SUR LE SOUFFLE BRONCHIQUE DANS LES ÉPANCHEMENS DE LA PLÈVRE; par M. Monneret, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin du bureau central des hôpitaux civils.

Le phénomène dont je vais parler se présente fréquemment et dans une maladie très commune; il a pu cependant échapper un grand nombre de fois à des hommes qui ont l'hobitude de l'observation; il consiste dans l'altération du bruit respiratoire physiologique, altération qui tient à la présence d'un liquide épanché dans les plèvres. On a dit d'une manière beaucoup trop générale que, dons ce cas, le hruit respiratoire ne se faisait plus entendre. J'espère démontrer que cette proposition n'est pas vraie, dans un grand nombre de cas, et que chez plus d'un tiers des sujets l'on peut constater une do ces modifications du bruit respiratoire, que l'on connait sous les noms de bruit d'expiration et de souffle bronchique.

Je commence d'abord par déclarer que cette opinion ne m'appartient en aucune manière, et qu'elle a été soutenue déjà, avec beaucoup de talent, par M. Hirtz, en 1837, dans un mémoire que j'aurai occasion de citer; par M. Andral, par M. Cruveilhier et par bien d'autres encore. Je n'ai d'autre prétention que d'exposer le résultat de mes propres recherches, d'insister sur les caractères du bruit d'expiration et de souffle, dans la pleurésie avec épanchement, et sur les conditions qui peuvent lui donner naissance; enfin, d'introduire définitivement en séméiologie ce fait contesté, savoir, qu'un grand nombre de pleurésies s'accompagnent d'un bruit respiratoire anormal. Je me suis décidé à faire paraître la note qu'on va lire, afin de dissiper l'incertitude fâcheuse qui règne encore sur ce point de séméiologie, et surtout afin de soumettre à l'appréciation impartiale des praticiens les faits que j'avance. Je m'attends à trouver une certaine opposition parmi ceux qui ont écrit que le souffle tubaire est une exception dans la pleurésie. Le bruit d'expiration aura peut-être le sort des bruits anormaux du cœur dans le rhumatisme: quelques médecins n'y croient pas encore aujourd'hui pour des motifs qu'il serait inopportun de rechercher dans cet article. Du reste, j'ai rencontré un grand nombre de médecins qui ont également constaté l'existence du bruit d'expiration et de souffle dans la pleurésie et qui n'osaient l'avouer, tant l'influence des autorités est grande en médecine, surtout lorsque ces autorités déclarent que leur dire est fondé sur l'observation; grand mot qui a fait peut-être autant de dupes que le mot hypothèse. Combien de vérités ont eu peine à se produire, parce qu'elles ont été ainsi opprimées par le témoignage d'une majorité imposante!

Les hommes qui ont quelque habitude de la clinique savent que parmi les phénomènes morbides en général, et plus particulièrement parmi ceux que nous fait connaître l'auscultation, il n'en est pas un seul qui puisse être considéré comme le signe d'une lésion constante et identique à elle-même, de telle sorte qu'il est impossible de conclure du symptôme à la lésion, et réciproquement, que la lésion n'engendre pas nécessairement le symptôme. Chacun sait aussi, à l'exception de ceux qui professent encore des opinions surannées, que le râle crépitant de la pneumonie ne peut être distingué, dans un grand nombre de cas, du râle sous crépitant de la bronchite capillaire, de l'hémorragie des petites bronches, de l'œ-

Feuilleton.

AUX ABONNÉS DE LA GAZETTE MÉDICALE.

1er janvier 1843.

Chers confrères et abonnés, très précieux et très recommandables, la Gazette Médicale croirait manquer au plus saint de ses devoirs, si, au début de cette nouvelle année, elle ne s'empressait, comme elle fait tous les ans à pareille époque, de vous faire parvenir ses affectueuses congratulations, ses vœux et ses espérances.

Et d'abord, graces vous soient trois et quatre fois rendues pour l'inébranlable fidélité que vous nous avez jusqu'ici gardée, dans ces temps de défection et de palinodies. La Gazette Médicale s'énorgueillit de voir sur ses registres les noms des fils et petits-fils de ses patrons de l'autre siècle. Il y a en effet aujourd'hui *soixante et dix ans* que sa vieille aïeule et marraine la Gazette de Santé fit sa première entrée dans le monde sous les auspices du docteur Gardanne. Si elle ne craignait de se faire accuser de rabachage, elle vous pourrait narrer la longue suite de ses aventures. Elle vous dirait comment au règne du bon Gardanne, succéda celui du docteur Paulet, règnes obscurs, formant la partie mythique de son histoire; comment cette dynastie sans éclat fut remplacée par l'avènement du grand Pinel, sous le sceptre duquel elle resta jusqu'au commencement de ce siècle; comment des mains de Pinel elle passa dans celles d'un chef aventureux, hardi et guerroyeur, Marie Saint-Ursin, qui étendit au loin ses conquêtes et fit redouter son empire; comment après Saint-Ursin, elle subit un commencement d'éclipse sous le régime de Montègre et une éclipse presque totale sous celui de Pillien; comment enfin relevée de son abaissement par notre savant, spirituel et à jamais regretté prédécesseur, Antoine Miquel, elle nous confia ses destinées. Cette dernière phase de sa carrière n'a pas été la moins orageuse. Le temps n'était plus où quatre pages de mauvais papier petit in-4°, paraissant de mois en mois ou de quinzaine en quinzaine, et remplies, à l'aide d'une paire de ciseaux, de quelques recettes contre la morsure des chiens enragés, l'annonce de la naissance d'un fœtus à deux têtes, celle d'un spécifique pour le mal de dent, la migraine, ou d'un onguent pour la destruction des punaises, suffisaient à défrayer la curiosité médicale de la capitale et des provinces. En 1830, surtout, une nouvelle ère s'ouvrit pour la presse médicale comme pour tous les autres organes de l'opinion publique. Les journaux de médecine se multiplièrent, s'agrandirent, se grossirent; ils devinrent les véhicules rapides de travaux qui autrefois ne parvenaient qu'à grand'peine à la lumière dans de gros volumes, les procès-verbaux du mouvement quotidien de la science. Toutes les branches de l'art, toutes les institutions, toutes les doctrines, toutes les idées, les hôpitaux, les écoles, les académies, se produisirent simultanément sur ce grand théâtre de la publicité. La polémique et la critique, ces deux signes infaillibles de vie et d'activité intellectuelles, s'exercèrent dans des proportions et avec une puissance jusqu'alors inconnues. L'esprit de concurrence, s'ajoutant au zèle scientifique,

dème pulmonaire et des engorgemens séreux ou séro-sanguinolens, qui s'effectuent au sein des ramuscules bronchiques. Si l'on parvient souvent à déterminer dans quel cas le râle crépitant est légitime, et dans quels autres il est *illégitime*, *faux ou sous-crépitant*, c'est à la faveur des circonstances, prises en dehors du râle lui-même, et nullement à cause de ses caractères propres et pathognomiques. Comment en serait-il autrement, puisque la cause physique qui donne lieu à la production du phénomène reste la même et consiste dans la présence d'un liquide épanché au sein des petites bronches ou des vésicules, et traversé par l'air ? Le tintement métallique n'est plus aujourd'hui un signe caractéristique de phthisie, non plus que le gargouillement; les recherches faites depuis Laennec ne laissent aucun doute à cet égard. Je pourrais en dire autant de bien d'autres bruits anormaux qui ont leur point de départ soit dans le cœur, soit dans le poumon. On ne les a d'abord rapportés à des lésions distinctes que parce que l'observation n'était pas assez avancée, et que l'on ne connaissait pas toutes les circonstances qui peuvent donner lieu à leur manifestation. Le souffle tubaire et le bruit d'expiration feraient-ils donc exception à cette règle ? Serait-il, par hasard, plus certain, plus pathognomonique que le râle crépitant, que le tintement métallique, que le gargouillement; en un mot, que tous les signes que je pourrais citer sans en omettre un seul? Les vrais cliniciens ont déjà répondu à cette question, et l'incertitude dans laquelle ils sont, pour poser le diagnostic local *d'après le seul bruit de souffle*, prouve, de la manière la plus évidente, que les mille nuances de ces divers bruits se confondent à chaque instant. Du reste, l'observation et la théorie prouvent que toutes les fois que les vésicules pulmonaires et le parenchyme qu'elles constituent par leur réunion acquièrent plus de densité, soit parce que le poumon s'enflamme (pneumonie), soit parce que plus de sang se combine à ses éléments (pneumorrhagie, congestion sanguine, mécanique ou autre); soit enfin parce que de nouveaux produits s'y déposent (tubercules, mélanose, entozoaire, etc.), que dans tous ces cas, dis-je, le bruit respiratoire est modifié et donne naissance à ces nombreuses variétés de même phénomène, que l'on appelle tantôt respiration rude et bruit d'expiration, tantôt souffle bronchique, tubaire et métallique, quelquefois même souffle amphorique.

Je pourrais en dire autant de la bronchophonie et de la pectoriloquie, qu'il n'est pas toujours facile de distinguer l'une de l'autre. Si l'on veut se former une conviction à cet égard, qu'on force un médecin versé dans l'auscultation à établir le diagnostic d'après un seul de ces signes, même celui qui passe pour être le plus caractéristique, et l'on verra à combien d'erreurs il sera exposé, du moins dans un grand nombre de cas. Dans l'épanchement, les conditions productrices du bruit anormal ne sont pas tout à fait semblables à celles qui déterminent des bruits de souffle et d'expiration; mais les conditions anatomiques ne sont pas non plus identiques dans la phthisie et dans la pneumonie, et cependant on peut entendre un bruit de souffle tout à fait semblable. Dans l'épanchement, le corps qui conduit le son est un liquide placé en dehors du poumon, et quoiqu'il ne conduise pas le son aussi bien que les solides, tout le monde sait qu'il transmet à l'oreille de l'observateur les différens bruits qui se passent dans les bronches. On ne comprendrait pas qu'il en fût autrement, d'après les lois de conductibilité du son dans les liquides.

Avant d'indiquer le siége des bruits anormaux de la respiration, il faut d'abord en étudier l'intensité et le timbre; le plus ordinairement il ressemble au bruit d'expiration que l'on entend sous la clavicule dans les différens degrés de la phthisie pulmonaire. Il semble, au premier abord, que ce soit une inspiration sèche et rude que l'on entende; mais il est facile de se convaincre que ce n'est que pendant l'expiration que le bruit respiratoire se fait percevoir avec cette modification dans son timbre qui lui fait donner le nom de bruit d'expiration. Dans d'autres cas, c'est l'inspiration seule qui devient rude, soufflante et plus prolongée : on a alors la respiration dite râpeuse. L'inspiration m'a paru plus longue que dans l'état normal; mais je suis porté à croire qu'on ne lui trouve ce caractère qu'en raison même de l'intensité qu'elle acquiert, surtout par comparaison, avec le bruit d'expiration. Le plus ordinairement c'est sur la durée et sur l'intensité de ce dernier bruit que porte l'altération. A un faible degré, il est encore peu distinct; plus intense, il ressemble à celui que l'on perçoit sous la clavicule chez les phthisiques; cependant il m'a paru moins sec et moins rude. Dans les pleurésies, et quand on a acquis une certaine habitude, on peut le distinguer d'avec celui qui est propre à la phthisie. Les différences qui les séparent sont assez sensibles pour avoir frappé les élèves qui suivaient ma visite, qui ont précisément appelé mon attention sur ce point. Tantôt il devient très intense, et son timbre le fait ressembler au bruit respiratoire que l'on entend normalement à la racine des bronches, dont il ne paraît être que la continuation; d'autres fois enfin (et ce cas n'est pas rare) l'air paraît traverser un tube métallique, et alors ce souffle tubaire ne diffère en aucune façon de celui de la pneumonie. De même que le bruit respiratoire se modifie de telle façon, dans la phthisie, qu'il détermine tantôt une inspiration plus rude, plus sèche, mais encore normale par sa durée; et tantôt une expiration égale à l'inspiration, ou double et triple de cette dernière, on retrouve ces mêmes modifications dans la pleurésie; l'inspiration devient plus longue et plus appréciable; mais c'est presque toujours après que le bruit d'expiration a pris lui-même plus d'intensité et de durée. Souvent l'inspiration est à peine appréciable et le bruit d'expiration est déjà intense, prolongé, et constitue à lui seul le bruit anormal; c'est même le cas le plus ordinaire. Lorsque l'inspiration et l'expiration sont très prononcées l'une et l'autre, ordinairement la dernière a toujours beaucoup plus d'intensité que la première; mais cependant l'on peut trouver des modifications diverses dans le bruit respiratoire. Je n'ai jamais observé l'inspiration sans le bruit d'expiration.

On voit, d'après ce qui précède, que l'expression de souffle bronchique, appliquée d'une manière générale au bruit anormal que nous venons de signaler, serait impropre et donnerait une fausse idée de ce phénomène, du moins dans un grand nombre de cas. Le plus ordinairement il est plus éloigné de l'oreille, et s'entend dans le lointain, quoique d'une manière très distincte. On éprouve alors la sensation d'un corps, qui, placé entre l'oreille et les bronches, diminuerait l'intensité de ce bruit. Quelquefois enfin il est tout à fait lointain, et n'est que l'effet de la propagation du bruit qui se passe dans les grosses bronches. Du reste, il ne masque pas les râles divers qui se passent dans les voies respiratoires. Il perd quelquefois de son intensité, mais ne disparaît pas entièrement lorsqu'on place le malade dans une situation telle, que la tête soit la partie la plus déclive; dans un cas, cependant, j'ai cessé entièrement de l'entendre.

Souvent, chez le même sujet, la respiration bronchique est manifeste sur l'angle inférieur de l'omoplate et le long de son bord externe, en tirant vers

---

détermina dans la presse médicale des efforts souvent téméraires, mais toujours profitables à la cause commune de la propagation des lumières et du progrès.

Dans ce grand conflit, la GAZETTE n'aurait pu, sans périr, rester immobile. Elle avait déjà, suivant les temps et les circonstances, modifié fréquemment ses allures, sans jamais cependant rompre avec son passé, ni renier son antique origine. C'était toujours le même journal, quoique son identité ressemblât fort à celle du fameux vaisseau de Delphes, si souvent radoubé, ou du couteau de Jeannot, toujours le même, quoiqu'on en eût changé plusieurs fois la lame et le manche. Elle se transforma donc encore à cette époque, et reprenant dans cette métempsychose une nouvelle jeunesse, elle se lança dans la carrière sous le nom et l'habit que vous lui connaissez.

Après avoir parlé du passé et du présent, vous désirerez peut-être savoir quelque chose de l'avenir. Vous voudriez, avant de nous continuer votre précieux appui, connaître un peu en détail ce que votre vieux journal se propose de faire. Le changement du millésime établit entre le passé et l'avenir une sorte de solution de continuité, un point d'arrêt qui, bien que purement idéal et n'existant en réalité que sur l'almanach, ne laisse pas d'influer sur les habitudes et les résolutions des hommes. Chacun choisit ou attend cet instant précis pour faire ou ne plus faire certaines choses. Il se pourrait donc bien que la GAZETTE eût gardé jusqu'à ce jour *in petto* quelque chose d'imprévu et d'inouï en journalisme pour en régaler ses souscripteurs le jour des étrennes. Il n'en est rien cependant, comme trop bien vous allez voir. Ce n'est pas que si elle voulait rédiger un *prospectus*, elle ne fût très capable de présenter à votre admiration un projet confectionné dans toutes les règles du puff. Elle pourrait dire comme quoi, vu les *tendances de l'époque*, l'*état actuel de la science*, et les *progrès de la civilisation*, elle a résolu de *combler une lacune* et de satisfaire un besoin qui *se fait généralement sentir*; comme quoi cette dite lacune ne peut être comblée et ledit besoin satisfait que par un journal, jusqu'ici sans modèle, un journal qui réunira à lui seul les mérites de tous les autres, sans avoir aucun de leurs défauts, et destiné par conséquent à les remplacer tous. Passant ensuite aux détails, on prouverait par de savans calculs que ledit journal doit nécessairement être composé de tant de colonnes, avec tels ou tels caractères, être imprimé sur tel papier et non sur aucun autre, offrir telles ou telles divisions, et enfin être rédigé par tels écrivains, pour être absolument parfait *omni ex parte*. On démontrerait que c'est à l'absence seule de quelqu'une de ces conditions *sine qua non* qu'il faut attribuer l'insuffisance, l'insuccès et le pitoyable état des autres journaux, et l'on s'étonnerait modestement qu'une idée à la fois si simple et si juste ne soit tombée jusqu'à ce moment dans la tête de personne. La GAZETTE pourrait, disons-nous, vous expédier avec le présent courrier quelque manifeste de ce genre, mais elle ne le fera pas. Ses prétentions ne sont pas si hautes. Elle ne vous promettra que ce qu'elle peut donner, et elle ne peut donner que ce qu'elle a donné jusqu'ici. Elle n'a d'autre prospectus à vous offrir que la *table des matières* du présent volume, qui vous parviendra avec le numéro de ce jour, ou plutôt le volume même, qui va, soigneusement cartonné, s'aligner majestueusement avec ses aînés sur les rayons de votre bibliothèque.

A ce propos, très chers et bien aimés souscripteurs, nous croyons devoir, pour votre bien, vous faire quelques admonitions suggérées par les circonstances. Le commencement de l'année est d'ordinaire l'époque où l'esprit d'entreprise

l'aisselle; puis en dedans de ce même angle on ne retrouve qu'un bruit expiratoire, qui diminue encore à mesure que l'on s'éloigne du premier point. J'ai souvent constaté cette dégradation du bruit anormal. Presque constamment, quand le souffle bronchique existe, on retrouve en d'autres points un bruit d'expiration; toutefois, dans d'autres cas, celui-ci est le seul qui se manifeste.

Les caractères du souffle pleurétique diffèrent, dans un grand nombre de cas, du souffle de la pneumonie. Il offre cependant des nuances si nombreuses, ainsi que la plupart des bruits respiratoires, que son timbre ne pourrait servir seul pour différencier une pneumonie d'avec une pleurésie. J'en ai fait plusieurs fois l'expérience, et des personnes habituées à l'auscultation se sont souvent méprises sur la valeur séméiologique de ce symptôme. J'ai déjà fait remarquer que, dans un certain nombre de cas, le souffle pleurétique était aussi superficiel et entrait dans l'oreille tout aussi bien que s'il eût été déterminé par une pneumonie. M. Hirtz établit nettement dans son mémoire, par des exemples multipliés, que le souffle peut avoir le même timbre et la même intensité que dans la pneumonie; il dit même qu'il est plus fort et plus marqué que dans cette dernière maladie. Je me suis assez expliqué sur les différences d'intensité de ce bruit pour qu'on ne me prête pas une opinion aussi tranchée que celle émise par M. Hirtz. Ce qui résulte de mes observations, c'est que le souffle de la pleurésie égale souvent le souffle de la pneumonie, et qu'il n'est pas possible d'établir une ligne de démarcation tranchée entre le souffle de la pneumonie et celui de l'épanchement. Il y a des cas nombreux où il n'est pas permis de dire : que tel souffle appartient évidemment à une pneumonie, et tel autre à un épanchement; de même que, pour les médecins les plus exercés à l'auscultation, le râle sous-crépitant se confond quelquefois avec le râle crépitant.

SIÉGE. C'est ordinairement vis à vis de l'angle inférieur de l'omoplate et dans le tiers inférieur de cet os, jusqu'au milieu de la fosse sous-épineuse, ou même jusqu'à l'épine de ce nom, et le long du bord interne de cet os, que se manifestent le souffle et les autres altérations du bruit respiratoire. Les points dans lesquels on l'entend encore sont, d'après leur ordre de fréquence, 1° l'espace compris entre l'angle inférieur de l'omoplate et le rachis; 2° au-dessous; 3° en dehors de ce même angle; 4° plus rarement sur les parties latérales et inférieures; 5° plus rarement, enfin, sur les parties antérieures jusqu'à la quatrième côte. Il va sans dire que je ne parle, en aucune manière, du bruit d'expiration et du souffle que l'on retrouve chez les sujets atteints de pleurésie, sous la clavicule et le long de la colonne vertébrale, dans les points où le poumon est refoulé et comprimé par le liquide épanché. Lorsqu'on constate ce bruit sur l'angle de l'omoplate, et même dans une étendue de 6 à 8 centimètres, on ne le retrouve pas immédiatement au-dessus, et il ne reparait qu'à la racine des bronches, en sorte qu'il est impossible de prétendre que ce souffle n'est autre chose que le bruit qui se passe dans les grosses bronches. En effet, il y a un espace intermédiaire entre le siége du souffle et la racine des bronches, où l'on n'entend pas le bruit anormal. Du reste, j'ai toujours eu soin, dans mes recherches, de m'éloigner de la colonne vertébrale et de ne tenir aucun compte d'un bruit de souffle ou d'expiration qui ne se serait montré que dans ce dernier point et nulle part ailleurs. On voit donc que les différens lieux où j'ai constaté les nuances du bruit de souffle sont assez distans de l'angle interne et supérieur de l'omoplate, et par conséquent des bronches, pour qu'on doive regarder ce souffle comme étant un bruit déterminé à la manière du souffle bronchique, c'est-à-dire se passant bien en réalité dans les grosses bronches, mais transmis par le parenchyme pulmonaire plus ou moins comprimé et par le liquide contenu dans la plèvre. J'ai eu soin aussi d'ausculter toujours comparativement les deux côtés de la poitrine, afin de découvrir s'il n'existait pas un souffle anormal de l'autre côté, et de m'assurer que le bruit morbide n'était pas l'écho d'un autre bruit, qui se serait passé dans l'autre poumon; ce qui est arrivé deux fois.

Chez plusieurs sujets, le souffle était intense et assez généralisé, pour que j'aie pu l'entendre dans le tiers inférieur de la cavité thoracique, tout le long du bord extérieur de l'omoplate et en dedans de l'angle inférieur de cet os. Dans ce cas, il n'avait pas l'intensité du souffle de la pneumonie; c'était un bruit d'expiration fort et prolongé. Une fois je l'ai retrouvé dans les mêmes points, et, de plus, sur les parties latérales et antérieures du thorax. Dans ces cas, il avait son maximum d'intensité sur l'angle de l'omoplate et en dedans de cet os, où il prenait le timbre du souffle bronchique. Dans la plupart des cas, lorsque le bruit d'expiration était étendu, il avait presque toujours son maximum d'intensité vers l'angle de l'omoplate ou sur la ligne de niveau de l'épanchement. Chez quelques sujets, il était appréciable dans toute la fosse sous-épineuse; mais dans le plus grand nombre des cas il occupait l'angle inférieur de l'omoplate. J'ai remarqué que le souffle avait son maximum d'intensité un peu au-dessous de la ligne de niveau de l'épanchement, et sur cette ligne là où l'égophonie avait le plus d'intensité; au-dessous du point indiqué, le souffle n'avait plus son timbre sec et métallique; plus bas il devenait un simple bruit d'expiration, avant de disparaître entièrement.

Les divers bruits anormaux dont je viens de parler se sont montrés dans les deux tiers des cas, et dans le côté gauche de la poitrine, en raison de la fréquence plus grande des pleurésies gauches que j'ai observée; je l'ai constaté également à droite; je ne puis rien dire de ces mêmes signes dans le cas de double épanchement, n'ayant eu aucune occasion d'observer de ces pleurésies depuis que je me livre à ces recherches.

Les bruits anormaux de la respiration ont persisté pendant un nombre de jours très-variable, quelquefois pendant cinq à dix jours, quand la pleurésie était récente; dans d'autres cas, je les ai constatés pendant plusieurs mois; sur quatre sujets pendant deux mois; chez un troisième, trois mois après l'avoir trouvé une première fois; il est vrai de dire que le sujet avait eu plusieurs rechutes, et chaque fois il était sorti incomplètement guéri. Ces pleurésies étaient, les unes évidemment symptomatiques de tubercules, les autres s'y rattachaient suivant toutes les probabilités; d'autres enfin étaient parfaitement simples et dégagées de toute complication, soit du côté du cœur, soit du côté du poumon. J'ai toujours examiné avec soin l'état de la poitrine afin de m'assurer s'il n'existait pas des tubercules naissans, ou déjà ramollis. J'ai aussi interrogé avec soin les malades pour savoir s'ils n'avaient pas éprouvé des pleurésies ou des douleurs de poitrine. Cette recherche est d'autant plus importante qu'on pourrait supposer que la manifestation des bruits anormaux dans la pleurésie tient à la situation du poumon, qui, fixé par des fausses membranes à la plèvre costale, forme des espèces de loges dans lesquelles s'épanche le liquide. On concevrait alors comment le poumon, peu éloigné de la plèvre, transmettrait plus facilement les bruits qui se passent dans les grosses bronches. Je n'ai ouvert aucun des sujets sur lesquels j'ai pu

---

dans tous les genres entre en campagne. Le journalisme surtout aime fort cette date. Il est donc très probable que vous recevrez prochainement, si vous n'avez déjà reçu, sous forme de circulaires quelque provocation directe d'abonnement à des journaux nés ou à naître. Quelque séduisantes que vous paraissent ces invitations, il faut vous en méfier. Ce sont des piéges tendus à votre innocence. *Latet anguis in herbâ.* Tenez pour suspect au premier chef tout ce qui ne vous sera pas directement et spécialement recommandé par la GAZETTE, qui, seule, sait ce qui convient ou ne convient pas en ce genre. Feu le docteur Mathanasius, dont la sagesse profonde vous est connue, avait sur les abonnemens un axiôme qu'il divisait en trois parties. 1° TU NE T'ABONNERAS A AUCUN JOURNAL; 2° SI TU T'ABONNES, TU T'ABONNERAS TOUJOURS AU JOURNAL LE PLUS ANCIEN; 3° TU NE T'ABONNERAS JAMAIS A UN JOURNAL NOUVEAU.

La première de ces sentences ne nous plaît point; elle avait sa source dans l'horreur instinctive du docteur pour les inventions modernes en général. Mais les deux autres sont excellentes, et tracées de main d'ouvrier, pour parler comme Labruyère. Il fallait, selon le docteur, qu'un journal eût au moins deux ans de date pour mériter qu'on fît connaissance avec lui. Il n'approuvait pas ces liaisons brusques avec des inconnus. Ceci entendu, vous ne serez pas surpris d'apprendre que le docteur Mathanasius n'a jamais eu d'autre journal que la GAZETTE, dont il était, au moment de sa mort, le plus ancien abonné. C'était, comme vous voyez, un homme qui savait placer en lieu sûr sa confiance et son argent. Vous ne sauriez mieux faire que d'imiter son exemple. Maintenant que vous voilà avertis, si vous succombez à la tentation du prospectus qui va rôdant autour de vous, *quærens quem devoret*, votre bonne et sincère amie la GAZETTE s'en lave les mains; toujours disposée cependant à vous recevoir à résipiscence, lorsque désenchantés de votre nouvelle fantaisie, vous reviendrez à elle, comme vous ne manquerez pas de le faire avant la fin du premier trimestre.

Puisque nous en sommes à deviser ainsi au coin de la cheminée sur les affaires de la GAZETTE, nous ne vous laisserons pas ignorer qu'on a fait souvent des cancans sur elle. On lui trouve des défauts, dont le plus criant est son ancienneté. On affecte de rappeler qu'elle est bien vieille, espérant qu'on en induira qu'elle radote. Cela doit, en effet, lui arriver quelquefois, comme il arrive à quiconque parle beaucoup et longtemps. Mais on radote à tout âge, et la GAZETTE n'a, sous ce rapport, rien qui la distingue de ses voisines. D'autres allèguent des accusations plus particulières. Ils récriminent sur la distribution des matières, sur son plan. Ceux-ci voudraient qu'il y eût moins de chirurgie, ceux-là moins de médecine; les uns se plaignent de la longueur des observations, les autres de l'étendue des raisonnemens théoriques; plusieurs regrettent que la partie bibliographique soit si volumineuse, plusieurs qu'elle soit si maigre. Du fond on passe à la forme. On déblatère sur le ton général de la rédaction : ici on le trouve trop grave, là trop léger. Il en est enfin qui, faute de mieux, se rejettent sur son format, sur son papier, sur ses caractères.

Répondre à tout cela serait de trop. Tous ces méchans propos, d'ailleurs, se contredisent et s'entredétruisent; vous les mettrez par conséquent sous vos pieds.

Parmi ces mauvaises chicanes cependant, il en est une qui porte sur un point matériel et à laquelle nous tenons à faire droit. Vous vous apercevrez avant eu d'une métamorphose dans l'apparence extérieure de la GAZETTE. Vous aurez

soupçonner cette disposition anatomique; tous ont guéri. Je ne pourrai donc faire, sur ce point, que des suppositions purement gratuites, et je crois qu'il est plus sage de s'en abstenir. Je ferai seulement remarquer que si les adhérences partielles établies entre le poumon et la plèvre étaient la seule cause des bruits anormaux, on aurait lieu d'être étonné qu'on ne les ait pas constatées plus souvent que ne le disent certains observateurs, car les adhérences pleurales partielles sont très communes, à tel point qu'il est rare de trouver sur des sujets de cinquante ans les poumons libres de toute adhérence.

Il faut une certaine habitude pour reconnaître les diverses modifications des bruits respiratoires qui appartiennent à la pleurésie; quiconque s'étudiera à les retrouver y parviendra facilement, après quelques essais préalables. Du reste, ces modifications ne sont ni plus fugaces, ni plus difficiles à constater que les bruits anormaux de la phthisie pulmonaire, que tous les médecins savent aujourd'hui parfaitement reconnaître. Ce sont les mêmes phénomènes, à quelques variations près; seulement, pour les constater, il faut prendre quelques précautions, qu'il me reste à indiquer. Le bruit d'expiration et le souffle de la pleurésie sont favorisés par des conditions semblables à celles qui donnent lieu au souffle tubaire dans les autres maladies. Lorsque ces deux bruits sont faibles, le bruit d'expiration surtout, on les rend plus appréciables et plus marqués en faisant respirer le malade plus vite et plus fortement. Il faut que l'air circule avec une certaine rapidité dans les conduits aériens, pour que ces bruits se manifestent avec quelque intensité. Cependant, chez la plupart des malades, les respirations ordinaires s'accompagnent des mêmes phénomènes, et on les retrouve aisément pour peu que l'oreille soit un peu exercée. On sait, du reste, que le bruit d'expiration, le souffle bronchique et la respiration rude; en un mot, tous les symptômes fournis par l'auscultation, ne deviennent évidens que quand on a appris aux malades à faire pénétrer l'air dans toute l'étendue des voies respiratoires.

Une autre précaution qu'il ne faut pas non plus omettre, c'est de ne pas trop se rapprocher de l'angle supérieur et interne de l'omoplate, et par conséquent de la racine des poumons, afin de pas prendre pour le souffle bronchique, morbide, celui qui se passe normalement à l'origine des conduits aériens : j'ai déjà dit d'ailleurs que ce n'est pas vers ce point que l'on entend le bruit d'expiration et le souffle de la pleurésie; par conséquent, on ne peut commettre d'erreur une fois que l'on est prévenu. Je conseille aussi d'ausculter les deux côtés du thorax, afin de s'assurer si le bruit anormal ne tient pas à un bruit semblable qui se passerait de l'autre côté de la poitrine, cette double exploration met à même de percevoir les différences qui existent entre le bruit respiratoire de l'un et de l'autre poumon. Lorsque l'on ausculte le poumon sain, on est frappé sur le champ de ces différences, quelque légères qu'elles soient. En effet, tandis que du côté sain le bruit respiratoire est exagéré, sonore, grave, et a en quelque sorte plus de volume, dans l'autre il est sec, écourté, superficiel, et comme remplacé par le frôlement de l'air, qui vibre tantôt dans un conduit de petite dimension, et tantôt dans un tube de gros calibre (souffle tubaire proprement dit). Ces sensations fournies à l'oreille ne peuvent guère être rendues par des expressions précises. Cependant, ce que je viens de dire suffit pour donner une idée générale de la nature des bruits anormaux qui se passe du côté malade.

Il est facile de prévoir les difficultés que l'on rencontre pour établir une ligne de démarcation entre les divers bruits anormaux qui appartiennent aux affections soit aiguës soit chroniques du parenchyme pulmonaire. La respiration rude et rapeuse qui se manifeste dans la phthisie et même dans la pneumonie ressemble tout à fait à celle que l'on retrouve dans les épanchemens de la plèvre; cependant la respiration rude de l'épanchement est plus sèche et plus écourtée que celle des tubercules; son siége est d'ailleurs différent. Dans la pleurésie, il occupe la base; dans les tubercules, le sommet du poumon. Je n'ai jamais constaté cette forme de respiration bronchique qui donne à l'oreille la sensation d'un morceau de taffetas que l'on déchire et que M. Grisolle a rencontrée dans quelques cas de pneumonie. Le bruit expiratoire de la pleurésie ne m'a paru différer que par le timbre de ce qu'il est, dans le cas de tubercules, il est plus superficiel, et plus sec dans la première affection; mais ce n'est là qu'une faible nuance sur laquelle il serait impossible de fonder un diagnostic.

La respiration bronchique peu marquée se confond, comme tout le monde le sait, avec la respiration rude; dans les épanchemens où je les ai retrouvées toutes deux, il m'aurait été impossible d'établir quelque distinction entre elles. Quand la respiration bronchique prenait le timbre qui lui a fait donner le nom de souffle tubaire, elle pouvait être confondue avec le souffle tubaire de la pneumonie. Dans quelques cas, je le répète encore, elle m'a offert, ainsi qu'aux personnes qui ont ausculté les malades, tous les caractères du souffle de la pleurésie; seulement ce souffle était toujours plus circonscrit, plus limité que celui de la pneumonie; ce dernier est aussi plus soufflant, arrive mieux dans l'oreille et exige pour se produire une moins forte respiration que celui de la pleurésie. J'ai entendu, chez un de mes malades atteint de fièvre typhoïde grave, un souffle très intense et limité à la partie inférieure du lobe inférieur du poumon gauche; je diagnostiquai une de ces pneumonies dites typhoïdes qui sont si communes. Le malade succomba dans la même journée, et le surlendemain je trouvai sur le cadavre un épanchement faible dans la partie la plus déclive de la plèvre gauche; le poumon n'était même pas engoué. Je ne vois pas non plus comment l'on pourrait distinguer le souffle de la pleurésie de celui de la pneumonie, dans le cas où l'inflammation serait disséminée dans un ou plusieurs lobules et n'aurait pas encore atteint la superficie du poumon. Le souffle est lointain, ou plutôt consiste dans une respiration rude et sèche, parce que la portion de l'organe qui conduit le son, n'ayant pas perdu sa texture, empêche le souffle de parvenir à l'oreille, avec son timbre habituel. L'on pourrait alors se tromper facilement; car le souffle imite tout à fait celui de l'épanchement. Je devais signaler toutes ces difficultés; d'autres instruits par mes recherches parviendront sans doute à plus de précision. Ce que j'ai voulu surtout établir, c'est que s'il est aisé dans un certain nombre de cas de reconnaître une pneumonie par le souffle seulement, cette distinction n'est plus possible dans des cas plus nombreux qu'on ne l'a dit. Je n'ai jamais rencontré la variété de respiration caverneuse ou bronchique que Laënnec a désignée sous le nom de *respiration soufflante*. Je ne fais que la mentionner.

Dans tous les cas où le souffle tubaire a existé, j'ai constaté, le plus ordinairement, dans les mêmes points une égophonie des plus distinctes; elle avait presque toujours un timbre clair; elle était stridente et excessivement aiguë; dans quelques cas elle consistait en un simple bredouillement, ou imitait la voix cassée du vieillard (voix sénile); d'autres fois, c'était une broncho-égophonie; il n'y avait dans aucun cas de broncho-

---

du papier de choix, doux et souple à la main, quoique solide et résistant; des caractères neufs, fondus exprès pour vous, d'une arête nette et vive, qui porteront instantanément nos pensées dans votre esprit sans que vos yeux les sentent passer. Quant à notre format héréditaire, à notre classique in-4°, nous disons d'avance anathème à quiconque parlera d'y toucher. C'est là la pierre angulaire de notre édifice. Que deviendrait votre collection si, au lieu de ces belles pages carrées et bien équilibrées, s'ajustant si admirablement entre elles, et dont le rapprochement forme une ligne droite d'une si pure et majestueuse ordonnance, nous vous envoyions un beau jour on ne sait quels chiffons mal taillés, qui feraient dans votre tablette l'effet criard et insupportable d'une fausse note en musique? L'idée seule d'une pareille énormité révoltera l'âme de tout abonné bien né et sensible.

Quant à la partie scientifique, morale et littéraire, nous ne pouvons que vous renvoyer aux précédens. Nous continuerons de faire tous nos efforts pour nourrir votre esprit, élever votre âme, et égayer quelquefois vos loisirs. Mais nous ne pouvons vous répondre de faire beaucoup mieux sur tous ces points que nous n'avons fait jusqu'ici. Seulement instruits par l'expérience, il nous sera possible d'éviter certains excès; nous ne pouvons pas nous élever beaucoup, mais nous pouvons nous corriger un peu. Ainsi pour citer un exemple et ne pas vous repaître seulement de vagues généralités, nous éviterons avec soin de vous envoyer de la ténotomie. La dose en a été un peu forte dans ces derniers temps. Mais que voulez-vous, ce n'est pas notre faute si nous avons eu affaire à des parleurs éternels, qui font un discours d'une heure pour dire seulement qu'ils veulent être brefs et pour se plaindre de la loquacité de leurs adversaires. Enfin la pilule a passé ou va passer. Qu'il n'en soit plus question.

Sur toutes les questions qui intéressent la dignité, la profession, l'honneur du corps médical, vous nous trouverez toujours fermes comme des rocs. Dans nos rapports avec les personnes, nous traiterons toujours amis et ennemis avec équité et convenance. Nous ne pourrons nous soustraire quelquefois sans doute à l'influence des passions humaines, mais nous ne leur laisserons jamais dépasser les limites légitimes d'une loyale polémique, quand bien même on les dépasserait à notre égard. Nous ne rendrons jamais injure pour injure, calomnie pour calomnie; et lorsque le hasard nous mettra en présence d'adversaires qui s'oublient, nous ne répondrons à leurs insultes que par le plus obstiné silence. Nous ne renoncerons pas pourtant à nous en moquer un peu de temps en temps, mais innocemment. Nous pourrions à titre de justes représailles signaler les bas et méchans côtés de leur caractère; mais nous préférerons ne voir en eux que leurs ridicules.

Nous donnerons une attention particulière à cet appendice désormais indispensable de tout journal médical ou autre qui veut être à la hauteur de l'époque, au *feuilleton*. La GAZETTE a des raisons toutes spéciales de caresser ce nouvel enfant de la presse médicale; car c'est elle qui, la première, l'a recueilli à son berceau, l'a élevé et introduit dans le monde. C'est là une invention ou du moins une application nouvelle dont on ne lui disputera peut-être pas la gloire. Un journal sans feuilleton est aujourd'hui littéralement un corps sans âme. C'est la chose qu'on lit le plus, peut-être parce qu'elle est la plus inutile. Mais ce n'est pas une petite affaire, ô chers et honorables abonnés, que la confection d'un feuilleton. Il est sous-entendu qu'on y doit toujours trouver de l'esprit, ce qui

phonie. Eu même temps la matité était des plus manifestes et commençait tantôt à partir de l'épine de l'omoplate, tantôt du milieu de la fosse sous-épineuse; dans deux cas, cette matité remontait en avant jusqu'à la troisième côte. Dans les mêmes cas, il y avait absence de vibration vocale à la main; ce symptôme, si bien étudié par M. Reynaud, est un signe précieux et trop négligé par les médecins. Du reste, la vibration vocale, comme tous les symptômes dont j'ai parlé au commencement de ce mémoire, peut tenir à des lésions très différentes: à une pneumonie, à une agglomération des tubercules, à une congestion sanguine, symptomatique de quelque affection du cœur, etc.

J'ai mesuré le thorax à différentes périodes de la maladie, et j'ai trouvé que le plus ordinairement la configuration de la poitrine n'avait pas sensiblement changé; dans deux cas sa capacité était augmentée, mais faiblement; dans un seul, la circonférence avait diminué de 3 centimètres, et une dépression visible à l'œil existait au niveau de la septième côte. On voit donc que la configuration de la poitrine n'avait pas subi de notable altération, ce qui tenait, comme je le dirai plus loin, à ce que les quantités de liquide étaient faibles, et que la maladie n'avait pas une durée très ancienne.

Age de la maladie. L'époque à laquelle était arrivée la pleurésie, lorsque je constatai le bruit d'expiration ou de souffle pour la première fois, m'a offert des variations très grandes; chez plusieurs sujets, elle ne datait que de huit jours; chez d'autres, elle remontait à trois semaines; et chez l'un d'eux, à trois mois. Le point de côté s'est montré chez tous sans exception, soit au début, soit au moment même où le souffle a été constaté pour la première fois. Parmi les symptômes qui accompagnaient la pleurésie, je dois mentionner tantôt un mouvement fébrile intense, tantôt une apyrexie complète. Chez quelques-uns, la maladie présenta une marche très aiguë, et fut accompagnée d'une réaction générale très vive, de soif intense, d'élévation de température, de dévoiement; chez le plus grand nombre, les troubles de l'appareil respiratoire constituaient presque à eux seuls tous les phénomènes morbides. Quelques sujets offrirent les signes d'une bronchite légère; jamais, chez aucun, les matières expectorées ne furent sanguinolentes ou de nature à faire soupçonner une inflammation latente du parenchyme pulmonaire. J'ai eu soin d'ailleurs de ne pas mettre au rang des pleurésies avec souffle celles qui pouvaient inspirer quelque doute sur le diagnostic local. Chez tous, le rhythme de la respiration a été modifié, les inspirations allant au moins à 24 par minute; chez plusieurs elles étaient de 36 à 40, et ne dépassèrent pas ce chiffre. Les mouvemens du thorax déterminaient une douleur légère ou très vive; les urines, examinées chaque jour, n'ont rien présenté de remarquable.

Je n'ai rien découvert dans l'âge, dans le sexe, ni dans les professions des malades, qui eût quelques rapports avec la manifestation des bruits anormaux que j'ai signalés.

La pleurésie existait pour la première fois chez plusieurs malades qui n'avaient jamais éprouvé avant cette époque la moindre affection pulmonaire; d'autres avaient déjà ressenti avant cette époque quelques douleurs thoraciques; sur deux malades seulement existaient des signes avancés de tuberculisation pulmonaire, et les pleurésies qui donnèrent lieu au bruit de souffle étaient évidemment symptomatiques. Je n'ai pas fait figurer au nombre de ces cas une pleurésie hémorragique qui détermina au début un souffle et une broncho-égophonie des plus intenses, parce que les caillots de sang organisés que l'on a trouvés plus tard sur le cadavre expliquent, suivant le mécanisme généralement reçu, la production du bruit de souffle.

On voit, d'après l'exposé sommaire que je viens de présenter, que les pleurésies qui donnèrent lieu au bruit de souffle furent parfaitement simples, à l'exception de deux cas. Elles se terminèrent toutes par la guérison; aussi n'ai-je pu rechercher sur le cadavre s'il existe quelques conditions anatomiques capables de déterminer, ou tout au moins de favoriser la formation du bruit de souffle. Ce qu'il m'est permis de conclure, d'après les symptômes que j'ai observés pendant la vie, c'est que le liquide épanché doit être formé par le sérum, sa quantité peu considérable et telle qu'il ne forme autour du poumon qu'une couche assez mince. Trois fois la quantité de liquide augmenta pour ainsi dire sous mes yeux, et aussitôt le souffle disparut; dans un cas, ce symptôme se montra de nouveau lorsque le traitement eut amené la diminution de l'épanchement. Chez deux malades, le souffle cessa quinze jours environ avant l'apparition d'un bruit de frottement ascendant et descendant, qui persista jusqu'à la sortie des malades.

Je ne ferai aucun effort pour expliquer les causes du bruit de souffle; il me suffit d'en avoir établi l'existence incontestable; il est seulement permis de croire qu'un épanchement faible ou moyen peut seul donner naissance à ce bruit. C'est là un fait que M. Hirtz a déjà établi à l'aide des observations précises contenues dans son mémoire. Je ne crois pas que les autopsies cadavériques puissent permettre de déterminer les quantités exactes de liquide nécessaire à la production du souffle, parce qu'il est impossible d'établir quelque chose de fixe et d'invariable à cet égard. En effet, la rapidité avec laquelle s'effectue l'épanchement, le degré de dilatation du thorax et de la compression pulmonaire varient suivant chaque individu; il est cependant très probable que ces circonstances prennent une grande part dans la détermination des bruits respiratoires anormaux. Les recherches ultérieures que je me propose d'entreprendre sur ce point me permettront peut-être de résoudre quelques-unes des données très complexes de ce problème. La cause du souffle dans la pneumonie est, comme on le sait, l'augmentation de la densité du parenchyme pulmonaire, qui transmet alors les bruits qui se passent dans toutes les parties de l'arbre aérien; dans la pleurésie, le corps interposé entre l'oreille et les bronches conduit moins facilement le son, puisque c'est un liquide; mais cette transmission n'en existe pas moins, quoiqu'à un plus faible degré, et on a peine à concevoir pour quel motif on lui refuserait quelques unes des propriétés que l'acoustique accorde aux corps d'une certaine densité. Je crois seulement qu'il y a modification dans le timbre des bruits qui se propagent à travers le liquide épanché dans les plèvres, et qu'il faut aussi tenir compte de la compression exercée sur le poumon, qui, sans donner à ce viscère une densité égale à celle qu'il acquiert lorsque l'épanchement est ancien, doit amener une condensation suffisante pour que les bruits qui se passent dans les bronches arrivent jusqu'à l'oreille de l'observateur. Il m'est arrivé plusieurs fois de percevoir les râles muqueux ou sibilans qui se passaient dans les bronches. Une autre cause qui favorise peut-être la production des bruits de souffle est le changement de calibre des gros rameaux bronchiques, causé par le changement de position de l'organe pulmonaire, et peut-être aussi par la compression légère que subissent ces rameaux. Il est difficile de croire que le poumon puisse être environné d'une certaine quantité de liquide sans que le déplacement qui en résulte pour lui

---

est embarrassant. Tous nos journaux sont à la quête d'un feuilletoniste, chose rare à ce qu'il paraît, *rara avis in terris*. S'il vous en tombe quelqu'un sous la main là-bas, expédiez-nous-le sur-le-champ; mais adressez-le bien, car on ne manquerait pas de nous l'intercepter, tant on en a besoin partout.

En voilà déjà bien long, amés et féaux abonnés et confrères, et votre bonne Gazette ne vous a pas dit la centième partie de tout ce qu'elle avait à vous dire. Elle vous le dira l'an prochain. Permettez-lui, en finissant cette allocution, de se recommander une dernière fois à votre affectueuse bienveillance, et de vous rappeler que vos quittances sont prêtes, et qu'elle recevra toujours vos mandats avec un nouveau plaisir.

— L'éloge de Decandole, lu dans la séance publique de l'Académie des sciences par M. Flourens, a obtenu le plus brillant succès. C'est un morceau non moins remarquable par les vues élevées du savant que par le talent de l'écrivain. La Gazette Médicale en publiera prochainement des extraits. Il en est de même de la lecture de M. Isidore Geoffroy-St-Hilaire sur Linné, où les esprits sérieux ont retrouvé la pensée profonde de l'auteur, exprimée dans un langage toujours approprié à la grandeur et à la sévérité du sujet.

Conseil des hospices. — Lorsqu'une place de membre du Conseil des hospices devient vacante, le Conseil dresse une liste de cinq candidats, qui sont présentés au choix de Sa Majesté. La durée des fonctions des membres du Conseil est fixée à cinq années. Dans la séance du 21 de ce mois, l'assemblée s'est occupée de la formation d'une liste quintuple pour le remplacement de M. Orfila, qui avait été nommé pour la seconde fois en décembre 1837. Au premier tour de scrutin, M. le doyen a obtenu l'unanimité des suffrages. Voici la liste de présentation. MM. Orfila, de Fréville, Mala, Thénard et Renou. Ce résultat fait autant honneur aux électeurs qu'à l'élu. On se rappelle qu'à propos de la question des autopsies, M. Orfila s'était trouvé momentanément en opposition avec une partie des membres du conseil. Cela ne les a pas empêché de rendre à leur collègue toute la justice qu'il mérite.

n'amène quelque tiraillement et, par suite, quelque compression dans les grosses bronches, et peut-être un rétrécissement léger de ces conduits aériens. On expliquerait alors facilement la production des bruits anormaux. Quant à la transmission par les liquides des bruits qui se passent au sein du corps vivant, trop de faits la prouvent pour qu'elle puisse être contestée. Les expériences de M. Cagniard Latour ont montré que les liquides, surtout quand ils contiennent une certaine proportion d'air, conduisent très bien le son. Une montre à mouvement un peu fort, suspendue dans une vessie pleine d'eau, se fait aisément entendre, et personne n'ignore que les battemens du cœur du fœtus sont entendus, non seulement dans le point où le corps de l'enfant se trouve en contact immédiat avec l'utérus et les parois abdominales de la mère, mais encore à une distance assez grande. Je sais bien que l'on peut objecter que, dans tous les cas, les bruits sont transmis par les corps solides qui touchent, en quelque point, l'organe sur lequel est appliquée l'oreille; mais la même chose a lien pour le poumon qui tient lui-même à des corps plus denses que le liquide. Du reste, comme il faut que les bruits, pour être entendus à travers les liquides, aient une certaine intensité, on comprend fort bien que, dans l'épanchement, le murmure respiratoire normal cesse d'être perçu; le bruit le plus intense, c'est-à-dire la respiration bronchique, est le seul que l'on entende distinctement.

On a proposé bien des théories pour expliquer la production des bruits anormaux dont j'ai parlé dans ce travail; je me garderai bien d'ajouter encore une théorie à celles qui existent déjà. Il fallait avant tout prouver que le silence de la respiration n'est pas aussi constant qu'on l'a dit, et qu'au contraire la respiration est très souvent modifiée de telle sorte qu'il en résulte tantôt une respiration rude, soufflante, tantôt un bruit d'expiration, tantôt enfin un véritable souffle bronchique. J'espère que j'aurai contribué avec d'autres à prouver l'exactitude de cette proposition. Je ne rappellerai pas ici l'ingénieuse théorie de M. Voillez sur la cause de la distribution uniforme du liquide à la surface du poumon, quoiqu'elle pourrait me servir à expliquer la production du bruit de souffle et d'expiration (RECH. PRAT. SUR L'INSPECTION ET LA MENSURATION DE LA POITRINE, p. 2, 5, 434, in-8°; Paris, 1838), je dirai seulement que ce médecin croit avoir trouvé les raisons pour lesquelles tantôt le souffle tubaire et l'égophonie se manifestent et tantôt font défaut. La tendance au vide, qui existe continuellement entre les plèvres et le poumon, appelle le liquide épanché sur toute la surface de ce viscère, et donne lieu à ces phénomènes morbides dont on ne peut concevoir la production sans cette cause. Nous avons discuté la valeur de cette théorie dans l'article HYDROTHORAX, que nous avons publié en commun avec M. Fleury (COMPENDIUM, art. HYDROTHORAX); il serait hors de propos de revenir sur un pareil sujet. Je ne puis m'empêcher toutefois de dire que MM. Voillez et Hirtz admettent aussi l'existence du souffle tubaire dans la pleurésie, et que l'autorité de ces deux médecins est pour moi d'un grand poids, parce que leur opinion est fondée sur un grand nombre de faits. (Hirtz, RECHERCHES CLINIQUES SUR QUELQUES POINTS DU DIAGNOSTIC DE LA PLEURÉSIE. — ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE, p. 172, 1837, t. XIII.) Ce qui est indépendant de toute théorie, et constitue une des conditions indispensables à la production des bruits anormaux, c'est la présence d'un liquide de quantité moyenne, épanché dans la plèvre et pouvant s'interposer entre le poumon et l'oreille de l'observateur. Que ce liquide soit entièrement libre on limité par des adhérences anciennes ou récentes, les bruits anormaux se feront entendre si le liquide a une certaine épaisseur. Les fausses membranes ou la fibrine coagulée à la suite de pleurésie hémorragique donnent lieu à un bruit de souffle qui offre d'autres caractères que celui de l'épanchement.

Je n'ai pas la prétention d'établir par une loi mathématique le degré de fréquence du souffle dans la pleurésie; mais je dois protester contre une opinion encore accréditée dans plusieurs ouvrages et qui tend à faire croire que le souffle tubaire est une exception dans la pleurésie. Qu'on n'aille pas me faire dire non plus qu'il est la règle; ce que j'établis, c'est qu'il est assez commun pour faire commettre des erreurs fréquentes de diagnostic à ceux qui voudraient encore considérer comme vraie la proposition que j'ai combattue plus haut. Sans aucun doute le souffle de la pleurésie n'a point, dans le plus grand nombre des cas, l'étendue et l'intensité de celui occasionné par la pneumonie; mais il suffit que des erreurs aient été commises, un grand nombre de fois, par des hommes qui ont l'habitude de l'auscultation, pour que l'on doive être en garde contre cette chance d'erreur. Je dois répondre, avant de terminer, à une fin de non recevoir fort commode que ne manqueraient pas d'invoquer certains contradicteurs; les pleurésies dont vous nous parlez, diront-ils, n'étaient autre chose que des pneumonies ou des pleuro-pneumonies. J'accepte volontiers l'objection, bien qu'elle soit mal sonnante pour l'oreille. Les 39 observations que j'ai recueillies me semblent de nature à ne laisser aucun doute sur ce point. J'aurais pu en citer un très grand nombre dont le diagnostic n'a pas offert la moindre incertitude. Dans aucune des observations dont je me suis servi pour ce travail, les symptômes de la pneumonie ne se sont pas montrés; jamais les crachats n'ont été sanguinolens ou visqueux, jamais il n'y a eu de râle crépitant, de début ou de retour, jamais de vibration vocale, la fièvre a manqué dans un grand nombre de cas; enfin la disparition rapide des accidens aigus, de l'absence des symptômes généraux, et, je le répète, des signes de la pneumonie constituée ou en voie de résolution, suffisent pour ôter toute incertitude au sujet du diagnostic. La marche chronique de la maladie, la persistance des symptômes observés, la nature du traitement mis en usage, et enfin le contrôle exercé par des hommes haut placés dans la science et dont j'aurais pu faire intervenir le nom parlent en faveur du diagnostic que j'ai établi.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

QUELQUES FAITS RELATIFS A L'EMPLOI DU SULFATE DE QUININE DANS LE RHUMATISME AIGU ET DANS LE RHUMATISME CHRONIQUE; par M. DEVERGIE, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Lorsqu'une innovation surgit en thérapeutique, il est du devoir de tous les médecins et principalement des médecins des hôpitaux, où les occasions d'apprécier la valeur d'un médicament sont communes, de faire connaître les résultats auxquels ils ont été conduits, afin de donner aussi promptement que possible à la médication nouvelle la sanction de l'expérience.

C'est à ce titre que je publie le résultat de mes essais, et je le fais d'autant plus volontiers que j'ai suivi, dans l'administration du sulfate de quinine, une marche différente de celle tracée par mon honorable collègue, M. Briquet, en procédant des petites doses aux doses les plus élevées, et que j'ai appliqué avec succès ce médicament, proposé pour le rhumatisme aigu, au traitement du rhumatisme chronique.

Un médicament est d'autant plus dangereux qu'il est plus énergique, et quoique sous ce rapport le sulfate de quinine n'occupe pas le premier rang, on ne saurait lui refuser une action médicatrice puissante.

D'une autre part, je pense que l'on doit user avec beaucoup de réserve d'un médicament qui, dans l'espace de deux à trois jours, est capable de combattre un ensemble de phénomènes inflammatoires développés sur plusieurs points de l'économie à la fois et avec un appareil fébrile porté souvent fort loin.

Ce sont ces deux considérations qui m'ont conduit dès le commencement de mes essais à prescrire le sulfate de quinine, non pas à 5 ou 6 grammes dès le début, mais bien à 1 gramme et même à 5 décigrammes d'abord, et surtout à proportionner pour ainsi dire la dose de ce médicament à l'intensité de l'affection rhumatismale que j'avais à combattre.

Cette manière de procéder m'a paru plus rationnelle. Avec elle j'étais toujours sûr d'atteindre le but, sauf à l'atteindre un peu plus tard, et je ne courais pas la chance de compromettre la santé de mes malades.

Les résultats ont sanctionné jusqu'à présent mes raisonnemens; j'ai guéri dans les neuf cas où j'ai prescrit le sulfate de quinine, et je n'ai porté la dose de ce médicament qu'à 2 ou 3 grammes, un seul cas excepté. Mes malades n'ont éprouvé qu'à un faible degré les effets de ce que l'on pourrait appeler l'intoxication par le sulfate de quinine; ces effets m'ont même dirigé dans le but de savoir si je devais suspendre, augmenter ou diminuer la dose prescrite, et j'ai guéri dans un espace de temps presque aussi court. J'ai surtout guéri aussi sûrement que si j'avais employé des doses élevées.

Combien n'ai-je pas dû m'applaudir d'avoir suivi cette marche après les événemens survenus depuis peu, et dont quelques journaux ont annoncé les résultats fâcheux. Gardons-nous toutefois d'en tirer la conséquence qu'il ne faille pas administrer le sulfate de quinine dans les rhumatismes. Bornons-nous au contraire à en tirer cette induction que, dans les cas où les accidens se sont montrés, la dose de sulfate de quinine était peut-être trop forte dès le début. Procédons d'une manière toute opposée dans la prescription de ce médicament, et nous n'aurons pas à redouter de compromettre les jours des malades.

N'y a-t-il pas en effet une grande différence à établir entre un accès de fièvre ou d'une maladie intermittente qui, après sa terminaison, laisse rentrer le malade dans un état presque normal; que l'on ne combat pas d'ailleurs le plus souvent, mais dont on prévient le retour, et un état inflammatoire permanent, douloureux, dans lequel les principaux organes de la circulation sont souvent envahis par l'inflammation, état que l'on supprime d'une manière plus ou moins brusque à l'aide d'un médicament

qui paraît avoir pour effet tout spécial de produire une congestion vers le cerveau.

J'exposerai d'une manière fort succincte l'histoire des malades qui ont été mis en traitement, soit dans mon service, soit en ville. Le rhumatisme ne présente aucune difficulté de diagnostic, et, partant, peu d'erreurs pourraient être commises à cet égard. Il suffit donc d'une exposition sommaire pour faire connaître la valeur que l'on doit attacher à l'agent thérapeutique.

(Hôpital St-Louis, salle St-Jean.)

N° 67. — RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU.

Obs. I. — Michon, 16 ans, marchand de vins, travaille habituellement dans les caves; tempérament lymphatique, peau fine. Première attaque de rhumatisme dans les premiers jours d'octobre, traitée à la Charité par les saignées. Sorti au bout d'un mois; rentré à St-Louis le 12 novembre. Les douleurs ont reparu quelques jours après la sortie du malade de la Charité.

13 novembre. Figure colorée, peau chaude, moite, pouls large et fréquent; hanches très douloureuses; poignet droit rouge, tuméfié, douloureux; matité peu étendue à la région précordiale; bruit de souffle très prononcé au premier temps; pas de troubles fonctionnels du côté du cœur appréciables pour le malade. (saignée de 3 palettes; 15 sangsues à la région précordiale.)

14 novembre. Amélioration sensible; douleurs moins vives dans les articulations prises; bruit de souffle notablement diminué.

15 novembre. L'amélioration ne s'est pas soutenue; douleurs vagues dans les épaules, plus vives que la veille dans le poignet et les hanches. (Sulfate de quinine, un gramme.)

17. Les douleurs ont considérablement diminué; pas d'accidens généraux. Dès le 16, pouls manifestement ralenti. (Sulfate de quinine, un gramme 5 décigrammes.)

18 Douleurs en partie dissipées; pouls normal; quelques bourdonnemens d'oreille; bruit de souffle à peine marqué. (Sulfate de quinine, un gramme.)

20. Plus de douleurs, seulement un peu de raideur dans le jarret, quand le malade marche. (Une portion d'alimens.)

24. Complètement guéri. Le sulfate de quinine est suspendu depuis deux jours. Le 10 décembre il n'y a pas eu de rechute, et le malade doit sortir après-demain.

N° 48. — RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU.

Obs. II. — Têtu, 19 ans, garçon marchand de vins, travaille peu dans les caves, mais a logé longtemps dans une chambre humide, au fond d'un jardin. Tempérament lymphatique, peau fine et transparente. Première attaque de rhumatisme articulaire à l'âge de 7 ans; depuis cette époque, trois autres; la dernière au mois de juin 1842. Traité les deux dernières fois par les saignées et les sangsues. Cette fois-ci les douleurs ont paru huit jours avant l'entrée à l'hôpital dans les articulations tibio-tarsiennes.

4 décembre, jour de l'entrée. Hier seulement, les douleurs ont envahi les genoux. Aujourd'hui, les quatre articulations prises sont excessivement douloureuses, mais il n'y a ni rougeur ni gonflement. Peau chaude, moiteur, pouls fréquent, mais peu développé. Premier bruit du cœur un peu prolongé; pas de matité. (Sulfate de quinine, un gramme en potion.)

5 décembre. Le malade a vomi la potion à plusieurs reprises. Pas de changement notable; cependant les genoux sont un peu moins douloureux; le pouls est encore fréquent. (Sulfate de quinine, 1 gramme 5 décigram. en 4 pilules)

6 décembre. Les pieds sont complètement débarrassés; les genoux sont à peine sensibles, mais l'épaule et le poignet droit ont été envahis pendant la nuit. Ce matin, le poignet est rouge et gonflé. Pouls fréquent, bourdonnemens d'oreilles, céphalalgie légère. (Sulfate de quinine, 2,0 en 4 pilules.

8 décembre. Plus de douleurs dans les genoux ni dans l'épaule droite; le poignet est beaucoup moins douloureux; la rougeur et le gonflement ont en partie disparu; bourdonnemens, céphalalgie; le pouls est sensiblement ralenti. (Le sulfate de quinine, porté hier à 2,5, est réduit à 2,0.)

10 déc. Plus de douleurs, pouls normal; premier bruit encore un peu prolongé; quelques bourdonnemens persistent. (Une portion d'alimens; sulfate de quinine, 1,0.)

14. Sortie du malade.

N° 76. — RHUMATISME MUSCULAIRE SUB-AIGU.

Obs. III. — Baillère, 17 ans, cordonnier, logement sain, tempérament lymphatique. Première attaque, il y a sept ans, dans la jambe droite, à la suite d'un refroidissement (nuit passée dans une grange); depuis, trois attaques, tantôt dans une jambe, tantôt dans l'autre. Cette fois, les douleurs ont paru, le 21 décembre, dans le pied droit (à la plante), puis ont gagné le mollet et la cuisse du même côté.

25 novembre, jour de l'entrée. Pas de douleurs dans les articulations; douleurs dans les deux membres inférieurs; mouvemens impossibles; pas de gonflement appréciable; pouls fréquent, peau chaude, face pâle, langue chargée. (Sulfate de quinine, 1,0.)

26. Pas de changement. (2,0.).

27. Id., pouls un peu moins fréquent. (3 grammes.)

29. Il y a un peu d'amélioration; le pouls est manifestement tombé; douleurs moins vives, état général plus satisfaisant; l'anorexie continue; la langue est encore sale; bourdonnemens, céphalalgie. (1,0.)

1er décembre. Le bourdonnement et la céphalalgie persistent, quoiqu'on ait ramené la dose à 2,0. Les douleurs ont presque complètement disparu.

4. Encore un peu de douleur dans le mollet; pouls normal, céphalalgie. (1,0.)

10. Rétablissement complet. Le malade mange une portion depuis 2 jours. Encore un peu de céphalalgie.

11. Ce matin, les jambes du malade présentent pour la première fois une éruption érythémateuse; à la partie interne de la jambe gauche 2 cercles d'érythème circiné. (Diète, boissons chaudes.) Pouls un peu accéléré.

13. L'érythème a totalement disparu; le malade est guéri.

N° 41. — RHUMATISME ARTICULAIRE CHRONIQUE; VARIOLE.

Obs. IV. — Gazaud, 28 ans, relieur de livres, tempérament lymphatico-sanguin. Habitation saine. Premières douleurs, il y a deux mois, dans la hanche droite et dans les genoux avec rougeur et gonflement de ces deux dernières articulations. Réaction peu prononcée; saignée. Quelques jours après, les pieds sont envahis sans rougeur ni tuméfaction, sans fièvre. Peu à peu toutes les articulations se prennent et forcent le malade à une immobilité complète. L'affection rhumatismale se déplace tous les jours laissant libres deux, trois, quatre articulations, envahissant les autres et *vice versâ*.

5 novembre. Entrée à l'hôpital; le malade y arrive de son pays. Les douleurs existent dans les épaules et dans les hanches. Pas d'altération locale apparente. Etat général satisfaisant; appétit. Sulfate de quinine, 1 gramme en julep non acidulé. Deux jours après, le malade éprouve un peu d'amélioration. Le jour surtout les douleurs sont moins vives. La dose de sulfate de quinine est portée à 2 grammes.

12 novembre. Le sulfate de quinine a été porté jusqu'à 5 grammes. Les douleurs ne reparaissent plus que la nuit; elles sont d'ailleurs assez légères. On suspend le sulfate de quinine, les bourdonnemens d'oreilles et la céphalalgie qui existaient depuis quelques jours étant accompagnés d'éblouissement de nausées, de diarrhée.

Le 14, le sulfate de quinine est repris à la dose de 1 gramme, tous les accidens généraux ayant cessé.

Le 19, le malade ne ressent plus que quelques douleurs vagues pendant la nuit; on suspend encore le sulfate de quinine porté à 3 grammes à cause du retour de quelques accidens.

Le 22, plus de douleurs; mouvement fébrile pour la première fois depuis l'entrée du malade à l'hôpital; peau chaude, sudorale; anorexie. (Diète.)

Le 24, éruption de varioloïde. Il n'existe pas de cicatrice, quoique le malade déclare avoir été vacciné aux deux bras.

La maladie suit sa marche ordinaire, et le malade est complètement guéri et de son éruption et de son rhumatisme le 8 décembre.

N° 59, SALLE SAINT-JEAN. — RHUMATISME ARTICULAIRE CHRONIQUE; URTICAIRE.

Obs. V. — Gandry, 31 ans, tôlier, travaille toujours dans l'humidité. Père rhumatisant. Tempérament lymphatique. A l'âge de 14 ans, rhumatisme articulaire traité par les sangsues et les cataplasmes. Depuis cet âge, les douleurs ont reparu à diverses reprises, mais toujours avec peu d'intensité. Des bains de fumigations ont été mis en usage.

Il y a quatre mois, réapparition des douleurs; persistance jusqu'à ce moment sans que le malade ait pris autre chose que des bains et des tisanes.

Entrée à l'hôpital le 15 novembre. Face pâle, terreuse, maladive, s'injectant parfois avec rapidité; état général d'ailleurs satisfaisant. Pas de rougeur ni de gonflement dans les articulations, douleurs dans presque toutes. (Sulfate de quinine, 1 gramme dans un julep sans addition d'acide sulfurique.)

17 novembre. Céphalalgie peu intense; pas de changement dans les douleurs. (2 grammes de sulfate de quinine.)

19. Céphalalgie, bourdonnemens, nausées qui forcent de ramener la dose à 1 gramme; néanmoins le malade marche avec plus de facilité.

20 Encore quelques accidens généraux. Réduction du sulfate à 5 décigr. Le 21, 1 gramme.

22. Les douleurs ont notablement diminué; le malade reste levé presque toute la journée; la céphalalgie persiste. La nuit, le malade est privé en partie du sommeil par une démangeaison générale.

28. Jusqu'à ce jour, le malade a pris 1 gramme seulement de sulfate de quinine et les douleurs ont entièrement disparu. La céphalalgie et les bourdonnemens d'oreilles ont persisté. Il se déclare dans la nuit des élevures rouges circonscrites avec épaississement de la peau, qui appartiennent à l'urticaire; elles disparaissent peu à peu au lever pour reparaître la nuit suivante. On suspend le sulfate de quinine.

Du 29 novembre jusqu'à ce jour 28 décembre, l'affection rhumatismale ne s'est pas montrée; mais l'urticaire a persisté.

N° 61, SALLE SAINT-JEAN. — RHUMATISME ARTICULAIRE CHRONIQUE.

Obs. VI. — Ce malade, entré le 23 novembre à l'hôpital, éprouvait depuis plusieurs mois des douleurs dans les articulations, notamment dans les genoux et les épaules, où elles paraissaient avoir leur siége le plus habituel. Il fut mis immédiatement à l'usage du sulfate de quinine, à la dose de 1 gramme administré en 4 pilules; puis la dose fut portée successivement à 15 décigrammes et à 2 grammes.

Peu à peu les douleurs diminuèrent et disparurent même entièrement. Elles furent plus tenaces dans les épaules, et quatre jours étaient écoulés lorsque le malade, qui se trouvait complètement débarrassé, demanda sa sortie. Les bourdonnemens d'oreilles et la surdité avaient été très prononcés chez ce malade, et l'ouïe était encore un peu dure d'une oreille lors de sa sortie.

RHUMATISME ARTICULAIRE CHRONIQUE.

Obs. VII. — M. L..., âgé de 40 ans, d'un tempérament sanguin-lymphatique, atteint d'un catarrhe de la vessie qui remonte à douze ans, fut pris, il y a cinq mois, d'un rhumatisme articulaire aigu qui parcourut toutes les articulations. Traité par les émissions sanguines et les bains, il fut guéri au bout de deux mois; mais trois semaines après le rhumatisme reparut avec une nouvelle intensité. La période aiguë terminée, on mit ce malade pendant trois semaines à l'u-

sage des pilules de Lartigue, mais sans obtenir aucune amélioration. Depuis un mois, M. L... reste assis dans un fauteuil une partie de la journée. Il s'en relève avec peine pour prendre des béquilles et faire quelques pas dans la chambre. Il ne peut se mettre au lit, ni se lever. Il est d'ailleurs assez replet. Depuis deux jours, l'articulation de la première phalange du doigt médius de la main gauche s'est tuméfiée, est devenue chaude et douloureuse; le malade y a fait appliquer deux sangsues qui ont enlevé la douleur sans diminuer notablement le gonflement.

Appelé le 4 décembre à lui donner des soins, je lui propose le traitement préconisé par mon collègue M. Briquet; mais M. L..., d'un caractère craintif, éprouve une grande répugnance à en faire usage. Je prescris quatre bains d'eau de son d'une heure de durée qui amènent de la faiblesse et semblent un peu améliorer l'état d'engourdissement dans lequel se trouvent toutes les articulations. Le vendredi 9, M. L... se décide à prendre le sulfate de quinine. 5 décigr. en 4 pilules prises chacune à quatre heures d'intervalle amènent dès le soir même un bien-être dans les articulations, et cependant on avait ce jour-là appris au malade que deux personnes venaient de décéder dans les hôpitaux. Le 10 décembre, 1 gramme de sulfate de quinine. Le 11, 15 décigrammes. Je vois M. L... dans la journée, et l'amélioration était telle qu'il vint me reconduire jusqu'à la porte de son appartement, tenant ses béquilles à la main. Quelques douleurs vagues s'étant montrées dans le ventre et un état spasmodique du canal de l'urètre ayant eu lieu, je laissai M. L... à la dose de 15 décigr.

Le 12, il a pu descendre et remonter un étage de la maison. L'appétit a été très notablement augmenté.

Le 13, j'ai cru devoir suspendre pendant trente heures l'usage du sulfate de quinine à cause de la persistance des douleurs vagues de l'abdomen et surtout de l'état spasmodique du canal de l'urètre qui nécessite l'usage presque continuel des sondes pour l'évacuation de l'urine. Le sulfate de quinine a été repris le 15 à 5 décigr. Le 16, 7 décigr. avaient été ingérés dans l'estomac lorsque M. L... ressentit une douleur dans la région du cœur qui s'étendait entre les deux épaules avec difficulté dans la respiration. Il crut devoir suspendre de nouveau l'usage du médicament. Le lendemain, dans l'après-midi, la douleur était presque nulle, les efforts inspiratoires encore gênés; l'amélioration avait fait des progrès notables; M. L... ne se servait plus de béquilles; il avait congédié le domestique qui le levait, le couchait et l'habillait. Le 18, 5 décigr.; le 19, 75 centigr.; le 20, 1 gramme. M. L... a quitté cannes et béquilles. Il n'éprouve plus aucune douleur. Il sortira après-demain.

Trois autres malades affectés, l'un d'une sciatique du côté gauche, les deux autres de rhumatisme, ont été mis en traitement. Tous trois avaient pris sans amélioration bien notable des bains de vapeur. Mis depuis quelques jours à l'usage du sulfate de quinine à petite dose, l'amélioration qui en est résultée est telle que la guérison sera prochaine pour les deux rhumatisans; quant à la sciatique elle a été notablement amendée, mais non complètement guérie.

Je crois pouvoir déduire de ces observations les corollaires suivans :

Trois malades étaient affectés de rhumatisme aigu, mais dont l'intensité n'était pas considérable; six autres étaient affectés de rhumatisme chronique.

Chez tous ces malades, la guérison a eu lieu dans un espace de temps fort court, eu égard à l'intensité de l'affection, à la date de son invasion et à sa persistance ordinaire. Ce n'est pas toutefois en deux ou trois jours que la maladie a été guérie; mais si plus de temps a été employé, ce temps a été assez restreint.

La dose de sulfate de quinine, un cas excepté, n'a guère dépassé 2 à 3 grammes.

Le sulfate de quinine a été donné sous deux formes différentes : 1° en suspension dans un julep administré par quart dans les vingt-quatre heures et non pas en dissolution, à l'aide d'un excès d'acide sulfurique, prescription que je suis porté à regarder comme pouvant être irritante pour l'estomac; 2° en pilules; chaque dose fractionnée en quatre parties.

Dans les deux modes, la guérison a eu lieu.

L'irritation des voies digestives ne s'est montrée que chez deux malades, et l'un d'eux était fort excitable. Je considère cette excitation plutôt comme nerveuse qu'inflammatoire; car un appétit très prononcé se montrait en même temps; d'ailleurs le sulfate de quinine chez un des malades a donné lieu à des spasmes du canal de l'urètre.

Les bourdonnemens d'oreille, la surdité même et la céphalalgie se sont montrés quoique la dose de sulfate de quinine ait été peu élevée, et chez un de nos malades la céphalalgie a été assez opiniâtre. Ces phénomènes dus peut-être à une congestion qui s'opère vers le cerveau ne doivent-ils pas fixer toute l'attention des praticiens, surtout en présence des résultats pathologiques que l'on a observés lors de l'ouverture du corps de l'un des malades décédés à la suite de l'administration du sulfate de quinine? N'y a-t-il pas lieu d'être très sobre de ce médicament lorsque l'on est appelé à traiter d'une affection rhumatismale un sujet pléthorique et prédisposé aux congestions cérébrales? N'y aurait-il pas avantage dans ce cas à faire précéder d'une saignée générale l'administration de ce médicament?

Les congestions qui s'opèrent au cerveau ne pourraient-elles pas se produire ailleurs?

Le sulfate de quinine paraît être un médicament aussi efficace pour combattre le rhumatisme chronique que le rhumatisme aigu; seulement il convient dans le premier cas de le prescrire à une dose beaucoup moins élevée.

Quel que soit le rhumatisme que l'on ait à traiter, pourquoi ne procéderait-on pas des doses plus faibles aux doses plus fortes?

N'y a-t-il pas avantage à prescrire le sulfate de quinine sous forme de pilules composées de ce sel et d'extrait de réglisse, en recommandant au malade de boire de la tisane après l'ingestion de chaque pilule? De cette manière, le sulfate de quinine ne pourrait-il pas être transporté de l'estomac dans le tube digestif? Son action se prolongerait plus longtemps et l'estomac ne supporterait pas à lui seul toute l'influence du médicament.

Chez trois de nos malades, une éruption cutanée s'est montrée. Dans un cas, une varioloïde : il y a lieu de croire que le sulfate de quinine y a été étranger. Dans un autre, une urticaire, et dans un troisième un exythème. Le sulfate de quinine serait-il comme les préparations opiacées? produirait-il des éruptions lorsqu'il est administré pendant un certain laps de temps; alors surtout que la phlegmasie qu'il combat a son siége dans des parties voisines de la peau? C'est ce qu'il y a lieu de rechercher. Ayant communiqué cette observation à M. Briquet, il m'a signalé un cas d'erythème qu'il avait aussi vu survenir chez un de ses malades.

Après la lecture de faits si récemment accomplis, peut-être m'adressera-t-on le reproche d'une publicité prématurée, en ce sens qu'il ne s'est pas écoulé assez de temps depuis la guérison pour qu'il soit permis de la regarder comme à l'abri de récidives. Ce reproche, tout fondé qu'il puisse être, n'a peut-être pas toute la valeur qu'on serait porté à lui attribuer dès l'abord. En effet, ces récidives n'ont pas eu lieu dans la généralité des cas publiés par M. Briquet, et il n'y a aucune raison de croire qu'il en soit autrement pour mes malades.

Mais ce qui m'a surtout déterminé dans la publicité que je leur donne, c'est qu'en présence des événemens fâcheux qui se sont accomplis pendant l'administration du sulfate de quinine, j'ai pensé qu'un nouveau mode d'emploi de ce médicament, fondé aussi sur le succès et moins compromettant, pourrait peut-être engager mes confrères à poursuivre des essais, alors qu'ils en auraient été détournés par la crainte de nuire.

On ne saurait attacher, suivant moi, trop d'importance à la découverte de M. Briquet. Il faut avoir été rhumatisant pour l'apprécier à sa juste valeur. Que notre collègue n'ait pas abordé de suite toutes les conditions favorables à l'administration du sulfate de quinine, qu'il en ait fait un mode de prescription trop général, qu'il n'ait pas encore pu suffisamment tenir compte des circonstances qui doivent en faire modifier l'usage, peu importe à la découverte en elle-même. Ce qu'il faut avant tout, c'est de savoir si le sulfate de quinine guérit le rhumatisme, de préférence à tout autre médicament.

Dans le cas de l'affirmative, le temps et l'expérience feront peu à peu connaître le meilleur mode à suivre dans son administration.

Mais comme l'expérimentation sur l'homme doit être sage et éclairée, il faut évidemment dès à présent s'abstenir d'une prescription à dose trop élevée du sulfate de quinine, et s'attacher à reconnaître la tolérance du médicament suivant le tempérament du malade, sa force, l'état de ses voies digestives, sa susceptibilité, et surtout en raison de l'intensité de la maladie; c'est en procédant de cette manière qu'on évitera les accidens inséparables d'une expérimentation trop hardie.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

RÉSUMÉ STATISTIQUE DE LA CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HÔTEL-DIEU (SERVICE DE M. LE PROFESSEUR ROUX) PENDANT L'ANNÉE 1841; par MM. MAUNOURY et THORE, internes des hôpitaux et membres de la Société anatomique.

(SUITE ET FIN. — Voir les numéros 23, 26, 30, 35, 41, 47 et 50.)

MALADIES DES YEUX.

CATARACTE.

S'il est dans le cadre de la nosographie chirurgicale une maladie à laquelle la statistique soit facilement applicable, c'est sans contredit la cataracte. Les symptômes ne sont pas très nombreux, ni difficiles à constater; son diagnostic est en général peu embarrassant; malgré toutes les variétés qu'on a admises, la cataracte lenticulaire est celle qui se présente presque constamment à l'observation. Il est peu d'opérations même sur lesquelles il y ait moins de divergence d'opinions; tout se réduit à deux méthodes principales; l'abaissement et l'extraction presque toujours pra

tiqués suivant les mêmes procédés. Toutes ces considérations nous ont engagés à appliquer la méthode numérique à l'étude de la cataracte, et nous l'avons employée pour faire le dépouillement de 29 observations rédigées pendant l'année 1841 avec tous les détails possibles, et pour en tirer tous les renseignements capables de fixer plusieurs points mal connus de son histoire, rectifier quelques erreurs et constater d'une manière précise des circonstances vaguement indiquées ou incomplètement observées. Ces faits n'auraient eu par eux-mêmes qu'un intérêt fort secondaire, et isolés ils seraient sans grande valeur; mais réunis en faisceaux et comparés sous toutes leurs faces, ils permettent d'arriver à d'importans résultats.

§ I. — CAUSES.

Elles sont peu connues; nous avons plutôt à étudier des prédispositions que de véritables causes efficientes.

Sur 67 individus qui étaient affectés de cataracte; on en trouve:

AGE.	EN 1841.	AGE.	EN 1840.
A 10 ans 1/2........	1	De 15 à 20........	1
De 21 à 30 ans......	2	....	1
31 à 40..........	2	....	7
41 à 50..........	3	....	2
51 à 60..........	6	....	5
61 à 70..........	9	....	16
71 à 80..........	5	....	6
81 à 90..........	1	....	0
Total....	29	Total....	38

On voit que la cataracte, rare jusqu'à l'âge mûr, commence à devenir fréquente à partir de 50 ans jusqu'à 70. Est-ce à dire pour cela qu'elle soit plus commune à cette époque de la vie que dans un âge plus avancé? Nullement. La population devenant à la période extrême de la vie très peu considérable, il est tout naturel qu'à partir de 70 ans les cas diminuent, quoique en réalité le nombre soit proportionnellement peut être plus grand qu'aux périodes qui précèdent.

Chez l'enfant, la cataracte est le plus ordinairement congéniale; celle que nous avons observée chez un sujet âgé de 10 ans et demi avait paru à l'âge de 8 ans, spontanément et sans que la moindre cause l'ait produite; elle n'existait que d'un côté. Ce cas peu commun mérite d'être noté.

Chez deux individus, âgés l'un de 21 ans, l'autre de 22, la cataracte était membraneuse, et s'était montrée à la suite d'une violence exercée sur l'œil.

Ce n'est guère qu'à partir de 38 à 40 ans que la cataracte se développe spontanément et commence à devenir fréquente. Les exceptions à cette règle doivent être rares.

SEXE. Les deux sexes y sont également sujets, disent la plupart des auteurs. Cependant il est généralement admis qu'on l'observe plus souvent chez les hommes.

M. Fabini trouve que sur 500 cataractés il y a 268 hommes et 232 femmes; Dupuytren, sur 207, compte 135 hommes et 72 femmes. Sur 38 opérés dans le service de M. Roux, en 1840, on comptait un nombre égal d'hommes et de femmes. Cette année sur 29 nous ne trouvons que 7 femmes.

Nous serions disposés à penser que la cataracte est plus fréquente chez le sexe masculin; mais s'il existe une différence elle ne peut être aussi considérable que celle que nous venons d'indiquer et qui s'explique parce que le nombre des lits destinés aux femmes est très petit, tandis que le service des hommes est très nombreux.

PROFESSIONS. On est, malgré l'opinion de M. Maunoir, assez généralement d'accord pour admettre que l'action d'une vive lumière sur les yeux peut favoriser la formation de la cataracte, et que celle-ci se développe de préférence chez les individus qui sont soumis pendant longtemps à l'action de cette cause. Il en est de même des professions qui exigent un exercice exagéré de l'organe de la vue.

Sur 22 hommes, nous en voyons 3 qui se trouvent placés dans des conditions analogues, l'un étant maréchal-ferrant, l'autre émailleur, le 3e chauffeur; 3 étaient cultivateurs. Parmi les femmes, sur 7 il y a 3 femmes de la campagne exerçant la profession de vigneronne, tandis que deux autres s'occupaient de travaux qui fatiguent nécessairement la vue: l'une est couturière, l'autre ouvrière en dentelle.

Nous aurons à examiner plus tard si, parmi les traits de conformation ou d'organisation de l'œil, la couleur de l'iris n'aurait pas quelque influence sur le résultat de l'opération. Nous avons voulu connaître si ces différences de couleur étaient une prédisposition à la cataracte. Sur 28 individus chez lesquels la couleur de l'iris a été notée; elle était fauve 10 fois, brune 10 fois, grise 8. La couleur brune, variant depuis le fauve le plus clair jusqu'au brun le plus foncé, est la plus commune chez les individus cataractés, comme aussi sans doute c'est chez tous les individus en général. Nous devons faire remarquer que les amaurotiques ont plus souvent aussi l'iris brun ou orangé. Ce qui tient à la même cause.

L'influence de l'hérédité a été bien constatée, et l'on cite à ce sujet plus d'un fait intéressant. M. Roux a opéré trois frères appartenant à une famille anglaise, dont le père avait été aussi affecté de cataracte, et dont le quatrième enfant fut atteint plus tard. Malgré les informations que nous avons prises et les questions que nous avons adressées à tous nos malades sur ce sujet, les réponses ont toujours été négatives. Ce qui ne nous paraît point cependant détruire un fait qui repose sur des observations dues à Maître Jan, Jauin, MM. Adams, Beer, Demours, Gibson, Cloquet, Maunoir.

Parmi les causes occasionnelles, il faut citer en première ligne les plaies et les contusions du globe de l'œil. Un homme, âgé de 70 ans, faisait jouer une mine, par l'explosion de laquelle il est grièvement blessé, il perd la vue immédiatement après. Au bout de trois mois, il peut assez voir de l'œil gauche pour se conduire; mais plus tard, la vue s'affaiblit de ce côté, et une cataracte se forme. L'un des deux jeunes gens dont nous avons déjà parlé avait reçu un coup de flèche dans l'œil. Il y avait une cicatrice très bien marquée de la cornée et de la sclérotique; un corps blanchâtre occupait presque tout le champ de la pupille; l'iris est à peine mobile. Un autre individu est violemment poussé contre un arbre; il se fait une plaie à petit lambeau à la partie inférieure et externe de la cornée: inflammation violente et formation d'une cataracte.

Une cause violente, quoiqu'elle n'attaque point directement l'œil, peut agir de la même manière quand elle atteint les parties voisines de la région frontale, etc. Un militaire est frappé dans un corps de garde sur le front et à la région temporale gauche par un pain très lourd; l'œil a été tout à fait ménagé. Deux ou trois jours après, la vue du côté gauche s'affaiblit et s'éteint. Dans ce cas, comme dans le premier, la cataracte était cristalline (ils ont été opérés par extraction); dans les deux autres, elle était membraneuse.

Il ne nous reste plus que quelques mots à dire sur des causes dont la valeur est fort douteuse. L'un de nos malades attribuait la production de sa catara te à ce qu'étant en Portugal, et par une température très élevée, il s'était lavé les yeux avec de l'eau très froide; un autre a remarqué que l'affaiblissement de la vue a été précédé de céphalalgie et d'étourdissemens très violens; un troisième a eu de fréquentes attaques de rhumatisme.

A l'exception d'une femme, qui avait une blépharite, due à l'absence complète de cils, nous n'avons jamais constaté de maladies de l'appareil de la vision et les questions adressées à ce sujet aux individus sur leurs antécédens sont venues à l'appui de notre observation.

§ II. — MARCHE.

La cataracte se développe-t elle plus souvent d'un côté que de l'autre? Sur 17 individus, 6 fois on l'observait à droite et 11 fois à gauche. Si l'on retranche trois faits de cataracte traumatique, il restera 5 fois à droite et 9 fois à gauche. On serait donc porté à penser que la cataracte se développe de préférence de ce côté; il n'en est point c pendant tout à fait ainsi. Pour contrôler ce premier résultat, il était nécessaire de noter si l'autre œil avait été cataracté, ou opéré auparavant. Nous trouvons que l'œil gauche n'avait été opéré qu'une fois avant le droit, tandis que ce dernier l'avait été quatre fois avant le gauche, ce qui ne laissait plus qu'une légère prédominance au côté gauche (5 fois) sur le droit (4 fois).

De plus, dans l'examen de 12 cas de cataractes doubles, nous trouvons que le début a eu lieu 8 fois à droite et 4 fois seulement à gauche, ce qui permettrait d'admettre, contrairement au premier résultat, que le début a plus souvent lieu à droite. Du reste, le nombre des observations n'étant pas très considérable, nous n'oserions donner ce fait comme une loi; qu'il nous suffise de l'avoir signalé.

Nous avons adressé à tous nos malades de nombreuses questions pour déterminer le temps nécessaire pour que l'opacité du cristallin soit complète, pour que la cataracte soit arrivée, comme on le dit vulgairement, à maturité. Quelquefois nous n'avons pu recueillir que des souvenirs confus, des données inexactes; nous n'avons point tenu compte de ces faits; d'autres fois il y a eu une absence totale de renseignemens, à cause de l'affaiblissement de la mémoire et de l'intelligence de certains individus. Toujours nous nous sommes attachés à bien déterminer l'époque précise où la vue a commencé à s'affaiblir, et où l'individu a remarqué ce changement dans sa vision, ainsi que celle où la cécité a été complète. Nous avions d'abord fait une colonne distincte pour chaque œil, mais les résultats étant presque identiques, nous avons dû les réunir, pour simplifier autant que possible les tableaux. Nous n'avons pu recueillir des détails suffisans que pour 30 yeux. Dans deux cas de cataractes accidentelles, l'o-

pacité du cristallin s'était montrée presque immédiatement après la cause qui l'avait produite. La cécité avait été complète

Au bout de 10 mois.........	dans	2	cas.
» d'un an............	»	10	
» d'un an et demi......	»	3	
» de deux ans.........	»	4	
» de 2 ans et demi......	»	5	
» de 3 ans...........	»	2	
» de 4 ans...........	»	1	
» de 5 ans...........	»	1	
Total....		28	

Chez le plus grand nombre de nos malades, il n'a fallu qu'une année pour que le cristallin ait été atteint d'une complète opacité. Sur 30 individus, la moitié se trouve comprise dans l'intervalle de 10 mois à un an et demi, tandis que les 15 autres sont dispersés dans l'espace de 2 à 5 ans. On peut donc admettre qu'il ne faut en général pas beaucoup plus d'un an ou deux pour que la cataracte soit parvenue à maturité.

§ III. — SYMPTÔMES.

Les principaux symptômes de la cataracte ressortent de l'examen de l'œil et de la manière dont la vision s'exerce.

La vue, après avoir diminué d'une manière graduelle, finit par s'éteindre, mais cependant jamais aussi complètement que dans l'amaurose. Quand la circonférence du cristallin n'est point tout à fait opaque, les individus recherchent les endroits sombres, et l'obscurité favorisant la dilatation de la pupille, ils peuvent encore voir d'une manière imparfaite. Quatre individus pouvaient distinguer quelques objets le soir et le matin; ils étaient aveugles dans la journée. D'autres (4) pouvaient encore apercevoir assez distinctement l'ombre de leurs doigts placés devant leurs yeux. Enfin, dans un degré plus avancé, la plupart (20) ne distinguaient plus qu'une lumière vive, artificielle ou naturelle, et savaient quand ils étaient placés devant une fenêtre ou un endroit fortement éclairé.

EXAMEN DES YEUX. Nous parlerons de la disposition des paupières et des yeux dans l'orbite à propos des circonstances favorables ou non à l'opération, et nous ne nous arrêterons point ici sur ce sujet. 3 individus avaient un cercle sénile très prononcé : la pupille était une fois seulement très dilatée, elle était en même temps peu contractile; l'individu a été opéré et n'était point amaurotique : dans deux cas, elle était extrêmement resserrée; le plus souvent (26), dans un état moyen de contraction et de dilatation. La contractilité était lente (4), ou très rapide (8); le plus souvent (15), elle se contractait avec une vitesse modérée.

Presque toutes les opérations ont été faites par extraction : aussi avons-nous souvent pu constater l'état du cristallin et établir les rapports qui existent entre les caractères qu'il présente lorsqu'il est extrait et ceux qu'on observe lorsqu'il occupe sa place dans l'œil derrière l'iris.

Nous avons noté deux états très distincts : 1° opacité d'un blanc grisâtre, coupée en tout sens par des stries, des filamens d'un blanc beaucoup plus tranché que le fond (8), et comme variété, opacité d'un blanc laiteux striée (5); 2° opacité d'un gris foncé uniforme, sans la moindre apparence de stries (3), et comme variété cataracte d'un blanc laiteux non strié (5).

Voici quel était l'aspect du cristallin extrait dans la première catégorie. Il était d'un jaune bistre, dur, sec, et nullement entouré de liquide gélatiniforme; seulement, le noyau, toujours dur et compacte, était entouré d'une très légère couche de ce liquide, quand la teinte du cristallin était plus blanche. Dans la deuxième catégorie, le cristallin était d'un jaune fauve, sa consistance moins ferme à son centre, très mou et entouré de matière visqueuse et demi-liquide dans une grande partie de sa périphérie; il était complètement réduit en gelée, semblable à de l'empois cuit dans la dernière série de cataractes (blanc laiteux non strié).

Ces résultats confirment assez bien tout ce qui a été observé jusqu'à présent; ils indiquent d'une manière plus précise la consistance de la cataracte d'après l'examen de l'œil. L'aspect strié paraît surtout indiquer que le cristallin est consistant et dur. Toutes ces variétés ont été observées chez des individus dont les cataractes étaient parvenues à maturité, et par conséquent ne préjugent rien, quant à l'état plus ou moins avancé de la maladie.

Trois ont dû être notés à part, parce qu'ils offraient une disposition moins commune. Chez un enfant de dix ans, on voyait dans l'ouverture pupillaire, sur un fond grisâtre et parfaitement uni, deux stries d'un blanc éclatant, représentant la lettre T. (Il a été opéré par abaissement.) Chez un autre, au milieu d'un cristallin grisâtre et non strié, il existait une tache d'un blanc mat, très bien circonscrite, placée dans l'axe de l'œil et de la grosseur d'une tête d'épingle; le cristallin extrait était un peu mou, de couleur fauve, et la tache blanche avait la même apparence que dans l'œil.

Nous avons mis à part les deux observations relatives à des cataractes traumatiques. Chez tous les deux il existait une cicatrice de la cornée; la pupille était remplie par un corps très mat, de forme irrégulière, uni, non strié, blanc, et très voisin de la face postérieure de l'iris.

C'est ici le cas de parler de la proportion des cataractes capsulaires et cristallines. Les chirurgiens sont loin d'être d'accord sur ce sujet. M. Maunoir ne trouve que cinq cataractes capsulaires sur deux cent vingt-une, tandis que Dupuytren en compte deux sur cinq. Cette énorme différence ne peut s'expliquer qu'au moyen d'une erreur commise par les chirurgiens qui pratiquent l'abaissement. Cette méthode ne permet point de déterminer, d'une manière incontestable, la nature de la cataracte, et l'on ne peut s'autoriser d'expériences ainsi faites. Sur quarante une opérations faites par l'extraction, c'était toujours le cristallin qui était opaque.

§ IV. — DIAGNOSTIC.

Dans aucun cas, il n'a présenté de difficultés ni d'incertitudes; aussi, n'avons-nous point à insister sur cette partie de notre travail. La distinction de la cataracte et de l'amaurose, dans tous les cas que nous avons observés, a toujours été facile à établir; nous nous contenterons de signaler une particularité remarquable dans l'espèce d'amaurose la plus grave, la moins curable, c'est une dureté très considérable du globe de l'œil. Lorsque les doigts cherchent à le comprimer à travers les paupières, ils éprouvent une sensation analogue à celle de la pierre. Souvent M. Roux, à ce seul symptôme, établissait un diagnostic, que l'examen de l'œil et d'autres signes sont toujours venus confirmer.

Une maladie plus difficile à reconnaître, c'est la cataracte noire, mais elle est fort rare et les exemples se comptent. Peut-être nous saura-t-on gré de rappeler un fait analogue et plus curieux encore, observé par M. Roux; en voici le résumé.

Une jeune fille de vingt-six ans entre à l'Hôtel-Dieu, le 15 avril 1838. Sa vue s'est affaiblie graduellement depuis huit ans; elle distingue la lumière des ténèbres, mais elle ne peut se conduire; elle distingue mieux à la lumière douce, qu'au jour éclatant et au soleil. La pupille est noire, avec léger reflet gris verdâtre, et quelques stries d'une teinte plus claire, antérieures au reflet indiqué; l'iris gris est contractile, yeux saillans, un peu durs et volumineux. Par l'expérience de la bougie, l'image renversée manque; l'image droite, profonde est pâle et élargie. Elle est opérée, par extraction, le 30 avril, de l'œil gauche, et le cristallin présente l'aspect suivant. Il est demi-transparent, il n'est pas totalement incolore, quoique moins jaune que les autres cristallins extraits le même jour; il laisse voir moins distinctement qu'eux les détails du tissu du linge sur lequel il est placé. Sa face postérieure est bombée et présente une trentaine de stries, cannelures incolores, qui convergent vers un centre commun comme des rayons; la face antérieure n'est point cannelée; le centre est moins consistant que la périphérie; il se sépare en petits fragmens, suivant la direction des stries. Sa vue est rétablie de ce côté. Le 21 mai, opération faite par extraction à l'œil droit; le cristallin offre la même disposition. Sa vue se rétablit de ce côté comme de l'autre. (Voir pour plus de détails, OBSERVATION sur une espèce de cataracte encore inconnue dans la science, et qu'on avait prise pour une cataracte noire. — (REVUE MÉDICALE, octobre 1838.)

§ V. — PRONOSTIC.

Avant de pratiquer l'opération, il convient de noter quelles sont les circonstances favorables ou défavorables dans lesquelles se trouve l'individu. Cet examen a une grande importance pour le pronostic. Sans parler des maladies de l'œil et de ses dépendances, qui sont des contre-indications formelles : atrophie, hydrophthalmie, amaurose, taches étendues de la cornée, inflammations chroniques et rebelles, etc., nous allons étudier de préférence les influences générales qui peuvent être favorables ou non à l'opération, et les dispositions particulières à l'œil ou à l'individu, etc.

SAISONS. C'est surtout pour l'opération de la cataracte qu'on s'est préoccupé de l'époque de l'année la plus convenable. On est assez d'accord sur ce point, que la fin de l'automne et l'hiver sont deux temps de l'année peu propices, et qu'il vaut mieux la pratiquer au printemps, dans l'été, et au commencement de l'automne. Nous devons ajouter que l'on doit presqu'autant éviter la saison très chaude que l'hiver. D'ailleurs la température, élément principal dont il faut toujours tenir compte, est si variable dans notre climat, que l'on voit des opérations mieux réussir dans les mois de la saison chaude et froide, que dans ceux où la température n'est ordinairement ni trop basse, ni trop élevée.

Voici le résumé des opérations dans ces différens mois de l'année.

	Opérés.	Succès.	Insuccès.	Résultat douteux.
Février.....	1	1	0	0
Mars.......	1	1	0	0
Avril	7	4	3	0
Mai.........	5	2	1	2
Juin.........	6	4	1	1
Juillet	10	4	6	0
Août........	2	1	0	1
Septembre..	2	1	1	0
Octobre....	3	3	0	0
Novembre ..	4	2	2	0
	41	23	14	4

Il n'y a que les mois extrêmes de l'année qui ne figurent point dans ce tableau. En l'examinant, on peut remarquer que c'est surtout dans les mois du printemps et de l'automne que le nombre des succès est plus considérable. Les mois d'été comptent plus d'insuccès, puisqu'en juillet 6 yeux sur 10 n'ont tiré aucun bénéfice de l'opération. C'est qu'en effet le mois de juillet a été très défavorable; il n'y a point eu un seul jour de beau temps, et la température moyenne a été moins élevée que celle des années précédentes, ses variations ont été assez brusques, ainsi que celles du baromètre; le vent a toujours soufflé de l'ouest au nord-ouest. Tous les malades opérés en octobre ontrecouvré la vue; en novembre, les succès ont balancé les revers. Quoiqu'il ne soit point permis de tirer des conclusions rigoureuses de faits trop peu nombreux, on peut dire qu'ils confirment assez bien la règle déjà posée à cet égard; mais il ne faut point oublier, qu'en admettant que l'on doit opérer de préférence au printemps et à l'automne, il convient toujours de tenir compte de la température, souvent très variable. Ainsi, d'autres observateurs pourront-ils arriver à des résultats différens, suivant que tel ou tel mois a été plus chaud ou plus froid que l'autre.

Les autres circonstances se rattachent toutes à l'individu.

Age. On est assez naturellement porté à penser que l'âge avancé ne doit point être une condition favorable pour la réussite de l'opération, et qu'elle doit avoir d'autant plus de chances de succès que l'individu est plus jeune. Dans le tableau qui suit, on verra qu'en effet, jusqu'à l'âge de 50 ans, nous n'avons point eu à constater de fâcheux résultats. A partir de cette époque, les succès et les revers se compensent tellement, qu'il ne serait point juste d'admettre que l'âge avancé soit une condition aussi défavorable qu'on pourrait le croire. Nous trouvons que, dans la période décennale qui sépare 70 ans de 61, il y a 9 succès pour 6 insuccès. Un vieillard de 76 ans a été opéré des deux côtés sans que le moindre accident se soit manifesté; le résultat a été très satisfaisant. A la vérité, un autre de 85 ans a été moins heureux; mais ses yeux étaient dans des dispositions telles, qu'on n'aurait pu concevoir un espoir bien fondé, même chez un individu moins avancé en âge.

Nombre des individus.	Age.	Nombre des yeux.	Succès.	Insuccès.	Douteux.
1	10 ans 1/2	1	1	0	0
2	De 21 à 30	2	1	0	1
2	De 31 à 40	2	2	0	0
3	De 41 à 50	3	2	0	1
6	De 51 à 60	9	4	4	1
9	De 61 à 70	16	9	6	1
5	De 71 à 80	6	4	2	0
1	De 81 à 90	2	0	2	0
29		41	23	14	4

On voit cependant que, de 51 à 60, les succès ne s'observent que dans la moitié des cas; ils sont plus nombreux dans la période suivante (9 succès sur 16 yeux opérés); qu'enfin, de 71 à 80, on réussit encore dans les deux tiers des cas.

Sexe. Il existe une trop grande différence dans le nombre des observations recueillies chez les hommes et les femmes, pour qu'il nous soit permis de décider si le sexe peut avoir de l'influence sur les résultats de l'opération. Elles nous ont paru être plus mal partagées que les hommes, car, sur 7 femmes, 2 ont complètement perdu la vue; et sur 12 yeux, 6 étaient mauvais et 1 dans un état douteux. Ce résultat est en harmonie avec l'opinion générale. Cependant M. Pasquet (Revue médicale, 1838) a trouvé un nombre presque égal de succès dans les deux sexes.

Côté opéré. Un fait bien démontré pour nous, c'est que l'opération réussit plus souvent à gauche qu'à droite, et l'explication en est toute naturelle. On sait que l'œil gauche doit être opéré de la main droite, et *vice versâ*. C'est toujours de ce côté que M. Roux commence quand les deux yeux sont cataractés. Souvent le malade supporte bien la première opération, mais souvent aussi il se montre impatient et indocile à la seconde; c'est là une cause de difficultés et partant d'insuccès. Enfin, quelle que soit l'habileté du chirurgien (et qui pourrait mettre en doute celle de M. Roux?), il est rare que la main gauche jouisse de la même aisance, agisse avec la même précision que la droite, et achève toutes les manœuvres si délicates de l'extraction avec la même sûreté.

A gauche. — Yeux bons....		15
	— mauvais..	7
	— douteux..	1
	Total..	23
A droite. — Yeux bons....		8
	— mauvais..	7
	— douteux..	3
	Total..	18

On a établi que les succès étaient plus nombreux sur les individus opérés aux deux yeux que sur ceux qui n'ont subi l'opération que d'un œil, proportionnellement au nombre total des opérations faites dans chacun des deux cas. Notre observation serait directement contraire à cette assertion.

Sur 13 individus opérés d'un côté, 10 succès, 3 insuccès; total : 13
Sur 24 individus opérés des 2 côtés à la fois, 13 succès, 11 insuccès; total : 24
37

Dans la première catégorie, insuccès dans moins du tiers des cas.
Dans la seconde, insuccès dans presque la moitié.
Nous n'avons point tenu compte des cas douteux.

État de l'œil. L'état des parties constituantes de l'œil, la position qu'il occupe dans l'orbite et la manière dont il est recouvert par les paupières sont autant de points que nous devons examiner à part.

Le peu d'écartement des paupières laisse un champ moins libre à l'opérateur, l'œil étant recouvert dans une plus grande étendue; aussi peut-il en résulter de sérieuses difficultés, surtout lorsque l'on emploie l'extraction; dans ce cas l'abaissement est préférable. Deux malades offraient cette disposition au plus haut degré; les deux yeux ont été opérés; il y a eu deux succès et deux revers.

L'enfoncement des yeux dans l'orbite peut être tellement prononcé qu'il serait de toute impossibilité de faire sortir la pointe du cératotôme du côté de la cornée opposé à celui par lequel il aurait été d'abord engagé. Nous avons vu plus d'une fois chez des individus dont les yeux étaient placés un peu profondément dans l'orbite la section de la cornée être extrêmement difficile; non seulement elle se fait avec peine, mais souvent le lambeau est mal taillé, insuffisant, et il faut revenir, pour extraire le cristallin, à des manœuvres fatigantes et toujours d'un mauvais pronostic. C'est encore là une indication pour donner la préférence à l'abaissement.

Le relevé suivant prouvera la vérité de ce que nous venons d'avancer :

Sur 7 yeux un peu enfoncés on compte 5 succès et 2 revers; mais on ne compte plus qu'une seule réussite sur 8 opérations faites dans des cas où l'œil était profondément placé dans l'orbite.

La saillie de l'œil a des inconvéniens d'un autre genre; elle expose à l'écoulement de l'humeur vitrée. Cette disposition n'a été notée qu'une fois à un faible degré. Succès.

Il n'a point été opéré de malade qui présentât des taches dans la cornée, à l'exception de deux jeunes gens blessés à l'œil, et chez lesquels il restait une cicatrice blanchâtre. 3 individus avancés en âge avaient une opacité périphérique de la cornée; cercle sénile. Sur ces 3 individus, on a opéré 5 cataracte, et l'on trouve 3 succès et 2 insuccès. Il n'est guère probable qu'il faille beaucoup tenir compte de cette disposition à moins qu'elle n'existe à un haut degré et n'envahisse une grande partie de la cornée.

« Ce que j'aurais peine à croire, dit M. Roux, si je n'en étais pas convaincu par ma propre expérience, c'est que parmi les traits de conformation ou d'organisation de l'œil qui présentent des variétés, la couleur naturelle de l'iris paraît avoir quelque influence sur le résultat de l'opération de la cataracte. Une condition favorable sous ce rapport est attachée non pas à telle couleur de l'iris exclusivement, mais à différentes nuances qu'on peut réunir en disant que les yeux qui les présentent sont de couleur claire. Je peux donc assurer que, toutes choses égales d'ailleurs, l'opération de la cataracte réussit mieux et plus communément sur des yeux bleus grisâtres, etc., que sur ceux dont l'iris a une couleur très foncée. Je ne rechercherai point la raison d'un tel fait; mais j'en rapprocherai celui-ci qui tient vraisemblablement à la même cause, qui reconnaît le même principe et dont surtout il n'est point possible de contester la réalité; c'est qu'on observe bien plus souvent sur des yeux bruns petits ou un peu enfoncés dans l'orbite que sur des yeux de couleur claire et à

fleur de tête une espèce de cataracte avec amaurose qui est fort commune, etc. »

Nos observations viennent pleinement confirmer l'assertion de M. Roux, qui ne l'a d'ailleurs émise qu'après l'avoir appuyée sur des faits nombreux et soigneusement recueillis; pas plus que lui, nous ne chercherons à expliquer cette coïncidence qu'il nous suffira de mettre en évidence par les chiffres suivans :

Sur 15 individus dont l'iris était gris clair ou d'un gris bleuâtre, il y a eu 11 succès et 4 insuccès.

Chez 13 autres, il était fauve : 6 succès, 5 insuccès, 2 résultats douteux; chez 13 derniers, l'iris était de couleur plus foncée, variant de l'orangé au brun : il n'y a eu que 4 résultats favorables, 7 mauvais, 2 douteux.

On voit que pour les yeux de couleur foncée, on n'a réussi qu'une fois sur trois, dans la moitié des cas à peu près pour les yeux dont l'iris est moins foncé, mais pas cependant de couleur tout à fait claire; qu'enfin lorsque l'iris présente des nuances variables du gris au bleu, on réussit plus de deux fois sur trois.

Est-il un rapport entre les différens états du cristallin que nous avons décrits et le pronostic de l'opération? Pour éviter de trop longues répétitions, nous nous sommes bornés à noter les cas où le cristallin était dur et ceux où il était complètement ramolli, où seulement à sa circonférence. Cet examen donne un résultat à peu près négatif.

Sur 16 cas où le cristallin était dur, 11 succès, 5 insuccès.
Sur 10 cas où il était ramolli, 9 succès, 4 insuccès.

L'état de la pupille, la rapidité avec laquelle elle se dilate ou se resserre sont d'une grande utilité dans le pronostic et la source d'indications pour l'opérateur. On sait qu'il ne faut point toucher à un œil dont la pupille dilatée et immobile révèle l'existence d'une amaurose. Une fois elle était presque immobile, mais comme la formation de la cataracte avait été consécutive à une violence exercée sur l'œil, on pouvait supposer que des adhérences étaient cause de cette immobilité. L'opération fut faite. Le malade avait une amaurose incomplète. Chez deux individus, la pupille se contractait avec une grande lenteur (trois succès); trois fois avec une rapidité extrême (trois succès).

L'écoulement d'une quantité variable d'humeur vitrée est toujours chose fâcheuse. Dans un cas où il a eu lieu, la vue a été parfaitement conservée; dans un autre, quoique la quantité n'eût point été considérable, l'œil a été perdu. Il en est de même de la piqûre de l'iris et de l'écoulement du sang dans la chambre antérieure ou postérieure. Une seule fois cet accident est arrivé (insuccès). Une autre fois, dans un cas d'abaissement, l'iris a été légèrement touché, ce qui a déterminé plusieurs vomissemens, mais n'a exercé aucune influence fâcheuse sur le résultat ultérieur. Une seule fois la syncope s'est manifestée pendant qu'on procédait à l'opération.

Parmi quelques circonstances défavorables qui tiennent au manuel opératoire, il faut citer la section d'un lambeau trop petit, qui rend l'extraction pénible, exige une pression trop forte sur l'œil et expose davantage à la sortie de l'humeur aqueuse. Quelquefois il est nécessaire de rendre ce lambeau plus grand en continuant la section avec des ciseaux, dont l'introduction dans l'œil peut être la source d'accidens. Quelquefois la capsule n'est point assez largement incisée, et c'est là la cause de difficultés de même nature : elles n'ont jamais été portées à un degré tel qu'il y eût à craindre pour l'œil opéré. Ces circonstances ont été très rarement notées et l'on ne peut tirer des faits que nous possédons des indications pour le pronostic.

Nous avons donné à cette partie de nos études statistiques sur la cataracte un peu d'étendue, parce qu'on ne s'est guère occupé d'apporter une grande précision sur ce point. Quelques questions auraient pu être traitées avec plus de développement; mais nous nous sommes renfermés dans l'analyse des observations recueillies par nous.

§ 6. Opération.

C'est au sujet des méthodes de l'opération de la cataracte par extraction et par abaissement qu'ont été faits les premiers essais de statistique chirurgicale. La comparaison des avantages et des inconvéniens de chacune de ces méthodes a toujours été une thèse que les chirurgiens ont aimé à traiter. Tout a été dit ou à peu près sur ce sujet, et nous ne nous y arrêterons point. Aussi bien n'avons-nous pas entre les mains un nombre suffisant de faits pour soumettre de nouveau cette question à l'arbitre des chiffres, puisque sur 41 opérations, l'abaissement n'a été employé que six fois. Nous ne devons point cependant aller plus avant sans rapporter ici l'opinion de l'habile chirurgien dans le service duquel nos observations ont été recueillies.

« L'extraction a sur l'abaissement des avantages marqués comme méthode générale d'opérer la cataracte, et doit lui être préférée. Mon sentiment à cet égard n'est pas une de ces préventions qu'on conçoit par hasard et dans lesquelles on se fortifie par habitude. Il est fondé sur un rapprochement de faits en assez grand nombre. Lorsqu'il y a une douzaine d'années (ceci a été écrit en 1819), je fis les premiers pas dans la pratique de la chirurgie, je n'avais et ne pouvais avoir aucune opinion formée sur une question qui partageait alors, comme elle partage encore maintenant, les meilleurs esprits et les meilleurs praticiens. Si j'avais pu avoir quelque prévention, c'eût été en faveur de l'abaissement, sur lequel les nouvelles vues théoriques et pratiques de Scarpa venaient de rappeler l'attention des chirurgiens. Il est naturel, en effet, que dans la première période de la carrière qu'il doit parcourir, l'homme livré à la culture des arts et des sciences suive l'impulsion communiquée par les découvertes les plus récentes, par les nouvelles inventions; c'est le jeune homme qui, dans sa mise, s'assujétit aux caprices de la mode et rejette le costume des vieillards. Je me bornai néanmoins à placer l'abaissement sur la même ligne que l'extraction, et considérant ces deux méthodes comme admissibles l'une et l'autre, je formai le projet de les soumettre à des essais comparatifs.

» Ces essais, je les ai continués jusqu'à la fin de 1815, pendant huit ou dix années.... Telle année, j'ai fait plus d'abaissemens que d'extractions; telle autre, au contraire, plus d'opérations par cette dernière méthode que par la première; d'autres fois, j'ai fait dans le cours d'une année un nombre à peu près égal d'opérations par chacune de ces méthodes. J'ai eu soin, dans tous les cas, que sous le rapport de la nature de la maladie, des dispositions de l'individu, et de tout ce qu'on croit pouvoir influer d'une manière ou favorable ou désavantageuse sur les résultats de l'opération de la cataracte, les circonstances fussent semblables, autant que possibles, par ces deux méthodes. J'ai voulu que, sinon sous le rapport de l'exécution, qui ne peut pas être la même, les chances fussent, autant que faire se pouvait, égales de part et d'autre. Pour qu'elles le fussent plus encore, il m'est arrivé un très-grand nombre de fois de pratiquer les deux méthodes sur le même individu, affecté de la cataracte aux deux yeux, l'extraction d'un côté, l'abaissement de l'autre.

» Ayant donc, après un peu plus de neuf années, comparé les résultats de 600 et quelques opérations pratiquées sur près de 400 individus environ, moitié par extraction et moitié par abaissement; ayant de plus observé les suites d'une centaine d'autres, faites toutes par extraction, par M. Boyer, j'acquis la plus entière certitude que l'extraction procure un plus grand nombre de succès, et des succès plus francs et plus complets; il fut pour moi mathématiquement démontré que, par elle, un plus grand nombre d'individus recouvrent une vue aussi parfaite qu'il est possible que ce soit après l'opération de la cataracte. J'ai dû en conséquence renoncer, et j'ai renoncé pour toujours sans doute à l'abaissement.

» Toutefois, que ceci s'entende de l'abaissement employé comme méthode générale. Je reconnais en effet quelques cas dans lesquels il faut oublier l'extraction pour pratiquer l'abaissement, dans lesquels ce dernier, sans perdre aucun des inconvéniens qui lui sont propres, est cependant préférable à l'autre méthode. »

Nous n'ajouterons rien à cette déclaration marquée au coin de la franchise et de la plus entière conviction; elle est bien propre à décider la question qui nous occupe. Ces expériences, faites avec un esprit dégagé de toute prévention, avec tout le soin, toute la précision imaginables, nous disposent d'entrer à cet égard dans de plus longs développemens.

Voici la manière dont M. Roux procède à l'extraction : il nous suffira d'indiquer ce qui lui est particulier, sans entrer dans tous les détails d'un manuel opératoire trop bien connu.

Le malade est toujours soumis, pendant les jours qui suivent son admission, à une alimentation modérée, à l'usage de tisanes un peu laxatives et de pédiluves. C'est une règle sans exception que d'appliquer un vésicatoire à la nuque immédiatement avant l'opération. Sans prétendre prouver que ce soit un moyen infaillible d'empêcher l'inflammation de se manifester, il n'est pas nuisible et il peut être utile; aussi M. Roux n'a jamais renoncé, depuis bien des années, à son emploi. S'il y a pléthore évidente, congestion de la face, des yeux, une saignée est pratiquée.

Il est très rare que l'on emploie la belladone; son application sur les paupières n'a été nécessaire qu'une seule fois dans un cas de resserrement très considérable des pupilles.

L'opéré et l'opérateur sont toujours assis; ce dernier sur un siége plus élevé. Lorsque les préparatifs ordinaires sont faits, qu'une bande a fixé le bonnet, qu'une boulette de charpie et un bandeau ont été placés sur l'œil qu'on n'opère point; l'aide relève la paupière avec l'index de la main droite pour l'œil gauche, et *vice versâ*, en soutenant le menton avec l'autre main. Il est nécessaire qu'il exerce une légère pression sur l'œil, jusqu'à ce que la section de la cornée soit terminée; le rôle de l'aide, jusqu'à la fin de l'opération, se borne à relever la paupière supérieure sans comprimer le globe de l'œil.

M. Roux taille obliquement son lambeau en bas et en dehors, suivant le procédé de M. Wenzel, et emploie le cératotome, appelé en France couteau de Richter, en Allemagne et en Angleterre, couteau de Beer. Il le préfère, parce qu'il présente de nombreux avantages. Sa forme est pyramidale et à tranchant droit; le dos a de la force, quoique adouci par un double biseau. Il lui trouve ces avantages, qu'il ne fléchit point en traversant la cornée; que la pointe s'émousse rarement, et que la pyramide qu'il forme étant un peu allongée, l'incision de la cornée n'a pas encore beaucoup d'étendue au moment où cette membrane est percée d'un côté à l'autre; qu'ainsi on est maître d'achever le lambeau un peu lentement; et pour cette dernière chose, enfin, comme la largeur de la lame augmente par degrés de la pointe à la base, il suffit de continuer le mouvement par lequel on a déjà fait agir l'instrument.

Pour l'incision de la capsule, l'instrument à lame étroite, à tranchant concave, à dos convexe, épais et arrondi, dont le manche supporte, par son extrémité opposée, une curette.

Dans la crainte de tomber dans des détails trop connus, nous n'insistons point sur les autres circonstances relatives à l'opération pour arriver à constater quels ont été les résultats obtenus dans l'année 1841. Mais auparavant, il est bon d'indiquer quels sont les procédés numériques que nous avons employés. Nous n'avons encore eu qu'à suivre et à imiter ce que notre maître a fait il y a bien des années déjà. (V. Mémoire et observations sur la cataracte; par M. Roux; Journ. gén. de méd., tom. 62, et le Rapport de MM. Percy et Deschamps.)

Et d'abord, il convient de séparer en deux catégories les résultats par rapport aux individus et aux opérés. On doit comprendre l'importance de cette séparation. Les opérations que l'on pratique chez le même individu aux deux yeux, doivent compter pour deux opérations. On peut en effet employer dans ce cas deux méthodes différentes; l'opération peut être très simple à gauche, très difficile à droite et *vice versâ*. Les suites seront heureuses pour un œil, graves pour un autre; on peut obtenir un succès d'un côté, essuyer un revers de l'autre, de même qu'on peut réussir ou échouer complètement sur les deux yeux à la fois, etc. Il ne serait donc pas impossible que, dans une série, tous les opérés fussent aveugles, ou bien que tous pussent jouir de l'usage des deux yeux, ou bien qu'enfin les succès et les insuccès fussent tellement combinés que tous les individus retirassent un bénéfice de l'opération. Il est évident qu'en calculant suivant les individus on arrivera à des résultats bien plus favorables qu'en tenant compte seulement des yeux opérés.

Voici le tableau des relevés que M. Roux a faits depuis 1816 jusqu'en 1819 :

En 1816, 75 opérations sur 40 malades.

Yeux opérés........	Insuccès...	28	Succès...	49 sur 75
Individus opérés....	Insuccès...	8	Succès...	32 sur 40

En 1817, 85 opérations sur 53 individus.

Yeux opérés........	Insuccès...	37	Succès...	48 sur 85
Individus opérés....	Insuccès...	15	Succès...	38 sur 53

En 1818, 78 opérations sur 46 individus.

Yeux opérés........	Insuccès...	34	Succès...	44 sur 78
Individus opérés....	Insuccès...	16	Succès...	30 sur 46

En 1819, 68 opérations sur 38 individus.

Yeux opérés........	Insuccès...	21	Succès...	47 sur 68
Individus opérés....	Insuccès...	6	Succès...	32 sur 38

En tout 306 opérations sur 177 individus.

Rapport des succès aux yeux opérés.... :: 188 : 306
Environ les 3/5.

Rapport des succès aux individus opérés. :: 132 : 177
Environ les 7/10.

Nous sommes arrivés à des moyennes à peu près semblables.

Individus....... 29	Extractions... 24	Succès..........	19
		Insuccès........	3
		Résultats douteux.	2
	Abaissemens.. 5	Succès..........	3
		Insuccès........	1
		Résultats douteux.	1
Yeux opérés.... 41	Extractions... 35	Succès..........	21
		Insuccès........	12
		Résultats douteux.	2
	Abaissemens.. 6	Succès..........	2
		Insuccès........	2
		Résultats douteux.	2

Si nous supprimons les cas douteux, dont on ne doit pas tenir compte, et si nous ajoutons 3 individus opérés pour extraction en ville, et qui donnent un total de 5 opérations, nous aurons pour résultat :

Extraction...	25	Individus...	22 succès.	3 insuccès.
»	38	Yeux.......	25 »	13 »

Rapport des insuccès aux succès pour les individus, comme 1 est à 8 environ.
» » pour les yeux, comme 1 est à 3 environ.

Le nombre des opérés par abaissement n'étant pas égal, ou à peu près égal à celui des extractions, il serait inutile de comparer ces méthodes et d'en conclure à la préférence que l'on devrait donner à l'un sur l'autre.

§ VII. — Soins consécutifs; état des yeux après l'opération.

Le malade une fois opéré, ses yeux sont couverts d'un bandeau de toile et d'un autre de soie noire; il est placé dans un lit garni de rideaux verts; il doit rester couché sur le dos; on lui recommande de faire le moins de mouvemens possible. Il est mis au régime des bouillons. Quatre jours pleins après l'opération, on procède à l'examen de l'œil, et depuis lors trois fois par jour on le lave avec de l'eau blanche. Vers le dixième ou douzième jour, suivant l'état dans lequel se trouve l'œil, on fait porter au malade des lunettes à verres bleus. La suppuration du vésicatoire est entretenue jusqu'à ce qu'on n'ait plus rien à redouter des accidens de l'inflammation.

Chez quelques opérés les suites sont d'une simplicité telle qu'elles ne doivent donner matière à aucune réflexion spéciale : transparence parfaite de la cornée, récollement bien exact et par première intention du lambeau sans la moindre saillie, champ de la pupille tout-à-fait débarrassé et noir, pas la moindre injection de la conjonctive, vue très distincte, résultat immédiat et complet (12). Quelquefois, on a noté une déformation de l'iris qui a été passagère et peu considérable. Dans des cas très simples (6), il y a eu une injection de la conjonctive, qui a duré quelques jours.

Enfin, les suites de l'opération ont pu inspirer des craintes en raison de l'apparition de certains phénomènes d'un mauvais pronostic. En général (3), on a vu une fois sept jours et deux fois quinze jours après l'opération, se développer une pseudo-membrane jaunâtre à la partie inférieure du lambeau, le repousser en avant et se placer entre lui et la cornée; elle ne s'est point étendue, d'ailleurs, au reste du lambeau, et il s'est fait une sorte de réunion par deuxième intention. Après la résorption de cette fausse membrane, la cornée a repris sa transparence, et le succès a été aussi franc que dans les cas les moins compliqués. Une fois cependant, cet état s'accompagna de chémosis et de suffusion de la cornée; la vue fut de nouveau éteinte; mais ces accidens cédèrent à l'application d'un second vésicatoire à la nuque. Dans deux cas d'abaissement, le cristallin étant venu reprendre sa place, il fut nécessaire de l'abaisser de nouveau, et cette fois avec une entière réussite.

Il faut nous expliquer ici sur les observations que nous avons dû ranger parmi les cas douteux. En nous autorisant des faits qui précèdent, nous aurions pu nous croire le droit de regarder comme un succès le cas d'un homme opéré par extraction. Il y avait eu formation d'une pseudo-membrane à la partie inférieure du lambeau et kératite; au moment où il est sorti de l'hôpital, celle-ci avait disparu, ainsi que la pseudo-membrane; il commençait à distinguer les objets, mais la vue n'était point encore bien nette. Si nous l'avons rangé parmi les résultats incertains, c'est pour prouver la rigueur que nous avons apportée dans l'examen de nos malades et dans leur classement. Chez les deux autres, les milieux de l'œil étaient parfaitement transparens, mais l'iris se contractait à peine; la vue était confuse (amaurose commençante). Le quatrième enfin avait subi l'abaissement sans grand bénéfice. Il est resté une opacité peu considérable, il est vrai, mais la vue ne lui a été rendue que d'une manière incomplète.

La coarctation de l'ouverture pupillaire, qui ne s'est présentée que cinq fois, a toujours été avantageusement combattue par des onctions d'extrait de belladone sur les deux paupières, et la pupille a repris en peu de jours ses dimensions ordinaires. Dans un cas d'abaissement, il y a eu oblitération de chaque côté.

Lorsque pour la première fois on enlève l'appareil qui couvre les yeux au quatrième jour qui suit l'opération, il est souvent facile d'en prévoir le résultat. Il sera mauvais quand on verra le bandeau imprégné d'une matière puriforme; l'examen des paupières, quand elles seront rouges et très tuméfiées, en dira davantage, et l'on pourra dès lors porter un mauvais pronostic. Il y a peu d'exceptions à ce que nous venons de dire.

Voici ce qui a été noté lorsque l'inflammation s'emparait de l'œil après l'opération. Presque toujours, comme nous venons de le dire, lorsque le bandeau était ôté pour la première fois, tous les accidens étaient déclarés. Cependant, dans deux cas, il n'en a pas été ainsi. Chez le premier malade, l'œil était encore en fort bon état le septième jour, et la vue était très distincte; au huitième, un peu de suffusion de la cornée; au onzième, tuméfaction des paupières, chémosis, cornée couverte de pus et de fausses membranes, cécité complète. Chez le second individu, ce n'est que quinze jours après l'opération que le lambeau devient opaque, qu'une

pseudo-membrane se forme au milieu de la pupille, avec un chémosis considérable.

Les accidens inflammatoires qui suivent l'extraction sont, en général, bien plus effrayans que ceux qui se développent après l'opération de l'abaissement, quoiqu'ils aient dans les deux cas le même résultat, la cécité. Dans la première, ils sont pour ainsi dire plus superficiels, et apparaissent plutôt à l'extérieur que dans la seconde, qui se termine plus souvent par des opthalmies internes, des iritis graves, la formation de pseudo-membranes dans le champ de la pupille, etc. En général, dans l'extraction, c'est surtout la cornée qui est exposée à l'inflammation; c'est sur elle, en effet, qu'ont lieu les principales manœuvres de l'opération; la kératite, qui en est la conséquence, peut être facilement combattue lorsqu'elle existe seule. Mais le plus souvent le lambeau est repoussé en avant, une fausse membrane se développe sur ses deux faces, s'étend dans la chambre antérieure; la conjonctive s'enflamme, rougit, s'injecte, se tuméfie, forme un énorme bourrelet, fongueux, qui soulève la paupière; dans son centre, on aperçoit à peine la cornée qu'elle recouvre. Celle-ci est opaque, couverte d'une couche de pus. Cet état dure un temps variable, à la suite duquel la paupière se détuméfie, l'œil s'affaisse et s'atrophie.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 26 DÉCEMBRE.

M. le secrétaire perpétuel annonce la mort de M. le vicomte de Morel-Vindé, membre de l'Académie des sciences, section d'agriculture.

ÉLECTION.

M. Fournier de Lempdes écrit pour se porter candidat à la place vacante par le décès de M. Larrey.

STRUCTURE INTIME DES OS.

M. Mandl adresse un mémoire sur la structure intime des os. Voici le résumé de ce travail qui a été lu par M. Flourens.

1° On doit distinguer dans la substance compacte du tissu osseux les canalicules et les corpuscules osseux.

2° Les canalicules ont une partie centrale creuse destinée à recevoir le vaisseau capillaire et la graisse et une paroi composée de lamelles concentriques.

3° Les lamelles concentriques sont traversées par des lignes rayonnant du centre à la périphérie.

4° Les corpuscules osseux avec le réseau des lignes anastomosées qui les entourent sont opaques lorsqu'ils sont à sec, et deviennent transparens lorsqu'ils sont plongés dans un liquide. Ces corpuscules ne renferment pas de bulles d'air.

5° Les os colorés artificiellement par la garance se colorent d'une manière toute physico-chimique; habituellement la surface de la parcelle est d'une couleur plus foncée; la marche de la coloration est indépendante de la distribution des canalicules.

6° Dans les os colorés par l'alimentation à la garance, c'est la paroi du canalicule qui se colore entièrement ou en partie d'un rouge plus ou moins foncé, selon que l'alimentation a été plus ou moins longtemps prolongée. La marche de leur coloration dépend de la distribution de leurs canalicules. La surface externe de l'os reste souvent incolore.

7° Les os de pigeons, nourris par la garance, sont entièrement colorés; dans les mammifères, la portion de l'os qui est peu colorée présente des canalicules colorés seulement jusqu'à une certaine profondeur; mais la portion dont la couleur est plus intense fait voir le tissu osseux entièrement coloré.

M. Serres: Dans le mémoire que nous avons lu dans cette enceinte, M. Doyère et moi, nous avons dit que la coloration des os comprenait trois questions: la question physiologique, la question chimique et la question d'anatomie microscopique.

Quant à la question d'anatomie microscopique étudiée par M. Mandl, je n'ai pas la prétention de juger dès à présent les résultats auxquels il est arrivé. Quant aux corpuscules organiques trouvés dans le tissu osseux, déjà Malpighi, Leuvenhoeck, Muller, les avaient décrits. Pour la coloration, elle ne se fait pas en masse dans les corpuscules; car leurs parois sont formées de 14 ou 15 lamelles qui se colorent successivement; que l'on ait vu le contraire, cela est possible, ce qui me confirmerait dans l'opinion que j'ai déjà émise, que les observations microscopiques varient suivant le point de vue sous lequel on envisage les objets.

M. Flourens: Sans avoir étudié complètement le mémoire de M. Mandl, je puis dire cependant que je regarde ce travail comme très bien fait, et que l'auteur est arrivé à des résultats importans, de quelque manière qu'on veuille envisager les questions qui ont été discutées. Quant à mes opinions personnelles auxquelles M. Serres vient de faire allusion, ce n'est pas le moment de discuter sur la valeur qu'on doit leur accorder. D'ailleurs, les observations sur lesquelles elles reposent sont consignées dans un ouvrage sur la structure intime des os, que j'ai offert à l'Académie dans l'une de ses précédentes séances. J'ajouterai, relativement à la question historique, que M. Mandl dit, dans un passage de son mémoire, qu'il est porté à penser que Malpighi n'a jamais observé les corpuscules organiques des os.

M. Serres: Ce que j'ai dit ne préjuge rien sur l'importance des travaux de M. Mandl, et je n'ai pas eu l'intention de faire allusion aux recherches de M. Flourens; je dirai même que les travaux sur les corpuscules osseux sont d'autant plus importans que jusqu'à présent on ne les avait rencontrés que dans les dents. Si je n'en ai pas parlé dans mon dernier rapport, c'est parce que l'auteur n'en avait rien dit; mais déjà M. Retzius avait constaté que les corpuscules existent dans la substance osseuse et qu'on n'en rencontre pas dans la substance émaillante.

CHIMIE.

MM. Dancer et Flandin adressent une note dans laquelle ils disent que, sur l'invitation de quelques personnes, ils ont fait l'analyse des bougies de l'Étoile, et qu'ils n'y ont trouvé aucune trace d'arsenic.

TOXICOLOGIE.

M. Ducros adresse un mémoire sur quelques empoisonnemens arrêtés ou retardés chez les animaux par l'action de la machine électrique.

TUMEURS DU RECTUM.

M. Leroy-d'Etiolles adresse une lettre dans laquelle il décrit des instrumens pour appliquer son procédé de la ligature en anse aux tumeurs situées à une certaine hauteur dans le rectum.

ENGORGEMENS DE LA RATE.

M. Piorry écrit que le sulfate de quinine, rendu soluble par l'addition d'une quantité minime d'acide sulfurique, produit à des doses bien moindres et dans un temps beaucoup moins considérable la disparition du volume de la rate, que ne le fait le sulfate de quinine insoluble.

LACTATE DE QUININE.

M. le prince Lucien Bonaparte écrit une lettre en réponse à une réclamation de priorité de M. Conté. (Nous en publierons un résumé dans le prochain numéro.)

CHARPIE.

M. Gagnage envoie un échantillon de charpie qu'il appelle *charpie artificielle* ou *vierge*, qu'il croit plus saine, plus conservable et non imprégnée d'émanations morbides, comme celle employée dans les hôpitaux. On la fabrique en prenant du fil que l'on soumet successivement à l'action des bains acidulés, chlorurés, alcalins, caustiques alcalins, on lave à grande eau; le fil est alors devenu charpie; l'on fait sécher, battre, couper et carder.

DYSTOCIE. — CÉPHALOTRIBIE.

M. le docteur Aurèle Finizio adresse la description d'un nouveau céphalotribe qu'il a imaginé. Nous en donnerons la description dans un prochain numéro.

PHYSIOLOGIE VÉGÉTALE.

M. Payère envoie un mémoire sur la tendance des tiges vers la lumière. Nous donnerons dans le prochain numéro un extrait détaillé de ce mémoire.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE EXTRAORDINAIRE DU 24 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. PAUL DUBOIS.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA TÉNOTOMIE.

M. Blandin: Messieurs, j'étais décidé à ne point prendre la parole dans cette discussion, parce que la question pour laquelle elle a été élevée ne me paraissait pouvoir être résolue que par les faits, et que ceux qui nous avaient été soumis, ceux qui devaient être l'âme en quelque sorte des débats, n'étaient réellement connus que de M. Guérin lui-même et de M. Bouvier qui, plus heureux que nous, avait eu l'avantage de les étudier à loisir, loin des préoccupations d'une séance académique.

Il était si évidemment impossible, Messieurs, de prendre un parti entre les assertions contraires de MM. Guérin et Bouvier, que tous ceux de nos collègues qui sont entrés dans la lice avec eux ont à peu près laissé de côté la question de la *ténotomie des tendons des muscles fléchisseurs des doigts*, la seule à l'ordre du jour, pour se jeter dans des discussions générales fort intéressantes sans aucun doute, mais qui auraient été plus convenablement agitées dans un autre moment.

Je regrettais pour ma part ce fâcheux état des choses, lorsqu'une occasion me fut offerte de voir à mon gré et d'étudier avec soin les deux jeunes malades de M. Guérin; je m'empressai de la saisir, parce qu'elle devait me fournir les moyens d'exprimer, avec connaissance de cause, mon opinion dans ce débat, auquel je prend un vif intérêt et comme praticien et comme professeur de médecine opératoire.

Quelques personnes, Messieurs, ont paru contrariées, non de ce que cinq de nos collègues se sont rendus à l'invitation de M. Guérin, mais de la production dans la discussion du procès-verbal qui constate les résultats de l'examen consciencieux auquel ils se sont livrés en commun; je l'avouerai sans détour, j'en ai été profondément surpris, et je m'en étonne encore en ce moment. Quoi! on se plaindrait de ce que la lumière arriverait enfin sur la question qui vous occupe! Il ne serait pas utile de contrôler les assertions contradictoires et plus ou moins intéressées de MM. Guérin et Bouvier! Depuis quand, dans une affaire de faits, répudierait-on donc les seuls moyens capables de mettre dans tout son jour l'authenticité de ces faits!

Sans doute on eût préféré, et peut être eût-il été préférable, qu'une commission eût été officiellement chargée de cet important, de cet indispensable contrôle; mais enfin M. Guérin, dont je ne cherche pas ici à apprécier les motifs, avait refusé cette commission, et ne paraissait pas vouloir revenir sur sa première détermination à cet égard; fallait-il alors laisser échapper une occasion favorable, la seule qui pût faire porter ses fruits à la discussion que vous avez engagée? Nous ne l'avons pas pensé, mes collègues et moi; l'amour de la science l'a emporté dans notre esprit sur toute autre considération, nous nous sommes mis à l'œuvre; et en gens consciencieux, nous n'avons pas plus hésité à vous transmettre sous forme de procès-verbal le résultat de nos observations, qu'à venir aujourd'hui en soutenir devant vous la rigoureuse exactitude.

A cette occasion, Messieurs, j'ai entendu murmurer les mots de *certificat de complaisance*, etc. Ceux de nos confrères auxquels ces paroles sont échappées n'en ont certainement pas senti la portée ; s'il en était autrement, je me hâterais de les flétrir comme une infâme calomnie; de telles complaisances, en effet, ne se demandent et ne s'accordent qu'au mépris des intérêts les plus sacrés de la science et de l'humanité, et personne parmi nous n'est capable d'une semblable indignité.

J'avais besoin, Messieurs, de vous faire cette exposition de notre conduite, pour ma propre satisfaction, mais non pour nous justifier à vos yeux; on ne se justifie pas d'avoir fait son devoir. Oui, Messieurs, dans tout ceci, nous n'avons fait qu'obéir à notre devoir; car un médecin honnête est tenu aussi rigoureusement de saisir toutes les occasions qui lui sont offertes de constater une vérité utile, que de mettre en lumière cette vérité lorsqu'il en est devenu le dépositaire.

Après tout, qui donc ici pourrait être sérieusement contrarié de la production du procès-verbal de nos observations? l'Académie? Non assurément; nous lui avons apporté les indispensables élémens du jugement qu'elle doit porter sur la question en litige. Ceux de nos collègues qui ont pris la parole dans la discussion? Pas davantage; M. Velpeau ne s'est guère occupé que de questions historiques, qui n'ont rien de commun avec les deux malades de M. Guérin, M. Gerdy n'a parlé de ces malades que d'après un examen incomplet et des renseignemens qu'il a empruntés à M. Bouvier, de sorte que si ses assertions ne se trouvent pas confirmées par nos observations, il ne peut s'en prendre qu'à l'infidélité de la source à laquelle il a puisé; enfin, ce serait faire injure à M. Bouvier que de supposer qu'il s'est formalisé de notre intervention officieuse dans la discussion ; on doit, au contraire, lui rendre cette justice, qu'il a tout fait pour appeler l'attention de l'Académie sur les malades de M. Guérin, et que s'il n'a pu obtenir qu'ils fussent l'objet du contrôle officiel d'une commission, il a le premier officieusement procédé à un examen dont il est venu nous rendre compte; de sorte que, sous ce double rapport, nous n'avons fait qu'imiter l'exemple qu'il avait donné.

Du reste, M. Bouvier a reconnu lui-même et vous a dit, dans la dernière séance, que le *document que nous avons fourni est très grave*, qu'il a *une grande, une très grande importance*, qu'il ne peut *manquer d'avoir un grand poids à vos yeux;* seulement il nous a adressé un certain nombre d'objections auxquelles je vous demande maintenant la permission de répondre.

Le premier reproche de M. Bouvier est relatif à notre compétence au point de vue de l'anatomie et de la physiologie de la main et des doigts. Nos collègues, a-t-il dit, apprécient-ils parfaitement les différentes actions de ces parties à l'état normal; à coup sûr, M. Bouvier eût pu s'abstenir de cette désobligeante remarque, qui lui sera sans doute échappée dans la chaleur de l'improvisation ; en tous cas je m'abstiendrai d'y faire une réponse; il me suffit de l'avoir rappelée ; les études spéciales et les travaux de plusieurs d'entre nous doivent, ce me semble, rassurer complètement l'Académie à cet égard.

Une autre objection un peu plus sérieuse que la précédente, et tout aussi peu fondée, porte sur la méthode que nous avons suivie dans notre examen. *Je ne suis pas certain*, a dit M. Bouvier, *que nos collègues aient procédé avec toute la sévérité nécessaire*. Messieurs, M. Bouvier peut être convaincu que nous sommes gens aussi sévères que lui lorsqu'il s'agit de constater un fait, et que nous avons pris toutes les précautions convenables pour éviter l'erreur.

Poursuivant toujours la même objection, M. Bouvier nous a demandé de lui dire comment nous avions procédé; Messieurs, c'est là, si j'ose le dire, une véritable puérilité ; il n'y a pas besoin, en effet, d'être bien habile pour constater si une articulation donnée présente ou ne présente pas des mouvemens ; je pourrais tout simplement répondre en disant que nous avons examiné les choses attentivement, que nous avons procédé comme des hommes sérieux et qui connaissent la matière; mais non, j'aurais l'air de craindre l'objection, je préfère donner à notre collègue les détails qu'il demande. Eh bien, pour déterminer les mouvemens de l'articulation métacarpo-phalangienne, nous avons saisi la main à la hauteur du métacarpe et nous l'avons maintenue solidement, pendant que nous recommandions aux deux jeunes filles d'exécuter des mouvemens alternatifs de flexion et d'extension. Quand nous avons voulu déterminer les mouvemens de l'articulation phalango-phalanginienne, nous avons embrassé avec soin la première phalange ; et enfin nous avons agi de la même manière sur la phalangine, lorsque nous sommes arrivés à étudier la mobilité de l'articulation *phalangino-phalangienne*.

Voilà ce que nous avons fait; c'est cette méthode, que tout le monde eût employée comme nous, qui nous a fait reconnaître que toutes les articulations digitales des deux malades de M. Guérin sont mobiles et que par la contraction des muscles qui ont été ténotomisés, ces malades peuvent exécuter des mouvemens de flexion et d'extension de ces articulations. Je n'insiste pas davantage sur ce fait si important ; j'y reviendrai plus tard. Du reste, notre procès-verbal peut donner à la fois la mesure de la rigueur et de l'impartialité avec lesquelles nous avons observé; car, s'il est en opposition sur plusieurs points avec la déclaration de M. Bouvier, il n'est pas entièrement conforme à celle de M. Guérin. Ce dernier s'était aussi trompé sur quelques points, à son désavantage, il est vrai, et nous avons redressé ces erreurs.

On vous a encore objecté que nous avons mentionné seulement le mouvement de flexion ou d'extension des articulations digitales ; cela est vrai; mais, je l'avoue, je ne comprends pas bien ce reproche : de quelles articulations a-t-on voulu parler? Assurément, ce ne sont pas des articulations phalangiennes qui n'ont point de mouvemens latéraux. Restent donc celles des doigts avec le métacarpe. Mais pourquoi donc aurions-nous recherché si celles-là ont ou n'ont pas des mouvemens latéraux? En quoi cela nous importait-il? Est-ce que ces mouvemens étaient en cause ici? Pas le moins du monde. Personne ne peut supposer que, par la section des muscles fléchisseurs des doigts, M. Guérin ait eu la prétention de rendre à ces appendices les mouvemens qu'ils peuvent exécuter latéralement dans ces jointures, s'ils les avaient perdus avant l'opération. Comme aussi on n'imputera pas, j'imagine, à cette opération le défaut de mouvement de latéralité des doigts, si ces mouvemens leur manquent aujourd'hui.

Qu'on cesse donc de s'étonner de la différence qui se rencontre entre nos observations et celles de M. Bouvier. Veut-on même que nous en donnions la véritable cause? C'est tout simplement parce que nous avons vu mieux que lui; oui, messieurs, nous avons mieux vu, car nous étions pour cela dans une position meilleure que la sienne; nous étions calmes, il ne l'était pas; nous étions désintéressés dans la question, il ne l'était pas; enfin, nous étions cinq, tandis que lui il était seul; et les observations faites à cinq valent généralement mieux que celles d'une seule personne.

Enfin, M. Bouvier a terminé son argumentation en nous adjurant, ce sont ses propres paroles, de lui dire quel parti nous prendrions pour les nôtres ou pour nous-mêmes; le cas échéant, où les uns ou les autres nous serions affectés de rétraction des fléchisseurs des doigts.

Vous le voyez, messieurs, nous arrivons au cœur de la question. Soyez certains que nous ne reculerons pas devant la difficulté d'une réponse; nous nous expliquerons, sous ce rapport, avec la plus grande franchise; ce sera notre conclusion.

La ténotomie des tendons fléchisseurs des doigts est meilleure, beaucoup meilleure qu'on n'aurait pu le croire au commencement de cette discussion; elle vaut beaucoup mieux, surtout, que ne l'a dit M. Bouvier. Pour le prouver, il suffira d'interroger les faits; leur signification est claire, et leur réponse ne se fera pas attendre.

D'abord, les expériences de M. Gerdy ont positivement établi que les adhérences des tendons fléchisseurs, superficiels et profonds entre eux, ne suffiraient pas pour empêcher un certain degré de mobilité des doigts, comme M. Bouvier avait cru pouvoir l'assurer d'après ses vivisections.

Sans doute on peut nous dire qu'il existe d'autres faits que ceux-là, et nous citer ceux de M. Bonnet, de Dieffenbach, etc.; mais les faits de M. Guérin, outre qu'ils sont plus concluans, prennent encore de l'importance par le procédé différent employé par ce chirurgien, procédé qui est un progrès véritable.

Ensuite, les faits produits par M. Guérin me paraissent trancher la difficulté aussi complètement que possible. En effet, messieurs, sur les deux malades que nous avons examinés, non seulement la ténotomie n'a rien fait perdre à la main, mais encore en corrigeant la difformité dont cette partie était affectée, elle a conservé, sinon rendu aux doigts leurs mouvemens de flexion. Sans doute, chez ces malades, le degré de la mobilité des phalanges n'est pas partout le même; sans doute, l'opération a moins favorisé, sous ce rapport, les phalangettes que les phalangines et les phalanges ; mais enfin toutes ont gagné à la ténotomie; aucune n'y a perdu. Qu'on n'argue pas contre l'opération qui nous occupe des mouvemens obscurs de certaines phalangettes; car si bornés qu'ils soient, ces mouvemens sont préférables à l'immobilité; et d'ailleurs la phalangette de certains doigts, ténotomisés comme les autres, nous a présenté une mobilité, à très peu de chose près, normale. Comment, après cela, pourrait-on continuer à qualifier de *malheur* les résultats obtenus par notre confrère? A moins de nier la lumière, à moins de déclarer qu'une main droite mobile et servant à presque tous les mouvemens usuels ne vaut pas une main fléchie et impotante, il est impossible de partager cette opinion. En fait, les deux malades de M. Guérin témoignent sans réplique, contrairement à l'opinion de M. Bouvier, que la ténotomie des tendons fléchisseurs des doigts n'abolit pas les mouvemens des doigts. M. Bouvier s'est trop pressé d'adopter une opinion inverse de celle-là; ses propres expériences, à mon avis, n'autorisent même pas une telle conclusion. En effet, messieurs, la note qu'il vous a lue en fait foi : c'est au bout de deux mois environ qu'il a sacrifié les chiens sur lesquels il a fait ses essais.

Or, il ne m'est pas démontré que les adhérences que notre confrère a si soigneusement décrites ne se seraient pas modifiées, et que les animaux n'auraient pas retrouvé la mobilité que leurs membres avaient perdue depuis l'opération.

C'est ainsi, en effet, que les choses se passent très souvent après certaines plaies, à la suite de certaines opérations; quand on dissèque, peu de temps après l'amputation du pied ou de la main, les parties qui ont été coupées dans ces opérations, on trouve les tendons qui abondent dans ces moignons confondus ensemble et plongés au milieu d'une masse de tissu inodulaire dans laquelle il est difficile de les reconnaître; un peu plus tard, ces adhérences primitives diminuent, et les tendons commencent à s'isoler les uns des autres; enfin, plus loin encore de l'époque de l'opération, les tendons apparaissent tout à fait libres dans leurs gaînes, souvent même ils semblent s'être allongés à leur extrémité, à la faveur d'une production nouvelle, tout à fait analogue à celle qui s'établit entre les deux bouts opposés du tendon d'Achille, après la ténotomie de ce tendon; des pièces d'anatomie pathologique fort curieuses, que j'ai eu l'occasion de présenter à l'Académie il y a deux ans, et qui sont maintenant déposées au musée Dupuytren, ont mis les faits dans tout leur jour; il s'agissait de moignons, d'amputations partielles du pied suivant la méthode de Chopart, pratiquées trois ou huit ans auparavant; j'ai montré, sur ces moignons, que les tendons des muscles jambier, antérieur, extenseurs propre et commun des orteils s'étaient allongés au-delà de leur gaîne, dans le tissu de la cicatrice, et qu'ils étaient venus se continuer avec ceux des muscles plantaires, surtout avec le petit fléchisseur commun des orteils, de manière à se terminer sur la partie inférieure du talon, et à y représenter une puissance tout à fait opposée à celle des muscles du mollet, et capable d'empêcher le renversement du talon que l'on a si longtemps redouté après cette amputation.

Je crois qu'on peut appliquer ces données aux expériences de M. Bouvier, et même aux opérations de M. Guérin. Je ne serais pas éloigné de penser qu'avec le temps les mouvemens encore obscurs et bornés acquerront de la souplesse et de l'étendue. Les surfaces articulaires, plus ou moins déformées par la difformité, reprendront leurs dispositions normales; les tendons glisseront mieux dans leurs gaînes; en un mot, l'exercice complètera les bienfaits de l'opération.

De tout ce qui précède, il résulte clairement, ce me semble, que la ténotomie des muscles fléchisseurs des doigts est une opération rationnelle, et qu'elle est

indiquée dans les cas de flexion ancienne et rebelle des doigts occasionnée par la contracture de ces muscles. J'ajouterai, pour que ma réponse à M. Bouvier soit complète, que, pour pratiquer cette opération, le procédé de M. Guérin, qui consiste à couper à des hauteurs différentes les tendons superficiel et profond, me paraît préférable à toute autre; il constitue un véritable progrès, et je n'hésiterais pas, dans l'occasion, à conseiller aux miens l'application de ces principes, ou à les adopter pour moi-même.

M. Rochoux : La discussion sur la ténotomie s'est étendue démesurément; tout le monde s'en est plaint, et avec raison, car en dix minutes elle eût pu être terminée. En effet, de quoi s'agissait-il? Il s'agissait de savoir si l'opération que veut restreindre M. Bouvier doit, au contraire, être étendue d'après les idées de M. Guérin. Toute la question était là; on a invoqué les expériences sur les animaux vivans, les recherches cadavériques et les dissections anatomiques, sans pouvoir arriver à une solution quelconque. En effet, ces moyens d'investigation ne pouvaient en aucune manière en fournir les élémens. Il fallait donc s'en rapporter aux faits. Eh bien! il en existe trois, dont un qu'il faut mettre de côté, celui de M. Donbovistki; restent deux faits, pour l'appréciation desquels je me range à l'opinion de la commission, qui, dans ce cas, me paraît devoir être appelée la *commission de la vérité*. Je crois, comme M. Blandin parlant au nom de cette commission dont il faisait partie, que l'état des deux malades opérés par M. Guérin s'est beaucoup amélioré, et qu'il leur a rendu un véritable service. Je dois faire remarquer en passant que M. Guérin, naguère partisan de l'éclectisme, ne parle plus aujourd'hui de cette doctrine. Il s'occupe des faits, il cherche à établir la vérité, il ne s'occupe que de la vérité : c'est un progrès dont je le félicite. Pour en revenir au sujet de la discussion, sans être prophète, je crois pouvoir dire que l'avenir de la ténotomie est assuré, que cette opération restera dans la science, et qu'elle rendra de grands services.

Vous voyez, messieurs, que j'avais raison de dire en commençant que toute la discussion pouvait être résumée en dix minutes.

M. Velpeau succède à M. Rochoux. Il passe en revue la dernière argumentation de M. Guérin, cite de nouveaux passages empruntés à Morgagni, Méry, Béclard et à M. Scoutetten, où il croit retrouver les idées et les doctrines de M. Guérin. Le manque d'espace nous oblige à renvoyer au prochain numéro le discours de M. Velpeau.

M. Bousquet propose la clôture de la discussion. Après quelques remarques de MM. Bouvier, Bégin, Barthélemy et J. Guérin, la proposition de M. Bousquet est rejetée. La discussion sera continuée et probablement terminée dans la séance extraordinaire de samedi prochain.

SÉANCE DU 27 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. FOUQUIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

M. le président forme la liste des membres de l'Académie qui composeront la députation chargée de présenter ses hommages au roi, le 1er janvier. MM. Bonastre, Bricheteau, Collineau, Fairet, Hamel, Gomet, Chervin, Martin-Solon, Villeneuve, Poirson et Bouillaud sont désignés par le sort.

OPHTHALMOLOGIE.

M. Quadri expose l'histoire de la Clinique ophthalmologique de Naples, et entretient l'Académie de diverses opérations qu'il a pratiquées ou imaginées. Nous regrettons de n'avoir pu saisir tout ce qu'a dit d'intéressant notre savant confrère; nous espérons donner plus tard à nos lecteurs une exposition claire et précise de l'invention principale de M. Quadri, de sa méthode *par double dépression* pour opérer la cataracte.

ÉLECTIONS.

On procède au renouvellement des commissions de l'Académie: commission des épidémies, de vaccine, des eaux minérales, des remèdes secrets, de topographie et de statistique, comité de publications.

CHIMIE.

M. Cavarra lit un mémoire sur l'acide tannique et le sous acétate de plomb, considérés sous le rapport de leur affinité dans les interstices des tissus devenus inertes et dans les interstices des tissus sains et malades.

(MM. Caventou et Villeneuve sont nommés commissaires.)

M. Mialhe lit un mémoire sur les émanations de plomb et sur l'action physiologique des composés de ce métal.

(MM. Delens et Chevallier sont désignés pour faire un rapport sur ce travail.)

La séance est levée à 4 heures 3/4.

BIBLIOGRAPHIE.

NOUVELLE MÉTHODE DES AMPUTATIONS; par le docteur BAUDENS. — Premier mémoire : AMPUTATIONS TIBIO-TARSIENNE. — Paris, 1842. Un vol. in-8 de 48 pages avec fig. Chez Germer-Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Les membres thoraciques et pelviens ont été tellement sillonnés en tous sens par le couteau et la scie, qu'on a vraiment peine à croire qu'il reste encore, sous ce rapport, quelque découverte capitale à faire en médecine opératoire. Voici cependant M. Baudens qui vient annoncer une NOUVELLE MÉTHODE DES AMPUTATIONS. Ce titre seul doit piquer la curiosité du public : l'avenir montrera si l'auteur a de quoi la satisfaire. Son premier travail est consacré à l'amputation tibio tarsienne, opération qui trouverait tant de cas d'application dans les hôpitaux, si jamais sa prééminence était démontrée au point de vue clinique.

Le fond de ce travail est l'observation d'une désarticulation du pied que M. Baudens a pratiquée sur un soldat âgé de 27 ans. Mais un seul fait n'eût point suffi pour un mémoire *ex-professo*. Voici comment l'auteur a procédé. Il commence par interroger tous les écrivains qui parlent ou ne parlent pas de ce mode opératoire. Aux uns, il reproche de l'omettre; aux autres, de le rejeter sans raison suffisante. Il passe ainsi en revue B. Bell, Bertrand, Richerand, Astley et Samuël Cooper, Dupuytren, Larrey, Bégin, Sédillot, Blandin, etc., et cherche finalement à étayer sur un passage d'Hippocrate la supériorité des désarticulations. Nous ferons remarquer à ce sujet qu'on ne saurait, dans des questions semblables, invoquer avec trop de réserve l'opinion des anciens, à cause de leurs procédés si évidemment défectueux d'amputation.

Du reste, le sujet qui nous occupe ne manque point d'une certaine nouveauté. En fait d'observations de ce genre, la science était assez pauvre : on ne connaissait que deux cas, le premier dû à Sédiller de Laval, et relaté par Brasdor. Quant au second, M. Baudens prouve fort bien que celui que M. Lisfranc citait dans ses cours et celui que M. Couprie a rapporté dans sa thèse, en 1825, ont trait au même sujet, à celui justement dont M. Lenoir a pratiqué l'autopsie en 1834. Pour celui de Rossi, il le révoque en doute comme trop peu authentique.

Quant aux procédés, il y en aurait trois, au dire des classiques; mais, d'après M. Baudens, ceux de Brasdor, de Sabatier et de M. Velpeau seraient identiquement les mêmes, quoi qu'en dise ce dernier auteur, qui aurait mal interprété ses devanciers. Quelle que soit, au reste, la vérité sur ce point, nous avouons qu'aucun des procédés ne ressemble à celui de M. Baudens. Ce chirurgien taille sur le dos du pied un lambeau en forme de guêtre jusqu'auprès de la racine des orteils, pour le replier sur les os de la jambe, de manière à fournir au pilon un point d'appui dans la déambulation; car il montre, par l'étude du pied-bot en dessous, que la peau de la face supérieure du pied peut s'épaissir à la longue, comme celle de la région plantaire. Mais en supposant même que ce choix fût sans inconvéniens, nous ne pensons pas qu'il y eût souvent lieu de lui donner, dans les amputations du pied, la généralisation que M. Baudens réclame pour lui. Car, dans la plupart des lésions soit traumatiques, soit spontanées, c'est la face dorsale qui offre les désorganisations les plus profondes ou les fistules les plus nombreuses. M. Baudens énumère avec prédilection tous les avantages de son procédé; le lambeau ainsi formé recouvre mieux la plaie; il retombe sur elle par son propre poids; il est composé de toutes les parties molles jusqu'aux os. Sans discuter ces raisons diverses, nous trouvons seulement, quant à nous, qu'il faut vraiment des yeux de père pour voir dans la mince branche vasculaire du coude-pied « la *belle* artère pédieuse, dont les *gros* rameaux vont porter la vie au lambeau. »

Après le premier temps, M. Baudens résèque les deux malléoles d'un trait de scie, et termine en divisant le tendon d'Achille. C'est ainsi une opération mixte qui tient à la fois de la désarticulation et de l'amputation proprement dite. Il réunit enfin la plaie par des points de suture.

Le procédé de Brasdor, Sabatier et M. Velpeau n'a été exécuté que sur le cadavre. M. Baudens assure que l'opéré cité par MM. Lisfranc et Couprie ne marchait pas sur son moignon. Les détails manquent, à cet égard, sur celui de Sédiller. Quant à l'amputé de l'auteur, il a guéri en un mois, et plus tard il a pu marcher sur son pilon, à l'aide d'une bottine lacée. A l'occasion de ce résultat, M. Baudens établit un parallèle entre son mode opératoire et l'amputation sus-malléolaire; et l'on devine que ce n'est pas à cette dernière qu'il donne la préférence. Son observation est effectivement un exemple de réussite. Mais nous avouerons que, malgré la lucidité des développemens et une certaine chaleur de style, ce fait unique et tous les raisonnemens dont il le fait suivre ne nous ont pas paru, à beaucoup près, suffisans pour porter dans les esprits la même conviction.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME DIXIÈME

DE LA DEUXIÈME SÉRIE DE LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS,

POUR L'ANNÉE 1842.

A

B

E

F

M

N

O

S

T

U

V

Y

